

**PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII CA DOMENIU ȘTIINȚIFIC DE FUNDAMENTARE  
ȘI VALORIFICARE A CONDUITELOR PRO-SĂNĂTATE ÎN CONTEXTUL EDUCAȚIEI  
PENTRU SĂNĂTATE A LICEENILOR**

**Larisa CUZNEȚOV, Liliana APOSTOL STANICA\***

*Catedra Științe ale Educației*

*\*Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”*

The present article reflects a scientific study applicative nature of analyzing conditions, life style and principles of health education for high school students. Defining personal goals, beliefs about health training models have been undertaken in the formative experiment. The authors stated and defined concepts: healthy lifestyle and healthy style. The article contains an analysis of health psychology principles in the context of finding experimental results compared with the preliminary experiment, focused on the analysis and interpretation of Health Study and Youth Development (2005). Here are elucidated strategies and methods of health education for teenagers in conjunction with family education.

Sănătatea, în esența sa, reprezintă un fenomen sociouman complicat, multiaspectual, ce necesită o abordare sistemică. În studiul ei sunt implicate multe domenii, instrumentarii metodologice și discipline științifice. Printre acestea se evidențiază astăzi *psihologia sănătății*. În 1986, OMS definește conceptul de *promovare a sănătății*, determinându-l ca un concept de redare a *unui proces complex în care individul are posibilitatea să se dezvolte, să-și controleze și să-și perfecționeze sănătatea* [18, p.199].

Specialiștii din domeniul ecologiei, medicinei, psihologiei, sociologiei, managementului sănătății au definit conceptul de *sănătate*, care este înțeles și explicat în mod diferit în culturi și tradiții diverse în Europa, Asia, Africa, identificând și caracterizând *factorii care influențează balanța sănătate-boală* [ibid.18, p.199].

Pornind de la conștientizarea importanței comportamentelor pro-sănătate, dar și a factorilor care înclină balanța spre boală sau spre sănătate, a sănătății ca mod de viață, specialiștii din medicină au delimitat un domeniu nou ce abordează cultura prevenirii bolilor, pe care l-au numit psihologia sănătății. Acest domeniu, fiind axat pe aplicarea cunoștințelor psihologice și a tehnicilor de optimizare a sănătății, prevenirea bolilor și ocrotirea sănătății, este de tip interdisciplinar [2, 6, 13, 14, 16, 17, 18, 23].

În ultimul deceniu au apărut mai multe definiții ale psihologiei sănătății, elaborate de cercetătorii americani, europeni, însă dacă analizăm istoricul apariției acestei științe, observăm că pionieratul în definirea acesteia îi aparține totuși savantului rus B.M. Бехтеев (1857-1927), care a elaborat fundamentele teoretice și a conturat conținutul psihologiei sănătății în referatul său științific *Personalitatea. Condițiile dezvoltării acesteia și sănătatea*, prezentat la al *II-lea Congres al psihiatrilor ruși / IX – 1905*, or. Kiev.

Problema sănătății psihice a poporului rus, profilaxia maladiilor, viciilor sociale ce subminează sănătatea poporului, condițiile ce ar putea îmbunătăți sănătatea acestuia este abordată de savant chiar de la începutul carierei sale medicale. Numeroasele sale cercetări și publicații științifice reflectă variate aspecte ale medicinei, psihologiei, pedagogiei, psihologiei copilului, psihologiei medicale, psihiatriei, psihologiei personalității și morfologiei creierului, pe care cercetătorul le corelează cu ocrotirea și promovarea sănătății. Postulatul de bază cu privire la dezvoltarea personalității și ocrotirea sănătății ei, promovat de B.M. Бехтеев, redă clar ideea despre *necesitatea studierii și abordării holistice a personalității umane în integritatea sa intelectuală, spirituală, acțională și relațională, aptă de a dirija conduita și activitatea de menținere și fortificare a sănătății. Ideea cu privire la libertatea personalității, în viziunea cercetătorului, înseamnă lupta pentru dezvoltarea ei sănătoasă* [21, p.29].

