

CZU 159.92:613.8(075.8)
613.8:159.92(075.8)

MINISTERUL EDUCAȚIEI, CULTURII ȘI CERCETĂRII
AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT „ALECU RUSSO” DIN BĂLȚI
FACULTATEA DE ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI,
PSIHOLOGIE ȘI ARTE
CATEDRA DE PSIHOLOGIE

Daniela CAZACU

Sănătate psihică și stil de viață

NOTE DE CURS

BĂLȚI, 2018

Aprobate și recomandate pentru editare de către Catedra de psihologie, proces-verbal nr. 9, din 24.04.18 și Consiliul Facultății de Științe ale Educației, Psihologie și Arte a Universității de Stat „Alec Russo” din Bălți, proces-verbal nr. 8, din 28.06.2018.

Cazacu, Daniela.

Sănătate psihică și stil de viață : Note de curs / Daniela Cazacu ; Univ. de Stat "Alec Russo" din Bălți, Fac. de Științe ale Educației, Psihologie și arte, Catedra de Psihologie. – Bălți : S. n., 2018 (Tipogr. "Indigou Color"). – 160 p.

Referințe bibliogr.: p. 148-160. – 100 ex.

ISBN 978-9975-3225-6-0.

613.8:159.92(075.8)

C 32

Tipografia nu poartă răspundere pentru conținutul lucrării.

CUPRINS:

INTRODUCERE.....	6
1. NORMĂ ȘI PATOLOGIE	10
1.1. Introducere în obiectul de studiu	10
1.2. Accepțiunile normalului	12
1.3. Aspecte, criterii și coordonate ale sănătății	14
2. DIMENSIUNILE SĂNĂTĂȚII	20
2.1. Sănătate biologică.....	20
2.2. Sănătate psihologică.....	21
2.3. Sănătate socioprofesională	23
2.4. Sănătate spirituală.....	24
3. NOȚIUNEA DE SĂNĂTATE PSIHICĂ	27
3.1. Definirea sănătății psihice	27
3.2. Parametrii bio-psiho-sociali ai sănătății psihice	29
3.3. Sănătatea psihică și adaptarea	31
3.4. Sănătatea ca problemă a colectivității.	34
4. SĂNĂTATEA ȘI BOALA. CORELATE ALE SĂNĂTĂȚII PSIHICE	37
4.1. Starea de bine	37
4.2. Dimensiunile calității vieții relevante pentru starea de sănătate sau boală	40
5. MODELE ALE SĂNĂTĂȚII ȘI BOLII	45
5.1. Modelul biomedical al sănătății și bolii.....	45
5.2. Modelul psihologic și biopsihosocial al sănătății și bolii	46
6. FACTORII SĂNĂTĂȚII PSIHICE	51
6.1. Calitatea vieții și sănătatea mediului	51

6.2. Calitatea apei potabile și sănătatea	53
6.3. Efectele apei poluate asupra sănătății	55
6.4. Calitatea solului și sănătatea.....	57
6.5. Atmosfera și sănătatea	60
6.5.1. Efectele aerului poluat asupra sănătății populației	61
6.6. Îmbunătățirea calității vieții prin protecția mediului	64
7. STIL DE VIAȚĂ: DELIMITĂRI CONCEPTUALE	66
8. VARIETATEA STILULUI DE VIAȚĂ	69
8.1. Stil de lucru.....	69
8.2. Stil recreațional.....	69
8.3. Stilul de reacție la plăcere.....	70
8.4. Stilul de soluționare	70
8.5. Stilul de cunoaștere.....	71
8.6. Stilul de comunicare	71
8.7. Stilul de relaționare.....	71
8.8. Stilul de alimentație	72
8.9. Stilul de consum	72
8.10. Stilul ecologic	72
9. CALITATEA STILULUI DE VIAȚĂ	74
9.1. Definiție, clasificare și relevanță a stilului de viață (modului de viață).....	74
9.2. Stil de viață sanogen și stil de viață patogen	75
10. STILUL DE VIAȚĂ SANOGEN ȘI SĂNĂTATEA PSIHICĂ. 82	
10.1. Stil de alimentație și sănătate.....	82
10.1.1. Piramida alimentară.....	84
10.1.2. Comportament alimentar	86

10.1.3. Obezitate, bulimie, anorexia.....	88
10.2. Stil de viață recreațional: comportamentul fizic.....	97
10.3. Sportul și rolul lui pentru sănătatea psihică.....	97
10.3.1. Tipuri de sport: gimnastica, atletica ușoară, aerobica, body-building, yoga, fitness	100
10. 4. Sedentarismul și impactul lui asupra sănătății psihice	109
11. STILUL DE VIAȚĂ PATOGEN ȘI SĂNĂTATEA PSIHICĂ	114
11.1. Dependența și tipurile ei.....	114
11.1.1. Dependența de nicotină	115
11.1.2. Dependența de alcool	119
11.1.3. Dependența de droguri	122
11.2. Comportament sexual.....	124
12. FORMAREA STILULUI DE VIAȚĂ SĂNĂTOS.....	138
12.1. Modelul învățării sociale (Bandura, 1977, 1986).....	138
12.2. Modelul convingerilor despre sănătate (Rosenstock, 1974).....	139
12.3. Teoria Comportamentului Planificat (Fishbein & Ajzen, 1986).....	141
12.4. Modelul stadiilor schimbării (Prochaska și DiClemente, 1984, 1986).....	142
CONCLUZII:	146
BIBLIOGRAFIE CITATĂ.....	148
BIBLIOGRAFIE RECOMANDATĂ	155

INTRODUCERE

Sănătate și stil de viață

O sănătate bună. Ce conotații are pentru noi această sintagmă?

Majoritatea oamenilor consideră sănătatea din prisma a ceea ce oferă, presupunând că ei sunt sănătoși atât cât pot fi și, probabil, vor rămâne la această stare.

Totuși, foarte multe aspecte ale sănătății noastre sunt afectate prin ceea ce facem, prin ceea ce gândim. Având informațiile corecte, putem alege în cunoștință de cauză și să ne îmbunătățim atât sănătatea cât și viața în ansamblu. Cu cât suntem mai sănătoși, cu atât mai mult tonus, vigoare și entuziasm vom prezenta și, astfel, vom dobândi obiective importante. În caz contrar, lipsa informației conduce la limitări semnificative, generate de problemele de sănătate. Aproape fiecare dintre noi a avut o perioadă din viață de sănătate deplină, dar și perioade care trebuiau îmbunătățite. Nu putem aduce ca exemplu o persoană sănătoasă în întregime sau bolnavă pe de-a-ntregul. Anumite aspecte ale vieții noastre apar ca fiind mai caracteristice decât altele. Problema este: cum putem identifica starea de sănătate.

Întrebarea firească „ce este sănătatea?” ne orientează în lucrarea pe care o propunem spre analiză.

În mod tradițional, oamenii au definit sănătatea în diferite moduri. O persoană de conducere cu structură athletică va spune că sănătatea înseamnă practicarea cu regularitate a unui complex de exerciții și asigurarea unor mese pregătite cu atenție pentru menținerea unei greutate normale și a unei condiții fizice bune. Un medic va considera sănătatea ca fiind absența bolii. Un psiholog va argumenta că sănătatea include capacitatea de soluționare a problemelor emoționale și a traumelor. Totuși, majoritatea specialiștilor privesc aceste definiții, cât și altele referitoare la sănătate, ca fiind incomplete. În conformitate cu acești specialiști, prevenția și tratamentul problemelor de sănătate necesită o definiție apropiată conceptului de sănătate.

Punctul de vedere modern este acela că sănătatea are câteva dimensiuni – emoțională, intelectuală, fizică, socială și spirituală, fiecare dintre acestea contribuind la condiția de bunăstare a unei persoane. Pentru menținerea unei sănătăți bune, o persoană trebuie să-și examineze fiecare din aceste dimensiuni și să se orienteze în sensul în care i se permite nu doar să trăiască o perioadă lungă de timp, ci de asemenea să se bucure de viață pe de-a-ntregul.

În 1967, OMS a declarat că sănătatea este o stare totală de bunăstare fizică, mentală și socială și nu în special absența bolii sau a unei infirmități. Sănătatea este acel proces în care toate aspectele din viața unei persoane lucrează laolaltă, într-un mod integrat. Niciun aspect al vieții nu funcționează în mod izolat. Organismul, mintea, spiritul, familia, comunitatea, țara, locul de muncă, educația și convingerile sunt toate interrelaționate. Modul prin care aceste aspecte interacționează contribuie la îmbogățirea vieții unei persoane, fapt care ajută la determinarea caracterului de unicitate al persoanei, cât și a sănătății acestuia.

Suma obiceiurilor noastre se reflectă în starea sănătății pe care o avem. Starea de spirit este tot rezultatul propriului stil de viață. Atât sănătatea fizică, cât și cea psihică depinde, în mare măsură, de obiceiurile zilnice pe care le avem și de modul în care trăim. Contează ce mâncăm, dacă facem mișcare, dacă consumăm alcool sau dacă fumăm. Și calitatea relațiilor noastre sociale contribuie la starea de bine.

Un stil de viață sănătos înseamnă mai mult decât un set de reguli pe care le urmăm pentru a evita anumite boli. Trăind sănătos, ne clădim o lume în care ne atingem potențialul maxim, atât pe partea fizică, cât și pe cea emoțională.

Actualitatea cursului este motivată de câțiva factori. Un factor evident îl constituie accesul la un sistem competent de îngrijire medicală și de educație sanitară, de care o persoană poate beneficia nu doar din perspectivă fizică, cât și mentală și socială, în aceeași măsură.

Un altul, factorii de mediu, include siguranța căminului și a vecinătății, serviciile publice adiacente, iar ca factori negativi, avem volumul de substanțe toxice în sol, aer și apă. Câțiva dintre acești

factori pot fi controlați într-o oarecare măsură, prin însăși capacitatea persoanei de a alege unde să trăiască, în timp ce alți factori pot fi influențați prin voința politică.

Și mai greu de controlat sunt factorii ereditari, aspecte ale vieții care sunt „manipulate” prin gene. Aceștia pot afecta sănătatea fizică, emoțiile, intelectul și chiar viața socială. Acestea sunt aspectele fundamentale ale vieții și sănătății individului. Factorii genetici nu pot fi controlați de către individ, deși adesea ei pot fi compensați.

În timp ce toți acești factori sunt importanți pentru sănătate, cea mai importantă influență în această lume dezvoltată este stilul de viață, acesta fiind un factor ce poate fi controlat. Ideea principală este că printr-un stil de viață sănătos ne putem controla sănătatea.

Stilul de viață se referă la modul de ansamblu în care trăim-atitudini, obiceiuri și comportamentele persoanei în viața cotidiană [21].

Competențe dezvoltate:

1. Operarea cu concepte fundamentale în domeniul psihologiei și utilizarea acestora în comunicarea profesională.
2. Proiectarea și realizarea unui demers de cercetare prin abilități de control și inovație în domeniul psihologiei.
3. Evaluarea critică a situațiilor problematice și a soluțiilor posibile în psihologie.
4. Evaluarea psihologică a individului, grupului și organizației.
5. Proiectarea și realizarea intervențiilor psihologice.
6. Relaționarea și comunicarea interpersonală specifică domeniului psihologiei prin valorificarea informațiilor, vizind varii contexte socio-umane și de identitate națională.
7. Aplicarea principiilor, normelor și valorilor eticii și deontologiei profesionale în cadrul propriei strategii de muncă.
8. Identificarea rolurilor și responsabilităților într-o echipă plurispecializată și aplicarea de tehnici de relaționare și muncă eficientă în cadrul echipei.

9. Identificarea oportunităților de formare continuă și valorificarea eficientă a resurselor și tehnicilor de învățare pentru propria dezvoltare.

Finalități de studii: La finele cursului studentul va fi capabil :

- să înțeleagă rolul stilului de viață în promovarea sănătății, stării de bine și reducerea riscului de îmbolnăviri.
- să înțeleagă mecanismele prin care factorii cognitivi, emoționali, comportamentali și sociali pot influența sănătatea și boală
- să recunoască factorii de risc pentru îmbolnăviri și factorii de menținere și promovare a sănătății și stării de bine.
- să interpreteze și argumenteze modul în care stilul de viață, factorii cognitivi, emoționali, comportamentali și sociali influențează starea de sănătate.
- să argumenteze modalitățile de intersectare dintre tipul și nivelul de program de prevenție
- să explice și illustreze diferențele specifice dintre educația pentru sănătate, promovarea sănătății și prevenția îmbolnăvirilor.
- să aplice tehnicile de modificare a comportamentelor de risc (ex. renunțarea la fumat, adicția de alcool/droguri, asistarea psihologică a anorexiei și bulimiei)
- să analizeze critic politicile publice de promovare a stilului de viață sanatos și a sănătății psihice.

1. NORMĂ ȘI PATOLOGIE

1.1. Introducere în obiectul de studiu

1.2. Accepțiunile normalului

1.3. Aspecte, criteriile și coordonate ale sănătății

1.1. Introducere în obiectul de studiu

Sănătatea este definită de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) ca fiind starea de bine fizică, mentală și socială și nu doar absența bolii sau a infirmității. Starea de sănătate trebuie considerată atât la nivel socio-economic, cât și la nivel individual.

Stilul de viață se referă la totalitatea deciziilor și acțiunilor voluntare care afectează starea de sănătate. În sens larg, stilul de viață-ca principal factor protector al sănătății-integrează aspecte cognitive, emoționale și sociale, care se manifestă prin comportamente. Abilitățile protectoare ale stării de sănătate nu acționează izolat în menținerea sănătății, ci sunt în strânsă legătură. Absența unei abilități face mai dificilă achiziționarea altei abilități și crește riscul înrăutățirii stării de sănătate.

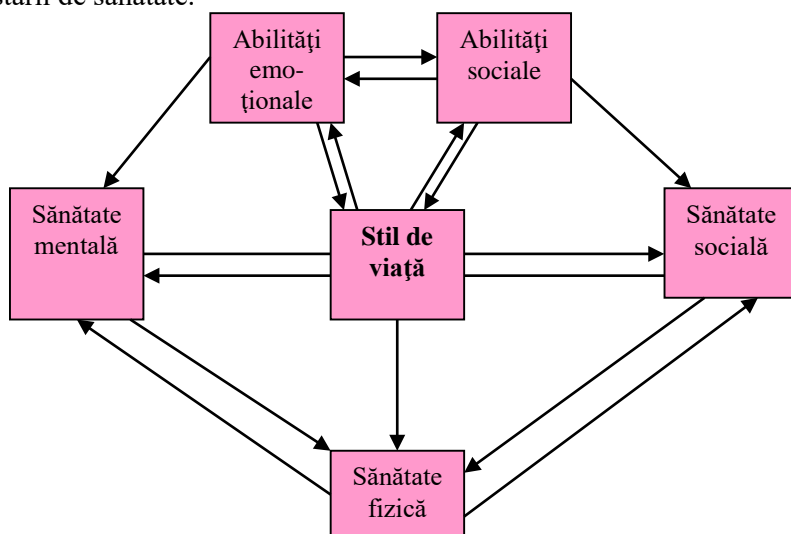


Fig. 1. Stilul de viață-ca principal factor protector al sănătății

Abilitățile protectoare ale sănătății nu se dezvoltă și nu acționează izolat în menținerea stării de sănătate. Niciuna dintre abilitățile protectoare ale sănătății, considerate individual, nu este suficientă pentru menținerea sănătății. Aceste abilități sunt eficiente doar în condițiile în care sunt prezente și acționează împreună. Impactul stilului de viață asupra sănătății este mai frecvent evaluat datorită efectelor ușor măsurabile pe care le produce: apariția bolilor și moartea. Mai jos, vizualizați un șir de boli care pot conduce la deces și impactul asupra acestora al stilului de viață reflectat în procente [51, 30].

Tabelul 1. Boli ce conduc la deces și procentajul ce îi revine stilului de viață

Cauze ale morții (boli care conduc la deces)	Câte % din aceste cauze se datorează stilului de viață
Boli cardiovasculare	57%
Cancer	37%
Boli cerebrovasculare	50%
Accidente	60%
Pneumonii	23%
Diabet	34%
Suicid	60%
Boli cronice ale ficatului și ciroze	70%

1.2. Accepțiunile normalului

Cuvântul „normal” provine din termenul latinesc norma, care semnifică „unghi drept”. Una din interpretări ar fi „care nu se abate” nici în stânga, nici în dreapta și nici de la medie. În dicționarul de psihologie („Vocabularul Psihologiei” – Henri Piéron) normalitatea este definită ca un ansamblu de caracteristici ale aceleiași persoane, caracteristici care se situează în interiorul marjelor de variație ale populației din care face parte. Noțiunea de „normalitate”, din punct de vedere statistic, este reprezentată grafic de distribuția sub forma „curbei lui Gauss”.

Conceptul de normalitate, a cărei definiție s-a impus în condițiile încercării de identificare a criteriilor de clasificare a tulburărilor psihice, considerate ca abateri de la normalitate, se poate asocia cu starea de echilibru în plan intern, intrapsihic și în planul extern al individului. Normalul înglobează între limitele lui noțiunile „divers” și „diferit”, astfel apărând:

- normalul ca indicator standard al valorilor culturale;
- diferitul ca o altă formă posibilă a normalității;
- diversul ca variantă de tip formal a normalității.

O asociere des întâlnită este aceea dintre normalitate și adaptare. Adaptarea este un simplu proces de acceptare oferit din exterior individului de societate și mediu. Dacă privim adaptarea ca fiind un consum de energie necesar pentru ca persoana să se poată integra sau să poată rezista în fața presiunii exercitate asupra sa de psihotraumele sociale sau de tensiunea legăturilor sociale, atunci putem considera că procesul de socializare reprezintă achiziția pentru a putea efectua eforturile de adaptare socială continuă, pentru a-și însuși sau menține rolurile sociale dobândite (Mucchinelli, apud. C. Enăchescu, 2005).

Cu toate acestea, s-a constatat faptul că pentru un individ normal este imposibil să se poată adapta la toate grupele sociale. Din acest motiv, unii autori preferă să utilizeze drept criteriu al normalității „adaptabilitatea”, argumentând prin aceea că individul normal nu este

niciodată complet adaptat, în schimb, un individ cu diverse patologii este o persoană inadaptabilă.

Sabshin distinge un evantai variat coexistent în sfera normalului:

- normalitatea ca sănătate;
- normalitatea ca utopie;
- normalitatea ca medie;
- normalitatea ca proces.

Normalitatea ca sănătate este perspectiva tradițională prin prisma căreia se consideră normalitatea ca starea de sănătate cu caracter universal.

Normalitatea ca utopie – acest concept formulează un ideal, o normalitate ideală, individuală și comunitară. Descrie în formulări prescriptive, invocă și promovează tipuri ideale. Nu poate fi atinsă și variază în funcție de spațiul socio-cultural și geografic.

Normalitatea ca medie se bazează pe descrierea statistică a fenomenelor (biologice, psihice, fizice, chimice) ca fiind repartizate conform curbei lui Gauss, în care zona mediană este cea mai importantă (și deci normală), iar extremele sunt considerate deviate.

Normalitatea ca proces este perspectiva asupra normalității care accentuează faptul că un comportament normal nu este altceva decât fiabilitatea subsistemelor care interacționează între ele. Cu alte cuvinte, normalitatea ca proces, consideră mai importante schimbările și procesele decât o definiție transversală a normalității.

Atât normalitatea, cât și anormalitatea depind de variațiile de mediu exterior în ceea ce privește capacitățile de adaptare ale individului, fapt care va declanșa suferința. Strâns legată de aceste două concepte este dimensiunea istorică a individului, a factorilor de viață care pot interveni fie în sens protector, fie cu semnificație de risc „morbigenetic”.

Studiile au pus în evidență faptul că manifestări psihocomportamentale considerate patologice într-un anumit spațiu cultural, pot fi normale în altul, iar bolnavul își pierde capacitatea de adaptare flexibilă la condițiile oferite de mediu, în raport cu indivizii normali care dispun în mod liber de această aptitudine [43].

1.3. Aspecte, criterii și coordonate ale sănătății

Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea ca o stare de bine fizic, psihic și social. Boala este definită ca o serie de modificări biologice și/sau psiho-comportamentale care generează o stare de distress și/sau dizabilitate sau un risc crescut spre distress și/sau dizabilitate (după American Psychiatric Association, 1994).

Termenii au avut o evoluție amplă, reușind să trezească interesul mai multor specialiști, poate în mai mare măsură decât oricare alții din psihologie. Pentru a putea lucra cu anumite concepte sau dimensiuni, trebuie mai întâi să le delimitați, să le definiți, să le cunoașteți, să le operaționalizați etc.

Astfel, pe la mijlocul anilor '60, în Franța, sănătatea era împlinirea, relizarea de sine, satisfacția, un mijloc/instrument extrem de important pentru a putea face orice, inclusiv pentru a munci, pe când la englezi, ea era fie o absență a bolii, fie o capacitate optimă de muncă. Pentru cei mai în vârstă era puterea de a rezista, capacitatea de a funcționa, dublată și de o dimensiune morală.

Din punct de vedere biologic, sănătatea poate fi definită ca acea stare a unui organism neatins de boală, în care toate aparatele, organele și sistemele funcționează normal, stare în care funcțiile se îndeplinesc și se împletesc în mod armonios.

Din punct de vedere psihic, sănătatea poate fi descrisă ca fiind armonia dintre comportamentul cotidian și valorile fundamentale ale vieții asimilate de individ, îmbinarea elastică dintre gând, afect și comportament. Sănătatea este acea stare a organismului în care capacitățile sunt optime, referindu-ne aici, pe lângă capacitatea de a munci, de a studia, de a efectua anumite activități, și la capacitatea de a înțelege emoțiile, de a ne stăpâni, de a rezolva/a face față problemelor cotidiene sau celor stresante, fără a recurge la modalități distructive de adaptare la ele (cum sunt alcoolul, drogurile etc.). Sănătatea presupune capacitatea de a munci productiv, de a iubi, de a ne preocupa de ceilalți, presupune o viață cu sens, trăită armonios. Herzlich propune trei dimensiuni ale sănătății:

- absența bolii;

- constituție genetică bună;
- starea de echilibru a organismului, ca fiind capacitatea de adaptare a individului la mediul său de viață.

Lalonde atribuie sănătatea factorilor:

- biologia umană: moștenire genetică, procese de maturizare/îmbătrânire;
- mediul: apa potabilă, medicamentele, poluarea, bolile transmisibile, schimbările sociale rapide;
- stilul de viață: hrană, activități fizice, alcoolism etc.;
- organizarea asistenței medicale: cantitatea/calitatea resurselor medicale, accesul la ele, tipul de relație între persoane și resurse în asistența medicală.

Ellis enumeră 13 parametri ai sănătății mintale:

- conștiința clară a interesului personal;
- conștiința limpede a interesului social;
- auto-orientarea – ca fiind capacitatea de a se conduce și orienta singur în viață;
- nivel înalt de toleranță a frustrării;
- acceptarea incertitudinii și capacitatea de ajustare la incertitudine;
- angajarea în activități creatoare;
- gândire științifică, realistă și obiectivă;
- auto-acceptarea – ca fiind capacitatea individului de a se accepta așa cum este el, cu părți bune și rele; capacitatea de a se bucura de viață;
- angajarea moderată și prudentă în activități riscante;
- realism și gândire anti-utopică;
- asumarea responsabilității pentru tulburările emoționale proprii;
- flexibilitatea în gândire și acțiune;
- îmbinarea plăcerilor imediate cu cele de perspectivă.

A. H. Maslow în 1976 teoretizează forma supremă a sănătății psihice introducând conceptul de personalitate autorealizantă, cu următoarele trăsături:

- Orientare realistă în viață;

- Se acceptă pe sine, pe alții și lumea înconjurătoare;
- Are un înalt grad de spontaneitate;
- Este centrat pe probleme și nu pe trăirile subiective;
- Atitudine de detașare și nevoie de intimitate;
- Autonomie și independență;
- Aprecie elastică a lucrurilor și a oamenilor, lipsită de stereotipuri;
- Are experiențe spirituale sau mistice profunde, deși nu în mod necesar cu caracter religios;
- Se identifică cu omenirea, are interese sociale puternice;
- Relațiile sale afective, intime sunt profunde și cu mare încărcătură emoțională, practicate cu puține persoane, și nu superficiale, dar cu multe persoane;
- Împărtășește atitudini și valori democratice;
- Nu confundă mijloacele cu scopurile;
- Simțul umorului este superior, detașat filosofic, nu ostil și vindicativ;
- Are mare potențial creator;
- Se opune conformismului cultural;
- Transcede mediul lui de viață, nu se conformează acestuia.

Din punct de vedere social, este acea stare a organismului în care capacitățile individuale sunt optime, astfel încât persoana își îndeplinește adecvat, fără a produce rău celor din jur, rolurile sociale (de parinte, coleg, prieten, vecin, soț, iubit etc).

Mai merită amintit aici și conceptul de sănătate pozitivă propus de Downie (1992), care presupune două componente:

- Bunăstarea psihică, fizică și socială;
- Fitness – forma fizică optimă, incuzând cei patru S (în l. engleză):
- Strenght – forță fizică;
- Stamina – vigoare (rezistență fizică);
- Suppleness – suplețe fizică;
- Skills – îndemânare (abilitate) fizică.

Concluzia evidentă de aici este aceea că resursele se află concentrate în cel de-al patrulea factor, iar cauzele bolii rezidă în primele trei. Sănătatea poate apărea ca unitate a trei puncte de vedere: sfera biologicului, sfera psihicului, sfera socialului.

Conceptele de „boală” și „sănătate” sunt concepte evaluative, ce pot fi analizate din mai multe puncte de vedere. Saxon G., în 1960, afirma că sunt circumscrise de dezvoltarea cunoașterii biomedicale, de orientările intelectuale ale culturii și de sistemul axiologic al societății. Deoarece reprezintă un mod de viață, cultura joacă cel mai important rol în condiționarea reacțiilor față de boală și a sănătății ca fenomen social. De aici rezultă ca există diferențe semnificative în ceea ce privește statutul bolnavului, starea normală sau patologică a acestuia, în funcție de cultura și tipul de societate din care acesta face parte sau de stadiul de dezvoltare al comunității la care aparține. De pildă, indienii din Amazonia de Nord considerau spirochetoza – a cărei prevalență era extrem de ridicată – ca pe un semn de sănătate. Absența acesteia la un individ era considerată boală și determina interzicerea căsătoriei.

Medicii sunt cei care definesc boala riguros-științific în urma anamnezei, a rezultatelor de laborator, a investigațiilor clinice etc. Există însă, în medicina actuală, anumite „neîmpliniri” care se constituie în continue surse de echivoc în definirea sau circumscrierea exactă a bolilor. Dificultățile/divergența de diagnostic, prognostic sau profilaxie pentru unele boli contemporane (marile „necunoscute”: SIDA, cancer), fac ca noțiunii de boală sa-i corespundă conținuturi diferite, deoarece semnele, simptomele recunoscute în acest sens nefiind mereu univoce.

Prezentăm în continuare componentele bolii, pentru a putea înțelege mai bine felul în care aceasta este definită: manifestări-reunite sub numele de tablou clinic sau simptomatologie, ce conține semne și simptome (de studiul lor ocupându-se semiologia).

Semnele (lat. signum-semn, marcă) sunt forme de manifestare a bolii, care pot fi identificate de cadrul medical sau de altă persoană (inclusiv pacient), independent de ce declară pacientul (de exemplu, modificări ale culorii pielii sau modificări în comportament).

Simptomele (lat. *symptoma*-ceea ce se produce, apare) sunt manifestările care apar în primul rând în sfera de percepție a bolnavului și, implicit, sunt simțite de acesta la nivel subiectiv, ele fiind cunoscute de cadrul medical numai prin declarațiile pacientului.

Unele semne și simptome pot apărea împreună, alcătuind sindroamele (ce pot avea etiologie multiplă), cum ar fi de exemplu sindromul depresiv, care este constituit din convingerile negative legate de propria persoană, așa cum este ea considerată în trecut și în prezent.

Agenții/factorii etiologici pot fi clasificați după natura lor în agenți exogeni (fizici, chimici, biologici și psiho-sociali) și agenți endogeni (cum ar fi cei genetici), iar după funcția lor în factori declanșatori (produc în mod direct simptomatologia), factori determinanți (și ei produc în mod direct simptomatologia, dar sunt strâns legați de un anumit tablou clinic), favorizanți (cu rol catalizator), de risc (aparțin pacientului, sunt prezenți dinaintea instalării tabloului clinic și, împreună cu cei menționați mai sus, duc la apariția tabloului clinic) și de menținere (susțin simptomatologia).

Reacțiile de răspuns ale organismului la acțiunea factorilor etiologici pot fi specifice sau nespecifice, fiecare din ele, la rândul lor, putând fi locale sau cu caracter general și putându-se manifesta la nivel biologic sau psihologic.

Noțiunea de boală, la fel ca cea de sănătate, are sens numai în funcție de omul privit ca un tot: ființă bio-psiho-socială, iar conceptul de boală este rezultatul localizării suferinței în spațiul corporal (considerat spațiul fiziologic atât al proceselor normale, cât și al proceselor patologice) al persoanei. Un alt fenomen care apare este cel al modei în tratarea unor boli: binecunoscuta psihanaliză (pentru tratarea nevrozelor), tratamente naturiste, tehnici yoga, medicație homeopatică, reflexoterapie etc. Chirurgia plastică – model de normalitate ca utopie (idealul frumuseții) –, atitudinea față de avorturi, controlul sarcinii cu ajutorul anticoncepționalelor sunt doar direcții prin care societatea și cultura trasează limitele normalului și ale patologicului. Astfel rezultă că neputința fizică sau psihică de a corespunde acestor standarde este catalogată drept boală.

Însă pentru C. Bernard, sănătatea și boala nu sunt decât două moduri de a fi esențialmente diferite și nu trebuie considerate ca entități distincte ce își dispută între ele organismul viu. Între ele nu există decât diferențe de grad: exagerarea, disproporția, dizarmonia fenomenelor normale constituie starea de boală. Iar dacă privim problema normalității și a anormalității dintr-o perspectivă antropologică, sănătatea va avea un caracter relativ, iar tipul de „om normal” devine, în cazul acesta, o abstracție ideală [43].

Studiul individual dirijat: Elaborați un referat cu titlul „Locul, rolul și atribuțiile psihologului sănătății”.

Întrebări de evaluare:

1. Definiți conceptul de normalitate.
2. Numiți și caracterizați tipurile de normalitate.
3. Definiți sănătatea din punct de vedere biologic și psihic.
4. Numiți și descrieți dimensiunile sănătății.
5. Dezvăluți esența componentelor bolii.

2. DIMENSIUNILE SĂNĂTĂȚII

- 2.1. Sănătate biologică
- 2.2. Sănătate psihologică
- 2.3. Sănătate socioprofesională
- 2.4. Sănătate spirituală

2.1. Sănătate biologică

Sănătatea include mai mult decât funcționarea fără piedici a organismului. De asemenea, implică relațiile mental–emoționale, intelectuale și sociale, cât și valorile spirituale. Astfel, pentru o mai bună înțelegere a sănătății este necesar să examinăm în profunzime fiecare dintre aceste dimensiuni, care luate împreună constituie sănătate și bunăstare în ansamblu. Într-o eră a provocărilor, se simte nevoia unei definiții clare, corecte și cuprinzătoare a conceptului de sănătate, care să cuprindă factorii determinanți: educarea, prevenția, întreținerea, tratamentul dezechilibrelor care apar din cauza convingerilor, a trăirilor și acțiunilor necorespunzătoare.

Sănătatea înseamnă mai mult decât absența bolii. Ea implică relațiile decizionale, intelectuale, emoționale, sociale, dar și valorile reale asumate. Sănătatea reprezintă o garanție a orientării, libertății și asumării corecte a fiecărei ființe umane.

Din perspectiva științelor moderne, respectiv a terapiilor complementare, sănătatea are șapte dimensiuni: biologică, emoțională, intelectuală, volitivă/decizională, socială, spirituală și holistică. O sănătate bună înseamnă menținerea fiecărei dimensiuni la un nivel care să permită oamenilor să trăiască o perioadă cât mai lungă de timp, să se bucure de o viață de calitate, în întregul ei.

Sănătatea biologică se referă la starea organismului, la răspunsurile acestuia în fața „agresorilor” externi. Ea constă într-o bună funcționare a organelor, aparatelor, țesuturilor, sistemelor și celulelor individual, în ansamblu și în orice condiții.

2.2. Sănătate psihologică

Sănătatea psihologică/ mentală reprezintă o componentă fundamentală a sănătății individuale și este o parte esențială a vieții noastre, desemnând generic modul în care oamenii se înțeleg și se integrează în familie, la serviciu sau în comunitate cu semenii lor. Sănătatea psihică poate fi definită în termeni generali drept capacitatea individului de a menține echilibrul între funcțiile intelectuale și afective și de a se integra cu suplețe în viața socială.

Atunci când aud expresia sănătate mintală majoritatea oamenilor se gândesc la boli mintale. Dar sănătatea mintală înseamnă mult mai mult decât absența bolii psihice. Sănătatea mintală este ceea ce ne dorim cu toții, fie că știm ce este, fie că nu. Atunci când ne gândim la fericire, liniște sufletească, satisfacție, bucurie, ne referim, de fapt, la sănătatea mintală.

Sănătatea mintală este o parte a vieții cotidiene. Ne-o construim în fiecare zi în familie, la locul de muncă, în cercul de prieteni, în societate. Sănătatea mintală înseamnă modul în care fiecare își poate armoniza dorințele, ambițiile, capacitățile, idealurile, sentimentele și conștiința pentru a putea face față cerințelor vieții. Nu există o delimitare netă între sănătatea mintală și boala mintală. Există o varietate de aspecte ale sănătății mintale. Nimeni nu posedă în orice moment toate trăsăturile caracteristice ale unei sănătăți mintale perfecte.

Sănătatea mintală înseamnă:

Să ne simțim bine cu noi înșine:

- să nu ne lăsăm copleșiți de propriile emoții: teamă, mânie, supărare, dragoste, gelozie, furie, vinovăție sau griji;

- să fim capabili să trecem peste necazurile și greutățile vieții, să facem față „din mers” dezamăgirilor;

- să avem o atitudine optimistă, toleranță (până la o anumită limită însă) față de noi înșine și față de alții, să avem simțul umorului și să putem face haz cu ușurință de propria noastră persoană;

- să nu putem accepta propriile defecte încercând, în același timp, să le minimalizăm;

- să avem respect pentru propria noastră persoană;
- să ne autoapreciem realist, să nu ne subestimăm calitățile și capacitățile, dar nici să nu ni le supraestimăm;
- să fim capabili să rezolvăm în mod adecvat situațiile care apar în viața noastră;
- să ne bucurăm de lucrurile simple, de întâmplările cotidiene plăcute.

Să ne simțim bine împreună cu alții:

- să fim capabili să oferim dragoste și ajutor celorlalți, să ne gândim și la interesele altora;
- să avem relații personale satisfăcătoare, armonioase și durabile;
- să iubim oamenii, să avem încredere în ei și să le arătăm această încredere;
- să respectăm valorile și demnitatea celorlalți, să înțelegem și să acceptăm faptul că oamenii sunt diferiți;
- să nu-i înșelăm pe alții, să nu ne folosim niciodată de ceilalți pentru a ne atinge scopurile dar, în același timp, să nu-i lăsăm pe ceilalți să profite de noi;
- să simțim că facem parte dintr-un grup.

Să putem îndeplini cerințele vieții:

- să ne rezolvăm problemele într-un mod constructiv, pe măsură ce apar;
- să ne asumăm responsabilitățile ce ne revin;
- să ne modelăm propriul ambient atunci, când se poate și să ne adaptăm atunci când este nevoie;
- să ne facem planuri de viitor;
- să primim cu bucurie experiențe și idei noi;
- să ne folosim capacitățile și talentele;
- să ne fixăm țeluri realiste;
- să fim capabili să luăm singuri decizii în problemele care ne privesc;
- să fim mulțumiți să depunem eforturi în ceea ce facem, să muncim cât mai bine pentru a realiza ceea ce ne-am propus [24, 42].