Pentru a ne convinge de poziția fermă a savantului în ceea ce privește dezvoltarea personalității și promovarea sănătății, formarea culturii pro-sănătate, vom face o trecere în revistă a tezelor esențiale expuse în referatul nominalizat și publicațiile științifice ale lui B.M. Бехтеев. Acestea sunt formulate concis, dar au un sens profund, după cum urmează:

- Prima și cea mai importantă condiție a dezvoltării personalității o percepem la nivelul naturii organismului, moștenirii genetice a părinților sau particularităților antropologice, care reprezintă baza/terenul pentru

dezvoltarea personalității individului. Prin ereditate/factorul biologic se transmite din generație în generație forma exterioară, procesele biochimice, care determină organizarea interioară a individului ce se manifestă prin trăsături specifice ce țin de temperament și caracter.

- Un alt factor important depinde de condițiile conceperii gravidității și dezvoltării organismului uman. Condițiile nefavorabile ale concepției și dezvoltării fătului provoacă procese degenerative în codul genetic al urmașilor care conduc în final la dezintegrarea și degradarea personalității. Cauzele acestea pot fi: ereditatea negativă a părinților, îmbolnăvirea mamei, alcoolismul sau handicapurile fizice și psihice ale părinților, dificultățile de ordin fizic sau psihologic care au apărut în timpul gravidității.

- Condițiile economice reprezintă un factor hotărâtor în dezvoltarea personalității. Politica economică nefavorabilă a statului impune poporului o viață grea, plină de lipsuri, axată pe lupta pentru existență. Toate acestea, inclusiv conduitele nocive și subnutriția, contribuie la apariția epuizării și dereglărilor fizice și psihice, involuția și degradarea personalității.

- Alcoolismul este factorul cel mai periculos, deoarece reprezintă o amenințare reală pentru degradarea personalității. Alcoolul influențează negativ sfera emoțională și sentimentele, diminuează și dereglează trăsăturile intelectuale, morale și volitive ale omului; subminează esența personalității, provocând variate îmbolnăviri psihice care produc degradarea acesteia. Lupta cu alcoolismul nu va fi eficientă până când bugetul statului se va completa din veniturile consumului de către popor a băuturilor alcoolice.

- Viața activă, echilibrată, axată pe respectarea normelor igienice este scopul spre care trebuie să tindă omul. Viața conform regulilor igienice reprezintă un mijloc de realizare a idealurilor morale, deoarece numai ea asigură posibilități de autoperfecționare intelectuală și morală pentru care sănătatea fizică este una dintre condițiile esențiale. Fără sănătate nu poate fi armonie între corp și suflet. Societatea e datoră să creeze condiții favorabile, sănătoase pentru viața și dezvoltarea personalității. Statul trebuie să asigure controlul asupra creării condițiilor sănătoase de viață, să asigure promovarea modului sănătos de viață prin desfășurarea acțiunilor de ocrotire a sănătății, cele mai importante fiind acțiunile axate pe respectarea igienei sufletului și profilaxia maladiilor psihice.

- Fundamentul viitoarei personalități se plămădește încă la vârsta preșcolară și depinde de îngrijirea și educația rațională a copilului, începând de la vârsta fragedă. Educația corectă joacă un rol decisiv nu numai în formarea caracterului, dar și în consolidarea sănătății fizice și psihice a acestuia. Educația trebuie să cultive o personalitate independentă, creativă, ce posedă inițiativă și sentimentul autocriticii și criticii raționale, constructive față de alte persoane. Educația morală a personalității presupune dezvoltarea sentimentului iubirii sociale și compasiunii, dreptății și stimei față de tot ce este valoros din punct de vedere uman, simțul datoriei și responsabilității.

- Dezvoltarea mintală, la fel, cere o atenție deosebită. Astfel, cum dezvoltarea fizică a corpului are nevoie de o alimentație corectă, așa și dezvoltarea mintală a personalității are nevoie de o hrană spirituală. Indiscutabilă pentru om este importanța formării deprinderii de a munci, a fi ordonat, a respecta igiena personală și a practica cultura fizică. Educația fizică contribuie nu numai la fortificarea corpului, ci și la dezvoltarea potențialului energetic al omului, curajului, bărbăției și voinței [ibid.21, p.36-37].

Secolul XX se caracterizează prin psihologizarea mai multor domenii, rolul psihologiei crește și devine determinant în asigurarea sănătății, în schimbarea viziunilor privind conexiunea psihic-corp [19].

În anii '30 ai secolului trecut cercetătorii au observat interdependența dintre sfera emoțională a individului și procesele fiziologice, ceea ce a contribuit la studierea relației emoție-sănătate-boală și la apariția unei științe noi – *medicina psihosomatică*.

În 1938 apare revista cu același nume, iar peste un an este creată *Asociația psihosomatică americană*, care funcționează până în prezent. Pe parcursul a 25 de ani Asociația explică maladiile prin prisma concepției psihanalitice, iar începând cu 1960 în medicina psihosomatică se conturează noi abordări, care evidențiază interrelația dintre factorii psihologici și sociali, pe de o parte, și cei fiziologici, pe de altă parte. Se demonstrează influența acestor factori asupra apariției și decurgerii bolii. Astfel, către 1970 se delimitează un nou domeniu, care se ocupă de studiul etiologiei bolii prin prisma psihologiei, denumit medicină comportamentală/behavioristă. Domeniul vizat și-a concentrat atenția nu numai asupra tratării bolii, ci și asupra preîntâmpinării acesteia. Știința dată are un evident caracter interdisciplinar, ce se manifestă în conlucrarea eficientă cu psihologia, pedagogia, sociologia, igiena și fiziologia omului.

În cadrul ei se aplică metodele terapiei comportamentale axate pe schimbarea conduitei bolnavului. Se aplică cu succes tehnica terapeutică definită drept *conexiune inversă biologică* la tratarea hipertensiunii, migrenei și altor boli. Către sfârșitul anului 1970 apare revista științifică și asociația medicinei comportamentale, concomitent cu apariția unui nou domeniu – *psihologia sănătății*. Secția *Psihologia sănătății* a fost întemeiată în cadrul Asociației psihologice americane în 1978, iar din 1982 se editează revista științifică *Psihologia sănătății*. În pofida abordării diferențiate a unor aspecte, *medicina psihosomatică și psihologia sănătății* sunt pe poziții identice privind sănătatea și boala. Ambele consideră că atât starea de sănătate, cât și starea de boală reprezintă rezultatul interacțiunii factorilor biologici, psihologici și sociali.

Această opinie este reflectată în *modelul biopsihosocial*, propus de D.Endjelom (1977), care a fost completat mai târziu (1980) și care răspunde la cele mai importante interogații de tipul: ce reprezintă cauzele îmbolnăvirii; cine este responsabil de apariția, decurgerea și finalul ei; cum trebuie tratată și cine este responsabil de tratament; ce legături există între sănătate și boală; ce legături există între psihic și corp.

În statele europene dezvoltate, Rusia, România și la noi în țară, psihologia sănătății ca domeniu independent științific se află încă în plină dezvoltare. În domeniul psihologiei sănătății sunt cunoscute cercetările lui D.F. Marks (1995), M.Murray, B.Evans, C.Willig (2000) etc.

În Rusia, începând cu anul 1999, apar numeroase lucrări științifice axate pe cercetarea variatelor aspecte și probleme ale psihologiei sănătății într-un context social larg și unul particular ce ține de conduita sănătoasă a omului. Sunt valoroase și cunoscute mai cu seamă două lucrări: monografia profesorului И.Н. Гурвич *Социальная психология здоровья* (1999) în care autorul a efectuat o sistematizare a experienței avansate a cercetărilor din lume cu privire la promovarea modului sănătos de viață, a elucidat studiile proprii privind problema dată, și monografia colectivă, elaborată de colaboratorii Universității de Stat din Sankt-Petersburg *Психология здоровья* (2000), care include istoricul dezvoltării domeniului, concepția abordării sistemice a sănătății, aspectele de bază ale sănătății fizice, psihice și sociale, modul de viață și sănătatea, psihologia îmbătrânirii omului și longevitatea etc.

În România este cunoscută cercetătoarea R.Râșcanu, care abordează unele aspecte teoretice ce țin de psihologia sănătății, strategiile, programele, mijloacele și tehnicile de modificare a atitudinilor și conduitei pro-sănătate [18, p.199-230].

În Republica Moldova se cercetează variate aspecte ce țin de formarea modului sănătos de viață, însă cea mai amplă și profundă investigație a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor ce țin de psihologia sănătății au fost inițiate de UNICEF și s-au realizat în cadrul proiectului *Sănătatea și dezvoltarea tinerilor* (2002-2005).

În consens cu cele expuse, observăm că psihologia sănătății în termene foarte restrânse se transformă dintr-un domeniu practic în unul științifico-aplicativ ce inițiază și menține o arie vastă de cercetări.