2.3. Sănătate socioprofesională

Sănătatea socială reprezintă capacitatea de a ne angaja, a contribui, a beneficia și de a ne bucura de relațiile cu alte persoane. Omul este o ființă socială și calitatea vieții noastre depinde de calitatea relațiilor interpersonale. Sănătatea socială se referă la capacitatea de realizare a rolului din viață, cum ar fi rolul de fiu sau fiică, părinte, soț, prieten, apropiat sau cetățean, într-un mod eficient și confortabil, cu plăcere, fără a tulbura climatul de ecologie socială, de protecție al altor persoane. Fiecare dintre aceste roluri presupune diferite responsabilități și riscuri. Toate necesită o comunicare eficientă de genul oferă și ia, căci relaționările sănătoase niciodată nu se derulează într-un singur sens. Împlinirea trebuințelor umane pentru dragoste, intimitate, de apartenență, constituie un factor important în realizarea sănătății sociale. Persoanele care sunt private de aceste trebuințe pot dezvolta comportamente ce pot aduce amenințare la starea lor de sănătate și de bună dispoziție, intrând astfel în sfera anomaliei, devianței și patologiei sociale.

Sănătatea intelectuală se referă la capacitatea de preluare, procesare și transmitere a informației, în mod optim, indiferent de volum. Intelectul, aspect important al planului mental, care contribuie la luarea deciziilor importante, joacă un rol crucial în starea de sănătate și de bunăstare a individului. Chiar dacă capacitatea intelectuală variază de la individ la individ, toți indivizii sunt capabili să învețe cum să dobândească și să-și evalueze informațiile, cum să aleagă între alternative și cum să ia deciziile asupra diferitelor tipuri ale problematicii, inclusiv sănătatea. Sănătatea intelectuală este uneori inclusă în sănătatea emoțională ca parte a sănătății mentale. Totuși, deși strâns întrepătrunsă cu emoțiile, gândirea intelectuală se distinge de aceasta. Emoțiile pot altera capacitatea de a gândi a unei persoane, iar gândirea confuză poate accentua și mai mult problemele. Totuși relația dintre emoțional și intelect nu le suprapune. O bună sănătate intelectuală ne permite să gestionăm problemele care pot provoca dezechilibre biologice, emoționale sau sociale. Toți suntem capabili, într-o măsură mai mică sau mai mare, să ne

dezvoltăm intelectual, să dobândim și să folosim informații care permit întreținerea, refacerea și îmbunătățirea sănătății.

2.4. Sănătate spirituală

Sănătatea spirituală înseamnă capacitatea de conștiință, de echilibru și armonie, care se manifestă mai ales prin autoeducare. Este capacitatea noastră de a ne conștientiza identitatea și de a găsi cele mai scurte, simple și armonioase căi pentru o viață împlinită, cu înțelegere, acceptare și compasiune. Sănătatea spirituală este acel sentiment, trăire, după care comportamentul și valorile fundamentale ale unei persoane sunt în armonie. Anumiți specialiști în sănătate susțin că forțele spirituale afectează și sunt afectate de sănătatea pe ansamblu. Sănătatea spirituală poate include sentimentul de venerație, profunda credință religioasă sau sentimentul de pace lăuntrică referitor la viața cuiva. Aceasta se dezvoltă prin efortul de dezvoltare a semnificației relației cu universul și cu viața însăși. Numeroase studii au arătat o asociere între afiliația religioasă și rata scăzută de boli cronice și a mortalității. Unii oameni atribuie aceste efecte regulilor religioase, afirmând că religia descurajează conduitele ce pot conduce la probleme severe de sănătate. Alte persoane au declarat ca afilierea religioasă poate contribui în mod direct asupra stării de sănătate și a bunei dispoziții în general.

La fel, putem menționa și alte dimensiuni ale sănătății, precum:

Sănătatea emoțională se referă la alegerea, înțelegerea, trăirea emoțiilor, care aduc vitalitate și o bună abordare a problemelor cotidiene, precum și capacitatea de a învăța, de a decide și de a avea activități eficiente, dar și bună dispoziție. Luat pe ansamblu, calitatea sănătății unei persoane reflectează emoțiile unei persoane, sentimentele acesteia față de sine, cât și față de alte persoane. Sănătatea emoțională include înțelegerea emoțiilor și cunoașterea modului de soluționare a problemelor cotidiene, a stresului, cât și capacitatea de a studia, de a lucra sau de a îndeplini activități eficiente și cu bună dispoziție. În timp ce ele sunt importante în sine, emoțiile influențează, de asemenea, sănătatea fizică.

Medicii văd, în mod frecvent, demonstrarea conexiunilor organism – mental. Somatizările ar fi expresia unor astfel de manifestări. De exemplu, un individ cu o bună stare emoțională manifestă o rată scăzută la boli legate de stres, cum ar fi ulcere, migrene și astm. Atunci când stresul sau tulburarea emoțională continuă pentru o lungă perioadă de timp, sistemul imunitar clachează, accentuându-se riscul de dezvoltare a diferitelor boli. Unii cercetători au argumentat că trăsătura de personalitate denumită forța de caracter poate ajuta la întărirea sistemului imunitar împotriva efectelor vătămătoare ale stresului. Această forță este definită ca deținerea unui mod optimist și de asumare în abordarea vieții, în vizionarea problemelor, incluzând boala ca provocare ce poate fi manipulată.

Sănătatea volitivă/decizională reprezintă capacitatea de percepție, de evaluare și de luare a unor decizii. Voința este un mecanism specific de pornire, oprire sau inhibiție a unui proces sau a unei acțiuni, în funcție de valorile, convingerile sau motivațiile personale. Libertatea voinței înseamnă capacitatea de a lua decizii în cunoștință de cauză.

Sănătatea holistică este un criteriu unificator, care reglează toate componentele ființei umane, asta înseamnă să trăim înțelept, să atingem maturitatea în toate dimensiunile ei, nu numai la nivel biologic. Fiecare persoană acordă o anumită importanță uneia dintre cele șase dimensiuni ale sănătății. Dar aceste dimensiuni formează un tot unitar și fiecare are un efect asupra celorlalte. Neglijarea unei singure dimensiuni poate avea consecințe asupra sănătății pe ansamblu și asupra calității vieții, de aceea trebuie să le acordăm atenție constantă, identificând legăturile dintre ele și încercând să le menținem în echilibrul propice unei dezvoltări armonioase [24, 42].

Studiul individual dirijat: Prezențați câte 5 calități esențiale ale fiecărei dimensiuni ale sănătății.

Întrebări de evaluare:

1. Numiți și caracterizați dimensiunile sănătății.
2. Descrieți dimensiunea sănătății: sănătatea biologică.
3. Descrieți dimensiunea sănătății: sănătatea psihologică.
4. Descrieți dimensiunea sănătății: sănătatea socioprofesională.

5. Descrieți dimensiunea sănătății: sănătatea spirituală.
6. Argumentați corelația dintre cele 4 dimensiuni ale sănătății.

3. NOȚIUNEA DE SĂNĂTATE PSIHICĂ

- 3.1. Definirea sănătății psihice
- 3.2. Parametrii bio-psiho-sociali ai sănătății mentale
- 3.3. Sănătatea mentală și adaptarea
- 3.4. Sănătatea ca problemă a colectivității

3.1. Definirea sănătății psihice

Deși ramurile Psihologiei Medicale studiază aspectele psihosociale ale bolilor fizice (somatice), importanța cunoașterii dimensiunilor psihologice ale sănătății (în plan mental și în plan comportamental) este la fel de mare, în cazul bolnavilor somatici. Un prim argument este furnizat de faptul că barajul, reprezentat de o sănătate mentală perfectă în fața solicitărilor mentale apărute sub forma stresului psihic, nu este, cel mai adesea, perfect și, din această cauză, el poate fi străpuns prin zonele de „slabă rezistență” psihologică. Aceste zone sunt reprezentate de anumite trăsături de personalitate cu rol permisiv față de propagarea stresului indus de factori externi sau de factori interni ca, de exemplu, puternica rezonanță la disconfortul somatic generat de boală.

Un al doilea argument este acela că, în practica medicală, se pot întâlni destul de frecvent pacienți la care coexistă boli somatice cu tulburări psihice ce necesită diagnostic și tratament, cum este cazul unor mari nevrotici cu boli psihosomatice asociate (de ex., ulcer duodenal + astm bronșic + hipertensiune arterială etc. la un același bolnav cu o stare depresivă) (Iamandescu 1980).

În definirea sănătății mentale, criteriile de apreciere a normalității sunt mai puțin riguroase (au un grad mai mic de cuantificare) dar pot, totuși, să ofere suficientă garanție pentru o apreciere, mai ales când observația clinică coroborează elemente ale distribuției statistice (raportarea la majoritatea de cca 68% din zona medie +/- minoritatea de cca 27%, incluse în normalitate) (Minulescu) și, mai ales, cu utilizarea testelor psihologice din

domeniul psihodiagnozei. Într-o tentativă globală de a defini sănătatea din punct de vedere psihologic, trebuie să pornim de la cele două laturi intercorelate ale psihismului: procesele mentale și actele comportamentale. În esență, vom avea în vedere, ca și în cazul sănătății somatice, o latură externă (comportamentală), mai ușor de evaluat, deoarece comportamentul este, prin definiție, observabil din exterior, și o latură internă (activitatea mentală), abordabilă numai de către subiect prin introspecție.

Întrucât sănătatea mentală reprezintă rădăcinile (interne) ale comportamentului (acesta este pus în mișcare prin decizia luată în plan mental, după o „largă dezbateră” a instanțelor psihismului), vom păstra acest termen (sănătate mentală) într-un sens echivalent cu cel de sănătate psihică.

Definiția 1

Vom porni totuși de la o definiție „comportamentală” a sănătății mentale, care poate fi considerată ca un mod de a gândi, simți, și, mai ales, a se comporta, al unei persoane, în conformitate cu normele (regulile) impuse de colectivitate. Prin această definiție de lucru, vom accentua caracterul de afiliere la normele sociale, incluzând și particularitățile socio-cultural istorice ale acestor reguli, care, uneori, pot să creeze confuzii neesențiale. De exemplu, un individ care fluieră într-o biserică ortodoxă sau într-o moschee comite un lucru considerat anormal (dacă o face fără discernământ), iar o femeie având capul acoperit cu turban este considerată excentrică într-o țară creștină și perfect normală într-o țară musulmană.

Totuși normalitatea psihică (păstrăm și aici sinonimia cu sănătatea mentală) nu este total superpozabilă normelor socio-culturale, inclusiv juridice, existând multe cazuri în care micile abateri, ca de exemplu de la „codul manierelor elegante” sau de la regulile de circulație, pot să provină din ignoranță sau dintr-o rea intenție a individului și să nu aibă un caracter constant. Aceste exemple impun includerea discernământului între atributele normalității.

Definiția 2

Având în vedere că perspectiva psiho-medicală de apreciere a sănătății mentale este mai largă, mai explicită, dar și mai adecvată decât cea socio-culturală, vom considera ca valabilă definiția dată de Mihaela Minulescu: „O persoană sănătoasă mental prezintă o structură unitară a personalității, în care toate componentele complementare funcționează integrat, nu disruptiv, este conștientă de propriile limite și poate face față acestora; de asemenea, include și capacitatea de a învăța din experiența de viață”. Potrivit aceleiași autoare, sănătatea mentală poate fi definită prin următoarele caracteristici:

- capacitatea de conștientizare, acceptare și corectitudine în modul cum se concepe pe sine;
- stăpânirea mediului și adecvarea în modul de a face față cerințelor vieții;
- integrarea și unitatea personalității;
- autonomia și încrederea în sine;
- perceperea realistă și sensibilitatea socială;
- continuitatea dezvoltării personale spre autoactualizare [43].

3.2. Parametrii bio-psiho-sociali ai sănătății psihice

Sănătatea mentală este, în primul rând condiționată de o bază biologică reprezentată de structurile sistemului nervos central, mai ales ale scoarței cerebrale. Această afirmație este susținută de existența unor tulburări psihice în cazul tumorilor cerebrale, dar și în cazul unor intoxicații precum cea alcoolică sau din cauza unor insuficiențe de organ (uremie), encefalopatie portală, etc. Un celebru adagiul latin exprimă plastic această relație: „mens sana in corpore sano”.

Referitor la interacțiunea individului cu mediul psiho-social, „Onion model” elaborat de Dahlgren și Whitehead în 1991, oferă posibilitatea unei vederi de ansamblu asupra modului în care nucleul biologic al individului respectiv (vârstă, sex, ereditate) este

învelit în straturi concentrice, de la interior spre exterior, de către influența altor „determinanți ai sănătății”, reprezentați de:

1. factori ai stilului de viață;
2. influențe social-comunitare (la nivel de grup);
3. condiții de viață și muncă;
4. condiții generale social-economice, culturale și de mediu macrosocial.

Sănătatea mentală trebuie apreciată în cadrul condițiilor de dezvoltare ale individului și, mai ales, în funcție de vârstă. Astfel, de exemplu, la copilul mic și la vârstnicii fără boli degenerative avansate, performanțele cognitive, aspectele afectivității, comportamentul etc. sunt foarte diferite de nivelul maximal al sănătății mentale specifice adultului, denumită prin sintagma „maturitate psihică”.

Potrivit stadializării concepute de Erickson (apud Luminița Iacob), etapele de „dezvoltare psihosocială” sunt marcate de adaptarea și asimilarea la factorii sociali determinanți (ibidem): părinții (0-6 ani), școala și familia (6-12 ani), grupele de aceeași vârstă (adolescenți 13-18 ani), prietenii și relația de cuplu (tinerețe), familia și societatea (adultul matur), pensionarea și apropierea de sfârșitul vieții (bătrânețe).

Adultul matur își formează comportamente de asumare a responsabilității asupra deciziilor sale, pune în centrul valorilor sale familia și societatea și, facultativ, își exprimă valențele creatoare (sau stagnează).

Copilul de diferite vârste aspiră la (și dobândește) autonomie și competențe specifice vârstelor pe care le parcurge, adolescentul-identitatea, tânărul-intimitatea sau izolarea (în relația de cuplu, cu prietenii), adultul-puterea de a genera, iar vârstnicul-evaluarea reușitelor din cursul vieții și înțelepciunea (sau disperarea).

3.3. Sănătatea psihică și adaptarea

Un individ sănătos din punct de vedere mental (psihic) posedă o adaptare suplă și armonioasă la cerințele mediului predominant social.

Pe scala normalității psihice adaptarea la mediul natural și psiho-social constituie un criteriu de departajare a gradelor de adaptare, motiv pentru care distingem mai multe tipologii în raport cu normalitatea definită mai sus. Astfel, vom distinge:

Bolnavul nevrotic

Bolnavul nevrotic are o serie de tulburări mentale (în special în sfera afectivă), dar reușește să se adapteze, este drept, cu mari eforturi, la cerințele vieții cotidiene și normelor sociale (cf Hochapfel și Hoffmann). Din cauza simptomelor sale psihice, el cere, în mod repetat (uneori excesiv), ajutorul doctorilor, deoarece este conștient de boala sa.

Bolnavul psihotic (prototip schizofrenicul)

Este rupt de realitate, trăiește într-o lume a sa, frecvent delirează, și nu recunoaște faptul că este bolnav, în ciuda unor tulburări mentale severe.

Tulburări de personalitate

Dacă sindroamele nevrotice și psihozele întrunesc elementele de definiție ale bolii (cu un debut, o perioadă de „platou” și, în final, o ameliorare, cel mai adesea, sau chiar vindecare, mult mai rar), tulburările de personalitate (termenul mai vechi de „psihopatii”) nu sunt considerate boli. Ele reprezintă o structurare timpurie, încrămențită, a unor trăsături de personalitate într-un pattern comportamental specific fiecăreia dintre ele, dar având ca numitor comun inadaptația sau o defectuoasă adaptare la viața socială. Acești indivizi se comportă de o așa manieră, încât fie că își complică singuri existența (de exemplu, tipurile de personalitate anancastă sau emotivă), fie că „îi fac să sufere pe ceilalți” (K. Schneider) de exemplu, tipul borderline, tipul de personalitate disociată, paranoidă etc. (DSM IV). Această din urmă grupă de tulburări de personalitate recrutează indivizi cu un

comportament antisocial, adeseori delicvenți care, deși au discernământ, nu reușesc să învețe din propria lor experiență, de oameni certați cu legea și pedepsiți de către aceasta.

Clasificările psihiatrice mai noi îi scot pe acești indivizi cu „personalități dizarmonice” din categoria bolnavilor, deoarece tulburările lor comportamentale sunt constante, au o evoluție cvasipermanentă, nefiind, în general, receptivi la psihoterapie sau la medicație psihotropă și nici la corecțiile aplicate de lege prin detenție (ibidem).

Personalități accentuate (Leonhard)

Se consideră de către psihologi și se adeverește de către marele public faptul că indivizii care se încadrează în normalitatea postulată de către testele psihologice, deși sunt foarte prețuiți de către cei din jurul lor pentru corectitudinea și eficiența lor în plan mental și comportamental, dau, în genere, impresia unor „mediocrități” puțin cam plicticoase, uniforme, mai ales „pe termen lung”, ceea ce poate să creeze un fenomen de saturație afectivă, mai puțin pentru colegii de serviciu, dar, în special, pentru membrii de familie și partenerul conjugal.

Ca o opinie personală, nesuștinută de probe științifice, avem impresia că acești oameni, „ca la carte” (în special bărbații) ajung să producă, în cadrul conjugal, mai ales, o senzație de iritare ascunsă (în cazul în care ei reprezintă „modelul”), sau de monotonie exasperantă, motiv pentru care apar multe infidelități sau divorțuri declanșate de soțiile respectivilor „normali”. În cazul partenerelor „normale la teste”, soțul nu prezintă o astfel de tendință la separație fie din cauza atracției fizice, care compensează „monotonia”, fie din cauza existenței unei „supape” reprezentată de mici infidelități conjugale, acceptate mai ușor în spațiul balcanic (când autorii lor sunt bărbații).

Revenind la „normalitatea plicticoasă” postulată de testele psihologice de personalitate, este demnă de apreciat tentativa lui Karl Leonhard de a întreprinde un efort, sprijinit de clasificările anterioare ale tipurilor de psihopatii, în special ale lui Kurt

Schneider, de a considera, pe baze clinice, existența unei zone de tranziție între normalul personalității și patologicul reprezentat de tulburările de personalitate.

Criteriul care permite diferențierea față de anormalitate este, în opinia noastră, menținerea evoluției persoanei respective în cadrul unei adaptări sociale, cel puțin acceptabile, fără situații conflictuale zgomotoase cu sine și cu lumea din jur. În cadrul acestei zone de tranziție, se situează o serie de trăsături accentuate de personalitate (ex. emotivitatea, impulsivitatea, tendințele obsesive, paranoide etc.) a căror prezență la un individ (una sau chiar mai multe) conferă acestuia un grad de originalitate, adeseori apreciat de către cei din jur.

În ceea ce privește adaptabilitatea acestor personalități accentuate”, din rândul cărora se recrutează valorile științifice, artistice, etc. ale societății, există posibilitatea unei „derapări” spre personalități dezarmonice, în cazul unor împrejurări ale vieții nefavorabile (Minulescu).

Redăm mai jos tipologia de bază a personalităților accentuate creată de Leonhard, nu înainte de a recomanda lucrarea fundamentală (fascinantă!) în care au fost expuse: „Personalități accentuate în viață și literatură”, carte ce ilustrează încă o contribuție originală a autorului, aceea de a exemplifica diversele trăsături accentuate de personalitate prin celebre personaje ale literaturii mondiale (create de Shakespeare, Tolstoi, Balzac etc).

Clasificarea sa cuprinde ca trăsături accentuate ale firii:

- tipul hiperperseverent (susceptibilitatea și ambiția);
- tipul hiperexact (conștiinciozitatea și seriozitatea sunt exagerate);
- tipul demonstrativ (teatral, se autolaudă și autocompătimește);
- tipul nestăpânit (irascibil, indispoziție cronică, devieri în direcția alcoolismului sau sexuale).

Combi-națiile trăsăturilor de caracter accentuate conduc spre:

- tipul hipertimic (locvace, cu o constantă bună

- dispoziție);
- tipul distimic (posomorât, seriozitate exagerată);
- tipul labil (oscilații între veselie și tăcere, hiper- și distimie);
- tipul emotiv (trăiri afective puternice, determinate atât de evenimente triste, cât și fericite);
- tipul exaltat (excesivă oscilație a afectelor între euforie și depresie);
- tipul anxios.

Combi-națiile trăsăturilor de caracter și temperament accentuate:

- tipul introvertit (trăiește preponderent în lumea imaginației);
- tipul extravertit (trăiește preponderent în lumea percepției);
- tipul introvertit – hipertimic [43].

3.4. Sănătatea ca problemă a colectivității.

„Sănătatea unei națiuni este o problemă de ordin social și nu una de ordin personal” (Bandura-2005).

Problematica sănătății a fost abordată, cu mai multă hotărâre și amploare, de la jumătatea secolului trecut, de către forurile decizionale ale fiecărui stat. „Comanda socială” a unei veritabile politici a sănătății a venit odată cu progresele medicinei, care au permis creșterea duratei de viață la vârste care „permit” dezvoltarea unor boli cronice de uzură până la un stadiu în care să atingă nivelul unor suferințe până atunci ignorate (câteva exemple: ateroscleroza coronariană și cerebrală, diabetul zaharat insulinodependent, reumatismul cronic degenerativ). Prin urmare, prevenirea unor astfel de boli ar trebui asigurată printr-un comportament sănătos, adoptat de timpuriu sub influența unei educații bazate pe considerarea și combaterea factorilor psihosociali implicați în geneza unor conduite nocive, de risc pentru îmbolnăvire. O astfel de orientare asigură

condițiile desfășurării vieții prelungite („extended life”) cu cât mai puțină durere, infirmitate și dependență (Fries și Crapo, 1981).

Printr-un model general al sănătății, conceput mai ales ca rezultat al unor obiceiuri de viață sănătoase (dietă, mișcare, odihnă etc. echilibrate), decât al utilizării unor medicamente („pentru slăbit”, „pentru calmare” etc) se poate frâna procesul de „medicalizare a problemelor vieții, realizată până acum printr-un marketing public agresiv al unor medicamente scumpe, prescrise pentru aceste probleme”. În plan psihologic individual, apare ca necesară formarea unei mentalități asupra propriei sănătăți, „selfmanagement model” (Bandura, 2005), conform căreia orice om trebuie să își autoadministreze sănătatea într-un mod conștient și responsabil, ca parte integrantă a stilului său de viață, care să-i respecte particularitățile sale motivaționale adaptate la cele biografice. O astfel de individualizare a comportamentului salutogenetic implică plasarea interesului individului, mai ales a celui vârstnic, în sfera unor oferte, din partea societății, cu privire la posibilități de promovare a sănătății adecvate problemelor sale personale sau specifice grupului social de apartenență (de ex. excursii organizate în grup pentru septagenari și octogenari, ce dezvoltă autonomia plurivalentă a vârstnicilor).

Asistăm astfel la o „redirecționare a eforturilor societății de la practicile de ofertă- supply-side”, către „remediile cerute-demand-side” (ibidem).

Același autor propune din această perspectivă implementarea unor „programe de sănătate psihosocială” pe internet, capabile să ofere unei largi populații-la nivel mondial-repere comportamentale generale pentru păstrarea sănătății. În același timp, internetul poate oferi posibilitatea unor „modele efective de furnizare a unei instruirii personalizate”, menită să schimbe sau să atenueze obiceiurile nesănătoase ale individului interesat de o astfel de schimbare și care poate găsi informațiile respective într-un mod facil, cu costuri reduse și având-pe această cale a internetului-senzația de anonim care îl protejează de jena frecvent întâlnită la cei cu vicii, când încearcă să obțină același gen

de informații de la o altă persoană (Muniz și col. apud Bandura) [43].

Studiu individual dirijat: Elaborarea unui sondaj de opinii despre sănătatea psihică

Întrebări de evaluare:

1. Definiți sănătatea psihică (mentală).
2. Dezvăluți corelația sănătate mentală și adaptarea.
3. Numiți și caracterizați trăsăturile accentuate ale firii.
4. Comentați citatul: „Sănătatea unei națiuni este o problemă de ordin social și nu una de ordin personal” (Bandura, 2005).

4. SĂNĂTATEA ȘI BOALA. CORELATE ALE SĂNĂTĂȚII PSIHICE

4.1. Starea de bine

4.2. Dimensiunile calității vieții relevante pentru starea de sănătate sau boală

4.1. Starea de bine

În ultimii ani, se pune un accent tot mai mare pe aspectele calitative ale stării de sănătate. Prin acestea nu se diminuează rolul integrității somatice și fiziologice a organismului, dar se dorește sublinierea faptului că sănătatea înseamnă mai mult decât atât. În acest context, două concepte devin relevante, și anume: starea de bine și calitatea vieții.

Din punct de vedere psihologic, „starea de bine” joacă un rol important în conturarea teoriei personalității, cât și în formele aplicate din psihopatologie. „Starea de bine” mai servește ca ghid clinic de lucru, ajutând psihoterapeutul în determinarea direcției în care un client se poate deplasa pentru a atenua disfuncționalitatea și a-și găsi împlinirea, scopul și/sau sensul. Mai mult decât atât, în încercarea de a defini în termeni psihologici conceptul „starea de bine” acesta poate fi asociat cu o cerință transcendențială pentru existența umană, ceea ce Geertz (1973) numea „o omniprezență orientativă necesară”.

Cu alte cuvinte, ființele umane au trăit întotdeauna cu necesitatea de a înțelege care este cel mai bun, mai dezirabil mod de a ființa în această lume. Cercetările de actualitate efectuate în ceea ce privește „starea de bine” din punct de vedere psihologic presupun investigarea unor variabile care raportează intensificarea sau diminuarea acesteia într-o populație prin utilizarea unor evaluări preexistente măsurabile. În acest mod, bunăstarea în sine este determinată în aceste studii, de rezultatul obținut în urma unei evaluări fie ea autoraportată sau a unui set de măsuri. În consecință, în acest

fel se concentrează pe variabilele care afectează „starea de bine”, aceasta devenind mai curând secundară în aceste studii. Modul de abordare în a studia bunăstarea a fost denumit „stare de bine” subiectivă.

„Starea de bine” subiectivă este constituită de două componente generale: (a) judecățile în legătură cu satisfacția în viață și (b) echilibrul afectiv sau măsura în care nivelul de afect pozitiv depășește nivelul de afect negativ în viața individului (Andrews & Withey, 1976; A. Campbell, Converse, & Rodgers, 1976; Diener, 1984). Satisfacția asupra vieții se bazează pe un set individual de aprecieri subiective cognitive. Această abordare „se bazează pe standardele de care se folosește respondentul să determine ceea ce este bun în viață” (Diener, 1984). Diener a susținut că esența bunăstării rezidă în evaluarea globală a unei persoane față de calitatea vieții, în funcție de propriile sale alegeri în ceea ce privește criteriile folosite. Cercetările privind echilibrul afectiv folosesc o noțiune de bunăstare care corespunde termenului popular de fericire.

Fericirea este o orientare afectivă spre „starea de bine”, care implică o preponderență a afectului pozitiv în raport cu afectul negativ (Diener, 1984). Din această perspectivă, se asumează ca indivizii sunt fericiți atunci când ar experimenta mai multe sentimente pozitive decât negative pe parcursul vieții.

Starea de bine presupune :

- Acceptare de sine ;
- Relații pozitive cu ceilalți ;
- Autonomie ;
- Control asupra propriei vieți ;
- Sens și scop în viață ;
- Dezvoltare personală [9].

Recomandări pentru o stare de bine:

- Evoluează: Folosește-ți mintea ca să construiești și să dezvolți. Scopul tău trebuie să fie creativitatea fără limite. Practic, asta înseamnă să lupți împotriva plictiselii, rutinei și a repetitivității. Fii creativ/ă la fiecare nivel al vieții. Viata de

familie e creativă atât timp cât fiecare membru e încurajat să-și exprime sentimentele. Relațiile sunt creative dacă amândoi parteneri caută mereu să descopere lucruri noi la celălalt. Dacă vrei ca schimbările tale să fie apreciate, trebuie ca și tu să vezi schimbările partenerului. Astfel, se instalează un schimb reciproc, care se transformă în cel mai bogat aspect al oricărei relații: evoluția comună. Pentru munca ta descoperă noi resurse atunci când te confrunți cu anumite provocări. Rutina se instalează la orice job, și este de datoria ta să o combați. Indiferent câtă energie depui ca să-ți construiești viața de familie, relația și locul de muncă, poți fiți mai sus.

- Spațiu/timp: Spune-ți: infinitul e cât văd cu ochii, și în orice direcție m-aș uita eu sunt în centrul lui. Nu exagerezi când gândești așa. Indiferent în ce loc te-ai afla, ești în centrul infinitului care se întinde în toate direcțiile. La fel și timpul. Fiecare minut din viața ta e învăluit în eternitate.
- Generozitate spirituala: Oricât dai, vei primi în schimb și mai mult. Generozitatea începe din suflet. Fii generos/generoasă cu mila, iubirea, inteligența, adevărul și creativitatea. Cu cât le exprimi mai mult, cu atât vei primi mai mult la toate nivelurile.
- Relații- Relațiile sunt adevăratul test al oricărei stări spirituale. Să fii conectat/ă înseamnă să interacționezi. Comunicăm prin intermediul acestor fire de iubire, înțelegere, cooperare, comunicare și evoluție. Când firele slăbesc, același lucru se întâmplă cu toate celelalte. Așa cum am văzut, la copiii care petrec ore întregi jucându-se la calculator se produce o schimbare în creier, dobândind capacități motorii speciale în detrimentul celor sociale. Legătura cu propriul corp: În fiecare zi corpul îți poartă de grijă, iar tu poți să-i mulțumești pentru acest serviciu fiind la rândul tău atent/ă cu el. Ascultă-ți corpul, îți este partener, oferă-i încredere, respect, sinceritate, colaborare, apreciere.
- Fiecare zi-un nou început: Pentru ca viața să se transforme într-o mare victorie, trebuie să câștigi multe bătălii mici cu

rutina, care devine o a doua noastră natură. În orice moment ne paște plictiseala, indiferența sau apatia. Dar dincolo de această monotonie aparentă, viața se reînnoiește constant. Totul depinde de alegerile tale pentru a funcționa la capacitate maximă.

- Fără presiune: La origine, toate sunt așezate într-un timp perfect. Ai suficient timp să duci la bun sfârșit tot ce trebuie, iar călătoria ta să fie și ea un lucru plăcut. Curgerea timpului e de fapt curgerea sinelui. Cel/cea care ești tu cu adevărat. Odată ce îți dai seama că timpul e subiectiv, făcut să se adapteze țelului vieții, nu mai simți presiunea lui.
- Percepția senzorială: Drumul spre împlinire se simte. În loc să încerci să înțelegi lumea mereu schimbătoare, poți simți care e drumul tău, să ai încredere în acele sentimente, și să-l urmezi.
- Libertatea alegerii: Oamenii vor slujbe, mașini, case, bani și familie. Le obțin pentru că se străduiesc, iar organizarea societății le face accesibile. Dar pentru împlinirea sufletească trebuie să dezlegi singur/ă misterul vieții. Și pentru că te vei lovi de un cumul de direcții, nu uita că ai libertate de alegere deplină [14].

4.2. Dimensiunile calității vieții relevante pentru starea de sănătate sau boală

Calitatea vieții este definită ca „percepțiile indivizilor asupra situațiilor lor sociale, în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în dependență de propriile necesități, standarde și aspirații” (OMS, 1998). Astfel, prin calitatea vieții în medicină se înțelege bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite, în existența lor cotidiană. O definiție mai practică a fost propusă în 1993 de Revicki și Kaplan: calitatea vieții reflectă preferințele pentru anumite stări ale sănătății, ce permit ameliorări ale morbidității și mortalității și care se exprimă printr-un singur indice ponderat – ani de viață standardizați,

în funcție de calitatea vieții. Studiile efectuate asupra calității vieții sunt deosebit de utile pentru practica medicală, în evaluarea efectelor fizice, psihice și sociale ale bolilor și tratamentelor medicale asupra vieții de zi cu zi a oamenilor, în evaluarea efectelor tratamentelor sau bolii, din punctul de vedere al pacientului, precum și în determinarea nevoilor pacientului de suport psihic, fizic și social pe durata îmbolnăvirii.

Utilizarea instrumentelor pentru evaluarea calității vieții pacienților ajută personalul medical să aleagă între diferite tratamente alternative, să informeze pacienții asupra efectelor posibile ale diferitelor proceduri medicale, să monitorizeze progresul tratamentelor aplicate, din punctul de vedere al pacientului și, în fine, permite personalului medical să proiecteze pachete de îngrijiri medicale eficiente și eficiente. Interesul manifestat în lumea medicală pentru problemele calității vieții pacienților este demonstrat prin numărul articolelor pe teme de calitatea vieții, publicate în reviste de prestigiu și prezentate în baza de date PUBMED a National Library of Medicine, din SUA. Se poate remarca o creștere constantă a numărului articolelor dedicate studiului diferitelor aspecte ale calității vieții pacienților, de la un articol, în perioada 1960 – 1965 la 1 479, în 1990 și la 8160, în anul 2004.

Într-o descriere mai amănunțită, este vorba de următoarele dimensiuni ale calității vieții:

- bunăstarea emoțională sau psihică, ilustrată prin indicatori precum: fericirea, mulțumirea de sine, sentimentul identității personale, evitarea stresului excesiv, stima de sine, bogăția vieții spirituale, sentimentul de siguranță;
- relațiile interpersonale, ilustrate prin indicatori precum: a te bucura de intimitate, afecțiune, prieteni și prietenii, contacte sociale, suport social (dimensiunile suportului social);
- bunăstarea materială, ilustrată prin indicatori precum: proprietate, siguranța locului de muncă, venituri adecvate,

- hrană potrivită, loc de muncă, posesie de bunuri (mobile/imobile), locuință, status social;
- afirmarea personală, care înseamnă: competență profesională, promovare profesională, abilități/deprinderi profesionale solide, împlinire profesională, niveluri de educație adecvate profesiei, activități intelectuale captivante;
 - bunăstarea fizică, concretizată în sănătate, mobilitate fizică, alimentație adecvată, asistență medicală de bună calitate, disponibilitatea timpului liber, asigurări de sănătate, activități preferate interesante în timpul liber (hobby - uri și satisfacerea lor), formă fizică optimă, concretizată în cei patru S, Strength – forță fizică, Stamina – vigoare sau rezistență fizică, Suppleness – suplețe fizică și Skills – îndemânare sau abilitate fizică;
 - independența, care înseamnă autonomie în viață, posibilitatea de a face alegeri personale, capacitatea de a lua decizii, autocontrolul, prezența unor valori și scopuri clar definite, autoconducerea în viață;
 - integrarea socială, care se referă la prezența unui status și rol social, acceptarea în diferite grupuri sociale, accesibilitatea suportului social, climat de muncă stimulat, participarea la activități comunitare, activitatea în organizații neguvernamentale, apartenența la o comunitate spiritual-religioasă;
 - asigurarea drepturilor fundamentale ale omului, cum sunt: dreptul la vot, dreptul la proprietate, la intimitate, accesul la învățătură și cultură, dreptul la un proces rapid și echitabil etc.. În contextul activității din domeniul medical, se impune găsirea unor criterii operaționale pentru măsurarea calității vieții pacienților [8, 41].