SUA, în acest context, deține întâietatea, ceea ce se poate observa comparând cercetările realizate: dacă în 1975 au fost elaborate 200 de programe axate pe asigurarea ocrotirii sănătății psihice a populației, apoi în 1999 numărul acestora a crescut până la 5000. În prezent, în SUA fiecare al zecelea psiholog se ocupă de variate aspecte ale psihologiei sănătății, iar fiecare a treia publicație/articol în revistele științifice din domeniul psihologiei reflectă diferite aspecte ale psihologiei sănătății.

În Marea Britanie este adoptat în document de stat *Sănătatea națiunii*, iar în Europa este adoptat programul *Sănătate pentru toți*, axat pe cultivarea modului sănătos de viață [15, p.19] a fiecărui om.

Așadar, am realizat acest excurs istoric scurt ca să înțelegem obiectul de studiu, importanța, evoluția domeniului vizat și interdisciplinaritatea lui.

Pentru a elabora instrumentele de cercetare, formare și verificare a educației pentru sănătate în liceu vom analiza fundamentele teoretice, metodologice și praxiologice ale psihologiei sănătății, dar mai întâi vom decide asupra definiției cu care vom opera în continuare.

Astfel, definiția oficial adoptată de Secțiunea *Psihologia sănătății* / Societatea Psihologică Britanică și de alte organizații științifice și profesionale similare din lume este cea formulată de J.Matarazzo [17], care are următoarea configurație: *psihologia sănătății reprezintă un ansamblu de contribuții în plan educațional, științific și profesional, inclusiv a disciplinelor psihologice în scopul promovării și menținerii sănătății, prevenirii, tratamentului bolilor; identificarea diagnosticelor etiologice, precum și a relațiilor dintre etiologie, sănătate, boală și disfuncțiile respective* (1984).

Definiția este considerată de mulți cercetători [2, 5, 7, 10, 13, 14, 16, 17, 18] ca una cuprinzătoare și concludentă, care încearcă să pună în echilibru sistemul de ocrotire a sănătății și sistemul de politici pentru

sănătate. După cum am stabilit, psihologia sănătății este un fenomen relativ nou, major al vieții și studiilor psihosociale, de aceea teoriile și cercetările recente includ variate aspecte, ca de exemplu:

- dorințe, credințe și explicații ale sănătății umane;
- comunicare: mesaje și semnificații în domeniul medico-sanitar;
- flexibilitate/complianță și autoritate;
- imunizarea și apărarea organismului;
- promovarea sănătății [16, 17].

Obiectul de studiu al psihologiei sănătății este axat pe patru direcții importante:

1. Promovarea și menținerea sănătății;
2. Prevenirea și tratarea bolilor;
3. Identificarea cauzelor și corelativelor sănătății, a bolilor și altor disfuncții;
4. Îmbunătățirea sistemului medico-sanitar și conștientizarea/consolidarea interesului pentru sănătate [18, p.200-201].

Una dintre ideile esențiale ale psihologiei sănătății este că sănătatea nu reprezintă doar o problemă medicală, ci și o stare biopsihosocială a individului. După cum am menționat anterior, în conformitate cu modelul biopsihosocial, starea de sănătate a unei persoane este rezultatul unei interacțiuni complexe a factorilor biologici, psihologici și sociali, iar obiectul de studiu al psihologiei sănătății este *comportamentul sănătos* al omului.

Acest concept subsumează acțiunile oamenilor sănătoși al căror scop este îmbunătățirea sau menținerea stării de sănătate. Acțiunile respective includ: consumul de alimente și mâncăruri sănătoase, exercițiile fizice, evitarea folosirii substanțelor dăunătoare precum tutunul, alcoolul sau drogurile; somnul și odihna suficiente; folosirea centurilor de siguranță; folosirea cremelor de protecție solară, a prezervativelor; controlul greutateii și utilizarea programelor de protejare a sănătății ca oportunități ce trebuie implementate împotriva bolilor grave și utilizarea testelor de preîntâmpinare sau diagnosticare timpurie împotriva unor tulburări serioase cum sunt cancerul de sân sau bolile cardiovasculare [ibid.18, p.201-202].

Importanța modului de viață sănătos a fost reflectată într-un studiu clasic elaborat în 1972 de Belloc și Breslow. Cercetătorii au definit *șapte deprinderi sănătoase* mai importante pentru organismul uman: a dormi 7-8 ore pe noapte; a nu fuma; a lua micul dejun zilnic; a practica un sport în mod regulat; a nu mânca între mese; a nu adăuga mai mult de 10% în greutate; a nu folosi băuturi alcoolice decât 1-2 pahare pe zi [apud 18].