Printre modelele existente, se pot aminti: modelul celor 14 nevoi fundamentale ale pacientului, sistematizate de Virginia Henderson și cele 11 activități cotidiene esențiale pentru un pacient.

Cele 14 nevoi fundamentale ale pacientului propuse de Henderson sunt:

- respirație normală;
- alimentația (a bea și mânca) adecvată;
- eliminarea excrețiilor corporale;
- mișcarea și menținerea unor poziții corporale dorite;
- somnul și odihna;
- selectarea unor articole de îmbrăcăminte potrivite – îmbrăcare și dezbrăcare;
- menținerea unei temperaturi corporale normale, prin adaptarea îmbrăcămînții și modificarea mediului ambiant;
- menținerea curățeniei corporale și protejarea tegumentelor;
- evitarea pericolelor din mediul de viață și evitarea rănirii/traumatizării altora;
- comunicarea cu semenii prin exprimarea emoțiilor, trebuințelor, temerilor și opiniilor;
- practicarea cultului religios la care aparține;
- munca, ce dă sens și valoare vieții;
- jocul și participarea la activități distractive;
- învățarea, descoperirea satisfacerea curiozității și folosirea serviciilor medicale accesibile/ disponibile [42].

Dimensiunile calității vieții relevante pentru starea de sănătate sau boală sunt :

- fizică (mobilitate, îngrijire personală, controlul reflexelor, absența durerii, vitalitate, energie);
- psihică (reacții emoționale, funcționare cognitivă);
- socială (relații interpersonale, comunicare, roluri);
- comportamentală (somm, alimentației, recreere, hobbyuri);
- economică (financiar);
- independentă (sexualitate).

Studiu individual dirijat: Elaborarea unei prezentări ppt cu genericul: „Impactul societății asupra sănătății psihice”.

Întrebări de evaluare:

1. Caracterizați conceptul de stare de bine.
2. Ce presupune starea de bine?

3. Numiți și caracterizați câteva recomandări pentru o stare de bine.

4. Numiți și caracterizați dimensiunile calității vieții relevante pentru starea de sănătate sau boală.

5. MODELE ALE SĂNĂTĂȚII ȘI BOLII

5.1. Modelul biomedical al sănătății și bolii

5.2. Modelul psihologic și biopsihosocial al sănătății și bolii

5.1. Modelul biomedical al sănătății și bolii

Noua morbiditate a secolului XX solicită o paradigmă complexă de explicare, abordare și tratare a bolilor, direcționată mai ales asupra prevenției lor prin intermediul identificării și modificării factorilor de risc. Stadiul actual al datelor dovedește că modelul tradițional, bio-medical de explicare și abordare a bolilor cronice este restrictiv și unilateral, neluând în considerare variabilele nonbiologice. Noua paradigmă, cea biopsihosocială, încorporează atât achizițiile medicinei biologice, cât și variabilele psihocomportamentale, sociale, culturale și ecologice ca factori importanți în etiologia și evoluția bolilor (Matarazzo, 1980). Cele două modele diferă în funcție de modul cum răspund teoretic, dar mai ales practic la întrebările de mai jos: Cine cauzează bolile? Cine este responsabil pentru boli? Ce afectează boala? Cum trebuie tratată boala? Cine este responsabil pentru tratament? Care este relația dintre soma și psihic? Care este relația dintre sănătate și boală? Care este rolul psihologiei în sănătate și boală?

Prin răspunsurile pe care le oferă în practicile medicale, modelul biomedical este un model reduționist (ia în considerare doar factorii biologici), și un causal de tip liniar (bacil – boală), încorporează dualismul cartezian (departajează somaticul de psihic), pune accentul pe starea de boală, ignoră sănătatea, respectiv prevenția bolilor, se focalizează pe organul bolnav făcând abstracție de persoană, medicul este responsabil de tratarea bolii [35].

5.2. Modelul psihologic și biopsihosocial al sănătății și bolii

Modelul psihologic: Psihologia sănătății constă în studiul factorilor și al proceselor psihologice, care joacă un rol decisiv în apariția bolilor și care pot accelera sau încetini evoluția lor. Există, în plus, în cadrul acestei discipline 3 obiective importante, legate între ele:

- promovarea comportamentelor și stilurilor sănătoase de viață;
- prevenția și tratamentul bolilor;
- ameliorarea „preluării” și asistenței pacienților.

Actualmente, psihologia sănătății este definită la modul general ca studiul factorilor psihosociali care pot juca un rol în comportamentele și în cunoștințele legate de sănătate și de boală. În căutarea identificării diferiților factori de influență și a interacțiunilor lor, este vorba de a înțelege mai bine apariția și evoluția bolii și de a propune intervențiile adecvate. Psihologia sănătății datează din anii '70.

Dezvoltarea acestei discipline se datorează următorilor 3 factori: Cauzele mortalității (în general): acestea sunt azi cu totul altele. Dacă imediat după 1900 cauzele de mortalitate au fost, în primul rând, bolile infecțioase; ulterior, mai cu seamă în țările civilizate, bolile cronice (cardiace, canceroase, vasculare cerebrale, ale plămânilor, ale ficatului, rinichilor, digestive) treptat, treptat au dominat. În timp, s-au precizat factorii de risc care pot „induce” această patologie: hipercolesterolemia, obezitatea sau malnutriția, tabagismul, lipsa exercițiului fizic, alcoolul, stresul etc. Acești factori sunt la rândul lor legați de anumite comportamente. Conform datelor Ministerului Sănătății din SUA (și din alte statistici), jumătate din decese este legată de factorii de risc puternic influențați de comportamentul indivizilor.

Unii factori economici, cum ar fi aplicarea și dezvoltarea conceptului conform căruia este mult mai util și mai ieftin de a preveni, decât a vindeca o boală. A preveni înseamnă a diminua

acțiunea factorilor de risc și, astfel, se acționează asupra comportamentelor asociate acestor factori. Dezvoltarea psihologiei a contribuit la nașterea psihologiei sănătății.

Domeniile psihologiei sănătății sunt:

Comportamentele, care pot avea consecințe fiziologice și care influențează sănătatea, în situația stresului, de exemplu;

Modul nostru de a trăi, obiceiurile, care pot avea efecte nocive asupra sănătății, cum este, de exemplu, tabagismul și lipsa exercițiului fizic; [35]

Modul de comportare față de boală, ceea ce are influență foarte importantă asupra sănătății ulterioare. Modelul biopsihosocial s-a dezvoltat ca reacție la cel biomedical și are următoarele caracteristici:

- Boala are o cauzalitate multifactorială;
- Psihicul nu poate fi separat de fizic și invers;
- Subliniază atât sănătatea, cât și boala;
- Pune accent nu doar pe tratament, dar și pe prevenție;
- Suferința organului induce suferință persoanei
- Responsabili de prevenția bolilor, tratament și recuperare nu este doar personalul medical, ci și societatea, și persoana în cauză.

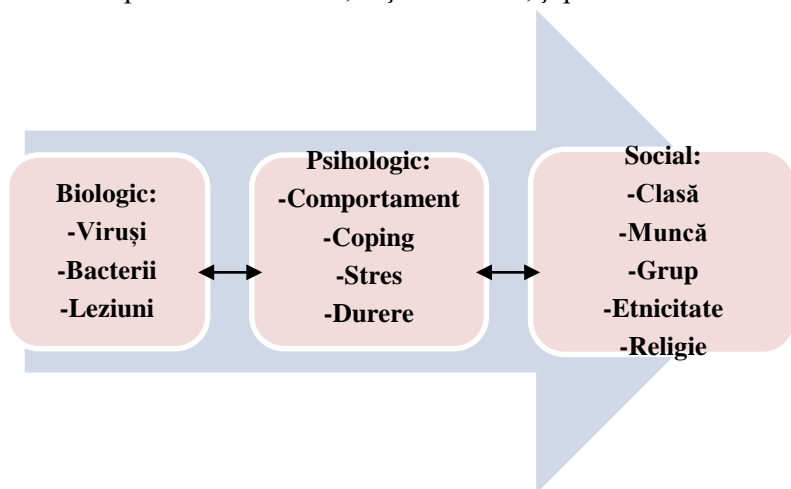


Fig. 5.1. Modelul bio-psiho-social al sănătății și bolii
(adaptat după Engel, 1977)

Odată cu apariția modelului biopsihosocial s-au petrecut transformări în accentele puse pe diverse aspecte ale sănătății și bolii, de la:

- BOALĂ ACUTĂ la BOALA CRONICĂ;
- BOALĂ la SĂNĂTATE;
- ÎNGRIJIREA ÎN SPITAL la ÎNGRIJIREA ÎN COMUNITATE;
- TRATAMENT la ÎNGRIJIRE;
- ABORDARE CURATIVĂ la ABORDARE PREVENTIVĂ;
- INTERVENȚIE la MONITORIZARE;
- PACIENT la PERSOANĂ.

Alte concepte fundamentale în științele medicale și sociale ale sănătății și bolii, relaționate cu cele prezentate mai sus, care sunt indicatori relevanți pentru starea de sănătate a unei populații sunt:

- Speranță de viață;
- Mortalitatea generală și specifică;
- Mortalitatea infantilă;
- Mortalitatea maternă;
- Fertilitate;
- Morbiditate;
- Prevalență;
- Incidență;
- Vulnerabilitate (generală și specifică);
- Condiții de risc;
- Grupuri de risc;
- Comportament de risc;
- Factori de risc.

Relația dintre factorii de vulnerabilitate și riscul pentru boli este redată mai jos:

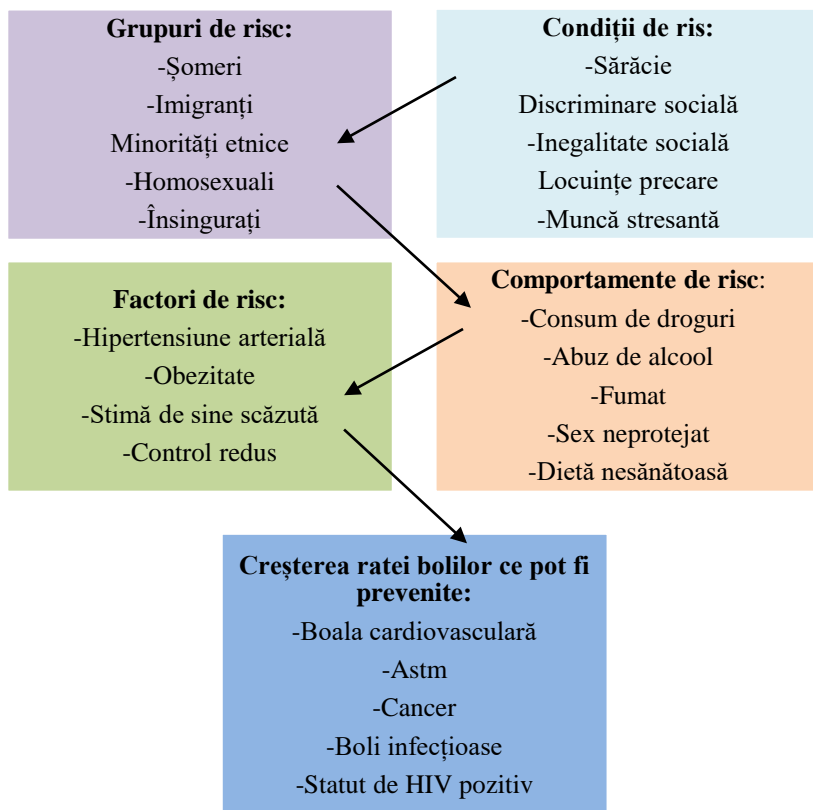


Fig. 5.2. Relația dintre risc și boală adaptat după Naidoo și Wills, 1998
Variabilele de risc pot fi clasificate și după alte două criterii (a distanței dintre risc și îmbolnăvire, respectiv a rolului acestora în relația cu patologia), și anume în factori:

A.

- Proximali (eg. Fumat, alcool);
- Distali (factori macro-sociali);
- Intermediari (eg. ocupație, familie, sistem medical).
-

B.

- Predispozanți (eg. convingeri, fumat);
- De precipitare (eveniment stresant);
- De menținere (convingeri, fumat) [41].

Studiu individual dirijat: Prezentați un tabel cu diferențe ale modelelor sănătății și bolii. Prezentați argumente în favoarea modelului biopsihosocial al sănătății.

Întrebări de evaluare:

1. Prezentați esența modelului biomedical al sănătății și bolii.
2. Prezentați esența modelului psihologic sănătății și bolii.
3. Prezentați esența modelului biopsihosocial sănătății și bolii.

6. FACTORII SĂNĂTĂȚII PSIHICE

- 6.1. Calitatea vieții și sănătatea mediului
- 6.2. Calitatea apei potabile și sănătatea
- 6.3. Efectele apei poluate asupra sănătății
- 6.4. Calitatea solului și sănătatea oamenilor
- 6.5. Atmosfera și sănătatea oamenilor
- 6.5.1. Efectele aerului poluat asupra sănătății populației
- 6.6. Măsuri de protecție a factorilor mediului și îmbunătățirea calității vieții.

6.1. Calitatea vieții și sănătatea mediului

Sănătatea privită ca un ideal, dar și ca o cerință fundamentală a vieții este o problemă ce preocupă fiecare individ, dar și societatea în ansamblu, la realizarea ei concurând o multitudine de factori: tehnici, economici, sociali, culturali, ecologici, spirituali etc. În cadrul interrelațiilor, om-mediul, aceasta din urmă exercită asupra omului multiple influențe, dintre care cea mai importantă este acțiunea asupra sănătății.

Mediul conține factori care au o acțiune favorabilă asupra calității vieții, cunoscuți sub numele de factori sanogeni. El conține însă și factori care au o acțiune nefavorabilă asupra vieții, determinând înrăutățirea sau pierderea acesteia, denumiți factori patogeni. Acțiunea mediului poluant asupra organismului este foarte variată și complexă. Ea poate merge de la simple incomodități în activitatea omului, până la perturbări puternice ale stării de sănătate. De aici rezultă că sănătatea fiecărui om este influențată de sănătatea mediului: fiecare om afectează mediul în care trăiește.

Mediul inconjurator este constituit din totalitatea factorilor biotici (relații care se stabilesc în cadrul populației sau între specii diferite) și abiotici (factorii geografici-poziția geografică exprimată

prin latitudine, longitudine, altitudine, expoziție; factorii fizici-lumină, temperatură, umiditate; factorii chimici - substanțele chimice din aer, apă, sol).

Starea mediului înconjurător este pe an ce trece tot mai îngrijorătoare: spațiile împădurite se reduc, solurile agricole se degradează, stratul de ozon este mai subțire, numeroase specii de plante și animale au disparut, efectul de seră se accentuează și multe altele. În general, se poate afirma că țările cele mai dezvoltate produc cele mai mari cantități de deșeuri și poluanți, consumă cantități mari de energie și resurse naturale.

Impactul pe care aceste țări îl au cu mediul natural este puternic distructiv. Se remarcă, astfel, existența unei proportionalități inverse între nivelul de industrializare și starea mediului înconjurător. Întreaga lume este în interrelație-fiecare acțiune va produce o reacție care în complexul sistemelor vii este de multe ori imprevizibilă. Atunci când resursele naturale sunt epuizate pe scara largă și mediul ambiant este poluat datorită activității umane, nu numai mediul este acela care are de suferit ci și sănătatea oamenilor este, de asemenea, afectată: starea de sănătate nu poate fi menținută respirând aer poluat, consumând alimente și apă contaminate cu pesticide sau alte substanțe chimice. Societatea umană constituie un sistem în care omul folosește, dar trebuie să și protejeze factorii mediului, însă lipsa de educație, nepăsarea, anumite interese economice, fac ca, pe zi ce trece, mediul înconjurător să devină tot mai sărac și mai poluat.

Afectarea mediului natural are repercusiuni grave asupra calității vieții, manifestându-se, mai ales, prin poluarea apelor, a solului și a atmosferei. Natura înregistrează toate faptele nesăbuite, agresiunile făcute de om, conștient sau inconștient, le stochează în memorie, până la un moment dat toate faptele negative se întorc asupra noastră. De ce trebuie să punem accent pe educație pentru mediu? Pentru că, în prezent, mai mult de 5.3 miliarde de oameni folosesc (abuzând deseori, cu bună știință sau fără) resursele naturale ale pământului.

În fiecare colț al lumii, oamenii taie păduri, extrag minerale și surse de energie, erodând solul de la suprafață, poluând aerul și apa,

creând deșeuri primejdioase și producând o ruptură a zonelor naturale într-un ritm fără precedent în istoria vieții pe pământ, fiind imposibil să se scape de consecințele degradării serioase a mediului: dispariția speciilor, extinderea deșertului, contaminarea cu pesticide, creșterea problemelor de sănătate, foametea, sărăcia și chiar pierderea de vieți umane. Omul este principalul distrugător al mediului ambiant, este principalul distrugător al său începând de la sol și terminând cu ultimul strat atmosferic [16, 46].

6.2. Calitatea apei potabile și sănătatea

Multipli factori de risc sunt condiționați de calitatea factorilor mediului ambiant. În condițiile Republicii Moldova, pe prim plan ar putea figura calitatea apei potabile. Apa este una din resursele de care nu ne putem lipsi zi de zi, este simbolul nesecat al vieții, este stropul care ne potolește atunci când suntem însetați, este un factor indispensabil vieții. Ea constituie inima biosferei, reprezentând substanța cea mai răspândită de pe Terra.

Actualmente, în calitate de surse de apă potabilă a Republicii Moldova sunt râul Nistru, care acoperă circa 54% din cantitatea totală de apă, râul Prut – 16%, alte surse de apă de suprafață – 7% și surse de apă subterane – 23%. Aprovizionarea cu apă mai are loc și din circa 5000 sonde de foraj, din 132 mii de fântâni cu alimentare din pânza freatică și într-o proporție mai mică, apele provenite din depunerile atmosferice. Stocul mediu multianual al râurilor țării este estimat la 13,2 miliarde m³.

Rezerva de ape subterane este estimată la circa 2,8 miliarde m³. Deci, teoretic, potențialul de apă este de cca 16 miliarde m³, ceea ce înseamnă 3700 m³/locuitor pe an. Însă potențialul disponibil este de aproximativ 1100 m³/locuitor pe an, ceea ce situează Republica Moldova printre țările cu surse de apă relativ sărace. Pe lângă aceasta, apele râurilor Nistru și Prut sunt contaminate biologic și necesită purificare.

Dacă e să ne referim la fiecare râu în parte, despre Nistru se poate spune că în ultimii 30 de ani a devenit de 40 de ori mai murdar și a scăzut productivitatea lui de 20 de ori. Cât despre Prut, în ultimii ani, calitatea apelor, conținutul nitraților s-a mărit de 2-3 ori; în apă se depistează cantități de nitriți, fosfați. Datele referitoare la calitatea apei pe teritoriul Republicii Moldova, după proprietățile fizico-chimice și bacteriologice demonstrează că apa este de clasa a 2-4-a a calității apei. Apele freatice nu sunt protejate de poluare de la suprafață, fapt care determină un conținut supranormă de azotați și mineralizare excesivă în majoritatea localităților. Calitatea apelor de profunzime variază semnificativ în raport cu particularitățile stratului achifer, în diverse regiuni având o mineralizare sporită, conținut sporit de fluor, hidrogen sulfurat, hidrocarburi etc. Această situație impune necesitatea de a rezolva, în mod complex, problema asigurării accesului populației la apă potabilă de bună calitate.

Acest șir îl putem continua la nesfârșit, căci întreaga Planetă, inclusiv populația din țara noastră se confruntă cu mari probleme ce țin de cantitatea și calitatea apei potabile. În urma investigațiilor de laborator s-a constatat că în 80 la sută din cazuri apa din pânza freatică, de unde se alimentează fântânile și izvoarele, este extrem de poluată cu nitrați și nitriți, compuși ai metalelor grele, are un grad de mineralizare excesivă sau un conținut înalt de fluor ce nu corespunde cerințelor ecologice și normelor sanitare.

Mai bine de jumătate din populația rurală bea apă din fântâni, se poate spune chiar majoritatea. Apa în 93,3% din fântâni nu corespunde cerințelor igienice după indicatorii sanitaro-chimici, iar în 63,3%-după indicatorii microbiologici. Unele fântâni nu sunt amenajate conform cerințelor sanitare în vigoare. Lipsește acoperișul și brâul betonat, nu au găleți, nu se respectă distanța de la sursele de poluare. Mai mult, nici populația, în mare parte nu conștientizează efectele negative pe care le are apa potabilă de proastă calitate asupra sănătății, provocate în majoritatea cazurilor în rezultatul activității umane.

6.3. Efectele apei poluate asupra sănătății

Apa influențează sănătatea populației în mod direct prin calitățile sale, respectiv prin compoziția sa.

O serie de boli netransmisibile sunt considerate astăzi ca fiind determinate sau favorizate de compoziția chimică a apei, în acest sens:

Gușa endemică sau distrofia endemică tireopată este influențată de conținutul iodului în apă. Lipsa sau carența de iod poate declanșa producerea gușei endemice.

Caria dentară este o altă afecțiune cu largă răspândire. Din multitudinea de factori ce provoacă caria dentara este și lipsa de fluor și, în primul rând lipsa de fluor în apă, care asigură de la 2/3 până la 4/5 din necesarul zilnic al organismului uman.

Intoxicația cu plumb pătrunde în organism pe cale digestivă, respiratorie sau cutanată. Din apă și alimente se absorbe 3-10%, iar prin pulmon-40-50%. Acumularea are loc când se depășește potențialul de eliminare.

Particulele de plumb pătrunse în sânge pot fi fagocitate și răspândite în tot organismul. Plumbul pătrunde lent în organism, distribuindu-se în oase (40-90%), ficat (922%), rinichi(11%) etc.

În intoxicațiile acute, plumbul se stochează în cantități mici în oase, iar în cantități mai mari în rinichi, ficat și cortexul cerebral. Normal, în sânge există 0,05-0,25 mg pb/litru. Intoxicația cu plumb (saturnism), se manifestă prin: oboseală nejustificată; afectează globulele roșii, vasele sanguine; afectează sistemul nervos central, provocând ecefalopatia saturnină și cel periferic cu dereglări motorii.

Intoxicația cu mercur, intoxicația acută sau cronică cu mercur afectează rinichii, SNC și tractul gastrointestinal.

Triada simptomatică în intoxicația cu mercur este următoarea: disfuncții articulare, perturbarea activității musculare și îngustarea câmpului vizual. Expunerea cronică la formele metalice și anorganice ale mercurului determină nervozitate, tremur și iritația mucoaselor. Intoxicația cu mercur anorganic este asociată în principal cu efecte

periferice: gastroenterită și nefrită tubulară, pe când expunerea la compușii organici afectează în principal SNC, fiind posibile leziuni severe și ireversibile.

Intoxicația cronică cu mercur anorganic este o boală profesională ce afectează în special minerii și muncitorii din topitorii. Cea mai obișnuită sursă neindustrială de intoxicație cu mercur este consumul de pește contaminat cu metil-mercur. În cazul expunerii profesionale, limita biologică tolerabilă (LBT)=10 μg/L sau 35 μg/g creatinina. Intoxicarea cu mercur se manifestă prin: dureri de cap, amețeli, insomnie, oboseală; tulburări vizuale; afecțiuni ale sistemului nervos; afecțiuni ale rinichilor; malformații congenitale ale fătului în cazul femeilor însărcinate.

Methemoglobinemia infantilă, intoxicația cu nitriți, cunoscută sub denumirea de intoxicație cu apă de puț, cianoza infantilă sau methemoglobinemie infantilă cianotică este produsă de excesul nitriților din apa de băut sau alimentație. Nitriții ajung în apă prin fertilizarea terenurilor agricole cu îngrășăminte naturale (gunoi de grajd) sau îngrășăminte azotoase sintetice. Intoxicația cu Cadmiu este considerat cel mai toxic element din mediul inconjurător (alături de Pb, Hg și As), utilizarea sa la scară industrială declanșând o adevărată problemă de ordin toxicologic. Maladia Itai-itai a apărut în Japonia în 1946 și a provocat moartea a numeroase persoane, fiind produsă de Cadmiu, diagnoza fiind precizată 24 de ani mai târziu. Intoxicația cu cadmiu se manifestă prin: cefalee; scăderea tensiunii arteriale; afecțiuni hepato-renale.

Holera este o boală infecțioasă bacteriană foarte gravă, care afectează în mod deosebit intestinul subțire. Boala se manifestă prin tulburări digestive ca diaree gravă, vomități excesive, care duc la o deshidratare rapidă a bolnavului, prin pierdere de electroliți. Cu toate că boala evoluează frecvent atipic, poate fi recunoscută ușor prin mortalitatea ridicată de 85 % la izbucnirea bolii, ca, ulterior, acest indice de letalitate să scadă între 20 și 70 % la cazurile netratate. După o perioadă de incubație, între 2-3 zile, urmează, de obicei, trei stadii de evoluare: stadiul de vomitare, fecalele fiind moi, cu aspect de orez, apare rar colicistadiul de deshidratare, hipotermie, apar riduri,

fața suptă cu oase proeminente e stadiul general grav, cu febră, abatere, dezorientare, comă cu erupții cutanate. În cazul complicațiilor apar forme de pneumonie, parotidită și septicemia. S-a observat că persoanele cu grupa „0” sanguină sunt mai predispuși la îmbolnăvire. De asemenea, în urma consumării apei poluate pot apărea și următoarele boli:

Boli infecțioase:

- boli microbiene: febra tifoidă, dizenteria;
- boli virotice: poliomielita, hepatita epidemică;
- boli parazitare: dizenteria, giardiaza.

Boli neinfecțioase: determinate de contaminarea apei cu substanțe chimice cu potențial toxic:

Intoxicația cu zinc:

- dureri epigastrice, diaree, tremurături, pareze;
- afecțiuni ale sistemului nervos central, mușchilor și sistemului cardiovascular.

Intoxicația cu azotați și fosfați:

- învinețirea buzelor, nărilor, feței;
- agitația până la convulsii;
- cefalee, greață.

Intoxicația cu pesticide:

- alterarea funcțiilor ficatului până la formarea hepatitei cronice;
- encefalopatii;
- malformații congenitale ș.a. [16, 46].

6.4. Calitatea solului și sănătatea

Solul este un amestec de materie din plante, minerale și animale care se formează într-un proces foarte lung, poate dura mii de ani. Solul este necesar pentru creșterea majorității plantelor și esențial pentru toată producția agricolă. Solul este un ecosistem bogat, dar fragil, e stratul afânat, moale și friabil ce se găsește la suprafața scoarței pământului și care împreună cu atmosfera învecinată constituie mediul de viață al plantelor. Este cel de-al treilea factor de

mediu ce trebuie protejat cu atenție ca și apa și aerul pentru asigurarea vieții pe Pământ. Este partea superficială a scoarței terestre cu o grosime de 1.5 m. Este partea fertilă a scoarței și un factor ecologic foarte important.

Poluarea solului este acumularea de compuși chimici toxici, săruri, patogeni (organisme care provoacă boli) sau materiale radioactive, metale grele care pot afecta viața plantelor și animalelor. Omul a folosit solul pentru a face agricultura pentru producerea hranei lui. Agricultura e strâns legată de soluri, dând stabilitate așezărilor omenești. Pe baza ei s-a dezvoltat și s-a îmbogățit civilizația omenească.

Pe sol se desfășoară cea mai mare parte a activității umane și prin intermediul lui ne hrănim, dar deseori s-au manifestat neglijențe condamnabile, ce au dus la distrugerea solului prin eroziune.

Solul e o vastă uzină a naturii, care produce o mare cantitate de biomasă, folosită ca hrană de o parte din viețuitoare, inclusiv de om. Este cel mai important mijloc de producție pentru agricultură și silvicultură. Este tot mai mult influențat de om. Asupra solului intervențiile antropice pot produce modificări însemnate. Prin arături, omul transformă anual 3000 Km³ de soluri naturale în pământuri afânate ce schimbă radical condițiile de aerisire, de umiditate, procesele biologice.

Prelucrat, solul devine un corp artificializat care implică un alt regim al infiltrării apelor din precipitații, un alt regim al scurgerilor, alte posibilități de evaporare și de înmagazinare a apei, a substanțelor minerale, o slabă coeziune și mult mai redusă rezistență la eroziune.

În contextul securității economice, Republica Moldova dispune în proporții suficiente de resurse pedoclimatice, care reprezintă un potențial regenerabil de valoare pentru dezvoltarea durabilă a agriculturii. Solul este constituit, în principiu, din cernoziomuri-circa 73%, din soluri de pădure și soluri din luncile râurilor câte aproximativ 11%, soluri deluviale 4%.

Metodele iraționale de administrare a solului au degradat serios calitatea lui, au cauzat poluarea lui și au accelerat eroziunea. Tratarea

solului cu îngrășăminte chimice, pesticide și fungicide omoară organisme utile, cum ar fi unele bacterii, fungi și alte microorganisme.

Criza economică și energetică, modul de realizare a reformelor în agricultură cu apariția multor proprietari lipsiți de echipamente necesare și cunoștințe de specialitate, păstrarea schemelor tehnologice vechi cu reducerea drastică a cantităților de îngrășăminte (organice și minerale), uzarea sistemelor de irigație, au condus la intensificarea procesului de depreciere a solurilor. Procesul de degradare a solurilor este condiționat și de procesele eroziunii, ravenizării, alunecărilor de teren și subinundării. Solurile erodate ocupă circa 877644 ha, inclusiv 504777 ha slab erodate, 259332 ha moderat erodate și 114165 ha puternic erodate.

Influență negativă au și procesele de dehumificare ale solului. Conținutul de humus în majoritatea solurilor de pe terenurile agricole a scăzut până la 1,8 – 2,0%. Ameliorarea acestor soluri poate fi efectuată prin utilizarea îngrășămintelor chimice și organice, cantitatea incorporată în sol a cărora a scăzut esențial în ultimii ani. La fel ca apa poluată, solul infectat are influențe negative asupra sănătății umane, fiind purtător de bacilli: dizenteric, tific, al holerei, poliomielitice, tetanic etc.

Poluarea solului constă în acele acțiuni antropice care, de regulă, conduc la dereglarea funcționalității normale a acestuia ca suport și mediu de viață în cadrul diferitelor ecosisteme.

Dereglările solului se manifestă diferit:

- dereglări fizice: generate de lucrări ale solului, stricarea structurii solului;
- dereglări chimice: generate, îndeosebi, de poluarea solului cu metale grele, diferite pesticide și îngrășăminte, modificarea pH-ului solului;
- dereglări biologice: generate de poluarea solului cu germeni de boli transmisibile plantelor și animalelor;
- dereglări radioactive: solurile captează foarte ușor poluarea radioactive, pe care le transmit cu ușurință plantelor și animalelor pentru o perioadă lungă de timp.

Solul are nevoie de substanțe hrănitoare, apă, săruri minerale pentru a fi „sănătos” și productiv. Factorii negativi, în acest caz, sunt substanțele chimice utilizate în agricultură, care se descompun în sol. După cum spuneam, solul asigură creșterea și dezvoltarea plantelor, iar poluanții împiedică acest lucru. Astfel, solul devine arid. Microorganismele mor în „locuința” lor poluată.

6.5. Atmosfera și sănătatea

Atmosfera reprezintă învelișul gazos ce înconjoară Terra și deține un rol esențial în cadrul ecosferei, fiind unul din elementele fără care viața nu ar putea exista. În afara proceselor naturale, prezența omului și activitățile acestuia contribuie la eliminarea în atmosferă a unei mari cantități de substanțe toxice, poluante care pot să modifice condițiile normale de existență.

Sursele de poluare reprezintă rezultatul activităților (economice, industriale) necontrolate și afectează, în primul rând, starea de sănătate a întregii planete. Arderea combustibililor (cărbunii, petrolul, gazele naturale) duce la apariția unor gaze toxice care se combină cu aerul din atmosferă, iar, astfel, noi ajungem să-l inspirăm. O greșeală des întâlnită este arderea gunoaielor: poluanții rezultați sunt cu atât mai dăunători cu cât cantitatea resturilor este mai mare. De asemenea, industria materialelor de construcții și metalurgia neferoasă au ajuns „fabrici poluante”, pentru că procesele tehnologice efectuate în combinate produc substanțe nocive, care conțin oxizi de plumb, zinc, cupru.

Nu putem să nu amintim de mijloacele de transport, dintre care autovehiculele sunt cele mai dăunătoare. Acestea degajă în atmosferă sute de tipuri de substanțe poluante, cele mai importante fiind oxidul de carbon, oxizii de azot, hidrocarburile și plumbul.

Nici noi nu scăpăm de efectele poluării. Corpul nostru este supus în permanență la diferite modificări ale stării de sănătate. De aceea, au loc creșterea mortalității, apariția unor simptome și modificări fiziologice. Din cauza aerului poluat, bolile cancerigene

sunt în număr tot mai mare și afecțiunile respiratorii și alergiile sunt tot mai dese.

Aerul atmosferic, component important al mediului, prin calitatea sa, are o semnificație deosebită pentru viața și sănătatea oamenilor, pentru existența faunei și florei.

La moment, cantitatea de poluanți ce revine pe fiecare cap de locuitor în Republica Moldova constituie circa 80 kg/locuitor/ an. Ceea ce trebuie să ne îngrijoreze este poluarea intensivă a aerului atmosferic în rezultatul creșterii rapide a numărului unităților de transport. Emisiile în sectorul transport în anul 2009 au constituit 176 323,21 tone sau cu 17 323 tone mai mult față de anul precedent. Ponderea emisiilor de transport auto constituie 163 739,11 tone, cu 4739,11 tone mai mult față de anul precedent.

În baza observațiilor asupra nivelului de poluare a aerului atmosferic în municipiile Chișinău, Tiraspol, Bălți, Bender și orașul Râbnîța, pe parcursul anilor 2004-2008 s-a stabilit că modificarea calității aerului înregistrează o tendință de reducere a nivelului de poluare pentru suspensii solide, dioxid de sulf, monoxid de carbon, formaldehidă și de majorare pentru fenol și dioxid de azot.

Calitatea aerului atmosferic în republică este determinată de 3 surse principale de poluare: sursele mobile; sursele fixe și sursele transfrontiere de poluare. Principala sursă de poluare autohtonă a aerului atmosferic este transportul auto, în deosebi, cel cu termen de exploatare depășit, cu ponderea de 88,6% din emisiile sumare de la sursele de poluare, urmată de emisiile surselor fixe-11,4%, dintre care 5,36% le revine obiectelor termoelectroenergetice.