Experimentul realizat pe un lot de 6.000 persoane (ținutul Alameda/California) cu durata de 6-12 luni a demonstrat că atunci când oamenii respectau aceste șapte reguli, practic, nu se îmbolnăveau sau se îmbolnăveau foarte rar. Concluzia cercetătorilor este una pozitivă în favoarea respectării celor șapte deprinderi sănătoase, însă s-a stabilit că deși majoritatea subiecților continuau să le practice, totuși foarte frecvent se încălcau două: asigurarea somnului de 7-8 ore și practicarea exercițiilor fizice. Populația care încalcă cel mai frecvent aceste reguli sunt elevii de 15-18 ani / liceenii, deoarece consideră că cu probleme grave de sănătate se confruntă populația mai în vârstă [18, p.202], ei susținând că vor avea încă destul timp să respecte regulile modului sănătos de viață (64% – eșantionul nostru).

Un alt aspect metodologic important a fost elaborat de către *Departamentul American de Sănătate* (1970) sub conducerea lui P.Harris, care conține un set de 15 obiective și moduri de îmbunătățire a sănătății, după cum urmează:

#### **A. Metode și tehnici de prevenire a bolilor:**

1. Determinarea oamenilor să-și controleze tensiunea arterială / TA.
2. Implementarea programelor efective de planificare familială/planning familial.
3. Elaborarea unor programe de îmbunătățire a serviciilor sanitare pentru femeile însărcinate și copii.
4. Elaborarea unor programe de imunizare pentru copiii și adulții predispuși la boli.
5. Educarea adolescenților și adulților privind controlul bolilor sexual-transmisibile.

#### **B. Protecția sănătății:**

6. Controlul chimicalelor toxice și al deșeurilor.
7. Dezvoltarea și implementarea sistemelor de asigurare și securitate la locul de muncă și a standardelor medicale.
8. Dezvoltarea unor acțiuni de reducere a accidentelor de circulație.
9. Fluorizarea apei și îmbunătățirea sistemului stomatologic.
10. Monitorizarea și controlarea răspândirii bolilor infecțioase.

**C. Promovarea sănătății:**

11. Reducerea fumatului.
12. Reducerea consumului de alcool și droguri.
13. Dezvoltarea unor programe de obișnuințe alimentare corecte.
14. Îmbunătățirea și înmulțirea locurilor amenajate pentru sport, activități fizice.
15. Dezvoltarea unor tehnici efective pentru controlul stresului și al comportamentului violent [ibid.18, p.203].

Desigur, obiectivele nominalizate sunt actuale și astăzi, însă cei aproape 40 de ani de la elaborarea lor au contribuit la includerea unui șir de completări în privința diverselor aspecte legate de ecologie; procreare și controlul acesteia la vârsta adolescenței; de promovare a educației pentru timpul liber; de evitare a stresului și a conflictelor interpersonale în cadrul familiei, la serviciu etc.; de comportare în orașele mari și armonizarea relațiilor omului cu sine, cu semenii, cu natura, universul etc.

În contextul cercetării noastre este extrem de important faptul să conștientizăm și să stabilim ce presupune *un comportament sănătos, unul nociv sau de risc și ce reprezintă atitudinile individului față de sănătate și cum pot fi ele modificate.*

Studiind literatura de specialitate [1, 2, 3, 4, 7, 13, 15, 17, 19, 20], am determinat esența comportamentului sănătos și am stabilit că acesta include acțiuni conștiente, concrete orientate spre menținerea și fortificarea sănătății. Acțiunile persoanei cu privire la sănătate, de fapt, reflectă cinci tipuri de credințe/atitudini (A. Bandura, 1986; N. Weinstein, 1988; O.C. Васильева, Ф.Л. Филатов, 2001; R. Râșcanu, 2001 ș.a.):

1. Valori generale cu privire la sănătate;
2. Percepția conform căreia *amenințarea sănătății* de către o dereglare sau boală este un fenomen grav;
3. Credința în *vulnerabilitatea* organismului față de o anumită boală;
4. Credința că propriul organism este destul de puternic/eficient pentru a răspunde la amenințare;
5. Credința că răspunsul organismului va fi eficient și va elimina amenințarea sau va opri/lupta privind cauzele, deoarece deține *reactivitate* personală.