6.5.1. Efectele aerului poluat asupra sănătății populației

Influența directă a poluării aerului asupra sănătății populației constă în modificările ce apar în organismul persoanelor expuse, ca urmare a contactului lor cu diferiți poluanți atmosferici. De cele mai multe ori, acțiunea directă a poluării aerului este rezultanta interacțiunii mai multor poluanți prezenți concomitent în atmosferă și numai arareori acțiunea unui singur poluant. Cei mai reprezentativi poluanți din atmosferă sunt:

Poluanți cu acțiune iritantă:

1. Pulberi (sedimentabile sau în suspensie) ce acționează la nivelul căilor respiratorii care, deși prezintă mecanisme de protecție față de efectele nocive ale poluanților (mucus, epiteli ciliate etc), pot fi afectate de inflamații, rinite, faringite, laringite, bronșite sau alveolite. Dacă acțiunea poluantului este de lungă durată pot apărea afecțiuni cronice ca broho-pneumopatia cronică nespecifică.
2. Oxizii sulfului ce apar în aer prin arderea combustibililor fosili sau din diferite procese industriale au un grad mare de solubilitate, produc iritații ale căilor respiratorii ce se manifestă prin salivație, expectorație, spasme și dificultăți în respirație, care, permanentizate, duc la apariția bronșitei cronice.
3. Oxizii azotului rezultă la fel ca cei ai sulfului, produc la nivelul căilor respiratorii blocarea mișcărilor cililor epiteliilor bronhice și traheale. La nivel sangvin, se combină cu hemoglobin, rezultând methemoglobina, care împiedică transportului gazelor respiratorii (oxigenului) către țesuturi.
4. Substanțele oxidante (ozonide) generate prin acțiunea radiațiilor ultraviolete asupra unor produși de ardere ai hidrocarburilor au efect iritant pentru căile respiratorii, ceea ce facilitează suprainfecțiile cu germeni oportuniști:

a) poluanți cu acțiune asfixiantă:

oxidul de carbon, rezultat din ardere incomplete, se combina cu hemoglobina dând carboxi hemoglobina, generand fenomene de lipsa de oxigen cu consecinte dintre cele mai grave asupra respiratiei diferitelor tesuturi si celule, ce se manifesta clinic prin dureri de cap, ameteli, somnolenta, greata, aritmii, etc.

b) poluanți cu acțiune toxică sistemică:

plumbul, eliminat în atmosferă sub formă de vapori care se condenseaza relativ repede, poate pătrunde în organismul uman atât pe cale respiratorie (mai periculoasă pentru că ajunge direct în sânge), cât și pe cale digestivă (ficatul are o mare putere de detoxifiere a organismului). Acțiunea nocivă a plumbului se exercită la nivelul sângelui, determinând apariția de anemii și la nivelul sistemului

nervos, provocând rămânerea în urmă a dezvoltării intelectuale la copii.

b) poluanții cu acțiune fibrozantă:

pulberile, mai ales cele cu densitate mare, persistă în plămân, determinând o scădere a elasticității pulmonare, ca și o reacție la corp străin, cu formare de țesut nou în jur, ce stă la baza apariției fibrozei.

a) poluanți cu acțiune cancerigenă:

hidrocarburile policiclice aromatice sunt poluanți organici ce rezultă din arderea incompletă a combustibililor solizi și lichizi. Se concentrează în organism în condițiile unei expuneri prelungite.

Arsenul, cromul, beriliul, cobaltul, seleniul, azbestul sunt poluanți anorganici, prezenți, mai ales, în mediile industriale.

b) poluanți cu acțiune alergizantă:

pulberile minerale sau organice ca și gazele (oxizi de azot, sulf, carbon) sau substanțele volatile din insecticide, detergenți, mase plastice, medicamente produc rinite acute, traheite, astm sau manifestări oculare (conjunctivite și blefarite) sau cutanate (eczeme, urticarii etc).

c) poluanți cu acțiune infectantă: sunt reprezentanți de

diverși germeni patogeni din atmosferă. Deși majoritatea germenilor ce cauzează boli infecțioase cu poarta de intrare respiratorie, ca: difteria, scarlatina, tusea convulsivă, rujeola, rubeola, varicela, variola, gripa, guturaiul etc., au o rezistență scăzută în aer datorită unor factori ca: uscăciunea, temperatura scăzută, radiațiile ultraviolete, contaminarea produsă prin aer este responsabilă pentru un număr mare de boli. Poluanții ne împiedică să luăm oxigen din aer.

Cercetările din ultimii zeci de ani au arătat că substanțele toxice din aer atacă organismul la scurt timp după contact, determinând o reacție în lanț din partea acestuia. Primul „instinct” al organismului este de a produce mai mult mucus, urmat de contractarea mușchilor care înconjoară căile respiratorii.

Astfel, ne este din ce în ce mai greu să respirăm și să luăm din aer prețiosul oxigen. Substanțele toxice care se găsesc în atmosferă în cantități mai mari sunt și cei mai periculoși (monoxidul de carbon,

ozonul sau pulberile fine în suspensie-un amestec de praf, mercur, plumb, arsenic etc.).

Bolnavii de astm sunt cei mai afectați. Persoanele cu astm, bronșită cronică, insuficiență cardiacă (mai ales cele în vârstă) sunt cele mai afectate de poluanții din aer. În plus, rata mortalității este mai mare în rândul acestora. Un studiu efectuat în Canada a arătat că mortalitatea în urma expunerii la particule toxice a fost dublă la persoanele cu infecții respiratorii și cu insuficiență cardiacă. De asemenea, copiii care trăiesc în mediul urban, cu concentrații crescute de oxizi de azot, au risc mai mare de a dezvolta astm.

6.6. Îmbunătățirea calității vieții prin protecția mediului

Ca măsuri de protecție a apei, pentru a proteja apele de „maree negre”, cum este supranumită poluarea, au fost luate măsuri: construirea de baraje, epurarea apelor reziduale, construirea de bazine speciale de colectare a deșeurilor, pentru a împiedica vărsarea directă a acestora în apele de suprafață; construcția de zone de protecție a apelor.

Ca măsuri de protecție a solului, putem reduce poluanții industriali și deșeurile menajere, putem evita folosirea îngrășămintelor și pesticidelor din sol, înlocuindu-le cu cele naturale; sunt indicate oprirea defrișărilor necontrolate, reducerea pășunatului excesiv; reducerea exploatării excesive a unor soluri; eliminarea aratului necorespunzător; evitarea desecărilor necontrolate, care au dus la sărăturarea solurilor; evitarea poluărilor cu hidrocarburi; folosirea materialelor biodegradabile și reciclabile; interzicerea depozitării în sol prin îngropare a deșeurilor industriale și împădurirea zonelor cu fenomene de eroziune avansată.

Protecția calității aerului are următoarele măsuri preventive în domeniul activităților economice și sociale:

1. reducerea emisiilor de SO₂ prin instalarea echipamentelor de desuflare a gazelor provenite din termocentrale;
2. fixarea de filtre moderne, de mare capacitate în fabricile de fum negru, var sau ciment, care să rețină particulele solide;

3. modernizarea și perfecționarea sistemului de monitorizare integrală a calității aerului etc.

Calitatea factorilor de mediu în Republica Moldova joacă un rol important în determinarea sănătății populației. Fiecare om trebuie să realizeze și să accepte să-si asume responsabilitatea privind impactul pe care viața lui o are asupra vieții planetei [16. 46].

Studiu individual dirijat: Efectuați o investigație experimentală a stilului de viață și a vulnerabilității asupra a 30 de persoane.

Întrebări de evaluare:

1. Descrieți impactul pe care îl are calitatea aerului, a solului, a apei pentru sănătate.

2. Elaborați 5 măsuri de protecție a factorilor mediului pentru îmbunătățirea calității vieții.

7. STIL DE VIAȚĂ: DELIMITĂRI CONCEPTUALE

7.1. Variabile pe care se bazează analiza (segmentarea) stilului de viață: sexul, venitul, segmentarea demografică multifactorială, segmentarea psihografică, clasa socială

7.1. Variabile pe care se bazează analiza (segmentarea) stilului de viață: sexul, venitul, segmentarea demografică multifactorială, segmentarea psihografică, clasa socială

Diversitatea de conduite ce alcătuiesc stilul de viață al unei persoane indică faptul că stilul de viață este afectat de multe variabile și sugerează că este greu de a fi controlat și modificat. Stilul de viață este caracteristic fiecărei categorii socioprofesionale, având la bază piramida trebuințelor, piramidă conceptualizată de Abraham Maslow.



Fig. 7.1. Piramida trebuințelor conceptualizată de Abraham Maslow

Ținem să menționăm că stilul de viață depinde și de dinamica societății, fapt explicat chiar de părintele sociologiei, Pitirim Sorokin.

Propunem în continuare câteva categorii de variabile pe care se bazează analiza (segmentarea) stilului de viață.

Sexul. Segmentarea practică în unele studii după variabila „sex” a fost mult timp utilizată pentru diferențiere.

Venitul. O altă practică des utilizată în structurarea procentelor psihosociale o constituie segmentarea populației în funcție de venit. În studiile actuale există distincții între categoriile reticente și receptive ale fiecărei clase sociale. Nu cei cu adevărat săraci răspund la cele mai ieftine mesaje, ci acei care se consideră săraci în raport cu aspirațiile și trebuințele lor pentru o anumită prioritate. În anumite situații, există tendința ca mesajele complicate, intelectualiste să fie „achiziționate”, receptate și de persoane aparținând categoriilor supraprivilegiate ale fiecărei clase sociale.

Segmentarea demografică multifactorială. Analizele de tip psihologic și sociologic recurg adesea la segmentarea populației, în funcție de venit și vârsta indivizilor. Grupele de vârstă pot fi mai mici, ajungând să fie structurate chiar pe intervale de 3-5 ani, acolo unde posibilitățile financiare se întind pe o paletă largă, deoarece se știe că o persoană de 30 de ani are cu totul alte trebuințe financiare față de o persoană de vârstă înaintată. De asemenea, potențialul, echilibrul psihologic al fiecărui individ depinde de toate resursele pe care acesta le deține.

Segmentarea psihografică. Acest tip de segmentare constă în împărțirea indivizilor unei populații date pe categorii distincte, în funcție de clasa socială, stilul de viață sau personalitatea fiecăruia. Persoanele care fac parte din aceeași categorie demografică pot avea un profil psihologic foarte diferit.

Clasa socială. În Moldova, se observă cu claritate dinamica socială, ce are ca efect puternice (re)structurări ale claselor sociale, cu tot ceea ce le caracterizează: identitate, spirit etc. Actualmente, ne-am pomenit în situația când suntem liberi să luăm decizii în ceea ce privește munca, locul unde trăim, cum ne petrecem timpul liber, cum îi tratăm pe cei din jur. Însă iată paradoxul: Nu știm să beneficiem de libertatea câștigată, confundând-o adesea cu nonconformismul, contracultura. Problema e că nu am înțeles corect regulile unei piețe

libere, cu atributele sale, efort personal asiduu, perseverență, concurență, calitate, încântarea clientului și nu sluga lui. Conceptul de autonomie vrea să desemneze încrederea în capacitatea persoanei de a-și planifica și controla propriile comportamente, cât și componentele stilului de viață. Și iarăși realitatea e aceea că foarte puține persoane își controlează fiecare aspect al sănătății, deși oamenii sunt liberi să ia multe decizii importante. Ne-am pomenit „singuri in fata liberului arbitru” și anume el, până la urmă și ne afectează sănătatea și buna dispoziție, ba chiar întregul destin. [7, 28]

Studiul individual dirijat: Efectuați o analiză a stilului personal de viață, ținând cont de variabilele pe care se bazează analiza (segmentarea) stilului de viață.

Întrebări de evaluare:

1. Numiți și caracterizați variabilele pe care se bazează analiza (segmentarea) stilului de viață.
2. Descrieți influența stilurilor de viață asupra sănătății psihice

8. VARIETATEA STILULUI DE VIAȚĂ

- 8.1. Stil de lucru
- 8.2. Stil de soluționare
- 8.3. Stil de cunoaștere
- 8.4. Stil recreațional
- 8.5. Stil de relaționare
- 8.6. Stil de consum
- 8.7. Stil de alimentație
- 8.8. Stil de comunicare
- 8.9. Stil de reacție la plăcere
- 8.10. Stilul ecologic

8.1. Stil de lucru

Modalitățile prin care individul produce, creează și studiază se constituie în stilul de lucru. Unii indivizi sunt perfecționiști, luptându-se pentru ca fiecare aspect al muncii sale să fie perfect. Alții sunt mult mai preocupați de volumul muncii produse decât de calitate. Se consideră că munca fizică tradițională stă la baza longevității și sănătății. Astfel, cea mai mare parte a longevivilor sănătoși din România trăiesc la țară. Alte tipuri de efort stimulează mintea și ajută la menținerea sănătății intelectuale.

8.2. Stil recreațional

Modul în care indivizii își alocă și își consumă timpul liber – stilul recreațional – afectează, de asemenea, multe dimensiuni ale sănătății și bunei dispoziții. Oamenii se pot angaja în activități recreaționale care le asigură exerciții fizice, îi stimulează mental și îi ajută în întreținerea relațiilor cu ceilalți. Totuși, unele stiluri recreaționale pot fi vătămătoare, chiar periculoase. De exemplu, accentuarea în mare măsură pe competiție și agresivitate poate deteriora

relațiile sociale sau să conducă la stres. Persoanele care își petrec timpul liber consumând alcool sau droguri vor întâmpina probleme severe de sănătate fizică și socială.

8.3. Stilul de reacție la plăcere

În ce mod se bucură o persoană de apariția unei personalități în viața sa? Cum așteaptă o aceeași persoană să fie încântată de către semenii?

Lucrurile sunt făcute pentru a-i face pe oameni să se simtă bine, iar modurile în care ei percep plăcerea le definesc ceea ce sociologii numesc stilul de încântare.

Unii sunt foarte darnici cu alții pe când unii sunt foarte egoiști, fiind motivați doar față de sine. Modul în care oamenii acordă sau primesc o încântare, le poate influența sănătatea, pe toate aspectele sale.

8.4. Stilul de soluționare

Stresul este, fără îndoială, o parte din viață. El poate fi pozitiv, atunci când este asociat cu dezvoltarea umană (căsătoria, promovarea în funcție) sau poate fi negativ, atunci când este asociat unei pierderi (devalorizare financiară, dezacorduri cu rudele).

Modul în care persoanele își soluționează evenimentele stresante ale vieții, le poate afecta sănătatea. O persoană poate prelucra conflictul într-o familie, descătușându-și furia.

Este foarte cunoscut exemplul în care o persoană sosește acasă, nervos, țipă la soție, aceasta țipă și ea la copil, copilul lovește câțelul iar câțelul, mușcă poștașul care tocmai intra în curte.

Alte persoane încearcă să medieze conflictul în mod calm și să caute soluția satisfăcătoare fiecăruia. Pe acest din urmă mod de soluționare s-au structurat și mariajele bunicilor și părinților noștri și, nu este de mirare că ele nu s-au destrămat după ani de coexistență, familia reprezentând încă o valoare fundamentală pentru populația din România.

8.5. Stilul de cunoaștere

Acest stil se referă la modalitățile în care oamenii gândesc, caută cunoașterea și iau decizii. Unii oameni sunt foarte meticuloși în ceea ce privește soluționarea problemelor. Aceștia iau în considerație toate alternativele și, cu atenție, își fundamentează deciziile pe cât mai multe informații posibile. Unii indivizi merg mai mult pe intuiție și tind să ia rapid deciziile, sub forța împrejurărilor (sub forța impulsului), pe baza sentimentelor, iar alții se tem să decidă, așteptând ca alții să le spună ce să facă. Adesea am auzit spunându-se după o acțiune: ce am făcut, iar la alte popoare se spune: ce să fac. Cu siguranță, aceste stiluri de abordare a deciziilor necesită și implică mecanismele cognitive, tonusul energetic, temperamentul, alte aptitudini. Stilul cognitiv poate fi asociat condiției sociale a persoanei și stării sale de sănătate. De asemenea, reflectă sănătatea intelectuală.

8.6. Stilul de comunicare

Modalitățile prin care oamenii le permit altora să afle ceea ce își doresc, ce simt sau gândesc, cât și modurile prin care ei răspund la ideile și sentimentele altora sunt părți, aspecte ale stilului lor de comunicare. Unii indivizi folosesc cuvintele pentru a-și exprima sentimentele, în timp ce alții se simt inconfortabil atunci când își descriu emoțiile. Ședințele de evaluare psihologică ne-au reliefat foarte bine aceste aspecte. O persoană care nu-și exteriorizează emoțiile poate suferi tensiuni sociale și emoționale, care pot conduce, de asemenea, la probleme fizice.

8.7. Stilul de relaționare

Comunicarea este doar un aspect al modului în care oamenii relaționează unii cu alții. Stilul de relaționare al unei persoane implică și alte tipuri de interacțiune. De exemplu, în cadrul unui grup, unii indivizi își pot asuma rolul de lider, în timp ce alții se simt mult mai confortabili atunci când sunt conduși de către o altă persoană. Desigur, aceasta este o caracteristică psihologică, o trăsătură de personalitate.

Alte aspecte ale acestui stil includ modurile în care oamenii îi abordează pe ceilalți, dorind să-i cunoască mai bine, și tipurile de relații ale indivizilor cu familia și prietenii.

Sănătatea emoțională și cea mentală depinde, în mare măsură, de capacitatea persoanei de a aborda relațiile interpersonale, în maniera în care să le fie satisfăcute trebuințele și dorințele.

8.8. Stilul de alimentație

Atitudinea unei persoane către și față de abordarea alimentelor și hrănirii constituie stilul nutrițional al unei persoane. Pentru unele persoane, hrana reprezintă o sursă majoră de satisfacție, de plăcere; pentru alții, este doar substanța necesară organismului. Sănătatea fizică a unei persoane depinde, în mare măsură, de ceea ce mănâncă acea persoană. De asemenea, alimentele au impact asupra sănătății intelectuale, iar felul în care se mănâncă, maniera relaxată sau tensionată, în singurătate sau alături de alte persoane, poate afecta buna dispoziție.

8.9. Stilul de consum

O altă componentă a stilului de viață cuprinde modalitățile în care oamenii își selectează și se folosesc de produse și servicii, fiind denumită stil de consum. Atunci când o persoană face cumpărături pentru acasă, ea devine mult mai preocupată de confort sau de aspect. Cât de îmbietor, cât de relaxant este căminul, este un fapt ce afectează starea fizică, iar imaginea casei poate avea un impact asupra relației sociale și satisfacției emoționale.

8.10. Stilul ecologic

Deciziile luate de un consumator îi pot afecta stilul ecologic – modul în care o persoană interacționează cu mediul fizic. Stilul ecologic al unei persoane reflectă nivelul preocupării acestuia pentru păstrarea, menținerea unui mediu sănătos. Aceasta implică deciziile referitoare fie la mașini, alimente, fie la autobuz, biciclete, cât timp

folosește aerul condiționat sau aeroterma, cât de activ se implică în reciclarea unor deșeuri.

Orice acțiune umană afectează mediul și climatul. Modul în care oamenii tratează mediul influențează sănătatea fizică proprie, cât și a celorlalți. De fapt, imaginea cotidiană ne explică totul. Gunoaiele din jurul blocurilor generează focare epidemiologice [7].

Studiul individual dirijat:

- a) Efectuați o paralelă calitativă a diferitor stiluri de viață (+/-).
- b) Prezentați un eseu cu tema: „Singurătatea și sănătatea psihică.

Întrebări de evaluare:

1. Care sunt varietățile stilului de viață?
2. Descrieți esența a 4 varietăți de stil de viață.

9. CALITATEA STILULUI DE VIAȚĂ

9.1. Definiere, clasificare, relevanță a stilului de viață (modului de viață)

9.2. Stil de viață sanogen și stil de viață patogen

9.1. Definiere, clasificare și relevanță a stilului de viață (modului de viață)

Antropoecosistemele includ în sine oamenii, care constituie comunitățile umane nu în formă statică, abstractă, de figuri încremenite, dar ca personalități dinamice, active, care în permanență participă la diverse procese vitale. Viața fiecărui individ constă din multiple acțiuni simple și obișnuite. Ciclul vital al omului constă din alimentație, studii, muncă, odihnă, activități sportive, crearea familiei, creșterea și educația copiilor, ajutorul pentru bătrâni, activitate casnică (prepararea bucatelor, dereticarea apartamentului etc.), activitate publică, vizitarea medicului, călătorie în transport etc. Toate acestea țin de activitatea vitală, care depinde de presingul factorilor de risc asupra organismului.

În cazul studierii diferitelor antropoecosisteme, un rol important îi aparține caracteristicii modului de viață, deci complexului de activități vitale tipice pentru comunitățile umane. De menționat însă că modul de viață permanent se examinează în comun cu condițiile de viață. Noțiunea de „mod de viață” este folosită față de unele persoane aparte, unele grupe de oameni și de societate. În limitele unei țări diferite, grupe de oameni au un mod diferit de viață. În acest context, sunt cunoscute 2 noțiuni apropiate și tratate foarte frecvent ca sinonime: modul de viață și stilul de viață.

Modul de viață este format din elementele obiective ale traiului, care constau din condițiile materiale, economice și sociale ale vieții omului.

Componentele principale ale modului de viață în colectivitate sunt: locuința (m^2 la o persoană) și utilajul casnic (gradul de confort);

caracterul muncii (ocupației, profesiei) și durata ei; condițiile igienice în locuințe și la locurile de muncă; studiile; calificarea profesională; asistența medicală (formele și accesibilitatea); tradițiile; obiceiurile; durata timpului liber și formele de petrecere a lui; reședința (urbană, rurală) și mijloacele existente de transport; mijloacele de comunicare, telecomunicare, informare, nivelul de cultură etc.

Evident că persoanele cu caracter divers al acestor componente au un mod de viață diferit. De exemplu, modul de viață al unui economist sau contabil diferă practic totalmente de modul de viață al unui pădurar, deoarece caracterul muncii lor este absolut diferit. Unul își petrece munca în clădire șezând, altul la aer liber și mereu în mișcare. Condițiile microclimaterice, mijloacele de transport, utilajul casnic, asistența medicală etc. la ei sunt diferite. Modul de viață este produsul unei culturi, al unor tradiții specifice, al unei istorii. Fiecare individ, grup familial, grup profesional și societate în întregime se caracterizează printr-un mod specific de viață.

Trebuie de luat în considerare că toate activitățile vitale de acest mod sunt orientate spre asigurarea binelui pentru omul concret și pentru cei care îl înconjoară.

Însă unii oameni efectuează activități și procedee pozitive sau negative, care influențează favorabil sau nefavorabil nu numai asupra organismului lor, dar și asupra oamenilor din jur. Aceste aspecte țin de stilul de viață cu conținut subiectiv al modului de viață [50].

9.2. Stil de viață sanogen și stil de viață patogen

Stilul de viață al omului exprimă modul său general de a trăi, raportul dintre condițiile în care el își duce traiul și condițiile de activitate, de asemenea, și modelele individuale de comportament determinate în anumită măsură de factorii socio-culturali, caracteristicile personale și educaționale. Stilul de viață se referă la decizii, acțiuni și condiții de viață.

Elementele stilului de viață pot fi:

- sanogene – cele care promovează și fortifică sănătatea;
- patogene – cele care reprezintă factorii cauzali sau de risc pentru anumite îmbolnăviri.

Stilul de viață sanogen se cultivă încă din fragedă copilărie în cadrul familiei, ulterior în grădinițe, școli, societate. Elementele patogene ale stilului de viață includ: fumatul, alcoolismul, narcomania, toxicomania, huliganismul, alimentația excesivă sau carențială, practicile sexuale „riscante”, sedentarismul.

Practicarea elementelor enumerate ale stilului de viață determină un larg segment al patologiei umane, cum ar fi: bolile cardiovasculare, bolile cronice pulmonare și digestive, bolile de nutriție și metabolism, bolile neoplazice, bolile psihice, traumatismele, bolile sexual transmisibile etc.

Pe parcursul progresului societății au avut loc creșterea vertiginoasă a marilor concentrații umane, a megapolisurilor, dezvoltarea fără precedent a mijloacelor de transport (rutier, maritim, aerian, feroviar), mecanizarea, automatizarea și robotizarea multor procese tehnologice în industrie, exploatarea intensivă a resurselor naturale, utilizarea substanțelor radioactive în cele mai variate scopuri, toate acestea determină o poluare chimică a mediului (aer, apă, sol, alimente), o schimbare evidentă a stilului de viață, se soldează cu consecințe nefavorabile asupra sănătății omului. De asemenea, au avut loc schimbări serioase ale valorilor morale, ale comportamentului social, politic, religios, familial, demografic etc.

Influențele acestor elemente ale stilului de viață asupra sănătății umane sunt nespecifice, același factor putând cauza sau favoriza mai multe boli cronice. Și viceversa, o maladie cronică poate fi provocată de un complex de elemente ale stilului de viață cu divers rol. De exemplu, după Sondik (1988), decesele de cancer sunt determinate de fumat (25–40% cazuri), alimentație dezechilibrată (10–70% cazuri), abuz de alcool (2–4% cazuri) etc. Printre factorii de risc ai hipertensiunii arteriale sunt: excesul de sare în alimentație

(peste 8 g/zi), cafeaua consumată în exces, obezitatea, stresul psihic, tutunul, abuzul de alcool.

Astfel, pentru a înțelege cu adevărat modul și stilul de viață al individului sau al comunității umane, este necesar a examina multiple aspecte ale existenței lor zilnice: limba, credința, pozițiile sociale, valorile, comportamentul, îmbrăcămintea, calitatea locuinței, condițiile de muncă, utilizarea timpului liber, deprinderile, tradițiile, etica, alte elemente culturale, care sunt tipice pentru grupul social examinat sau care diferă de alte grupe sociale [48].

Modul de viață și stilul de viață sunt indisolubile de nivelul și calitatea vieții

Nivelul de viață prezintă un indice integral, care caracterizează utilizarea de către populație a bunurilor materiale și spirituale și gradul de satisfacere a necesităților în aceste bunuri la un anumit moment de dezvoltare a societății. Nivelul de viață reflectă starea materială a societății, în genere, și a fiecărui individ în parte. El se caracterizează printr-un sistem de indici cantitativi și calitativi: produsul intern brut per capita, nivelul și structura produselor alimentare, a mărfurilor și serviciilor utilizate, nivelul și dinamica prețurilor, nivelul plăților pentru apartament și serviciile comunale, al impozitelor, cheltuielile pentru transport, condițiile habituale, posibilitățile de odihnă, nivelul de asistență medicală, studii, longevitatea etc. Drept valoare medie a nivelului de viață servește coșul de consum.

La ora actuală, noțiunea de „nivel de viață” este inclusă într-o noțiune mai largă „calitatea vieții”. Prin conceptul de calitate a vieții se subînțelege „totalitatea posibilităților oferite individului de către societate de a-și amenaja existența, de a dispune de produsele ei și de a folosi serviciile pentru a-și organiza existența individuală după necesitățile, cerințele și dorințele sale proprii” (Bertrand de Jouvenel) sau „totalitatea amenințărilor naturale și culturale, varietatea, cantitatea și calitatea bunurilor și a serviciilor aflate la dispoziția tuturor membrilor unei anumite societăți” (K. Baier) (apud. Rene Corneliu Duda, 1996).

Calitatea vieții cuprinde toate elementele de bunăstare materială, spirituală și socială, de confort și sănătate, care privesc omul, mediul și modul său de viață și de muncă, fiind o expresie sintetică a studiului de dezvoltare a societății respective (Rene Corneliu Duda, 1996). Indicatorul major al nivelului de trai al comunității (calității vieții) este starea de sănătate a populației.

Termenul „calitatea vieții” a apărut în SUA, când președintele Lindon Jhonson (1964) a reclamat că realizările societății americane pot fi măsurate prin calitatea vieții populației băștinașe.

Politologii, sociologii, jurnaliștii includ în calitatea vieții prob-lemele progresului tehnico-științific și ale influenței lui asupra modului de viață a omului, starea sănătății publice, comportamentul populației, mediul înconjurător, democratizarea vieții, libertatea și dreptul omului, dezvoltarea comunicațiilor.

Calitatea vieții poate fi considerată drept o caracteristică complexă a factorilor economici, politici, sociali și ideologici, care determină situația omului în societate.

Caracteristicile principale ale calității vieții populației noastre sunt prezentate în anuarele Departamentului de Statistică și Sociologie. În aceste ediții, pot fi consultate următoarele date: numărul populației, familii, căsătorii, divorțuri; numărul de angajați, condițiile de muncă, numărul șomerilor; învățământul public, serviciile instituțiilor de cultură, odihna, cultura fizică; asigurarea socială, întreprinderile falimentare; produsul intern brut, bugetul familiei; ocrotirea sănătății și starea de sănătate a populației; condițiile de trai, serviciile comunale, serviciile de comerț și sociale, numărul și structura infracțiunilor, migrarea populației, utilizarea bunurilor materiale etc.

Factorii comportamentali de risc au un rol important în etiologia și evoluția bolilor; de exemplu, peste 25% din bolile cardiovasculare ar putea fi evitate prin modificarea unui singur comportament de risc – fumatul. Comportamentele de risc care sunt în relație cu cele mai importante cauze de deces sunt:

- fumatul, sedentarismul, alimentația necorespunzătoare, stresul în tulburările cardiovasculare;
- fumatul, consumul de alcool, alimentația neechilibrată, expunerea la soare neprotejat în cancer;
- alimentația neechilibrată, stresul, sedentarismul în accidentele vasculare cerebrale;
- consumul de alcool, droguri, conducerea fără utilizarea centurilor de siguranță, stresul în accidente (inclusiv accidentele de mașină) [51].

Caracteristicile comportamentelor relaționate cu sănătatea:

- Comportamentele relaționate cu sănătatea sunt determinate de factori diferiți. De exemplu, fumatul poate avea o funcție de „rezolvare” a situațiilor de stres, în timp ce activitatea fizică poate fi relaționată cu accesul la o sală de sport.
- Factori diferiți pot controla același comportament în mod diferit la persoane diferite. De exemplu, fumatul poate fi determinat de inabilitatea adolescentului de a-și face prieteni, de abilități scăzute de management al situațiilor de stres sau de nevoia de acceptare într-un grup de colegi.
- Factorii care controlează comportamentul se schimbă în timp. De exemplu, un tânăr fumează la început pentru a se identifica cu normele grupului său de prieteni, pentru ca mai târziu fumatul să aibă o funcție de control al situațiilor de stres. Un alt exemplu este cel legat de exercițiul fizic. Elevii fac sport prin natura programei școlare, însă după ce își finalizează studiile renunță la exercițiul fizic.
- Comportamentele relaționate cu sănătatea și factorii care îi controlează diferă de la individ la individ. Un tânăr poate începe să consume alcool din motive sociale, după care alcoolul să aibă o funcție de „rezolvare” a problemelor emoționale; pentru un alt tânăr etapele pot fi diferite.
 - o Funcțiile comportamentelor de risc pentru tineri (Nutbeam, Booth, 1994):
- exprimarea opoziției față de autoritatea adultului și normele convenționale ale societății – ex. consumul de droguri;

- o modalitate de a se identifica cu grupul și de a fi acceptat de grup - ex. fumatul;
- exprimarea și confirmarea valorilor identității personale – ex. consumul de alcool;
- un semn de maturitate prin adoptarea unor comportamente adulte – ex. consumul de alcool, fumatul;
- mecanism de coping, de adaptare la situațiile de stres, frustrare, inadecvare, eșec sau la situațiile anticipate ca fiind de eșec – ex. consum de alcool, droguri, fumat;
- o funcție de recreere, amuzament, experiențe inedite sau pentru a „rupe” rutina – ex. consumul de droguri.

Studiile în domeniu arată că, în general, comportamentele de risc nu apar izolate ci într-un set comportamental. Relația dintre fumat, consumul de alcool și consumul de droguri ca și între consumul de alcool sau droguri și actele sexuale neprotejate sunt cele mai semnificative. S-a evidențiat o relație inversă între fumat și exercițiul fizic, tinerii care sunt activi din punctul de vedere al activității fizice fumează într-o proporție semnificativ mai mică decât cei care sunt inactivi sportiv [23, 53].

Adoptarea unor comportamente de risc poate duce uneori la dependență. Rolul prevenției în acest caz este esențial. Dependența de substanțe se referă la o utilizare repetitivă a unor substanțe psihoactive, în scopul producerii plăcerii sau evitării disconfortului fizic și emoțional. Dependența de substanțe comportă trei aspecte importante:

1) substanța controlează comportamentul consumatorului prin nevoia de autoadministrare în mod repetat;

2) substanța afectează sistemul nervos central prin modificarea funcționării normale a creierului. Aceste modificări au ca și efecte schimbări ale stărilor emoționale, gândirii și percepției;

3) acționează ca o întărire (ca un stimul recompensă) ce susține dorința persoanei de a continua să consume substanța. În consecință, dependența de substanțe se caracterizează prin modificări negative comportamentale, afective, mentale și de sănătate. [23]

Dependența este de mai multe tipuri:

- dependența de nicotină;
- dependența de alcool;
- dependența de droguri;
- dependența de medicamente (ex. tranchilizante, somnifere).

Toate aceste categorii enunțate formează așa numita dependență de substanțe. Există însă și alte tipuri de dependență, cum ar fi de exemplu:

- dependența de internet ;
- dependența de jocuri de noroc;
- dependența de relații interpersonale nesănătoase.

Dependența de tutun, alcool sau droguri parcurge mai multe etape până se produce ca atare. Este important de specificat faptul că la fel ca și adulții, adolescenții și tinerii pot deveni dependenți atât de nicotină, cât și de alcool și droguri. Etapele consumului de substanțe sunt: [50]

- consumul experimental, în care elevul consumă substanța din curiozitate (ex. la o petrecere);
- consum regulat, în care elevul consumă substanța la diversele întâlniri cu colegii, prietenii;
- consum devenit preocupare, în care elevul obișnuiește să consume alcool, droguri, tutun în multe situații și căutarea acestor situații devine în sine un scop;
- dependența, este faza în care întregul comportament este controlat de nevoia organismului de a fuma sau consuma alcool sau droguri. Persoana nu mai este liberă, este controlată de substanță.

Studiul individual dirijat:

- a) Efectuați un profil personal prin prisma stilurilor de viață.
- b) Elaborați 5 reguli de igiena psihică.

Întrebări de evaluare:

1. Definiți stilul de viață sanogen;
2. Definiți stilul de viață patogen;
3. Elaborați 10 strategii de formare a unui stil de viață sanogen.

10. STILUL DE VIAȚĂ SANOGEN ȘI SĂNĂTATEA PSIHICĂ

10.1. Stil de alimentație și sănătate

10.1.1. Piramida alimentară

10.1.2. Comportament alimentar

10.1.3. Obezitate, bulimie, anorex

10.2. Stil de viață recreațional: comportamentul fizic

10.3. Sportul și rolul lui pentru sănătatea psihică

10.3.1. Tipuri de sport: gimnastica, atletica ușoară, aerobica, body-building, yoga, fitness.

10.4. Sedentarismul și impactul lui asupra sănătății psihice

10.1. Stil de alimentație și sănătate

Modul în care percepem alimentația și alegerile pe care le facem zi de zi au un impact semnificativ asupra sănătății și stării noastre de bine. Pentru a putea vedea efecte vizibile, oamenii trebuie să înțeleagă că alimentația corectă și sănătoasă nu trebuie să fie ocazională, ci trebuie să fie integrată într-un stil de viață care va asigura starea generală de sănătate și longevitatea. Niciun aliment nu poate aduce, singur, toate principiile nutritive de care are nevoie organismul, ci doar o alimentație variată, moderată și echilibrată. Medicul nutriționist Șerban Damian ne spune care sunt cele cinci reguli pentru o alimentație sănătoasă și un stil de viață echilibrat.

Alege alimente sezoniere și locale. Acest îndemn nu este doar pentru cei preocupați de stratul de ozon și amprenta de carbon pe care o lasă producerea și transportul alimentelor. Cumpărând produse locale, te asiguri că sunt proaspete, iar dacă vei cumpăra produse de sezon îți vei asigura un regim alimentar mai variat. Cel mai simplu mod să împaci ambele obiective este să cumperi de la producătorii locali, de obicei, din zonele rurale. Poți să găsești produse de sezon și

în marile lanțuri de supermarketuri, însă de multe ori sunt aduse din alte zone. În piețele mari și pe marginea drumului poți să ai surpriza să cumperi alimente provenite din alte țări, prezentate ca fiind locale. Alimentele de sezon se bucură de cea mai mare încărcătură de nutrienți, așadar reprezintă cea mai bună alegere.

Ia în fiecare zi micul dejun. La începutul unei zile, după o noapte de repaus alimentar, dar în care organismul nostru a continuat să funcționeze, deci să consume energie, este un gest absolut firesc și necesar să ne alimentăm, asigurându-ne astfel o șansă mai mare de a rămâne sănătoși și de a preveni o serie de afecțiuni – s-a observat o creștere a incidenței bolilor cardiovasculare la persoanele care nu obișnuiesc să mănânce micul dejun. Începând să ne alimentăm la primele ore ale zilei, putem să ne reglăm mai bine ritmul meselor și cantitățile de alimente pe care le vom consuma pe durata întregii zile.

Cei care nu obișnuiesc să ia micul dejun au un risc mai crescut de a crește în greutate, iar în istoricul celor mai multe persoane cu obezitate se regăsește lipsa micului dejun pe o durată de ani de zile. Deși unii oameni sunt obișnuiți să își înceapă ziua doar cu o cafea, ideal este să o savurăm după micul dejun. O cană de cafea stimulează metabolismul și determină o activitate mentală mai intensă pe parcursul zilei.

Consumă alimentele adecvate. Baza alimentației noastre ar trebui să fie alcătuită din alimente de origine vegetală. Legumele reprezintă cu adevărat hrană sănătoasă. Și fructele de asemenea, însă ele ar trebui privite mai curând ca o completare a alimentației, mai ales atunci când există probleme cu greutatea corporală. Motivul este cantitatea mai mare de zaharuri pe care acestea le conțin și o valoare calorică mai crescută.

Cantitatea minimă de legume și fructe pe care ar trebui să le consumăm zilnic pentru a ne menține starea de sănătate este de 5 porții (o porție este considerată a avea în jur de 80 de grame). Din categoria alimentelor de origine animală nu ar trebui să ne lipsească lactatele, sursă valoroasă de proteine de bună calitate, calciu și alți micronutrienți, ouăle, peștele și, în mai mică măsură, carnea.

Suntem, pe zi ce trece, tot mai preocupati de a gasi modalități de imbunătățire a alimentației și implicit de a găsi cele mai sănătoase produse alimentare. Cercetarile în domeniul alimentației arată că 70% din boli au legatura directă cu alimentația noastră. Primul pas pentru schimbarea stilului de a ne alimenta, este acela de studiere a piramidei alimentației [13,18, 45].

10.1.1. Piramida alimentară

Fiecare dintre noi are un necesar energetic în funcție de vârstă, de fizic și de activitatea desfășurată zilnic. O alimentație corectă este cea care furnizează cantitatea de nutrienți corespunzătoare necesarului personal. Astăzi, piramida alimentară reprezintă schema la care ne referim cel mai mult pentru a cunoaște proporțiile alimentelor recomandate consumului.

Este vorba despre o piramidă împărțită în „straturi”, fiecăruia corespunzându-i o categorie de alimente și cantitatea respectivă. La baza piramidei, găsim alimentele care pot fi consumate în cantitate mai mare (întâi fructe și legume, apoi alimente bogate în carbohidrați, lapte și derivați), iar pe măsură ce urcăm, aflăm alimentele cărora trebuie să le limităm consumul (grăsimi, proteine, vin, bere, dulciuri). Piramida cuprinde, desigur, și consumul de apă și activitatea fizică.

Fruite și zarzavaturi: grupa aceasta cuprinde și legume proaspete. Fruitele și zarzavaturile sunt o sursă foarte importantă de fibre, de vitamine (ca provitamina A sau vitamina C), de substanțe minerale și de antioxidanți care au acțiune importantă de protecție.

Fiind multe, alimentele din această grupă permit o gamă largă de alegere. Pentru a ne hrăni corect este bine să consumăm din abundență fructe și legume, începând cu micul dejun (de exemplu, un pahar de suc de portocale). În fiecare zi ar trebui consumate 5-6 porții de alimente din această grupă.

Cereale, tuberculi și derivați: cerealele au valoare nutrițională mai mare pentru că furnizează nu numai amidon și fibre, ci și proteine și acizi grași esențiali. De asemenea, conțin carbohidrați cu o structură chimică care permite absorbția treptată, ceea ce ajută la menținerea unui nivel corect de zaharuri în sânge. Aceste alimente, mai ales orezul

și cartofii, constituie o sursă importantă de energie ușor asimilabilă și utilizabilă [37, 38].



Fig. 10.1. Piramida alimentară

Cerealele mai aduc în organism cantități importante de vitamine din grupul B și proteine, care, deși sunt de calitate inferioară, adăugate celor din legume, constituie un complex proteic ce poate fi comparat ca valoare cu proteinele de origine animală. Pentru o dietă sănătoasă ar trebui consumate zilnic 4-5 porții de alimente din această grupă.

Lapte, iaurt și brânzeturi: aceste alimente furnizează calciu, proteine și anumite vitamine (mai ales B2 și A). În fiecare zi, trebuie consumate 2-3 porții din această grupă, preferând produsele cu un conținut mai scăzut de grăsimi.

Carne, pește și ouă: furnizează oligoelemente cum sunt zinc, cupru, fier, proteine și vitamine din complexul B. Un regim corect sugerează preferința pentru consumul de pește și de carne slabă și nu mai mult de 2-3 ouă pe săptămână. În această grupă se pot insera și legumele uscate, sursă de nutrienți caracteristici cărnurilor, peștelui și ouălor, la care se adaugă amidon și fibre. În fiecare zi trebuie consumate 1-2 porții de alimente din această grupă.

Grăsimi de origine vegetală și animală: folosite drept condiment, trebuie consumate în doze moderate. Grăsimile aduc în organism acizi grași esențiali și vitamine liposolubile, cărora le favorizează și asimilarea. În fiecare zi trebuie consumate 1-3 porții de grăsimi, preferându-le pe cele de origine vegetală.

Dulciuri: se recomandă consumul moderat de dulciuri, cartofi prăjiți, biscuiți sărați, băuturi îndulcite, nu mai mult de 1 porție pe zi.

Lichide: se recomandă un consum mare de lichide pe parcursul întregii zile, de la 1 la 2 litri, preferabil băuturi neîndulcite cum sunt apa și infuziile din plante. E bine să consumăm cu moderație băuturi care conțin cofeină (cafea și ceai).

10.1.2. Comportament alimentar

Comportamentul alimentar este ansamblul acțiunilor și atitudinilor legate de alimentație. Alimentația nu înseamnă doar hrană, ci un întreg ansamblu, din care fac parte trăsăturile psihologice, biologice (neuro-hormonale, digestive etc.) ale persoanei, ca individualitate și ca parte a mediului său înconjurător – familie, societate, serviciu, cu tot ce presupun acestea: obiceiuri culturale, religioase, constrângeri financiare, de timp ș.a.m.d.

În zilele noastre, alimentația presupune, în primul rând, alegeri: alegerea alimentului, momentului, cantității, iar aceste alegeri au loc în permanență în cadrul comportamentului alimentar: putem alege ce să cumpărăm, ce și cum să mâncăm, când să ne oprim. Aceste alegeri au devenit însă extrem de dificile în epoca modernă, în care alimentele sunt peste tot, calitatea este foarte variabilă, timpul este prețios, constrângerile financiare sunt mari, și, în plus, industria alimentară, mass-media și comerțul, în general, sunt extrem de puternice. În lipsa unor alegeri potrivite, se consumă alimente ieftine, de proastă calitate nutrițională, și care, de cele mai multe ori, îngrașă și dezechilibrează metabolismele.

Comportamentul alimentar normal presupune mai multe etape: etapa de căutare, stocare și preparare a alimentelor, etapa propriu-zisă a alimentației, și etapa de digestie. Aceste etape au, la rândul lor, elemente programate în biologia noastră: senzație de foame (nevoia de

a mânca), „apetitul” (dorința de a mânca), plăcerea de a mânca, și sațietatea, elemente care sunt în același timp influențabile prin factori exteriori.

Stilul de viață modern este capabil să bulverseze absolut toate elementele comportamentului alimentar, prin numeroase mecanisme: tulburarea sistemului de plăcere-recompensă, tulburarea ritmului programat neuro-hormonal, prevalența apetitului asupra senzației de foame etc. Din acest motiv, suntem în zilele noastre puși în situația de a învăța la modul efectiv ce înseamnă comportament alimentar normal, pentru a ne menține sănătoși, sau, mai ales, pentru a combate bolile metabolico-nutriționale, atunci când ele au apărut deja (obezitate, diabet tip 2, dislipidemii etc.). Din păcate, trebuie să combatem și soluțiile pe care le-a adus lumea modernă la problemele de nutriție, și anume curele și dietele, „soluții” care, în cele mai multe cazuri, agravează problemele de sănătate pe termen lung.

Mass-media are un rol important în societatea noastră; sunt persoane care se mulează, se conformează și adoptă tendințele prezentate prin intermediul TV-ului, al internetului și al revistelor. Cu toate că actualizarea zilnică a informațiilor e benefică pentru cultura generală, marea majoritate a indivizilor se încred în aceste dogme care le controlează viața.

Pe zi ce trece suntem bombardați de imaginea unei siluete perfecte mediatizată la TV și în reviste. Încă de mici suntem supuși la modele de perfecțiune (păpușa Barbie), iar recurența acestora duce la formarea unei imagini standard, unanim acceptată ca ideal de frumusețe.

Drept consecință, tinerele adopta o atitudine auto-critică și încearcă, chiar exagerând, să atingă idealul dezirat, impus de societate. De cele mai multe ori, pe fondul unei proaste imagini de sine și datorită standardelor impuse de societate, se dezvoltă tulburările de comportament alimentar. Cele mai cunoscute tulburari de comportament alimentar sunt anorexia și bulimia [10].

10.1.3. Obezitate, bulimie, anorexia

Printre principalele tipuri de tulburări de comportament alimentar descrise în literatura de specialitate se înscriu: anorexia nervoasă, bulimia și obezitatea.

Obezitatea este definită ca o creștere a greutateii corporale cu 20% peste greutatea ideală. În practică, ea se exprimă prin valoarea indicelui de masă corporală care determină obezitatea, bazându-se pe conținutul în grasimi al organismului și nu pe greutate. Acesta se calculează împărțind greutatea în kilograme la înălțimea corpului (în metri) la pătrat.

Determinarea nivelului de grăsime al corpului tău este calea cea mai bună pentru a-ți estima statusul ponderal. De exemplu, poți avea aceeași înălțime și greutate cu o persoană considerată obeză, dar dacă ai oase relativ groase și masa musculară multă și, consecutiv, mai puțină grăsime, nu te încadrezi în acest diagnostic.

Organizația Mondială a Sănătății are următoarea clasificare a obezității:

STATUTUL PONDERAL	IMC G/M ²
SUBPONDERAL	< 25
IDEAL	25 – 26
SUPRAPONDERAL	27 - 29,9
OBEZITATE GR. I	30 - 34,9
OBEZITATE GR. II	35 - 39,9
OBEZITATE GR. III	> 40

Fig. 10.2. Clasificarea obezității după OMS

Semnele obezității sunt:

- procentul grăsimii din organism este mai mare de 30% pentru femei și 25% pentru bărbați;
- greutate cu 20% mai mare decât greutatea ideală; greutatea ideală pentru fiecare individ se calculează în funcție de sex, vârstă, gradul de activitate (dacă ești sedentar sau dinamic).

Cauzele obezității:

Există mai multe cauze care pot face ca o persoană să fie obeză:

- factori metabolici-un metabolism încetinit, datorită fie unei hipotiroidii, fie unui stil de viață sedentar;
- factori genetici-influența genelor este mediată de efectul lor asupra celulelor adipoase și a ratei metabolice; astfel, corpurile unor persoane tind să transforme o proporție mai mare de calorii în depozite de grasime, în timp ce în cazul altora, corpul arde această cantitate de calorii suplimentare în diferite procese metabolice, indiferent de cât de mult mănâncă;
- stilul de viață - pierderea somnului de noapte;
- sexul-femeile sunt mai predispuse la obezitate datorită hormonilor specifici: estrogeni, progesteroni;
- vârsta - metabolismul încetinește pe masura ce trec anii;
- factori etnici și culturali;
- statusul socioeconomic-dieta de slabă calitate, fără fructe și legume;
- obiceiuri alimentare-preferința mâncărurilor de tip fast-food;
- renunțarea la fumat ;
- sarcina și menopauza-poftele apărute consecutiv fluxului hormonal și nevoilor organismului;
- factori psihologici-depresia determină consumul de ciocolată sau dulciuri în cantități ridicate, întrucât stimulează serotonina, hormonul fericirii;
- hipotiroidia-scade capacitatea organismului de a folosi energia din alimentație, aceasta fiind transformată în depozite de grasime;
- lipsa exercițiilor fizice;
- sindromul Cushing-prezența în organism a excesului de cortizol, hormon care determină acumularea țesutului adipos;
- cancer pancreatic-determină o senzație permanentă de foame, asociată cu semnele tipice hipoglicemiei;

- sindromul ovarelor polichistice-excesul de testosteron determină acumularea țesutului adipos în jumătatea superioară a corpului;
- consumul de medicamente: contraceptive orale, fenotiazine, valproat de sodiu, carbamazepina, antidepresivele triciclice, litiul, glucocorticosteroizi, acetat megestrol, thiazolidine diones, sulfoniluree, insulina, antagoniștii adrenergici, antagoniștii serotoninici;
- tulburările de alimentație: bulimia nervoasă, tulburările de alimentație prin excesul alimentar nocturn.

Complicațiile obezității

- diabet zaharat de tip 2-obeziata este principala cauză;
- hipertensiune arterială;
- varicele și piciorul plat: afecțiuni consecutive greutății excesive pe care trebuie să o suporte picioarele;
- infertilitate: tulburări de ciclu ovarian, scăderea cantității de spermatozoizi și a mobilității lor;
- hernia peretelui abdominal prin creșterea presiunii cavității abdominale, regurgități și reflux gastroesofagian, balonare, hemoroizi și constipație;
- indispoziție generală, scăderea încrederii în propriile forțe;
- osteoartrita-excesul ponderal afectează articulațiile și duce la uzura cartilajului care le protejează;
- sindromul de apnee în somn-se manifestă prin opriri temporare ale respirației în timpul somnului, provocând treziri frecvente și oboseală în timpul zilei;
- steatoza hepatică (infiltrație grasă a ficatului)-acumularea de grăsimi la nivelul ficatului poate duce la o afectare a acestuia și la ciroza hepatică, chiar dacă nu consumi alcool în exces;
- litiaza biliară-nivelul ridicat de colesterol la persoanele supraponderale antrenează un risc crescut de apariție a calculilor biliari;

- ateroscleroza-depunerea grăsimilor pe vasele de sânge;
- infarct miocardic, cerebral, consecutiv aterosclerozei;
- hiperlipidemie-o dietă cu prăjeli și carne roșie, de exemplu - poate duce la o creștere a nivelului de LDL-colesterol („rău”) sâși de trigliceride, precum și o scădere a nivelului de HDL-colesterol („bun”);
- incidența mai mare a unor tipuri de cancer. Bărbații care suferă de obezitate prezintă riscuri de apariție a cancerului colorectal sau de prostată, în timp ce femeile sunt expuse riscului de apariție a cancerului uterin, cervical sau ovarian.

Tratamentul obezității

Metodele de scădere ponderală sunt:

- dieta;
- exercițiul fizic;
- terapia comportamentală: modificarea regimului de viață, inclusiv a comportamentului alimentar;
- terapia medicamentoasă;
- tratamentul chirurgical.

Un studiu a aratat ca 95% dintre pacienții care țin cura de slabire prin dietă, își recâștigă kilogramele pierdute dacă nu includ în programul lor și exerciții fizice.O schimbare permanentă a obiceiurilor decât o dietă pe termen scurt este soluția ideală, pentru că problema pe care o ai este una permanentă. Cere sfatul unui medic pentru determinarea corecta a nivelului ținta pentru aportul de calorii și încearcă ăa nu-l depășești. O dietă săracă în grăsimi, dulciuri și bogată în fibre, te va ajuta să ăți atingi scopul. Adugă un program săptămânal regulat de gimnastică, cum ar fi 30 de minute de mers pe jos după masa de prânz.

Medicul poate adauga dietei un medicament care taie pofta de mâncare:

- efedrina afectează metabolismul prin stimularea sistemului nervos;
- fenifluramina inhibă absorbtia de calorii și stimulează apariția unei senzații de sațietate;

- fluoxetina, un antidepresiv care inhibă apetitul.

În cazuri rare, doctorul poate sugera o intervenție chirurgicală de micșorare a stomacului.

Alte metode chirurgicale sunt: lipoaspirația - aspirarea grăsimii cu ajutorul unui aspirator special, realizată de către doctorul chirurg plastician.

Atunci când banuiești că ai o atitudine anormală față de mâncare, este bine să consulți un nutriționist profesionist, un fizioterapeut și un psiholog. Terapiile alternative sunt eficiente când sunt folosite împreună cu un program de exerciții fizice și dietă deja inițiat:

- presopunctura;
- planta chinezească efedra crește rata metabolismului în țesutul adipos;
- păpădia intensifică metabolismul.

Sfaturi esențiale și prevenirea obezității:

Nu fuma. Multe persoane cred că fumatul le ajută să slăbească. GRESIT! Fumatul inhibă apetitul, însă afectează în mod advers mecanismul depozitării lipidelor, favorizând acumularea acestora în jurul taliei.

Nu consuma alcool. Oamenii grași au tendința să consume alcool, mărindu-și astfel aportul de calorii.

Alimentație și dietă

- Fă-ți programul astfel încât să iei masa principală la mijlocul zilei, când arzi mai multe calorii. O masă bogată consumată seara, când ești mult mai sedentară, este mai puțin ușor digerată și absorbită.
- Înlocuiește consumul zilnic de bauturi racoritoare, sucuri de fructe și lapte cu 6-8 pahare de apă.
- Evită dietele care se bazează pe numărarea kaloriilor. Rutina istovitoare a acestor diete crește riscul apariției tulburărilor de comportament alimentar ca anorexia nervoasă și bulimia.
- Reține întotdeauna că nu vei putea da jos kilogramele dacă aportul de energie nu e mai mic decât consumul de energie.

Anumite remedii la domiciliu te pot ajuta să rezolvi unele efecte secundare asociate obezității, cum ar fi constipația:

- 1-2 lingurițe pe zi de drojdie de bere sau păpădie scad pofta de dulciuri.

- polenul de albine sau pudra de ardei iute crește metabolismul;
- ceaiul de rădăcină de rubarba ameliorează constipația.

Prevenirea obezității. Dacă menții o dietă săracă în grăsimi și faci un program zilnic de exerciții fizice timp de mai mulți ani, vei reuși să-ți aduci greutatea la un nivel mai scăzut. O dată ce acest nivel va fi acceptat de către organism, îți va fi mult mai ușor să te menții fără să mai ții dieta.

Iata câteva trucuri pentru a evita obezitatea:

- mănâncă 3 sau 4 mese moderate pe zi, cu masa principală la mijlocul zilei;
- consumă o dietă bogată în fibre vegetale și saracă în grăsimi;
- evită activitățile sedentare, cum ar fi urmărirea programelor TV;
- stabileșteti un program zilnic de exerciții fizice;
- nu apela la dietele care contabilizeaza caloriile sau la cele care recomandă să te abții total sau parțial de la mâncare pentru perioade mai lungi de timp;
- evită să folosești mâncarea ca pe o recompensă [36].

Anorexia nervoasă este o tulburare alimentară în care persoana este obsedată de mâncare, dar și de controlul greutateții. De cele mai multe ori, persoanele aflate într-o astfel de situație se abțin o perioadă îndelungată să mănânce sau utilizează în exes laxative, diuretice, clisme și se implică în activități fizice (sport) în mod exagerat. Semne și simptome ale anorexiei nervoase pot fi: refuzul mâncării, infometare, imagine corporală distorsionată (negativă), sport excesiv, izolare socială, lipsa trăirilor emoționale sau dificultăți de conectare și recunoaștere a emoțiilor, aspect fizic suplu, oboseală, leșin, ciclul menstrual neregulat, dureri de cap, sentiment de inutilitate.

Anorexia nervoasă este o dereglare care apare ca urmare a unui regim alimentar dezechilibrat. Dereglările alimentare sunt principalele condiții care determină comportamentul unei persoane vizavi de dieta pe care o adoptă, greutatea corporală sau imaginea corpului său, în ansamblu.

Există trei mari categorii de afecțiuni bazate pe dereglările alimentare. Este vorba despre: anorexia nervoasă, bulimia nervoasă (o persoană mănâncă o cantitate mare de alimente într-o perioadă scurtă de timp, pentru ca apoi să-și provoace vărsături, să se supună unui exercițiu fizic exagerat, să consume diuretice sau alte medicamente în scopul unei eliminări forțate a alimentelor) și bulimia.

Pacienții care suferă de anorexie nervoasă își formează o imagine deformată asupra corpului lor și dezvoltă, în același timp, și o frică mare de a lua în greutate, chiar dacă aceștia prezintă o insuficiență ponderală.

Dieta și alimentele pe care le consumă sunt principalele griji ale persoanelor care suferă de anorexie nervoasă. Pierderea în greutate ca urmare a unei diete severe este o altă caracteristică a persoanelor care suferă de anorexie nervoasă. Acestea își doresc să fie cât mai slabe și se tem nespuse să acumuleze kilograme în plus. Pacienții care suferă de anorexie nervoasă pun semnul egal între menținerea unei greutate scăzute și conceptele de frumusețe, încredere în sine sau control.

Dereglările alimentare pot necesita tratament pe o perioadă mare de timp și pot afecta și relațiile pe care persoanele ce suferă de anorexie nervoasă le pot stabili cu familia sau cu persoanele de la serviciu. Deși anorexia nervoasă se poate manifesta în forme severe, cei mai mulți pacienți care au beneficiat de tratament au reușit să se vindece de această afecțiune.

- Anorexia nervoasă afectează între 1-5% din populație, 95% din cazurile de anorexie nervoasă sunt reprezentate de femei cu vârsta cuprinsă între 13 și 30 de ani;
- Anorexia nervoasă îi poate afecta și pe bărbați, și pe alți oameni de toate vârstele;
- Anorexia nervoasă are o incidență mai mare în rândul populației din clasele de mijloc sau din înalta societate. Totuși anorexia nervoasă afectează orice persoană indiferent de vârstă, sex sau etnie;

- Există anumite categorii profesionale care sunt mai expuse riscului de a dezvolta anorexie nervoasă. Este vorba de balerini, dansatori, patinatori sau atleți. [26]

Simptomele anorexiei nervoase:

1. Pierderea excesivă în greutate, chiar dacă acest lucru implică înfometarea;
2. Frica intensă de a acumula kilograme în exces;
3. O imagine distorsionată a formei și a greutateii corpului.

Schimbările care se produc la nivel emoțional

Anorexia nervoasă poate fi asociată cu schimbări emoționale semnificative care pot afecta relațiile de grup sau cele familiale. Deși la începutul perioadei în care individul pierde în greutate, se poate manifesta o stare de bună dispoziție, pe măsură ce boala se agravează apar stări de disconfort psihic cum ar fi: nervozitate, depresie sau anxietate.

Cauzele apariției anorexiei nervoase:

1. Presiunile culturale;
2. Factorii psihologici;
3. Mediul familial;
4. Factorii genetici;
5. Etapele dezvoltării personalității.

Tratamentul anorexiei nervoase

Terapia psihologică pentru restabilirea greutateii normale a persoanei este un factor-cheie, întrucât de acesta depind și îmbunătățirile de la nivel emoțional sau interpersonal.

Tratamentul este stabilit în funcție de următorii factori:

1. Vârsta unei persoane;
2. Perioada în care o persoană este afectată de anorexie nervoasă;
3. Starea medicală generală;
4. Alte dereglări alimentare;

5. Severitatea altor simptome cu care este asociată anorexia nervoasă;
6. Rezultate slabe înregistrate cu tratamentele anterioare;
7. Factori ce țin de mediul de viață al unei persoane.

În funcție de acești factori, se administrează un tratament care poate fi de tipul psihoterapiei, grupurilor de suport, tratamentului cu medicamente și spitalizării. Foarte mulți pacienți răspund pozitiv tratamentului inițiat pentru anorexia nervoasă. Cu toate acestea, tratamentul pentru această afecțiune se poate prelungi pe durata a mai multor ani.

Bulimia nervoasă este o tulburare alimetrică în care persoana obișnuiește să mănânce cantități mari de mâncare într-o anumită perioadă de timp (ex: în decurs de 2 ore), după care se forțează să elimine mâncarea ingerată prin autoinducerea vomiei, prin înfometare, angajarea exagerată în activități fizice.

De cele mai multe ori, acest comportament servește adesea la eliminarea stresului și diminuarea anxietății. Semne și simptome ale bulimiei nervoase pot fi: lipsa de control în fața mâncării, autoinducerea vărsăturilor, utilizarea laxativelor, imagine corporală distorsionată, concentrare excesivă pe formă și greutatea corpului, greutate corporală fluctuantă, sentiment de vinovăție după mâncare.

Etiologia bulimiei nu este cunoscută, dar pare să aibă legătură cu istoricul familial, influențele sociale (idealul unei siluete perfecte), precum și cu anumite tipuri de personalitate (care tind la perfecționism). Evenimentele stresante precum divorțul, schimbarea domiciliului, decesul unei persoane apropiate, pot declanșa boala la persoanele predispușe.

În ceea ce privește modificarea comportamentului alimentar, este recomandat să aveți un program al meselor, servirea unei singure porții, părăsirea mesei după ce s-a terminat de mâncat, efectuarea cumpărăturilor când sunteți sătui, evitarea alimentelor interzise, evitarea alcoolului etc.

În final, trebuie să știți că obezitatea este o boală cronică, necesitând un tratament susținut, mai ales igienico-dietetic (regim

alimentar, exerciții fizice), și respectarea strictă a strategiilor terapeutice enumerate [3, 27].

10.2. Stil de viață recreațional: comportamentul fizic

Modul în care indivizii își alocă și își consumă timpul liber – stilul recreațional – afectează, de asemenea, multe dimensiuni ale sănătății și bunei dispoziții. Oamenii se pot angaja în activități recreaționale, care le asigură exerciții fizice, îi stimulează mental și, îi ajută în întreținerea relațiilor cu ceilalți. Totuși, unele stiluri recreaționale pot fi vătămătoare, chiar periculoase. De exemplu, accentuarea, în mare măsură pe competiție și agresiune poate deteriora relațiile sociale sau să conducă la stres. Persoanele care își petrec timpul liber consumând alcool sau droguri, vor întâmpina probleme severe de sănătate fizică și socială [22].

10.3. Sportul și rolul lui pentru sănătatea psihică

Rolul exercițiilor fizice și al sportului pentru păstrarea și întărirea organismului. Exercițiile fizice și sportul sunt mijloace permanente de păstrare a sănătății, de creștere a capacității de muncă și de prelungire a duratei vieții.

Ce influențe au exercițiile fizice asupra organismului?

Exercițiile fizice efectuate regulat supun în mod obligatoriu organismul la mișcare. Mișcarea, la rândul ei, intensifică toate activitățile din organism: circulația sângelui în plămâni și în celelalte organe, respirația, schimburile de substanțe nutritive la nivelul țesuturilor, procesele de excreție, de curățire a sângelui de substanțele vătămătoare rezultate din arderile celulare etc.

Lipsa de mișcare îngreunează desfășurarea normală a proceselor biologice, fapt care se răsfrânge negativ asupra stării de sănătate și de rezistență a organismului față de agenții patogeni.

Prin mișcare, se îmbunătățește nutriția țesuturilor și celulelor, ceea ce duce la creșterea și dezvoltarea organelor, la mărirea capacității lor funcționale.

În primul rând, se îmbunătățește activitatea inimii. Mușchiul cardiac antrenat prin exerciții fizice regulate și de o intensitate crescândă, expulzează la fiecare sistolă mai mult sânge decât inima neantrenată. El nu obosește în timpul eforturilor fizice mai mari atât de repede ca mușchiul neantrenat și își revine mai repede la situația normală, după ce efortul a încetat.

În al doilea rând, se ameliorează activitatea plămânilor. În timpul efortului fizic, plămâni respiră mai frecvent și mai amplu, pentru a acoperi necesitățile crescute de oxigen în mușchi.

Este cunoscut faptul că, în repaus, plămâni se dialtă de aproximativ 16 ori pe minut, timp în care trec prin ei circa 8 l de aer. În cazul eforturilor fizice intense (muncă grea, alergări rapide, înot etc.), cantitatea de aer ce trece prin plămâni într-un minut este mult mai mare.

Așa cum inima trebuie antrenată pentru a face față eforturilor excesive, prin creșterea puterii de contracție a mușchiului cardiac și plămâni trebuie antrenați să respire mai puternic, să permită o ventilație mai mare pe unitatea respectivă de timp. Fără acest antrenament nu se pot efectua activități fizice grele, deoarece plămâni nu pot asigura cantitatea de oxigen crescută. Exercițiile fizice în aer liber, ca și ședințele speciale de antrenament, în cazul sportivilor, constituie mijloace eficiente de pregătire a aparatului respirator pentru noile sarcini la care trebuie supus organismul.

Concomitent, prin mișcarea în aer liber se îmbunătățește compoziția sângelui, crește numărul globulelor roșii, care ajută la transportul oxigenului; crește și numărul unor globule albe care apără organismul de infecții. Așa se explică de ce persoanele care fac mai multă mișcare în aer liber, practicând sistematic exercițiile fizice și sportul, se îmbolnăvesc rar sau fac forme ușoare de boală.

Sub aspectul ținutei corporale și al dezvoltării aparatului locomotor, exercițiile fizice contribuie din plin la menținerea unei

ținute corecte a corpului, care favorizează o bună funcționare a tuturor organelor, precum și o înfățișare zveltă și frumoasă.

Mișcărilor corpului devin precise, agere și coordonate, iar forța de contracție a mușchilor crește.

Lipsa de mișcare în aer liber, statul pe scaun la birou sau acasă sau, altfel spus-sedentarismul-predispuie la îngrășare, ceea ce are un efect dăunător asupra sănătății și duratei vieții active.

Nu trebuie să uităm influența binefăcătoare a exercițiilor fizice și a sportului practicat în aer liber asupra sistemului nervos. În creier, schimbul de substanțe nutritive este mai intens decât în celelalte organe. În activitatea de coordonare a tuturor proceselor biologice și psihice, creierul consumă o cantitate mult mai mare de oxigen decât inima sau plămânii, organe care sunt mari consumatoare de oxigen. În felul acesta, putem înțelege sensibilitatea extraordinară a țesutului nervos la lipsa de oxigen, manifestată prin scăderea capacității de lucru a creierului și apariția oboselii premature.

Asigurarea aerului curat și a unui flux sporit de oxigen la creier este o condiție fundamentală pentru menținerea sănătății, în mod special, la persoanele cu ocupații intelectuale (profesori, ingineri, psihologi, medici, economiști, contabili etc.), acestea realizându-se prin exerciții fizice și sport, practicate în aer liber [6].

Prevenirea oboselii și a surmenajului

În general, după o activitate de 8 ore desfășurată de către persoanele adulte și de 4-6 ore de către copii și adolescenți, energia fizică și psihică se epuizează și apare fenomenul de oboseală. Aceasta se manifestă prin slăbirea capacității de muncă și de concentrare a atenției.

Oboseala este un fenomen fiziologic normal și dispare după ce ne-am odihnit. Când însă senzația de oboseală persistă și după trecerea timpului destinat odihnei, ne indică faptul că ori munca este prea epuizantă, ori că odihna nu este bine organizată. Dacă oboseala persistă, poate apărea starea de epuizare sau de oboseală cronică, cunoscută sub denumirea de surmenaj.

Surmenajul este o oboseală de durată, manifestată printr-o senzație neplăcută de slăbire generală, lipsă de interes pentru muncă, dureri de cap, tulburări de somn, scăderea poftei de mâncare și a capacității intelectuale (gândire, memorie, atenție, imaginație etc.).

Surmenajul apare la oamenii care muncesc intens, fără un program chibzuit, la studenții care nu învață în mod planificat și trag tare abia către sfârșitul semestrului sau anului școlar.

În zilele noastre, o cauză importantă a oboselii nervoase o constituie viața din ce în ce mai zgomotoasă și mai agitată a orașelor. Zgomotul marilor orașe, cauzat de circulația intensă a mașinilor, tramvaielor, troleibuzelor, trenurilor, avioanelor etc., tulbură munca intelectuală, împiedică somnul necesar refacerii forțelor și duce la apariția tulburărilor de natură psihică, printre care și surmenajul.

Măsurile de combatere a surmenajului, prin organizarea și respectarea timpului necesar de odihnă, relaxarea în zone mai izolate și mai puțin populate, sunt un remediu sigur de prevenire a oboselii fizice și intelectuale [25].

10.3.1. Tipuri de sport: gimnastica, atletica ușoară, aerobica, body-building, yoga, fitness

Gimnastica, practică acasă sau de preferat în aer liber, stă la baza educației fizice. Ea constă în mișcări ale corpului, efectuate astfel pentru a antrena toate grupurile musculare și toate organele corpului. Gimnastica nu trebuie practică numai de către sportivii de performanță și nici numai în școli, în cadrul orelor de educație fizică, ci trebuie să devină un mijloc zilnic de întărire a sănătății și de mărire a capacității de muncă.

Gimnastica de dimineață ajută organismul să treacă de la perioada de somn, de inactivitate, la una de activitate, asigurând condițiile cerute pentru ca schimburile de substanțe la nivelul celulelor și organelor să se facă în cel mai bun mod. În exercițiile de gimnastică de dimineață se acordă un rol deosebit mișcărilor respiratorii (respirație cu expirație prelungită), pentru a crește capacitatea de ventilație pulmonară. De asemenea, trebuie să aveți grijă ca mișcările să fie ritmice, de aceea este și mai indicat să le facem ascultând

muzică. La sfârșitul exercițiilor, făcute în fața geamului deschis și îmbrăcați ușor, trebuie să facem un duș sau să ne frecăm pe corp cu un șervet umed. [39]

Sportul aerobic nu este numai o formă de antrenament fizic, începând cu anii 1980, dar și un sport competitiv, de nivel superior. Este o disciplină nouă a gimnasticii cu caracter spectacular, folosind elemente atât din gimnastica artistică, ritmică, acrobatică, dans sportiv, cât și cei 7 pași de bază: knee, kick, jachs, lunge, march, jog, skip.

Această disciplină s-a dezvoltat în cadrul Federației Internaționale de Gimnastică (F.I.G.) încă din anii 1980, iar concursurile se organizau după diferite regulamente proprii, inițiate de diverse federații internaționale: International Aerobic Federation (IAF), Federația Internațională a Sportului Aerobic și Fitness (FISAF), American National Aerobics Comision (ANAC). La Congresul F.I.G. din anul 1994, s-a decis să se reunească unitar toate structurile și sistemele competiționale existente, într-unul singur, cu un regulament unic și organizarea primului Campionat mondial de gimnastică aerobică în anul 1995. A fost greu sreunești un număr mare de competitori din Brazilia (1 milion de practicanți), Argentina, Australia, Noua Zeelandă, SUA, Japonia, Germania, Italia, Spania, care concureau după regulamente diferite. Astfel, la primul Campionat mondial ce a avut loc la Paris, în anul 1995, au participat 34 de țări, printre care și România.

Pe plan internațional, gimnastica aerobică din România a devenit deschizătoare de drumuri și model pentru definirea conceptului acestei noi discipline sportive. Palmaresul gimnaștilor români este impresionant.

Ramurile gimnasticii aerobice. Din cele expuse mai sus, putem afirma că, în cadrul gimnasticii aerobice, se pot distinge două direcții de practicare:

1. gimnastica aerobică de întreținere;
2. gimnastica aerobică de performanță (sportul aerobic).

Sportul aerobic implică abilitatea de a executa mișcări complexe, de intensitate mare, în mod continuu, și urmărește:

- perfecționarea, până la nivel de măiestrie, a conținutului motric;
- atingerea măiestriei sportive prin obținerea de performanțe înalte pe plan național și internațional;
- dezvoltarea și perfecționarea aptitudinilor motrice specifice practicării sportului aerobic (forță statică și dinamică, mobilitate articulară, coordonare, orientare în spațiu, echilibru, viteză de reacție, execuție, deplasare);
- formarea unei ținute corporale armonioase, estetice;
- dezvoltarea capacităților cognitive, afective, motivaționale;
- crearea dispoziției pentru obținerea performanțelor (disponibilitate pentru efort, ambiție, perseverență, toleranță la frustrare);
- prevenirea sau compensarea deficiențelor fizice datorate efortului specific;
- favorizarea integrării sociale. Toate aceste obiective conduc atât la performanță, cât și la dezvoltarea personalității și simțului artistic al practicanților.

Prezentăm câteva dintre aceste caracteristici:

- are caracter competitiv, ceea ce duce la stabilirea de clasamente pe categorii de vârstă și stabilirea de performanțe; • este considerat „sport de scenă”;
- prezintă mișcări dinamice de forță, mobilitate, coordonare și muzicalitate;
- mișcărilor sunt caracterizate prin echilibru și componentă tehnică;
- exercițiile sunt dinamice, momentele de dans aerobic și elementele de dificultate dând un aspect echilibrat și original exercițiului;
- exercițiile se caracterizează prin originalitate, dată de capacitatea de creativitate a sportivilor și antrenorilor;

- are caracter individual și de grup, adresându-se celor cu aptitudini deosebite;
- dispune de o gamă specifică de mișcări executate continuu, care trebuie să demonstreze flexibilitate și forță, combinațiile dintre pașii de dans și mișcările brațelor desfășurându-se pe muzică, pentru a crea secvențe dinamice, ritmice;
- antrenament riguros, ce presupune o muncă de mare intensitate, atât din partea gimnaștilor, cât și din partea antrenorilor.

Sarcinile gimnasticii aerobice. Sarcinile sportului aerobic derivă din obiectivele enumerate mai sus și vizează:

- dezvoltarea aptitudinilor motrice specifice practicării sportului aerobic, cu accent pe forță, viteză de reacție, mobilitate, coordonare, orientare în spațiu, echilibru, rezistență specifică;
- perfecționarea tehnicii de execuție, a virtuozității și frumuseții în execuția mișcărilor, prin formarea unui stil propriu;
- dezvoltarea calităților psihice și morale (curaj, perseverență, voință, capacitatea de concentrare a atenției, dorința de întrecere și de afirmare, spiritul de disciplină și de echipă);
- dezvoltarea și menținerea motivației de practicare a sportului aerobic și obținerea de performanțe prin imprimarea unui caracter variat și atractiv al activității, prin tratarea individualizată a gimnaștilor și folosirea unui limbaj adecvat;
- pregătirea specială pentru concurs (în concordanță cu cerințele regulamentului), pentru obținerea de performanțe înalte [34].

Bodybuilding. Perioada în care a apărut acest sport numit Bodybuilding sau Culturism, este între 1880-1933, numită și „perioada timpurie”. Bodybuildingul este o formă a modificării

corpului, incluzând o intensă creștere în volum a unui țesut, mușchi sau organ în mod anormal, datorită unei funcții nutritive exagerate. Un practicant al acestui sport se va numi bodybuilder, un bodybuilder își prezintă fizicul în fața unui juriu care îl punctează în funcție de aspectul său.

Poți practica acest sport fie pentru recreare, fie pentru îmbunătățirea personală sau ca un sportiv profesionist. Chiar dacă ești deficitar la o anumită grupă musculară sau nu ai predispoziție spre achiziționarea masei musculare, tot poți practica acest sport, însă folosind un regim și un antrenament adecvat.

Principiile de bază ale antrenamentului pentru câștigare în greutate sunt cam aceleași cu cele ale antrenamentului pentru forță, mai exact, include o manipulare a numărului de repetiții, serii, tempo, tipul de exerciții și greutatea pentru a ajunge la rezultatele propuse în ceea ce privește rezistența, forța, forma și mărimea. Seriile cu mai puține repetări pot fi executate cu greutatea mai mari, dar se pierde în rezistență. În concluzie, antrenamentul pentru forță se execută cu greutatea mici, repetări multe și pauze scurte între serii, iar antrenamentul pentru câștigare în greutate se execută cu greutatea mari, repetări mai puține și pauze mai mari între serii.

Dacă ești începător nu trebuie să începi cu antrenamentul pentru câștigare în greutate, mai întâi trebuie să faci un antrenament pentru forță, așa zis și de definire, pentru că altfel riști să-ți suprasoliciți mușchii și să-ți faci mai mult rău decât bine [12].

Yoga. Considerată de unii o artă, de alții o disciplină ce trebuie învățată, yoga este de fapt o practică indiană straveche, caracterizată prin meditație și exercițiu fizic, ce poate îmbunătăți flexibilitatea organismului, poate reduce semnificativ stresul și poate, în general, ameliora starea de sănătate. În limba vechilor indieni, sanscrita, „Yoga” înseamnă „uniune”. Putem afirma că uniunea ce caracterizează yoga este cea dintre minte, corp și spirit. Yoga stipulează faptul că spiritul și corpul pot fi puse într-o uniune și echilibru atât de intens, încât ajung să creeze un singur element. Unii practicanți sunt de părere că, de fapt, complexitatea Yoga este atinsă cu adevărat doar în India. În restul lumii, yoga se refera mai mult la capacitatea de a adopta și

menține anumite posturi și poziții care facilitează fluxuri energetice și stări meditative, astfel încât întregul organism să se simtă revigorat.

Există foarte multe tipuri de yoga, printre care Hatha Yoga, Raja Yoga. Hatha yoga diferă foarte mult de Raja. Ea urmează ideea că purificarea corpului duce la purificarea minții. Ea implică realizarea mai multor poziții de meditații, comparativ cu alte tipuri mai așezate. Hatha yoga este una din cele mai moderne și populare variații ale yoga tradițională, și se poate considera că a devenit chiar sinonim pentru termenul generic „yoga”.

Chiar dacă există numeroase variante de yoga, ele au un scop comun. Acesta nu este doar ameliorarea stării fizice și psihice a organismului, dar și contopirea ființei într-un sine unic, într-un individ superior, transformarea sa în ideal.

Majoritatea practicantilor, care apelează la yoga inițial pentru meditație, constată în timp, adesea foarte surprinși, că starea generală a organismului li s-a ameliorat uimitor. Flexibilitatea este mult mai bună, stresurile psihice nu mai au un impact atât de important, iar unele afecțiuni cronice se ameliorează.

De-a lungul timpului, yoga s-a dovedit o importantă terapie alternativă și complementară medicinei moderne. Ea trebuie privită însă ca un adjuvant și nu ca o terapie curatoare, vindecătoare.

Au fost efectuate și câteva studii care au demonstrat faptul că yoga poate fi utilă în completarea tratamentelor antihipertensive, scăzând tensiunea prin eliminarea stresului din mediu. Unul din factorii care cresc tensiunea arterială este stresul, deoarece organismul eliberează în astfel de situații hormoni speciali, care în final duc și la creșterea tensiunii arteriale.

De asemenea, s-a demonstrat că yoga poate să influențeze și starea de bine a organismului, poate îmbunătăți starea generală a pacienților cu astm bronșic. Se pare chiar că un program de yoga desfășurat pe o perioadă de minim 6 luni are efecte benefice și asupra sclerozei multiple, reducând starea de oboseală și apatie pe care pacienții cu această boală o resimt în mod cronic. [19]

Beneficiile yoga

1. Pentru ținută. În aer liber sau în interior, în fața ferestrei deschise, stai în poziție verticală, cu picioarele lipite, cu capul drept privind înainte. Coatele strâns lipite de corp și palmele lipite strâns de trup. Inspiri numai pe nas, ușor, lin, dar profund, până se umplu plămâni cu aer. Ți ții respirația timp de o secundă. Apoi elimini ușor aerul.

Rezultate: se dezvoltă mușchii gâtului, pieptului și ai brațelor. Acest exercițiu are și meritul de a aplatiza abdomenul (din cauza respirației care masează stomacul în interior). Este foarte importantă poziția cât mai dreaptă a capului, a gâtului, a toracelui, a taliei. Multe suferințe ale sistemului nervos, urmări ale stresului (palpitații, transpirații, amețeli), sunt legate de ținuta nesănătoasă a capului și corpului.

2. Pentru tonus. După ce ai inspirat (cu respirația oprită pentru o clipă) treptat, din poziție verticală, eliminând încet aerul din plămâni, vă aplecați ca să atingeți genunchii cu fruntea. După aceasta, inspirând, cu picioarele drepte, fără a îndoi genunchii, palmele se apropie de podea. Este posibil ca acest exercițiu să nu se poată face, la început, decât cu genunchii îndoșiți. Dar cu răbdare (o lună, două) devine posibil. Atenție! Palmele rămân fixate în timp ce expiri.

Rezultate: acest exercițiu combate eficient urmările sedentarismului. El îți dă tonus, te menține în formă.

3. Pentru suplețe. Din poziția precedentă, inspirând încet și profund, un picior alunecă înapoi, iar celălalt se îndoie de la genunchi și se împinge între brațele întinse care se sprijină de podea. Privește în sus, cu gâtul în extensie. Alternativ, se întinde piciorul drept și cel stâng.

Rezultate: acest exercițiu dezvoltă mușchii coloanei vertebrale, ai mijlocului, ai bazinului, ai coapselor și ai gambelor. El dă elasticitate și rezistență la efort. Cele 3 exerciții prezentate se fac în aceeași ședință, unul după altul. Ele pot fi repetate, de două ori pe zi, dar nu după mese, cu stomacul încărcat. Numărul mișcărilor fiecărui exercițiu crește progresiv, potrivit timpului și capacității fizice a

fiecăruia. Febra musculară este normală și este resimțită doar la început [55].

Fitness. Contrar presupunerilor unora, fitness-ul nu este doar un culturism cu greutateți mai mici și rezultate pe măsură. Folosirea de greutateți mai mici în antrenamentele de fitness este doar o diferență între cele două tipuri de activități sportive, e drept, ușor de observat.

Fitness-ul este pentru corpul uman ceea ce reglajul fin este pentru un aparat electronic. El reprezintă o condiție pentru a arăta și a ne simți mai bine. Cum gusturile diferă, doza de subiectivism va fi foarte mare în definirea conceptelor de a „arăta bine” și „a se simți bine”, motiv pentru care și antrenamentele vor fi diferențiate în funcție de caracteristicile individuale ale practicantilor: vârsta, sexul, greutatea, înălțimea, capacitatea de efort, sănătatea organismului, scopul urmărit.

Definițiile sunt numeroase și nu ne asumăm riscul de a plictisi cu ele. Vom spune doar că trăsătura definitorie a fitness-ului este regularitatea exercițiilor. Dacă faci jogging o dată pe an sau urci pe scări când nu merge liftul, nu poți să spui că faci fitness, acest sport presupunând, întâi de toate, o activitate durabilă. De asemenea, este foarte importantă și intensitatea exercițiilor. Un antrenament de fitness presupune o ședință de cel puțin 20 de minute de activitate dinamică, cu pauze mai mici decât în cazul culturismului.

Când se vorbește de efectele sanogetice ale fitness-ului se face referire atât la modificările pozitive din sfera psihică, cât și la influențele evidente și benefice asupra unor boli, dintre cele mai cunoscute afecțiuni lombare (discopatiile) sau endocrine și, mai ales, bolile cardiovasculare. În practică, pentru a răspunde cel mai bine la acțiunea efortului fizic, cardiopatia ischemică trebuie să constituie principalul obiectiv al oricărui program de mișcare, indiferent de vârstă, sex și indiferent dacă activitatea fizică se practică individual sau sub supraveghere specializată.

Efecte benefice asupra:

- Sistemului cardiovascular: crește cantitatea de sânge pe care o poate împinge inima; se mărește cantitatea de sânge existent în vase; sângele devine mai fluid și circulă mai ușor prin artere și vene (ajută

la arterioscleroză, cardiopatie ischemică, hipertensiune arterială).

- Sistemului pulmonar: plămânul devine capabil să ventileze o cantitate mai mare de aer pe minut (ajută la bolile pulmonare cronice).

- Mușchiului scheletic: crește forța, rezistența și puterea; musculatura „se topește” în ritm mai lent, odată cu înaintarea în vârstă (ajută la lombopatii, fracturile care se produc prin cădere, la bătrâni);

- Țesutului adipos: scade masa totală de grăsime din cursul viscerelor (ajută la obezitate);

- Metabolismului glucidelor: crește capacitatea mușchiului de a extrage (prelua) glucoza din sânge (ajută la diabet);

- Metabolismului grăsimilor: crește capacitatea mușchiului de a prelua grăsimile din sânge și de a le utiliza pentru procurarea de energie (ajută la arterioscleroză);

- Funcției de apărare a organismului (imunitatea): se îmbunătățește capacitatea sistemului imunitar de a răspunde la o agresiune microbiană (infecții);

- Proceselor digestive: se îmbunătățește tranzitul intestinal, înlăturându-se constipatia (ajută la cancerul de colon);

- Sistemului nervos: se îmbunătățește viteza de reacție și promptitudinea răspunsurilor la diverși stimuli (ajută la fracturile produse prin căderea persoanelor vârstnice);

- Funcțiilor cognitive: se îmbunătățește viteza de reacție și promptitudinea răspunsurilor la diverși stimuli (fracturile produse prin căderea persoanelor vârstnice);

- Comportamentului psiho-social: se ameliorează imaginea despre propria persoană, eficacitatea profesională, comportamentul familial, și se instaurează „starea de bine” și bucuria de a trăi (depresie și anxietate); [11].

10. 4. Sedentarismul și impactul lui asupra sănătății psihice

Sedentarismul este un stil de viață care implică lipsa de mișcare sau de activitate fizică. Știm că toți ar trebui să facem exerciții fizice și să urmăm o dietă adecvată pentru a ne menține sănătoși. Cu toate acestea, rareori facem aceste lucruri. Preferăm stilul de viață sedentar, deoarece nu ne obligă să facem prea multe lucruri. Este mai plăcut să petrecem timpul în fața televizorului sau a computerului și, de parcă nu e suficient, ronțăm și servim fel de fel de gustări, care numai sănătoase nu sunt.

Tehnologia modernă ne-a ușurat viața: nu trebuie să ne deplasăm prea mult ca să discutăm cu o persoană, trebuie doar să o contactăm, nu trebuie să muncim prea mult, pentru că utilajele sau computerele o fac în locul nostru. Nici măcar nu trebuie să obținem mâncarea prin modalități naturale, pentru că putem comanda sau putem consuma hrana deja procesată. Aceasta este o problemă a societății moderne, întâlnită nu doar la adulți, ci și la copii.

Ce este stilul de viață sedentar? Stilul de viață sedentar este un mod de viață în care o persoană nu se angajează în suficiente activități fizice care ar face parte dintr-un stil de viață sănătos. Acesta este caracterizat de perioade prelungite de repaus, indiferent că este vorba despre vizionarea unor emisiuni, tv, computer sau orice altceva. Oamenii care au un stil de viață sedentar, nu acordă aproape deloc importanță activității fizice. Potrivit unui studiu recent, stilul de viață sedentar este mult mai periculos pentru sănătate chiar decât fumatul.

Cum vă poate afecta viața sedentarismul?

De-a lungul timpului, s-au finalizat mai multe cercetări cu privire la stilul de viață sedentar al unei persoane.

Concluziile acestor cercetări ar fi următoarele:

- obezitatea-este principalul efect al unui stil de viață sedentar. Pentru că se consumă multe calorii care nu se ard, acestea sunt depozitate în organism sub forma grasimii în exces. Acesta însă este doar începutul problemelor;
- risc crescut de boli de inimă-inima dvs. trebuie să fie irigată corespunzător de fazele sanguine (arterele coronare),

pentru ca aceasta să funcționeze normal. Un stil de viață sedentar încetinește circulația sângelui și vasele de sânge devin rigide și se pot bloca. În cazurile grave, acest lucru conduce la ateroscleroză și stop cardiac. Potrivit unui studiu, lipsa de activitate fizică la vârsta de mijloc crește riscul decesului de boli cardiovasculare cu 52% la bărbați și 28% la femei.

- risc crescut de diabet zaharat-exercițiile fizice regulate contribuie la reglarea nivelului de glucoză din sânge. Conform cercetărilor, exercițiile fizice intensive pot îmbunătăți semnificativ capacitatea organismului de a controla cantitatea de zahar din sânge. Lipsa activității fizice, duce la creșterea volumului de glucoză, funcția pancreasului (care secretă insulina) fiind suprasolicitată. Aceste lucruri cresc șansele de instalare a diabetului de tip 2.
- risc crescut de cancer-lipsa activității fizice crește riscul dezvoltării anumitor tipuri de cancer: cancerul de sân, cancerul de colon, dar și alte tumori maligne. Riscul de a deceda de cancer, este în acest caz de 45% la bărbați și 28% la femei.
- risc crescut de osteroporoză-inactivitatea prelungită poate duce la scăderea densității osoase. Membrele vor avea dificultăți în a susține și sprijini structura corpului. Artrita și osteoporoza, caracterizate prin fragilitatea oaselor sunt favorizate de un stil de viață sedentar.
- scăderea tonusului muscular-mușchii dvs. sunt precum bateriile auto. Ei au nevoie de acțiune regulată pentru a funcționa în mod normal. Dacă aveți un mod de viață sedentar, mușchii dvs. nu vor fi prea dezvoltați. Greutatea va avea un efect negativ asupra posturii dvs. și a coloanei vertebrale. Statul pe scaun rigidizează și slăbește mușchii care susțin coloana vertebrală și are efecte negative asupra soldurilor și a genunchilor;

- tulburări de somn-stilul de viață sedentar nu tensionează în niciun fel organismul, iar acesta nu va simți prea des nevoia de odihnă. Astfel vor apărea insomniile, în cazurile grave.
- dureri de cap- cercetătorii au constatat că persoanele care nu au făcut exerciții fizice sunt predispuse cu până la 14% la dezvoltarea durerilor de cap, de tipul migrenei, față de cele care fac exerciții fizice în mod constant;
- accelerarea procesului de îmbătrânire-telomerii sunt secvențe repetate de ADN, situate la capetele cromozomilor, care au rol de a-i proteja de degradare. Pe măsură ce îmbătrânim, telomerii sunt mai scurți și deteriorarea lor este asociată cu semnele fizice care apar la vârsta mijlocie sau la cea înaintată. La persoanele inactive, telomerii se scurtează mai repede decât la persoanele active, în concluzie, procesul îmbătrânirii se accelerează, iar rata mortalității crește. Cercetătorii au descoperit că stresul influențează lungimea telomerilor, iar activitatea fizică reduce nivelul de stres.

Desigur, dacă până acum ați urmat un stil de viață sedentar, poate părea destul de descurajant să începeți brusc să faceți activități fizice. Totuși, prin repetarea gradată a exercițiilor fizice de mică intensitate (ca spălatul rufelor, călcat, mers pe jos etc.), apoi continuați cu alergare, ciclism etc. adaptarea va fi mult mai ușoară și veți avea un stil de viață sănătos [49].

Potrivit estimărilor Organizației Mondiale a Sănătății, sedentarismul ocupă locul al patrulea într-un top al factorilor de risc de deces la nivel mondial.

În 2002, se estima că sedentarismul era responsabil de 1,9 milioane de decese la nivel global. La ora actuală, sedentarismul reprezintă o medie anuală de aproximativ 3,2 milioane de decese. Ceea ce reprezintă o creștere cu peste 68% a numărului deceselor.

Potrivit unui studiu, realizat la nivel global, publicat anul trecut în revista The Lancet, aproximativ 40% din populația țării noastre este sedentară. În topul țărilor cu populații sedentare, pe primele locuri se plasau: Malta (71,9), Serbia (68,3%), Marea Britanie

(63,3%), Japonia (60,2%), Italia (54,7%), Norvegia (44,2%) și România (38,7%). Printre țările cu populație activă se numără Grecia (15,6%), Croația (23,6%), Ungaria (26%) și Bulgaria (26,8%). Conform acestui studiu, bărbații din România sunt mai activi fizic decât femeile. Studiul a fost efectuat în 119 țări și a avut ca reper cel puțin o jumătate de oră de exerciții fizice executate de cinci ori pe săptămână sau 20 de minute de exerciții efectuate în ritm alert, trei zile pe săptămână.

Avertismentele lansate de OMS sunt motivate de o realitate periculoasă: este evidentă tendința omenirii de a adopta un stil de viață sedentar, mai ales, în țările bogate. Și mai grav este că acest stil de viață este obișnuit pentru copii, adolescenți și tineri. Aceste categorii de populație suferă de dependența de laptopuri. Fac temele, dau examene, au joburi și rezolvă problemele zilnice cu ajutorul laptopului. Și tot în compania laptopului petrec fără pauze, cu excepția câtorva ore de somn. Consecințele sunt dramatice.

Cercetătorii de la Harvard avertizează că sedentarismul este tot atât de nociv pentru organism ca și tabagismul. Astfel, sedentarismul este una dintre cauzele majore ale unor boli severe: diverse forme de cancer, diabet tip II, boli cardiovasculare, osteoporoză, insomnie, depresie, obezitate etc. 80% dintre cazurile de boli cardiovasculare sunt provocate de alimentația dezechilibrată, sedentarismul și fumatul.

Un studiu care a coroborat datele a zeci de cercetări pe mii de voluntari, realizat de savanții chinezi de la Colegiul medical din Universitatea Qingdau din Shangong, arată că un stil de viață sedentar crește cu 25% riscurile de instalare a depresiei, comparativ cu persoanele cu un stil de viață activ.

Cercetătorii au descoperit, de asemenea, diferențe legate de tipul preferat de inactivitate. Persoanele care preferă să se uite la televizor sunt cu 13% mai predispuse la a fi deprimare, în timp ce persoanele care petrec mult timp în fața calculatorului au un risc cu 22% mai pronunțat de a suferi de depresie [31].

Studiul individual dirijat:

- a) Elaborați o listă de recomandări pentru un stil de alimentație sănătos.
- b) Elaborați un program de prevenție a obezității.

Întrebări de evaluare:

1. Ce presupune un stil de viață recreațional?
2. Cum poate influența practicarea sportului viața și sănătatea psihică a omului?
3. Descrieți 3 tipuri de sport activ benefic pentru sănătatea psihică.
4. Elucidați influența sedentarismului asupra sănătății psihice a persoanei.
5. Descrieți care sunt regulile generale pentru un comportament alimentar sănătos
6. Dezvăluți, interpretați esența piramidei alimentare.
7. Care sunt cauzele anorexiei nervoase?
8. Elucidați 3 strategii de combatere a comportamentului alimentar cu impact negativ asupra sănătății psihice a clientului.
9. Numiți și caracterizați tulburările de alimentație.
10. Elaborați câte 4 strategii de lucru pentru un client cu bulemie nervoasă, anorexie nervoasă și obezitate.

11. STILUL DE VIAȚĂ PATOGEN ȘI SĂNĂTATEA PSIHICĂ

12.1. Dependența și tipurile ei

12.1.1. Dependența de nicotină

12.1.2. Dependența de alcool

12.1.3. Dependența de droguri

12.2. Comportament sexual deviant

11.1. Dependența și tipurile ei

Dependența este de mai multe tipuri:

- dependența de nicotină;
- dependența de alcool;
- dependența de droguri;
- dependența de medicamente (ex. tranchilizante, somnifere).

Toate aceste categorii enunțate formează așa numita dependență de substanțe. Există însă și alte tipuri de dependență, cum ar fi de exemplu:

- dependența de internet;
- dependența de jocuri de noroc;
- dependența de relații interpersonale nesănătoase.

Dependența de tutun, alcool sau droguri parcurge mai multe etape până se produce ca atare. Este important de specificat faptul că la fel ca și adulții, adolescenții și tinerii pot deveni dependenți atât de nicotine, cât și de alcool și droguri. Etapele consumului de substanțe sunt:

- consumul experimental, în care elevul consumă substanța din curiozitate (ex. la o petrecere);
- consum regulat, în care elevul consumă substanța la diversele întâlniri cu colegii, prietenii;

- consum devenit preocupare, în care elevul obișnuiește să consume alcool, droguri, tutun în multe situații, și căutarea acestor situații devine în sine un scop;
- dependența este faza în care întregul comportament este controlat de nevoia organismului de a fuma sau consuma alcool sau droguri. Persoana nu mai este liberă, este controlată de substanță [50].

11.1.1. Dependența de nicotină

Fumatul este unul dintre cele mai controversate comportamente nesănătoase. Multă vreme s-a considerat că decizia de a fuma reprezintă o alegere în cunoștință de cauză; că oamenii sunt bine informați în momentul în care încep să fumeze și, implicit, își asumă responsabilitatea acestui comportament și a consecințelor lui. Totuși, studiile arată că 95% dintre fumători încep să fumeze înaintea vârstei de 20 de ani. Întrebarea care se impune este în ce măsură acești tineri dețin informații pertinente și suficiente referitoare la comportamentul de fumător și la riscurile pe care le implică. Un studiu realizat pe un număr de 895 de adolescenți referitor la atitudinile și convingerile despre fumat a subliniat insuficienta informare despre prevalența și riscurile acestui comportament. Astfel, adolescenții:

- au supraestimat numărul adulților și al adolescenților care fumează;
- au subestimat ponderea persoanelor care au atitudini negative față de fumat;
- au considerat că sunt mai puțin expuși riscurilor la bolile asociate fumatului.

Prevalența acestor convingeri eronate era mult mai mare la adolescenții: (a) care începuseră deja să fumeze; (b) la cei care aveau prieteni sau membri ai familiei care fumau; și (c) la cei care intenționau să înceapă să fumeze în viitorul apropiat.

Fumatul începe de obicei la o vârstă timpurie. Multe sondaje relevă faptul că mai mult de 15% dintre adolescenții cu vârsta cuprinsă între 12-18 ani fumează regulat și se consideră

fumători. Fumatul este un comportament care se dezvoltă treptat, de la faza de experimentare la faza de dependență și de formare a unei atitudini pozitive față de fumat.

Efectele fumatului asupra organismului

Fumul de țigară este dăunător tuturor celor care îl inspiră, inclusiv nefumătorilor (fumatul pasiv). Acesta conține aproximativ 4000 de substanțe chimice, dintre care 40 sunt cancerigene. Una din substanțele inhalate odată cu fumul de țigară este nicotina. Nicotina este un drog care se află în tutun și care are multe efecte negative asupra organismului, influențează sistemul nervos într-un mod negativ și produce grave probleme de sănătate, incluzând dependența. Fumatul determină dependența de nicotină așa cum poți fi dependent de alcool sau alte droguri.

Efectele nicotinei asupra organismului:

- creșterea ratei pulsului și a respirației;
- încetinirea activității musculare și a reflexelor;
- forțează organismul să consume mai mult oxigen, ceea ce face mai dificilă funcționarea inimii;
- crește probabilitatea de a se forma “dopuri” în sânge – ceea ce poate duce la infarct miocardic.

Efectele asupra creierului:

- tulburări atenționale;
- dificultăți de învățare;
- modificări ale dispoziției afective;
- încetinirea reacțiilor.

Când o persoană fumează, nicotina:

- ajunge rapid în sânge prin plămâni;
- ajunge la creier în 7 secunde de la inhalare;
- ajunge în alte organe – rinichi, pancreas, ficat.

Fumatul, prin substanțele pe care le conține fumul de țigară, afectează sănătatea în diverse moduri, cauzând: cancer (al plămânilor, buzelor, pancreasului, rinichilor sau creierului), boli cardiovasculare, boli pulmonare, infarct miocardic, probleme cu sarcina (femeile care fumează au un risc crescut de a avea copii bolnavi) [17].

Factorii care influențează fumatul

Grupul de apartenență joacă un rol important în formarea unor norme pozitive față de fumat. Fumatul este un comportament complex manifestat cu predilecție în situații sociale și, astfel, poate avea rolul unui „cod semiotic”, prin care grupul se diferențiază de alte grupuri sociale. Intervențiile antifumat trebuie să descurajeze funcția socială a fumatului și să încurajeze formarea altor norme sociale.

Dintre factorii de ordin social asociați cu fumatul, cel mai semnificativ este imaginea celui care fumează. Industria tutunului, prin reclamele și campaniile publicitare realizate, promovează imaginea fumătorului rebel, liber, matur și puternic. Adolescenții ajung să considere fumatul un comportament ce corespunde acestei imagini. Modificarea acestei imagini este obiectivul fundamental al campaniilor antifumat, atât la nivelul școlii, cât și la nivelul societății. Unul dintre cele mai importante mesaje pe care trebuie să le transmită campaniile antifumat este cel legat de valoarea unui stil de viață sănătos fără fumat, care are ca și consecințe atractivitatea fizică, sociabilitatea și persuasiunea-norme importante pentru tineri.

Convingeri eronate ale adolescenților despre fumat

Există o serie de erori de gândire ale adolescenților referitor la fumat. Aceste erori funcționează frecvent asemenea unor scheme cognitive dezadaptative, ce conservă și întăresc comportamentul de fumător (pentru evaluarea convingerilor elevilor despre fumat, vezi și fișa 21 de la anexe). Menționăm câteva din ele:

- „Fumatul te face atractiv.”
- „Fumatul te face independent și mai matur.”
- „Fumatul te face să te simți bine.”
- „Tutunul nu este un drog, nu-ți face niciun rău.”

Una dintre cele mai frecvente greșeli ale programelor de prevenție tradiționale ale fumatului este focalizarea unidirecțională pe evidențierea consecințelor de lungă durată ale fumatului, cum ar fi aspectele legate de sănătate și boală. Studiile arată că mesajul: „Fumatul dăunează grav sănătății” nu are eficacitatea pe care și-o doreau inițial cei care au dezvoltat acest

mod de prevenție. Unul dintre principiile formării unui comportament este cel legat de funcția imediată a întăririlor.

Pentru ca un comportament să se formeze, este important să fie întărit la intervale scurte de timp. Astfel că evidențierea consecințelor de lungă durată asupra sănătății a fumatului nu este suficient de relevantă pentru formarea unui comportament alternativ acestuia. În consecință, este mai eficient să focalizăm prevenția și formarea comportamentelor pozitive pentru sănătate prin analiza și conștientizarea elevilor asupra consecințelor imediate ale fumatului.

Un exemplu este evidențierea beneficiilor renunțării la fumat relevante pentru elevi. Aceste mesaje pot fi:

- Vei dobândi o formă fizică mai bună, prin creșterea rezistenței organismului.
- Respirația, părul, hainele tale nu vor mai emana mirosul neplăcut de tutun.
- Dantura și degetele tale nu vor mai fi îngălbenite.
- Vei economisi zilnic o sumă importantă de bani pe care poți să-i folosești în alte scopuri.
- Eviți riscul contractării unor boli grave, adesea incurabile, precum și sensibilitatea la bolile infecțioase.
- Îți vei prelungi durata de viață.

Prevenția fumatului activ și pasiv are drept componente:

- informații privind consecințe sociale și de sănătate, de scurtă durată și de lungă durată ale fumatului;
- formarea unor valori și atitudini pozitive față de un stil de viață sănătos;
- discutarea și analizarea rolului influenței grupului, a familiei și a mass-mediei în formarea și menținerea atitudinilor față de fumat;
- dezvoltarea deprinderilor de comunicare, asertivitate și de a face față presiunii grupului (deprinderea de a spune NU, „Nu, mulțumesc, nu fumez.”);

- dezvoltarea abilităților de luare a deciziilor, de gândire critică și de management al stresului;
- dezvoltarea unor comportamente alternative. Fumatul este un comportament care are o anumită funcție [42].

11.1.2. Dependența de alcool

Deși alcoolul a apărut inițial din motive practice (înlocuirea apei de băut impure, oficierea unor ceremonii religioase etc.) utilizarea lui s-a schimbat ulterior. Oamenii au început să producă diferite tipuri de alcool, iar consumul de alcool a devenit parte din cultura europeană. Utilizarea lui a dus însă adesea la abuz. Indiferent dacă este sub formă de bere, vin sau lichior, băuturile alcoolice sunt substanțe chimice care afectează activitatea mentală, emoțională și comportamentală. Alcoolul este un drog puternic. Deoarece băuturile alcoolice sunt atât de comune și accesibile în cultura noastră, uităm că alcoolul este un drog cu efecte similare drogurilor interzise.

Inițierea comportamentului de a consuma alcool se realizează prin învățare socială – copiii și adolescenții învață, privind la cei maturi, că a consuma alcool este ceva plăcut, oamenii care beau sunt veseli, râd și se simt bine. Curiozitatea și dorința de a imita adulții îi determină pe mulți copii să încerce să consume la rândul lor alcool. Alcoolul devine astfel un risc din ce în ce mai mare pentru că poate fi acceptat și încurajat de către cei din anturaj și cel puțin temporar îi poate face să pară și să se simtă mai mari. Consumul de alcool devine deci un comportament format pe baza învățării sociale. Învățarea socială a consumului de alcool presupune următoarele dimensiuni:

- Învățarea acestui comportament se realizează prin observarea comportamentelor unor persoane importante pentru copil sau adolescent, cum ar fi membrii familiei, prietenii, celebrități, modele personale. („A bea este ceva interesant, te face să te simți bine, să fii vesel).
- Învățarea socială presupune și formarea unor atitudini pozitive față de efectele alcoolului; adolescenții

învață, astfel, că a consuma alcool face parte dintr-un proces natural, în urma căruia devii mai „sociabil” și mai „matur”.

- Adolescenții continuă să consume alcool mai ales din cauza influenței grupului. În această etapă se consolidează comportamentul lor de consum de alcool. Drept consecințe ale acestora, adolescenții tind să considere că relațiile sociale sunt facilitate și favorizate de acest comportament prin faptul că alcoolul îi determină să devină mai volubili și mai lipsiți de inhibiții. Un alt mecanism al consumului de alcool este utilizarea acestuia pentru rezolvarea situațiilor de criză, pentru care tânărul nu și-a dezvoltat abilitățile necesare.

Efectele alcoolului

Există două tipuri de efecte ale consumului de băuturi alcoolice: efectele de scurtă durată și efectele pe termen lung. Efectele imediate ale consumului de alcool sunt o ușoară relaxare, inhibiții mai reduse și reacții mai lente. Cu cât este consumat mai mult alcool, cu atât acesta va produce mai multe modificări la nivel cognitiv, emoțional și comportamental. Consumul de alcool în cantități mari și pe o perioadă îndelungată poate duce la tulburări somatice și psihologice grave. Alcoolul este o substanță toxică, care are drept consecințe: ciroza, boli cardiace, ulcer, cancer, boli psihice, afecțiuni fatale ale creierului (pentru identificarea de către elevi a efectelor alcoolului asupra organismului, utilizați fișa 24 din anexe).

Una dintre cele mai grave consecințe ale consumului de alcool este alcoolismul. Organizația Mondială a Sănătății consideră alcoolismul o boală. Este o boală cronică, progresivă și potențial fatală prin consumul necontrolat de alcool. Alcoolismul nu este o problemă de imoralitate sau de caracter slab. Alcoolicii sunt persoane bolnave care au nevoie de sprijin și tratament. Există o serie de instituții și asociații care au ca obiectiv recuperarea tinerilor și adulților dependenți de alcool. Unul dintre programele cu eficiență ridicată în

recuperare, dezvoltat și în țara noastră, este cel al Asociației Alcoolicilor Anonimi (AA), ce oferă materiale informative și servicii de consiliere și terapie pentru persoanele dependente (adolescenți și adulți) și pentru familiile acestora [42].

Efectele consumului de alcool asupra tinerilor

1. Abuzul de alcool este cauza celor mai multe accidente de mașină în care sunt implicați tinerii. O treime din accidentele mortale sunt legate de consumul de alcool. În plus, mii de persoane sunt rănite grav în fiecare an. În 85% din cazuri, conducătorii implicați în accidente au consumat ocazional alcool.

2. Consumul de alcool, chiar și în cantități moderate, crește foarte mult riscul de a avea raporturi sexuale neprotejate. Mesajul transmis tinerilor trebuie să fie: „Un singur raport sexual neprotejat te poate contamina cu virusul HIV (SIDA) sau cu alte boli cu transmitere sexuală.”

3. Consumul de alcool duce la violență și agresivitate. Sub influența consumului de alcool, poți interpreta greșit o remarcă sau un gest, ceea ce poate duce la comportamente agresive și violență.

Prevenția consumului de alcool are ca și componente:

- informații privind consecințele sociale și de sănătate de scurtă și de lungă durată ale consumului de alcool;
- formarea unor valori și atitudini pozitive față de un stil de viață sănătos;
- discutarea și analizarea rolului influenței grupului, a familiei și a mass-mediei în formarea și menținerea atitudinilor față de alcool;
- discutarea modului în care alcoolul poate diminua performanțele școlare, profesionale etc.
- dezvoltarea deprinderilor de asertivitate și de a face față presiunii grupului (deprinderea de a spune NU);
- dezvoltarea abilităților de luare a deciziilor, de gândire critică și de management al stresului.
- desfășurarea de activități de recreere sănătoase, cum sunt: sportul, muzica, artele plastice, activități de club, voluntariatul [2].

11.1.3. Dependența de droguri

Drogul este o substanță a cărei utilizare creează dependență fizică și psihică și tulburări grave ale activității mentale, percepției și comportamentului. Consumul de droguri este deja o problemă majoră a învățământului românesc.

Prevenția consumului de droguri este un proces complex la care trebuie să participe întreaga societate, familia, școala, elevii, organizațiile nonguvernamentale și cele guvernamentale. Școala are un rol esențial în activitatea de prevenție, prin obiectivul ei de formare a unor elevi care pot lua decizii responsabile și sănătoase. Elevii sunt din ce în ce mai expuși consumului de droguri, de aceea au nevoie de informații corecte despre droguri și de formarea unor atitudini adecvate față de consumul de droguri [20].

Tipurile de droguri

- o droguri de stimulare (cannabis, amfetamine, cocaina) – accelerează funcționarea sistemului nervos central, producând alertă și excitabilitate. Tinerii consumă aceste droguri din nevoia de senzații tari, iar ca efect principal este deformarea imaginii realității și scăderea percepției riscului.
- droguri de relaxare (tranchilizante, barbiturice, sedative) – cunoscute și sub numele de sedative, încetinesc activitatea sistemului nervos central, produc o stare de relaxare și induc somnul. Tinerii care consumă aceste droguri simt nevoia de a se proteja de solicitările și stimulările din mediu, de a evita confruntarea cu problemele, din sentimentul de neputință în a face față solicitărilor. Efectele posibile sunt: vorbire neclară, dezorientare, comportament specific stării de ebrietate.
- droguri halucinogene sau psihedelice (L.S.D., ecstasy, mescalina)-produc tulburări ale funcționării intelectuale, inducând o stare pseudopsihotică cu iluzii și halucinații. Efectele posibile sunt: o percepție alterată a timpului și a distanței, euforie și comportament dezorientat.

o Cei mai importanți factori care duc la formarea unor atitudini pozitive față de droguri sunt:

- curiozitatea-mulți tineri cred că dacă consumă droguri o

singură dată nu vor deveni dependenți, dar în realitate este greu să te oprești; anumite droguri dau dependență după o singură doză;

- rezolvarea problemelor-este important ca tânărul să înțeleagă că primul pas în rezolvarea problemelor este recunoașterea lor și nu evitarea acestora prin consumul unor substanțe;
- formarea unei imagini sociale-un tânăr care consumă droguri crede că poate câștiga aprecierea și respectul celorlalți, dar de cele mai multe ori este izolat de colegi și prieteni și crește riscul de a se afla în situații ridicole;
- presiunea grupului-să fie la fel ca ceilalți din grup; unii tineri consumă droguri pentru că prietenii lor consumă și ei droguri;
- o stimă de sine scăzută-un tânăr cu o stimă de sine scăzută poate consuma droguri pentru a se simți mai curajos, mai valoros sau mai interesant; în realitate însă, consumul de droguri te controlează și manipulează, și duce la pierderea libertății de decizie;
- un răspuns la singurătate-unii tineri pot consuma droguri din cauza problemelor pe care le au, a dificultăților de relaționare și comunicare.

Prevenirea consumului de droguri are ca și componente:

- informații despre consecințele de sănătate și sociale ale consumului de droguri;
- formarea unor valori și atitudini pozitive față de un stil de viață sănătos;
- discutarea și analizarea rolului influenței grupului în consumul de droguri;
- dezvoltarea deprinderilor de management al situațiilor de criză prin învățarea unor strategii de coping adaptative;
- dezvoltarea deprinderilor de management al conflictelor și luare de decizii responsabile;
- discutarea modului în care drogurile îți controlează modul în care gândești, simți și te porți;

- desfășurarea de activități de recreere sănătoase, cum ar fi participarea la acțiuni de voluntariat (ex. programe de prevenție a consumului de droguri) [2, 5, 20].

11.2. Comportament sexual

Sexualitatea este o componentă esențială a vieții oricărei persoane. Aspectele sale psihologice, biologice și sociale sunt într-o relație de interdependență, conferindu-i astfel un caracter complex. În procesul de formare al adolescentului, rolul sexualității este pregnant, contribuind la conturarea identității de sine și a celei sociale. Dezvoltarea unei sexualități armonioase la copii și adolescenți contribuie la formarea unei personalități armonioase și în relație echilibrată cu sine și ceilalți. Este falsă echivalarea sexualității cu relația sexuală. Sănătatea sexuală înseamnă sănătatea întregului corp și a universului psihic al individului. În ultimul deceniu, dreptul la educație sexuală a copiilor și tinerilor este văzut ca un drept uman fundamental, care trebuie respectat de orice societate democratică.

Scopul fundamental al educației psihosexuale este promovarea sănătății sexuale și, implicit, a sănătății psihice, fizice, emoționale, sociale și spirituale, cu alte cuvinte, a stării generale de bine. Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea sexuală ca „integrarea aspectelor fizice, emoționale, cognitive și sociale în procesul dezvoltării pozitive a personalității, în care fiecare persoană are dreptul la informații adecvate și relații sexuale responsabile.”

Programele tradiționale de educație pentru sănătate sexuală erau focalizate pe oferirea de informații despre reproducerea umană, anatomia și fiziologia umană, metode de contracepție, boli cu transmitere sexuală. Educația sexuală era oferită doar adolescenților (12-18 ani), ignorându-se astfel că despre ea se poate vorbi de la o vârstă foarte mică. De asemenea, ea avea ca scop doar prevenirea unor „dezastre” (ex. sarcina nedorită, bolile cu transmitere sexuală, violul) prin întreținerea fricii și a sentimentului de culpabilitate. Aspectele pozitive ale sexualității erau ignorate. Discuțiile despre masturbare, homosexualitate, avort, menținerea rolurilor tradiționale ale femeilor

și bărbaților erau evitate. Cercetările în domeniu au arătat însă că aceste programe au o eficiență redusă, iar uneori efecte negative sau contrare. Un alt aspect limitativ al programelor tradiționale este faptul că intervențiile nu erau integrate într-un proces de dezvoltare a sănătății emoționale, cognitive, sociale și comportamentale (Hyde, 1994). Astăzi, fiecare adult, școală, instituție, comunitate, societate, trebuie să accepte că sexualitatea este un aspect natural și firesc al vieții fiecărui copil, adolescent, adult, vârstnic și că ignorarea acestui adevăr reprezintă o încălcare a unui drept uman fundamental, dreptul la sănătate, armonie și calitatea vieții.

Educația pentru sănătate sexuală este un proces continuu ce se realizează pe parcursul întregii dezvoltări, cu elemente specifice fiecărei vârste și nivelului de dezvoltare intelectuală și emoțională. Încă de la vârste foarte mici, copiii devin interesați de subiectele privind sexualitatea. Din nefericire, copiii își însușesc de cele mai multe ori aceste informații de la colegii de joacă, prieteni, reviste de diverse naturi. Există riscul ca informațiile să fie eronate și astfel se perpetuează atitudini, care conduc la comportamente sexuale de risc (începerea prematură a vieții sexuale, neutilizarea mijloacelor de contracepție și protecție). Deseori părinții evită discutarea acestor teme cu copiii lor. Tocmai de aceea școlii îi revine un rol fundamental în oferirea unei percepții adecvate asupra sexualității, în asigurarea cadrului în care elevii pot să discute liber despre sexualitate. Totodată, abordarea sexualității doar la vârsta adolescenței, fiind focalizată doar pe reproducere și contracepție are ca rezultat menținerea convingerii că sexualitatea este similară cu relația sexuală. În acest mod, nu se percepe aria largă pe care o implică sexualitatea, începând cu acceptarea propriei corporalități și terminând cu deciziile responsabile pe care le implică. Programele de educație pentru sănătate sexuală trebuie realizate adecvat vârstei și nivelului de dezvoltare intelectuală și emoțională a elevului.

Pe lângă faptul că psihosexualitatea este o componentă esențială a procesului de dezvoltare a unei personalități armonioase, mai există o serie de motive pentru care abordarea acesteia este esențială:

1. scăderea vârstei la care adolescenții devin activi sexual;
2. creșterea incidenței contaminării HIV - SIDA;
3. creșterea incidenței contaminării cu alte boli cu transmitere sexuală;
4. creșterea numărului de sarcini nedorite în rândul adolescentelor;
5. creșterea numărului de abuzuri sexuale – viol, hărțuire sexuală, incest;
6. numărul crescut de avorturi.

Este nefondată convingerea părinților și a profesorilor că a educa sexual copiii și tinerii presupune transmiterea de informații „tehnice” despre biologia și fiziologia actului sexual. Probabil, din această convingere inadecvată, apare eludarea sarcinii de „educator sexual”, atât a profesorilor cât și a părinților. Responsabilitatea ei este delegată către așa-numitele „persoane de specialitate” (medic, asistent medical, psiholog). Printr-o astfel de delegare se medicalizează un aspect natural al vieții oricărui adolescent. Nu are așa mare relevanță cantitatea de informații despre sexualitate, cât mesajul că școala este și trebuie să fie un loc în care elevii vorbesc deschis, onest și fără inhibiții, împreună cu profesorul, despre una dintre componentele personalității lor. Copiii și adolescenții nu vor mai echivala sexualitatea cu un subiect tabu, care nu poate fi discutat împreună cu adulții. Elementul esențial al procesului de educație pentru sănătatea sexuală este promovarea unor valori adecvate privind sexualitatea proprie și a celorlalți.

Valorile sexualității:

- Sexualitatea este o componentă sănătoasă și naturală a vieții.
- Toate persoanele sunt sexuale.
- Sexualitatea include dimensiuni fizice, etice, spirituale, psihologice și emoționale.
- Toate persoanele au dreptul și obligația să ia decizii sexuale responsabile.
- Toate deciziile sexuale au consecințe emoționale, comportamentale sau de sănătate.

- Indivizii și societatea beneficiază când copiii discută despre sexualitate ca de un proces natural în atingerea maturității psihice.
- Implicarea prematură în comportamente sexuale presupune riscuri.
- Tinerii au dreptul la acces la informație despre serviciile de planificare familială și îngrijire medicală.
- Persoanele își exprimă sexualitatea în moduri diferite.
- Oamenii trebuie să respecte și să accepte diversitatea valorilor și credințelor despre sexualitate care există în comunitatea respectivă.
- Abțința sexuală este cea mai eficientă metodă de a preveni sarcina nedorită și infecția HIV/SIDA.

Educația pentru sănătatea sexuală este un proces de formare de atitudini, convingeri și valori despre identitate de sine, imagine corporală, relații interpersonale, intimitate și iubire, comunicare, decizie și responsabilitate. Educația sexuală se adresează componentelor psihologice (cognitivă, emoțională, comportamentală) sociale, spirituale și biologice ale sănătății. Programele eficiente de educație psihosexuală se focalizează pe atingerea a 4 obiective fundamentale:

1. formarea de convingeri, valori și atitudini despre sine și ceilalți-
oferirea unui cadru adecvat în care adolescenții să aibă
posibilitatea de a-și explora propria persoană și de a evalua
atitudinile sexuale cu scopul dezvoltării propriilor valori.
Formarea acestor valori are drept suport dezvoltarea stimei de sine
și a responsabilității față de sine și față de ceilalți în manifestarea
sexualității; a capacității de a face distincția dintre iubire și atracție
sexuală, iubire și camaraderie; a înțelegerii consecințelor
comportamentului sexual activ; a menținerii unui echilibru între
nevoia de independență și rolul de fiu/fiică, elev, frate/soră; a
capacității de a spune NU, respectiv de a accepta un refuz;
perceperea efectelor stereotipiilor de gen social asupra propriei
persoane (ex. pentru că sunt fată/băiat trebuie să...) și înțelegerea
faptului că băieții și fetele au drepturi și responsabilități egale;

2. dezvoltarea deprinderilor de relaționare interpersonală - oferirea unui cadru adecvat pentru dezvoltarea deprinderilor de comunicare și relaționare pozitivă cu persoane de sex opus, cu cele adulte; de exprimare a afectivității, iubirii și intimității conform propriilor valori; de a face față presiunii grupului, partenerului și mass-mediei; de a se opune relațiilor de manipulare și exploatare; de management al situațiilor de conflict dintr-o relație; de negociere și stabilire de limite;
3. dezvoltarea responsabilității față de sine și ceilalți-formarea de atitudini și comportamente responsabile față de propria sexualitate și cea a partenerului; perceperea faptului că exprimarea iubirii romantice poate lua și alte forme, și fără exprimări sexuale; diferențiere între comportamentele sexuale cu risc crescut față de cele cu risc redus; perceperea beneficiilor întârzierii debutului de viață sexuală și a abstenței de la sex în situații de risc; încurajarea utilizării metodelor contraceptive și a metodelor de protejare a sănătății sexuale; respectarea deciziei celuilalt, respectarea confidențialității; decizii responsabile privind viața de cuplu și viața de familie; trasarea unor scopuri de durată medie și a unor planuri de viitor. Programele de educație sexuală se focalizează și asupra dezvoltării abilităților de evitare a relațiilor de abuz fizic, emoțional sau sexual. O componentă centrală a promovării educației sexuale este dezvoltarea implicării adolescenților în participarea la activități de voluntariat pentru educarea celorlalți tineri din școală și comunitate.
4. informarea-oferirea unor cunoștințe despre creștere și dezvoltare, anatomia și fiziologia reproducerii, comportament sexual, sarcină, avort, metode contraceptive, abuz sexual, boli cu transmitere sexuală (BTS), HIV/SIDA, servicii medicale, sociale și psihologice, instituții și organizații din comunitate care asistă dezvoltarea copiilor și tinerilor în acest domeniu [44].

Tematica educației sexuale

Integrarea sexualității în dezvoltarea psihologică presupune luarea în considerare în programele de educație a celor 6 componente de bază: dezvoltare umană, relații interpersonale, deprinderi personale, comportament sexual, sănătate sexuală, societate și cultură. Toate aceste componente se abordează la toate vârstele într-un proces

de complementaritate, esențial pentru o dezvoltare armonioasă. Prezentăm în continuare succint câteva repere generale pentru educația psihosexuală.

1. Dezvoltarea umană

- Acceptarea și aprecierea propriului corp;
- Formarea unei imagini corporale realiste;
- Căutarea de informații despre dezvoltarea sexuală;
- Acceptarea dezvoltării sexuale ca o componentă a dezvoltării umane;
- Interacțiunea cu ambele sexe într-un mod potrivit și respectuos;
- Acceptarea diferențelor de gen;
- Respectarea orientării sexuale a celorlalți.

2. Relațiile interpersonale

- Dezvoltarea deprinderilor de relaționare pozitivă;
- Exprimarea dragostei și a intimității în moduri diferite și responsabile;
- Dezvoltarea și menținerea relațiilor semnificative;
- Evitarea relațiilor de exploatare și de manipulare;
- Formarea unor atitudini pozitive față de relațiile de prietenie;
- Luarea de decizii privind stilul de viață sănătos.

3. Deprinderi personale

- A trăi potrivit propriilor valori;
- Asumarea responsabilității pentru propriul corp;
- Luarea de decizii responsabile;
- Dezvoltarea asertivității;
- Comunicarea eficace cu familia, colegii și prietenii;
- Abilitatea de a face față presiunii grupului.

4. Comportament sexual

- Trăirea unor sentimente sexuale fără a le exprima printr-un act sexual;
- Căutarea de noi informații pentru dezvoltarea sexualității;

- Implicarea în relații sexuale caracterizate prin responsabilitate, onestitate și încredere;
 - Exprimarea propriei sexualități, respectând drepturile altora;
 - Exprimarea sexualității potrivit propriilor valori.
5. Sănătate sexuală
- Cunoașterea și utilizarea metodelor de contracepție pentru a evita sarcinile nedorite;
 - Evitarea contactării sau transmiterii bolilor cu transmitere sexuală;
 - Informare privind modalitățile de prevenire a infectării cu virusul HIV;
 - Informare privind SIDA;
 - Prevenirea abuzului sexual.
6. Societate și cultură
- Evaluarea impactului familiei, culturii, religiei, mass-mediei asupra convingerilor, valorilor și comportamentelor legate de sexualitate;
 - Respingerea abordării vulgare și de tip pornografic a sexualității și valorilor sexuale;
 - Atitudine critică față de percepția socială a femeii ca „obiect sexual”;
 - Implicarea în programele educative de educație pentru sănătate sexuală;
 - Demonstrarea toleranței față de cei cu stiluri de viață și valori sexuale diferite.

Atitudinile eronate față de sexualitate sunt generate de așa-numitele „mituri”. Acestea sunt convingeri iraționale, neadevăruri, larg răspândite într-o anumită cultură sau societate, astfel încât sunt considerate naturale și reale. Miturile furnizează răspunsuri gata „confeționate” la întrebările general umane despre noi înșine, despre alții (bărbați-femei), despre relațiile noastre și mediul în care trăim și, dacă nu sunt identificate, pot să influențeze negativ comportamentul, mai ales al tinerilor, dar nu numai. Elevii pot fi învățați să identifice miturile și să le combată atât atitudinal, cât și comportamental.

Miturile adolescenților despre sexualitate:

- Este inacceptabil pentru un bărbat să fie virgin.
- Doar făcând dragoste ne vom dovedi unul altuia cât de mult ne iubim.
- Bărbații trebuie să-și manifeste masculinitatea: fizică și sexuală.
- Impulsurile sexuale sunt mai puternice la bărbați.
- Bărbații trebuie să aibă relații sexuale cu cât mai multe fete pentru a dobândi experiență.
- Fetelor le face plăcere la fel de mult ca și băieților să facă SEX, dar ele trebuie să spună NU pentru a-și menține reputația.
- Când fetele spun NU este de fapt POATE sau DA.
- Bărbații nu vorbesc despre SEX, ei îl practică.
- Dacă nu fac dragoste cu el am să-l pierd.
- Fetelor le face plăcere să fie convinse mai mult timp (chiar și lacrimile fac parte din ritualul firesc).
- Băieții trebuie să fie inițiatorii actului sexual.
- Fetelor le plac băieții care dețin controlul.
- După ce un băiat se excită, el nu se mai poate controla.
- O fată nu poate rămâne gravidă după primul act sexual.
- Poate am noroc și nu rămân gravidă.
- Dacă o fată folosește metode contraceptive probabil nu este prea „cuminte”.
- Iubirea între doi tineri înseamnă întotdeauna și relații sexuale.
- Contactul fizic trebuie întotdeauna să ducă la sex.
- Bărbații trebuie să fie performanți în domeniul sexual.
- O femeie modernă trebuie să aibă relații sexuale premaritale.
- Bărbatul trebuie să aibă controlul în relațiile sexuale.
- Femeia trebuie să răspundă întotdeauna inițiativelor sexuale ale bărbatului.
- Bărbații doresc întotdeauna să facă sex.
- Este prea jenant să vorbesc cu prietena/prietenul meu despre prezervative.
- Prezervativele diminuează spontaneitatea și plăcerea actului sexual.

- Cei mai mulți adolescenți și-au început viața sexuală.
- Viața sexuală este o cale de a deveni adult [42].

Riscul pentru HIV/SIDA

Astăzi, când boala SIDA a ajuns să fie denumită „flagel mondial” și riscul contaminării cu virusul HIV „pandemie” (viteză și arie de contaminare mai mare decât în cazul unei epidemii), educația sexuală nu poate ignora această realitate „postmodernă”:

1. pe mapamond, în fiecare zi, aproximativ 16.000 de persoane se infectează cu HIV;
2. în lume există aproximativ 40 milioane de persoane infectate cu HIV;
3. de la declanșarea epidemiei au murit 18,8 milioane de oameni;
4. numai în anul 1999, 620.000 de copii sub 15 ani au fost infectați cu virusul HIV;
5. România se situează pe primul loc în Europa în ceea ce privește numărul de copii bolnavi de SIDA;
6. în ultimii ani a crescut îngrijorător de mult numărul tinerilor din România infectați cu HIV.
7. nu există tratament sau vaccin pentru SIDA.
8. simptomatologia bolii poate fi ameliorată sau întârziată, dar SIDA este o boală letală.

Prevenirea transmiterii infectării cu HIV pe cale sexuală se realizează prin utilizarea obligatorie a prezervativului, prin efectuarea testului HIV de către ambii parteneri, prin păstrarea fidelității în cuplu. Singura cale perfect sigură de a evita infectarea cu HIV este abținerea sexuală.

Formarea unei reprezentări sau percepții corecte a bolii are un rol semnificativ în adoptarea unui stil de viață sanogen și în adoptarea unor comportamente de protecție. Ca și la toate celelalte tematici despre sexualitate, elevii își însușesc multe informații greșite de la colegi sau din alte surse neadecvate de informare. Un model complet de reprezentare a bolii presupune informații corecte despre boală, despre cauze, evoluție în timp, consecințe, controlabilitate. Evaluarea

miturilor despre HIV/SIDA trebuie să cuprindă toate cele 5 aspecte ale unei reprezentări complete.

Identificarea mecanismelor defensive față de riscul HIV/SIDA este un alt element esențial în procesul de prevenție. Multe persoane recurg frecvent la mecanisme de apărare față de ceva despre care nu au informații suficiente. Ca și consecință a utilizării acestor mecanisme defensive este implicarea în comportamente de risc (actul sexual neprotejat). Identificarea și modificarea acestor atitudini este foarte importantă în procesul de dezvoltare a comportamentelor de protecție. Cele mai frecvent utilizate mecanisme defensive față de riscul contaminării HIV sunt:

- negarea – „Eu nu mă pot îmbolnăvi de SIDA!”;
- proiecția – „Numai prostituatele și homosexualii pot să se infecteze cu virusul HIV.”;
- raționalizarea – „Nici prietenii mei nu folosesc prezervativ și nu s-au îmbolnăvit!”;
- represia – „De ce să ne gândim la ce poate fi mai rău? Dacă este să se întâmple, oricum nu poți face nimic!”.

Prevenirea transmiterii virusului HIV trebuie să cuprindă: informații corecte despre ce este HIV/SIDA, identificarea mecanismelor de apărare și a modalităților de percepere, reprezentare a bolii, responsabilizarea individului privind propria sănătate, formarea unei reprezentări corecte a bolii, distincția dintre un seropozitiv și a fi bolnav de SIDA, combaterea miturilor (ex. SIDA se ia prin strângere de mână, numai prostituatele și homosexualii fac SIDA), modalitățile de transmitere, modalitățile de protecție, testul HIV, unde se poate face, cine ar trebui să îl facă și formarea unor atitudini adecvate privind persoanele cu SIDA (eliminarea stereotipurilor față de persoanele cu SIDA).

Informarea corectă a tinerilor despre SIDA îi va ajuta să separe realitatea de ficțiune și să anuleze riscul de îmbolnăvire. Mai mult decât atât, elevii trebuie să fie încurajați să devină voluntari în programele de reducere a riscului de transmitere a virusului HIV, prin informarea altor tineri, combaterea miturilor și prejudecăților privind SIDA.

Studiile de evaluare a programelor de educație sexuală au dovedit că în urma programelor de educație sexuală elevii:

- sunt mai bine și mai corect informați privind comportamentul sexual, metodele de contracepție, modalitățile de prevenire a abuzului sexual;
- și-au format un set de valori sănătoase despre sexualitate;
- știu să caute și să evalueze mai corect diferitele surse de informații despre sexualitate;
- iau decizii mai responsabile în ceea ce privește începerea vieții sexuale;
- scade numărul de elevi activi sexual;
- reduce numărul de sarcini nedorite;
- reduce incidența bolilor cu transmitere sexuală;
- crește calitatea relațiilor de cuplu și calitatea vieții [29,42].

Obstacole în realizarea educației sexual

Studiile de evaluare a eficienței educației sexuale au identificat o serie de obstacole care pot să interfereze cu o activitate de formare pozitivă:

- a) Teama adulților că discutarea subiectelor legate de sexualitate îi va determina pe elevi să experimenteze viața sexuală și, în consecință, este mai bine ca aceste subiecte să nu fie abordate. Cercetările arată că decizia adolescenților privind începerea vieții sexuale este rezultatul sistemului lor de valori și atitudini format pe parcursul întregii dezvoltări. Cu cât aceste valori și atitudini sunt mai bine consolidate (încrederea în sine, luarea de decizii responsabile, comunicare interpersonală armonioasă), cu atât adolescentul își va întârzia debutul de viață sexuală. Lipsa informațiilor și nediscutarea subiectelor de interes pentru adolescenți nu duce decât la implicarea acestora în comportamente sexuale de risc și formarea unei percepții greșite despre sexualitate.
- b) Uneori profesorii și părinții pot să nu fie de acord cu anumite atitudini și comportamente. Profesorul nu trebuie să transmită elevilor-și cu atât mai puțin să impună-valorile personale,

legate de sexualitate; profesorul consilier este un facilitator care încurajează dezbaterile de opinii despre valorile sexuale. Important este ca elevii să fie învățați exercițiul argumentării, să motiveze de ce aderă sau de ce resping acele atitudini sau comportamente. Nu spiritul critic sau cel de culpabilizare trebuie să domine aceste dezbateri, ci dorința de a asculta și a înțelege argumentația adolescentului/colegului.

- c) Un alt obstacol este generat de teama profesorilor că nu vor ști să dea răspunsuri corecte la întrebările adolescentului. Ora de consiliere are drept obiective formarea unor atitudini și valori adecvate, învățarea elevilor să evalueze diferitele surse de informații despre sexualitate. Profesorul poate sugera elevilor parcurgerea unor materiale de specialitate și să modereze discuția despre tema citită.
- d) Un impediment major în realizarea unei educații sexuale corecte este dezvoltarea la copii și adolescenți a sentimentului de jenă sau de vinovăție. Unii adulți abordează aceste teme sub „umbrela” moralității, respectiv a imoralității, sugerând mesajul că interesul sexual al adolescenților se află la granița între moral și imoral. Sexualitatea adolescentului nu trebuie „expediată” de către adult în sfera interdicției, vulgarului sau imoralului. Studiile au arătat că adulții care au avut o educație sexuală rigidă, dominată de prejudecăți, bazată pe învinovățire și considerarea sexului ca un lucru rușinos, au manifestat la vârsta adultă disfuncții sexuale și o viață de cuplu nesatisfăcătoare.
- e) Neadecvarea discuțiilor cu nivelul de dezvoltare mentală și emoțională a elevilor (această neadecvare poate fi în ambele sensuri: fie depășește nivelul de dezvoltare, fie acesta este subevaluat).
- f) Focalizarea pe situațiile de criză: deseori educația sexuală este redusă la prevenția sarcinilor și a bolilor cu transmitere sexuală; așa cum am arătat până acum, sexualitatea înseamnă, mult mai mult decât reproducere, sarcină, contracepție, boli, abuz. Este adevărat că acestea pot să devină aspecte negative

și problematice pentru un adolescent, dar sexualitatea înseamnă în primul rând, asimilarea în identitatea personală a acestei dimensiuni psiho-sociale și biologice complexe a personalității umane.

- g) Discutarea despre sexualitate la un nivel abstract, teoretic, științific și medicalizat. Nu este suficient să oferim doar informații, este mai important să formăm convingeri, atitudini și comportamente, care respectă drepturile umane fundamentale și au consecințe pozitive asupra vieții individuale.
- h) Folosirea unor clișee evaluative despre anumite persoane și ridiculizarea sau discriminarea lor.
- i) Sentimentul de jenă în discutarea subiectelor despre sexualitate poate bloca comunicarea elev-adult. Abordarea sexualității trebuie realizată gradual, în funcție de nivelul procesului de dezvoltare psihică și fizică a elevilor (vezi programa școlară). Focalizarea pe aspectele legate de convingeri, atitudini și valori, și mai puțin pe subiectele legate de anatomia și fiziologia organelor genitale, reduc sentimentul de disconfort al profesorului și elevilor. Profesorul-consilier, prin cursurile de formare prin care și-a dobândit noua competență, ar trebui să nu mai perceapă ca fiind problematic subiectul educației sexuale. Totuși, în cazul în care acesta simte că nu își poate depăși reticențele, este indicat să invite la ora de consiliere psihologul școlar sau medicul de planificare familială. În acest mod, elevii nu vor fi frustrați de un drept fundamental al lor și anume informarea și discutarea despre una dintre componentele-cheie ale identității lor personale și sociale-sexualitatea.

Alte comportamente relevante pentru sănătate:

- practicarea regulată a exercițiului fizic;
- comportament alimentar rațional;
- evitarea expunerii la soare neprotejată;
- verificări medicale regulate, screeninguri;

- evitarea accidentelor rutiere prin utilizarea în autovehicule a centurii de siguranță sau a căștii de protecție (biciclete, motociclete);
- evitarea accidentelor casnice [1, 42].

Studiul individual dirijat:

- a) Elaborați un program de prevenție a fumatului.
- b) Elaborați tehnici de modificare a comportamentelor de risc.

Întrebări de evaluare:

1. Comentați corelația: Stilul de viață patogen și sănătatea psihică.
2. Prezentați impactul consumului de substanțe, a fumatului asupra sănătății psihice.
3. Prezentați impactul consumului de alcool și al drogurilor ilegale asupra sănătății psihice.
4. Prezentați impactul comportamentului sexual deviant asupra sănătății psihice.

12. FORMAREA STILULUI DE VIAȚĂ SĂNĂTOS

12.1. Modelul învățării sociale (Bandura, 1977, 1986)

12.2. Modelul convingerilor despre sănătate (Rosenstock, 1974)

12.3. Teoria comportamentului planificat (Fishbein & Ajzen, 1986)

12.4. Modelul stadiilor schimbării (Prochaska și DiClemente, 1984, 1986).

Cercetătorii din domeniul psihologiei sănătății au dezvoltat mai multe modele explicative (de ce se practică sau nu anumite comportamente), predictive (factori, caracteristici care pot să anticipeze practicarea unor comportamente specifice) sau de intervenție (pentru modificarea comportamentelor de risc sau întărirea celor de protecție).

Pentru a asigura eficiența intervențiilor psihologice, Michie și Abraham (2004) recomandă elaborarea de intervenții bazate pe teorie și date empirice. Prin urmare, și în cazul prevenției primare și secundare a bolilor, trebuie identificate acele modele și teorii care s-au dovedit eficiente în reducerea riscului de apariție sau evoluție nefavorabilă a bolii. Cele mai utilizate modele de schimbare a comportamentelor de risc și neadecvate sunt:

- Modelul învățării sociale (Bandura, 1977, 1986)
- Modelul convingerilor despre sănătate (Rosenstock, 1974)
- Teoria comportamentului planificat (Fishbein & Ajzen, 1986)
- Modelul stadiilor schimbării (Prochaska și DiClemente, 1984, 1986). [1].

12.1. Modelul învățării sociale (Bandura, 1977, 1986)

Modelul învățării sociale (Bandura) este un model explicativ care ne arată că comportamentele sunt învățate prin imitare, datorită persuasiunii sociale sau prin întăririle primite de la grupul de

apartenență, prieteni. În acest sens, un rol important îl are mass-media și mesajele publicitare. Componentele principale din modelul elaborat de Bandura sunt:

1. determinismul reciproc (comportamente rezultate din interacțiuni sociale);
2. cunoștințe (informații relevante care pot schimba comportamentele de risc);
3. expectații (convingeri privind probabilitatea consecinței unui comportament);
4. autoeficacitatea (încrederea în abilitatea de a desfășura acțiuni cu succes);
5. învățarea vicariantă (observarea comportamentelor altora și a consecințelor acestora);
6. întăriri (recompense pentru anumite comportamente).

O modalitate de aplicare a acestor principii este utilizarea diverselor forme de mass-media. Unul dintre primele programe care a utilizat o astfel de intervenție a fost programul de prevenție a BCV „Stanford Three Towns”. Acesta a inclus intervenții educaționale realizate prin intermediul mai multor canale media (TV, radio, broșuri). De exemplu, s-au prezentat persoane care modelau comportamente sanogene: participau la exerciții fizice, găteau sănătos etc. Programul a obținut rezultate foarte bune în ceea ce privește modificarea comportamentelor de risc pentru dezvoltarea BCV în cadrul comunităților unde s-a desfășurat (Benett et al., 2004) [54].

12.2. Modelul convingerilor despre sănătate (Rosenstock, 1974)

Conform acestui model, persoana adoptă sau nu un comportament de risc în funcție de:

1. percepția amenințării bolii sau comportamentului de risc;
2. a vulnerabilității personale față de aceea boală;
3. severitatea bolii care poate fi declanșată de acel comportament;

4. autoeficacitatea, adică capacitatea sa de a renunța la comportamentul de risc;
5. avantajele și dezavantajele (costurile și beneficiile) practicării aceluși comportament (sănătos sau de risc).

Toate aceste percepții vor determina intenția care declanșează comportamentul sanogen sau patogen.

Alfel spus, percepția amenințării este influențată de informațiile pe care un tânăr le are despre acel comportament sau boală și este influențată de trei factori: a) valorile generale privind sănătatea („Sunt preocupat de sănătatea mea”); b) convingerile privind vulnerabilitatea la o anumită boală („Mama mea este supraponderală așa că și eu voi fi supraponderală”); c) convingerile despre consecințele bolilor („Voi muri dacă voi avea cancer pulmonar”).

Alți factori care sunt relevanți în percepția amenințării: variabilele demografice (vârstă, sex, rasă, etnie), variabile psihosociale (caracteristici de personalitate, norme sociale, presiunea grupului), variabile structurale (cunoștințele despre o boală). Evaluarea costurilor și a beneficiilor adoptării unor comportamente este un alt factor important în formarea atitudinii față de comportamentele protectoare și de risc și are un rol important în luarea unei decizii adecvate pentru adoptarea unui stil de viață sănătos. Aceste „costuri” sau consecințe pot fi materiale („Nu am bani să merg la o sală de sport”) sau psihologice („Nu voi mai avea atât de mult timp să stau cu prietenii mei dacă merg la sport.”).

Persoanele trebuie învățate să evalueze aceste costuri și consecințe în adoptarea unui comportament. Pe lângă aceste variabile care influențează adoptarea comportamentului sanogen, a fost descrisă existența unor amorse care declanșează acțiunea. De exemplu, dacă o persoană suferă un infarct miocardic, va fi mai motivată să adere la tratament sau la un stil de viață sanogen, în comparație cu o persoană care nu a avut această experiență. [32].

12.3. Teoria Comportamentului Planificat (Fishbein & Ajzen, 1986)

Teoria comportamentului planificat-TCP (Ajzen, Fishbein, 1985, 1988) face parte din categoria teoriilor social-cognitive de explicare și predicție a comportamentelor de sănătate.

TCP subliniază rolul central pe care îl au convingerile și atitudinile în practicarea anumitor comportamente sanogene, respectiv patogene. Aceste convingeri iau forma unor norme subiective, care pot fi norme descriptive, adică ce crede o persoană despre modul în care anturajul apropiat se comportă (ex. prietenii mei fumează; colegii mei fac sport; prietenii mei folosesc întotdeauna centura de siguranță când sunt în mașină; frații mei își fac regulat controlul medical) sau norme injunctive, adică modul în care persoana percepe încurajările celor apropiați de a practica sau nu anumite comportamente (ex. prietenii mei doresc ca și eu să încep să consum alcool; sau prietenii mei doresc să renunț la băuturile alcoolice; sau persoanele apropiate mie ar aproba dacă eu aș încep să slăbesc).

Aceste norme subiective creează presiune asupra persoanei de a practica sau de a stopa practicarea anumitor comportamente. Totodată, ele se reflectă în atitudini pro sau contra unor comportamente (ex. este amuzant să merg pe jos zilnic 10 km; sau este plictisitor să am grijă ce mănânc; este înțelept să nu mai mănânc atât de multă ciocolată; este o prostie să mă las de fumat). Alte două componente esențiale ale modelului TCP, alături de norme și atitudini sunt: controlul comportamental perceput (ex. pot să mă las de fumat; știu unde trebuie să merg pentru testul Papanicolau; știu cum să fac față obstacolelor în a nu mă lăsa tentat de consumul excesiv de alcool); respectiv, intenția de a practica comportamentul (intenționez ca în următoarele 2 luni să merg pentru un control general la medic). Normele subiective, atitudinea și perceperea controlului comportamental sunt cei mai buni predictorii pentru intenția de a practica un anumit comportament, iar intenția, la rândul ei, este un bun predictor pentru comportament.

Conform TPB, cel mai bun predictor al comportamentului este intenția unei persoane de a adopta acel comportament (de ex., „Intenționez să fac exerciții fizice regulat”). Intenția reflectă motivația unei persoane de a adopta comportamentul, precum și timpul, și efortul pe care persoana este dornică să îl depună în acest scop (Ajzen, 1991). Intenția este, la rândul său, determinată de atitudini, norme subiective și percepția controlului comportamental. Prin urmare, pentru schimbarea unor comportamente de risc, este necesară intervenția la nivel atitudinal, a convingerilor normative și a celor asociate cu percepția propriului control asupra acelor comportamente de risc, și a formulării intenției de practicare cotidiană a comportamentelor sănătoase. Multe cercetări empirice susțin validitatea acestui model, care nu este scutit nici de critici [44].

12.4. Modelul stadiilor schimbării (Prochaska și DiClemente, 1984, 1986)

Modelul stadiilor schimbării (Prochaska și DiClemente, 1984, 1986) a fost elaborat inițial pentru a înțelege schimbarea comportamentului de a fuma. Ulterior, a devenit unul dintre cele mai populare modele de modificare comportamentală, utilizat cu succes în cazul tratamentului pentru adicții și probleme comportamentale, cum ar fi: controlul greutății, exercițiul fizic, consumul de droguri și abuzul de alcool.

Asumția din spatele acestui model este aceea că modificarea unui comportament se realizează treptat și presupune parcurgerea unui număr de stadii, caracterizate de atitudini, credințe și valori diferite. Prin urmare, conceptul-cheie în cadrul acestui model este acela de stadiu. Modificarea comportamentală presupune parcurgerea a șase stadii:

(1) pre-contemplare: nu există dorința de schimbare și/sau problema (comportamentul de risc) nu este conștientizată ca „problemă”;

(2) contemplare: apare intenția de a schimba comportamentul de risc în următoarele 3-6 luni, dar fără realizarea unui plan concret,

în acest sens, fără a învăța modalități de a iniția modificări comportamentale;

(3) pregătire pentru acțiune: apare intenția de a trece la acțiune în următoarea lună, intenție care de multe ori este declarată explicit și se explorează modalitățile în care schimbarea poate fi realizată;

(4) acțiunea în vederea realizării schimbărilor scontate (de ex., scăderea în greutate sau renunțarea la fumat); se învață modalități specifice de modificare sau diminuare a comportamentelor de risc, se pun în aplicare aceste modalități și se înregistrează progresele obținute);

(5) menținerea comportamentelor noi dezirabile) achiziționate în urma procesului de schimbare;

(6) evitarea recidivelor, adică a comportamentelor de risc. Parcurgerea acestor etape pot implica și perioade de recăderi în stadiile anterioare, dar acestea nu sunt considerate un eșec, ci o oportunitate de învățare.

Progresul de-a lungul stadiilor este atins prin diferite procese de schimbare, respectiv prin ceea ce face o persoană pentru a-și modifica comportamentele, emoțiile și gândurile și a avansa la o etapă următoare.

Modelul stadiilor schimbării este considerat în literatura de specialitate ca fiind util pentru elaborarea intervențiilor de modificare comportamentală. Identificarea stadiului în care se află o persoană la un moment dat permite adaptarea intervenției, astfel încât aceasta să răspundă nevoilor specifice de schimbare. Scopul intervenției psihologice este acela de a ajuta persoana să progreseze de-a lungul stadiilor schimbării comportamentului-țintă.

Prochaska (1994) descrie stadiile schimbării ca fiind integrate într-un continuum cognitiv-comportamental. Primele două stadii (pre-contemplarea și contemplarea) sunt cognitive, deoarece persoanele aflate în aceste stadii „se gândesc” doar la modificarea comportamentală, evaluând costurile și beneficiile implicate. Prin urmare, Prochaska (1994) recomandă ca intervențiile psihologice, care vizează persoanele din aceste stadii, să se focalizeze pe aspectele cognitive (de ex., convingeri despre boală și consecințele acesteia,

convingeri despre tratament). După ce persoana în cauză a formulat o intenție de schimbare comportamentală, intervențiile psihologice se vor focaliza pe aspectele comportamentale și vor utiliza strategii în acest sens: controlul recompenselor, controlul stimulilor, contra-condiționarea.

Dacă persoana se află în stadiul de pre-contemplare, aceasta implică faptul că ea nu se va gândi la schimbarea stilului de viață, nu va conștientiza consecințele negative ale comportamentelor de risc, nu va considera că aceste consecințe „se aplică” și propriei persoane sau va simți că nu deține controlul asupra modificării comportamentelor. În acest stadiu trebuie utilizate strategii pentru a convinge persoana de beneficiile adoptării unui stil de viață sanogen sau a aderenței la tratament. În acest scop, pot fi utilizate: strategii de relaționare interpersonală, personalizarea factorilor de risc și oferirea de informații despre beneficiile adoptării comportamentelor sanogene.

Stadiul de contemplare se caracterizează printr-o ambivalență cu privire la dorința de schimbare. Perspectiva schimbării stilului de viață determină o supra-apreciere a costurilor schimbării (ex. timp, efort, costuri financiare, psihologice etc.). Prin urmare, intervențiile psihologice adresate persoanelor din acest stadiu își propun drept obiectiv analiza barierelor și beneficiilor percepute în legătură cu schimbarea comportamentală. De asemenea, se vor căuta soluții pentru depășirea barierelor percepute.

Persoanele ajunse în stadiul de pregătire pentru acțiune au luat decizia să-și modifice comportamentul. De exemplu, o persoană care a decis să-și schimbe dieta nesănătoasă, poate să înceapă deja în acest stadiu să reducă consumul de sare. Intervențiile psihologice se vor focaliza pe planificarea modificărilor comportamentale și recompensarea eforturilor de schimbare. În acest scop, pot fi utilizate tehnici cognitiv-comportamentale.

Stadiul acțiunii presupune modificarea efectivă a comportamentului. Intervențiile psihologice vor cuprinde în acest stadiu tehnici comportamentale, cum ar fi: recompensarea, controlul stimulilor, auto-monitorizarea (ex. tehnica jurnalului), planificarea și utilizarea suportului social disponibil. De asemenea, pot fi utilizate și

tehnici cognitive, precum reframingul, care ajută la perceperea dificultăților întâmpinate ca pe o sursă de informație pentru perfecționarea strategiilor de schimbare și nu ca pe o barieră în calea acesteia.

Menținerea comportamentului și prevenirea recăderilor constituie stadiile finale în cadrul procesului de modificare comportamentală. Pentru persoanele aflate în aceste stadii, se vor analiza strategiile care s-au dovedit cele mai eficiente (de ex., persoana va fi întrebată „ai reușit să nu fumezi timp de șase săptămâni. Ce crezi că te-a ajutat în acest sens?”) și vor fi recompensate modificările comportamentale realizate. De asemenea, se va sublinia ideea că schimbarea comportamentului este un proces și, prin urmare, recidivele sunt posibile și normale, fiind, totodată, și oportunități de învățare. Consilierul va încuraja pacientul în eforturile sale de modificare comportamentală și îl va ajuta să se focalizeze pe progresele înregistrate, mai degrabă decât pe eșec [33].

Studiul individual dirijat: Elaborați un cod moral pentru igiena psihică.

Întrebări de evaluare:

1. Argumentați rolul programelor de prevenție a îmbolnăvirilor și a educației pentru sănătate. Caracterizați modelul stadiilor schimbării.
2. Caracterizați modelul informare-motivare-comportament, teoria autoeficacității (Bandura, 1982).
3. Caracterizați teoria motivației pentru protecție (Rogers, 1983).

CONCLUZII:

Sintetizând, putem afirma că educația pentru sănătate implică mai multe etape:

1. Conștientizare (a faptului că anumite comportamente reprezintă un risc pentru sănătate);
2. Cunoștințe (oferirea de informații despre comportamentele de risc);
3. Atitudine (schimbarea atitudinii de acceptare a comportamentelor de risc);
4. Persuasiune (informații și mesaje pe diferite canale și în momente diferite pentru a menține atitudinea de respingere a comportamentelor de risc și de adoptare a măsurilor de schimbare de comportament);
5. Comportament (practicarea comportamentelor sanogene);
6. Menținere (a comportamentelor sanogene);
7. Prozelitism (convingerea altor persoane de beneficiile adoptării comportamentelor sanogene).

În concluzie, vă prezentăm câteva dintre cele mai importante dificultăți ale programelor de educație a unui stil de viață sănătos, identificate de studiile de specialitate (Sarafino, 1998; Taylor, 1999)

- a) Consecințele pozitive ale comportamentelor sănătoase apar după intervale de timp mari. De exemplu, practicarea sportului are drept consecințe pe termen lung îmbunătățirea stării de bine fizice și psihice, iar consecințele nep practicării exercițiului fizic – starea fizică și psihică înrăutățită – nu se materializează decât foarte târziu. Acest lucru face mai dificilă focalizarea pe aceste consecințe de lungă durată.
- b) Comportamentele de risc sunt foarte greu de schimbat. Adicțiile, cum ar fi fumatul sau consumul de alcool și droguri, sunt foarte greu de modificat și solicită din partea persoanei și a familiei foarte mult efort consecvent în timp. Procesul de modificare a unui comportament de risc (chiar dacă nu este o adicție) este un proces îndelungat, datorită factorilor care

mențin comportamentul și necesită realizarea unui plan de modificare de lungă durată.

- c) Multe dintre comportamentele de risc au mai multe consecințe pozitive imediate decât comportamentele sănătoase. Ca urmare, multe persoane optează pentru comportamentul care îi oferă recompensa pozitivă imediată, fără a lua în considerare consecințele negative pe termen lung. Conștientizarea elevilor privind consecințele complexe ale comportamentelor și evitarea moralizării și etichetării lor este esențială în procesul de formare a unor atitudini pozitive față de un stil de viață sănătos.

BIBLIOGRAFIE CITATĂ

1. Adriana Băban Psihologia sănătății
<https://www.scribd.com/document/289638891/269479740-Psihologia-sanatatii>
2. Alcoolismul – abuzul de alcool sau dependent,
disponibil:http://www.sfatulmedicului.ro/Alcoolul/alcoolism-ul-abuzul-de-alcool-sau-dependenta_22 (accesat:11.05.17)
3. Anorexia nervoasă: simptome, diagnostic, cauze, tratament
disponibil: <http://www.sanataateatv.ro/articole-medicale/psihiatrie/anorexia-nervoasa-simptome-diagnostic-cauze-tratament/no-text6983911655231844566/> (accesat: 8.04.17)
4. Apostol Stanica L. Educația pentru sănătate în contextul noilor educații. Dimensiuni și strategii Revista Științifică a Universității de Stat din Moldova, 2008, nr.9(19) ISSN 1857-2103 p.117-123
5. Baban A. Consiliere educațională. Ghid metodologic pentru orele de dirigiență și consiliere disponibil:
http://www.academia.edu/10325934/ADRIANA_BABAN_cordonator (accesat: 28.05.17)
6. Beneficiile activității fizice și sportului
disponibil:<http://medicinapenet.blogspot.md/2012/03/beneficiile-activitatii-fizice-si.html> (accesat:11.05.17)
7. Briceag S. (coord.) Sănătate psihică și stil de viață / Acad. De științe a Rep. Moldova, Univ. de Stat “A. Russo” din Bălți, Lab. Stres-Control; coord.: S. Briceag [et. al.]. Bălți: S. n., 2013 (Tipografia din Bălți).- 228p. ISBN 978-9975-4252-5-4.
8. Calitatea vieții în oncologie, disponibil:
<https://ru.scribd.com/document/128844671/30-Calitatea-vietii> (accesat: 3.04.17)
9. Calitatea vietii si obiective sanogenetice, disponibil:
<https://ru.scribd.com/document/235616554/curs-9-Indicatori-de-calitate-a-vietii> (accesat: 12.08.17).

10. Ce este comportamentul alimentar? disponibil:
<http://www.nutritionistcluj.ro/boli-metabolice-diabet-cluj-obezi-tate/i-8-tulburarile-de-comportament-alimentar/ce-este-comportamentul-alimentar/> (accesat: 8.04.17)
11. Ce este fitnessul? disponibil: <http://suplimente-culturism.ro/ce-este-fitnessul.html&theme=mobile> (accesat:11.05.17)
12. Ce înseamnă bodybuilding disponibil:<https://www.fitness-god.ro/bodybuilding/bodybuilding.php> (accesat:11.05.17)
13. Chelariu M. Ce înseamnă alimentația sănătoasă? disponibil:
<http://www.marianachelariu.ro/ce-inseamna-alimentatie-sanatoasa/> (accesat: 8.04.17)
14. Chiriac M. 10 pasi pentru o stare de bine, disponibil:
<http://www.psychologies.ro/cunoaste-te/10-pasi-pentru-o-stare-de-bine-2142195> (accesat: 3.04.17)
15. Consumul de droguri din perspectiva teoriei comportamentului planificat, disponibil:
http://www.academia.edu/11701948/Consumul_de_droguri_din_perspectiva_teoriei_comportamentului_planificat (accesat:28.05.17)
16. Crivoi, A. Racu C. Impactul factorilor de mediu asupra sănătății populației din Republica Moldova, Revistă științifică, de educație, spiritualitate și cultură ecologică, 2014, nr.10 p.233-239 ISSN 1857-3517
17. Dependența de nicotină, disponibil:
<https://psihologiapentrutoti.wordpress.com/tag/dependenta-de-substante/> (accesat:11.05.17)
18. Despre o viață sănătoasă disponibil:
<https://claudyhealthylife.wordpress.com/2015/01/09/despre-o-viata-sanatoasa/> (accesat: 8.04.17)
19. Despre Yoga disponibil:
http://www.sfatulmedicului.ro/Terapii-complementare/despre-yoga_5436 (accesat:11.05.17)

20. Drogurile, disponibil:
<http://www.prouniversitaria.ro/carte/consumul-si-traficul-de-droguri/rasfoire/> (accesat: 11.05.17)
21. Educație pentru sănătate disponibil:
[http://www.scoalacantemir.ro/files/uploads/Educatie_pentru_sanatate.pdf] (accesat: 12.08.17).
22. Educație pentru sănătate disponibil:
<https://ru.scribd.com/doc/271743917/Educatie-Pentru-Sanatate> (accesat: 11.05.17)
23. Iamandescu I. Badu Psihologie medical Ed. INFOMEDICA București 2005, disponibil:
<http://www.umfcv.ro/files/c/u/Curs%203%20Psihologie%20Medicala%20-%20Stilul%20de%20viata.pdf> (accesat 11.09.17)
24. Iliescu M. Sapte dimensiuni ale sanataii din perspectiva stiintelor moderne, disponibil:
<https://ro.blastingnews.com/sanate/2015/05/sapte-dimensiuni-ale-sanataii-din-perspectiva-stiintelor-moderne-00400931.html> (accesat: 12.08.17).
25. Importanța unei săli de forță disponibil :<https://www.realsports.ro/blog/tag/sali-de-sport-iasi> (accesat: 11.05.17)
26. Jurca N. Tulburări de comportament alimentar disponibil:
<http://tgneamt.infoparinti.ro/tulburari-de-comportament-alimentar> (accesat: 8.04.17)
27. Jurca N. Tulburarile de comportament alimentar o modalitate de exprimare a unor dezechilibre interioare disponibil:
<http://psihoterapic.ro/2012/10/semne-si-simptome-ale-tulburarilor-alimentare/> (accesat: 8.04.17)
28. Kerekes A., Rucoi G. A. Ghid metodic interdisciplinar Educație pentru o viață sănătoasă, disponibil:
http://www.isjcj.ro/htm/2017/RED/E_formare/05.%20Ghid%20-%20Educatie%20pentru%20o%20viata%20sanatoasa.pdf (accesat: 3.04.17)

29. Leana I. Boala care aduce moarte lentă HIV – SIDA, disponibil: http://euinvat.bluepink.ro/wp-content/uploads/2011/09/boala_care_aduce_moarte_lenta_hi v.doc (accesat: 28.05.17)
30. Managementul stilului de viață disponibil: <https://ru.scribd.com/doc/113824720/Managementul-Stilului-de-Viata> (accesat 11.09.17)
31. Marincovici M. Sedentarismul- boala care aduce boli disponibil: <http://jurnalul.ro/viata-sanatoasa/starea-de-sanatate/sedentarismul-boala-care-aduce-boli-646360.html> (accesat:11.05.17)
32. Modelul convingerilor despre sănătate disponibil: <https://ru.scribd.com/document/133863238/Modelul-Convingerilor-Despre-Sanatate> (accesat: 28.05.17)
33. Modelul stadiilor schimbarii, disponibil: <https://consecte.com/Igiena-si-Sanatate/modelul-stadiilor-schimbarii.html> (accesat:28.05.17)
34. Niculescu G. Gimnastica aerobică <https://ru.scribd.com/doc/132615206/gimnastica-aerobica>
35. Noțiuni introductive ale psihologiei sănătății disponibil: <http://www.umfiasi.ro/Rezidenti/suporturidecurs/Facultatea%20de%20Medicina/Recuperare%20Medicala,%20Medicina%20Fizica,%20Balneoclimatologie/Rez.anul%20I%20%20MF%20si%20de%20Reabilitare%2001.01.2017-01.11.2017-%20cursuri%20pdf-%20amf%20Spital%20CF%20Iasi-marti%20joi%20ora%2013%20sau%2016/Curs%20Psihologie/CURS%201.pdf> (accesat: 3.04.17)
36. Obezitatea disponibil: <https://www.scribd.com/document/356391163/OBEZITATE> (accesat: 8.04.17)
37. Piramida alimentară disponibil: <https://rotarroxana.wordpress.com/2015/04/14/> (accesat: 8.04.17)
38. Pocol I. Tot ce trebuie să știi despre Piramida Alimentară disponibil: <http://www.csid.ro/diet-sport/dieta-si-nutritie/tot-ce-trebuie->

- sa-stii-despre-piramida-alimentara-13602680/ (accesat: 8.04.17)
39. Popescu L. Stil de viață sănătos : Un Ghid de Educație pentru Sănătate / Dr. Loti Popescu – Constanța : Editura Muntenia, 2010, ISBN 978-973-692-297-8
 40. Psihologia sănătății disponibil:
<http://www.scritub.com/medicina/Psihologia-sanatatii32139.php> (accesat: 3.04.17)
 41. Psihologia sănătății disponibil:
<https://andreiocila.wordpress.com/2010/10/26/psihologia-sanatatii/> (accesat: 3.04.17)
 42. Psihologia sănătății disponibil:
<https://www.scribd.com/doc/15763924/Psihologia-Sanatatii> (accesat: 3.04.17)
 43. Psihologie medicală curs 2, disponibil:
<http://www.umfcv.ro/files/c/u/Curs%202%20Psihologie%20Medicala%20-%20Sanatate%20Boala.pdf> (accesat 11.09.17)
 44. Rolul comportamentului în sănătate disponibil:
<http://universulspiritual.twilight-mania.com/t206-rolul-comportamentului-in-sanatate-1> (accesat: 28.05.17)
 45. Rotaru P. Alimentația sănătoasă - reguli de bază pentru o viață ferită de boli. disponibil: <http://www.csid.ro/diet-sport/dieta-si-nutritie/alimentatia-sanatoasa-reguli-de-baza-pentru-o-viata-ferita-de-boli-12329553/> (accesat: 8.04.17)
 46. Sacultanu A., Zamă M. Calitatea vietii si sanatatea mediului, disponibil:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiC55jG6M3aAhVMIIAKHd85D64QFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.pro-science.asm.md%2Fdocs%2F2010%2Fuploaded_cresv10%2FCalitatea%2520vietii%2520si%2520sanatatea%2520oamenilor_lucrare.doc&usq=AOvVaw2hykqE9jZL_CWE6LvqapBK accesat: (accesat: 3.04.17)

47. Sănătatea înseamnă mai mult decât absența bolii și funcționarea fără probleme a organismului. disponibil: <https://secretele.com/2016/06/sanatatea-inseamna-mai-mult-decat.html> (accesat: 12.08.17).
48. Sănătatea omului, disponibil: <http://cspchisinau.md/wp-content/uploads/2017/03/Capitolul-1.-Sanatatea-omului.pdf> (accesat: 3.04.17)
49. Sedarismul - efecte asupra sanataii disponibil: http://www.sfatulmedicului.ro/Sanatate-prin-sport/sedarismul-efecte-asupra-sanataii_7950 (accesat:11.05.17)
50. Stil de viață disponibil: <https://ru.scribd.com/doc/227587691/Stil-de-Viata-Sanatos> (accesat: 3.04.17)
51. Stilul de viață disponibil:<http://www.umfcv.ro/files/c/u/Curs%203%20Psihologie%20Medicala%20-%20Stilul%20de%20viata.pdf> (accesat: 3.04.17)
52. Stilul de viață și calitatea existenței umane disponibil: <http://library.usmf.md/old/downloads/ebooks/Ecologia.umana/VIIStilul.de.viata.si.calitatea.existentei.umane.pdf> (accesat: 3.04.17)
53. Stilul de viață și impactul său asupra stării de sănătate disponibil: <https://ru.scribd.com/document/70338468/Psihoigiena-mintala-si-managementul-stresului> (accesat: 3.04.17)
54. Teoria învățării sociale a lui Albert Bandura disponibil: http://www.asecib.ase.ro/mps/proiecte_2015-2016/PirvouiRoxanaIzabela_Teoria%20invatarii%20sociale%20a%20lui%20Albert%20Bandura.pdf (accesat:28.05.17)
55. Trei exerciții Yoga pentru sănătatea fizică și psihică disponibil: <http://suntfericita.manager.ro/3-exercitii-yoga-pentru-sanatatea-fizica-si-psihica-3372.htm> (accesat:11.05.17)

56. Turchină T- Tabacismul și sănătatea disponibil:
<https://docslide.com.br/documents/comportamente-dependente-56d6a11c8e190.html> (accesat:11.05.17)

BIBLIOGRAFIE RECOMANDATĂ

1. ALEXANDER, F. Medicina psihosomatică: Principiile și aplicabilitatea ei. București: Ed. Trei, 2008. 349 p.
2. ANTAL, A. et al. Igienă școlară: Teoria și practica promovării sănătății copiilor și tinerilor din colectivități. Ed. a 2-a. București: Ed. Medicală, 1978. 559 p.
3. ARAPU, V. Om, societate, mediul și sănătatea. In: Anuarul Catedrei Discipline Socioumanistice, 2006/2007. Bălți, 2007, pp. 80-83.
4. ATHANASIU, A. Elemente de psihologie medicală. București: Ed. Medicală, 1983. 325 p.
5. Aveți grijă de sănătate. In: Curierul agricol, 2008, 28 mai, p. 4.
6. BACIU, T. Sănătatea mintală - imperativul zilelor de azi. In: Conferința științifică jubiliară „Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău la 65 de ani”, 20-21 sept. 2005 : Rez. comunic. Ch., 2005, vol. 1, pp. 222-231.
7. BĂBĂLĂU, V. Sănătatea lucrătorilor în relație cu factorii de risc din mediul de muncă In: Securitatea și igiena muncii, 2009, nr 5-6, pp. 18-24.
8. BEJAN, Marcel. Analiza managerială a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova. In: Economica, 2007, nr. 2, pp. 8-10.
9. BRICEAG, S. Aspecte ale stresului ocupațional în mediul educațional. In: Pregătirea și perfecționarea cadrelor didactice în domeniul învățământului preșcolar și primar : Materialele conf. șt.-practice înt., 15-16 mai 2008. Ch., 2008, pp. 167-168.
10. BRICEAG, S. Calitatea vieții și nivelul optim de stres la serviciu. In: Pregătirea cadrelor pentru educația preșcolară și învățământul primar: experiență și perspective. Bălți, 2010.
11. BRICEAG, Silvia. Mai puțin stres în activitatea profesională și mai multă sănătate. In: Calitatea educației: teorii, principii, realizări : Materialele Conf. șt. Int., 30-31 oct. 2008. Ch., 2008, vol. 2, pp. 164-168.

12. BRICEAG, S. (coord.) et al. Managementul stresului ocupațional în mediul educațional: (suport teoretico-aplicativ pentru psihologi/cadre didactice). Acad. de Șt. a Rep. Moldova, Univ. de Stat „A. Russo”, Bălți, Lab. Stres-control. Bălți, 2008. 290 p.
13. BRICEAG, S. Managementul stresului ocupațional în mediul educațional. In: Psihologie : Rev. șt.-practică, 2008, nr. 2/4, pp. 66-73.
14. BRICEAG, S. Mediul didactic-generator de stresuri psihice. In: Simpozion științific internațional „Problematica educației în mileniul 3 - național, regional, european”, Chișinău, 2-3 noiembrie, 2006. Ch., 2006, pp. 45-55.
15. BRICEAG, S. O provocare a vieții noastre: cum să facem din stres un prieten. In: Stresul ocupațional: perspective teoretico-praxiologice: (Materialele conf. șt. intern. Managementul stresului ocupațional în mediul educațional), Bălți, 19 dec. 2008. Bălți, 2009, pp. 123-128.
16. BRICEAG, S. Sănătatea organizațională - element definitoriu al performanței angajaților. In: Dezvoltarea umană: realizări, tendințe, perspective: Conf. șt.-practică rep., 2 dec., 2010. Ch., 2010, pp. 136-139.
17. BRICEAG, S. Stresul în mediul didactic (Remedii de profilaxie, gestionare și control). Red. : E. PROCA . Inst. de Șt. ale Educației. Ch.: Univers Pedagogic, 2007. 72 p.
18. BRICEAG, S. Stresul psihic – un factor modulator complex al sănătății cadrelor didactice. In: Personalitatea integrală - un deziderat al educației moderne: Conf. șt. internațională, 30 oct., 2010. Ch., 2010, pp. 54-56.
19. BRICEAG, S. Suprimarea stresului prin ameliorarea stilului de viață. In: Dezvoltarea umană: Impactul proceselor de transformare a societății moldave. Ch., 2007, pp. 419-421.
20. BRICEAG, S.,; RUSU, A. Training-ul – o modalitate eficientă de management al stresului în mediul educațional. In: Stresul ocupațional: perspective teoretico-praxiologice (Materialele

- conf. șt. intern. Managementul stresului ocupațional în mediul educațional), Bălți, 19 dec. 2008. Bălți, 2009, pp. 97-101.
21. BUȘOI, Gr. et al. Elemente de psihosomatică generală și aplicată. București: Infomedica, 1999. 341 p.
 22. CEBAN, Vasile. Sănătatea-o speranță a fiecăruia: Recomandări metodice. Ch. : CEP USM, 2009. 104 p.
 23. CIOBANU, Virgil. Educația pentru sănătate factor important în promovarea sănătății [on-line]. Disponibil: http://www.medfam.ro/mf/mf/mf4/educ_san.html
 24. COLLINS, Carole, CHRISTISON, C. Trezește-te! E mai târziu decât crezi: Exerciții zilnice pentru o viață mai bună. Trad. de Dorin Nistor. Iași: Polirom, 2004. 246 p.
 25. Conceptul de sănătate, parte integrantă în sistemul de ecologie socială și protecție umană [ol-ine] : Disponibil: http://www.scoalacantemir.ro/files/uploads/Educatie_pentru_sanatate.pdf
 26. COSMAN, Doina. Psihologie medicală. Iași: Polirom, 2010. 462 p.
 27. CUZNEȚOV, L., APOSTOL STANICA, L. Psihologia sănătății ca domeniu științific de fundamentare și valorificare a conduitelor pro-sănătate în contextul educației pentru sănătate. In: Studia Universitatis. Științe ale Educației. 2009, nr. 9, pp. 101-121.
 28. CUZNEȚOV, S. Impactul factorilor de mediu social asupra sănătății psihice a populației. In: Columna. 1994, nr. 12, pp. 35-36.
 29. Dar ce e sănătatea mintală? [on-line]. Disponibil: <http://www.mediculmeu.com/sanatatea-familiei/enciclopedie-a-sanatatii/>
 30. DIACONESCU, L. Sănătate și boală. In: Psihologie medicală. București, 2006, pp.115-129.
 31. IAMANDESCU, I.-B. Psihologie medicală. Ed. a 2-a. București: Ed. Infomedica, 1997. 386 p.
 32. IONESCU, G. Introducere în psihologia medicală. București: Ed. Științifică, 1973. 280 p.

33. ISAC, O., SUCEVEANU, A. Sănătatea și boala: aspecte sociale. In: An. șt. ale Univ. de Stat din Moldova. Ser. „Științe socioumanistice”. Ch., 2006, vol. 3, pp. 94-98.
34. LUPU, I. Calitatea vieții în sănătate: definiții și instrumente de evaluare. In: Calitatea vieții, 2006, XVII, nr. 1–2, p. 73–91.
35. LUPU I., ZANC, I. Sociologie medicală. Teorie și aplicații, Iași: Editura Polirom, 1999.
36. LUPU I., ZANC, I. Sociologia sănătății. De la teorie la practică. Pitești: Editura Tiparg, 2004.
37. MALAI, A., BERCEA, A.-M. Importanța organizării activității de sănătate și securitate a muncii la nivel de unitate In: Economica. 2007, nr. 2, pp. 5-7.
38. MIHALACHE, Larisa Ștefana. Sindromul de „burn-out” la locul de muncă. [on-line]. Disponibil: <http://www.costelgilca.ro/stiri/document/2969/sindromul-de-burn-out-la-locul-de-munca.html>
39. MOLDOVANU, A., BRICEAG, S. Strategii de profilaxie a stresului în mediul didactic. In. Experiența de cercetare – componentă indispensabilă a formării de specialitate. Materialele Conf. șt. a studenților. 31 octombrie-1 noiembrie 2006. Bălți, 2006, p.175-179.
40. ONICA, L. Sănătatea și securitatea ocupațională conform OHSAS 18001. In: Fin-Consultant. 2007, nr 5, pp. 99-101.
41. OPREA, N. et al. Psihologie generală și medicală. Vol. 3. Elemente de psihologie medicală. Ch.: Știința, 1993. ISBN 5-376-01836-9
42. PASTUH-CUBOLTEANU, Vitalie. Dreptul la sănătatea psihică. In: Făclia. 2010, 8 mai, p. 6.
43. PASTUH-CUBOLTEANU, Vitalie. Prioritatea sănătății mintale. In: Glasul Națiunii. 2003, nr. 23, p. 12.
44. POPESCU, OCTAVIAN. Dreptul la sănătate din perspectiva globală și națională. In: Drepturile omului = Human Rights Droits de l'Homme. 2005, anul XV, nr. 2, pp. 74-77.

45. Promovarea sănătății psihice la locul de muncă [on-line].
Disponibil:
<https://osha.europa.eu/ro/publications/factsheets/102>
46. Psihologie medicală. Baze teoretice și aplicații practice pentru medici și psihologi. O. Popa-Velea (red.), L. Diaconescu, I. Cioca. București: Ed. Univ. „Carol Davila”, 2006.
47. RĂDULESCU, S.M. Sociologia sănătății și a bolii. București: Ed. Nemira, 2002. 314 p.
48. SAJIN, R. Cum afectează televiziunea sănătatea? In: Flux sănătate. 2008, 12 mart., p. 6.
49. Sănătate mintală [on-line] [citată 26 sept. 2012]. Disponibil:
<http://www.sanatate-mintala.info/index.php>
50. STĂNICĂ, L. Repere psihopedagogice ale educației pentru sănătate a liceenilor prin prisma parteneriatului educațional: Tz. dr. In pedagogie. Ch., 2012. 180 p.
51. Stil sănătos de viață profesională [on-line] [citată 26 aug. 2012]. Disponibil: www.cpe.ro/managementul_diferentelor
52. STOICA, C. Educația pentru sănătate. In: Educație și comportament. București, 1998, pp. 31-49.
53. Stresul ocupațional: perspective teoretico-praxiologice : (Materialele Conf. șt. int. „Managementul stresului ocupațional în mediul educațional”), Bălți, 19 dec. 2008. S. BRICEAG (coord.). Bălți: Presa univ. bălțeană, 2009. 151 p. : tab., diagr.
54. Stresul Psihic-Factor modulator complex al sănătății [on-line].
Disponibil:
<http://www.umfcv.ro/files/c/u/Curs%204%20Psihologie%20Medicala>
55. TUDOSE, F. Fundamente în psihologia medicală. București: Ed. Fundației „România de Măine”, 2003. 280 p. ISBN 973-582-804-9
56. TUDOSE, F. O abordare modernă a psihologiei medicale. București: Ed. Infomedica, 2000. 190 p. ISBN 973-9394-37-X

57. ȚÎGANAȘ, Odetta. Alimentația adecvată-un pas sigur spre sănătate și performanță. In: Teoria și arta educației fizice în școală. 2009, nr 3, pp. 57-61.
58. VAN STRATEN, Michael. Ghidul sănătății tale. Trad. din lb. engleză de GRAAL Soft Co. București: Litera Int., 2008. 208 p. ISBN 978-973-675-518-7
59. VLAICU, Vlad. Dreptul la ocrotirea sănătății într-un mediu sănătos. In: Revista națională de drept. 2009, nr 10-12 (109-111), pp. 62-63.
60. <http://www.ms.gov.md>
61. <http://www.publika.md>
62. www.sanatate-mintala.info/index.php 973-9306-21-7
63. ZAMFIR, E. Relații interpersonale și stilurile de viață. In: Stiluri de viață. Dinamica lor în societatea contemporană. București, 1989, p. 85-102.
64. ZAMFIR, E., ZAMFIR, C. și Ștefănescu, S. Stilul de viață studentesc. In: Modul de viață și calitatea vieții. București, 1982, pp. 291-330.
65. ZARIE, G. Resursele vindecătoare din noi [on-line]. Disponibil : <http://ziuadevest.ro/actualitate/36691-spiritualitatea-i-boala-psihic.html>
66. ZARKOVIC, G., ENĂCHESCU, D. Politicile de sănătate în țările Europei centrale și de Răsărit. București: Ed. Infomedica, 1998, pp. 296-331.
67. БРЕХМАН, И. И. Валеология - наука о здоровье. 2-е изд., доп. и перераб. М. : Физкультура и спорт, 1990. 207 p. ISBN 5-278-00214-X
68. ВАСИЛЬЕВА, О. С. Образование в сфере здоровья как стратегическое направление психологии здоровья. In: Психология в вузе : Науч.-метод. журн. 2010, nr 6, pp. 5-17