Numeroase cercetări demonstrează că cele nominalizate au avut rezultate pozitive în ceea ce privește reducerea/renunțarea la fumat; practicarea exercițiilor fizice; manifestarea comportamentelor sexuale adecvate pentru prevenirea SIDA; controlul greutatea corpului [apud 18, p.204].

O altă componentă atitudinală care dezvoltă un anumit comportament a fost descrisă de Fishbein și Ajzen, fiind definită de aceștia ca *model de acțiune motivată*. În conformitate cu *teoria acțiunii motivate, un anumit comportament al individului este rezultatul direct al unei anumite intenții, iar când omul intenționează să facă o schimbare în regimul său de viață, atunci putem evalua obiectiv atitudinile sale de perspectivă privind propria sănătate* [apud 18, p.204].

Prin urmare, pentru a orienta oamenii spre intenția de a-și controla și a-și consolida permanent sănătatea, este nevoie de o muncă asiduă, permanentă de iluminare sanitară, psihologică, paralel cu crearea condițiilor ce facilitează comportamentele sănătoase care pot fi variate și stimulatoare, ca de exemplu: un muncitor sau un alt profesionist nefumător să fie salarizat mai bine decât unul care fumează; persoanele care fac teste profilactice pentru preîntâmpinarea unor maladii sau practică fitnessul, gimnastica să fie încurajați asigurându-li-se o consultație gratuită a unui specialist etc.

Studiul cu privire la schimbarea atitudinilor față de sănătate realizat de un șir de cercetători americani demonstrează că apelurile mass-media produc modificări în atitudinile legate de sănătate, dar nu și în comportamentul propriu-zis. Studiul realizat în cadrul **Minesota Heart Health Program** (1983) cu privire la combaterea fumatului, consumului de alcool, conducerea automobilului în stare de ebrietate, consumul de marijuană printre adolescenți etc. a demonstrat că informarea asupra riscurilor și convingerea de schimbare a comportamentului produc schimbări doar de scurtă durată.

Cercetările în direcția modificării comportamentelor nocive continuă în marea majoritate a statelor europene, în SUA, Rusia și în alte state, inclusiv Republica Moldova. Strategia de bază care se arată eficientă în ultimii 10-12 ani rezidă în *promovarea sănătății*, concept pe care savanții și specialiștii din domeniul științelor educației, medicinei îl consideră sinonim cu *educația pentru sănătate*, care are drept scop determinarea oamenilor să învețe și să cunoască mai multe despre cauzele bolilor și despre factorii care contribuie la menținerea sănătății (R.R., p.227). Specialiști și cercetătorii din domeniul psihologiei sănătății lucrează asupra redimensionării acțiunilor ce țin de promovarea sănătății. Procesul dat, susțin ei, este reprezentat de fenomene,

acțiuni și activități care facilitează protejarea, asigurarea sau optimizarea stării de sănătate individuală, a grupurilor, comunităților populațiilor. Scopul promovării sănătății este unul tranșant – prelungirea vieții și îmbunătățirea calității ei [16, 17, 19].

În acest context, considerăm oportună o completare importantă: este necesar să promovăm sănătatea permanent, pe toate căile și mijloacele posibile (mass-media, biserică, școală, instituții medicale, sportive, de fitness etc.). Ar fi ideal ca medicii, pedagogii de educație fizică să poată servi drept model de respectare a modului sănătos de viață, a unui aspect exterior robust, sănătos, cu o ținută fizică adecvată, să nu fumeze, să nu accepte deprinderi nocive, să-și mențină masa corpului.

Promovarea sănătății include un ansamblu de intervenții la nivel de mediu și la nivel comportamental. Implicată în viața cotidiană, promovarea sănătății include numeroase servicii medicale, dezvoltarea abilităților/competențelor de acordare a primului ajutor, de igienă, consiliere cu privire la provenirea conduitelor de risc, formare și perfecționare a conduitelor pro-sănătate/de prevenire a unor boli, terapii cognitiv-comportamentale, educație și avertizare/informare.

În contextul celor relatate și în conformitate cu scopul cercetării noastre, vom analiza tehnicile și mijloacele de modificare a conduitelor pro-sănătate.

Studierea literaturii de specialitate [9, 11, 13, 14, 16, 19], analiza rezultatelor variatelor proiecte de evaluare a atitudinilor, practicilor pro-sănătate și a experienței acumulate în procesul educațional ne-a permis să stabilim modalitățile eficiente de modificare a comportamentelor și formarea unor conduite pozitive ce contribuie la consolidarea sănătății.

În virtutea faptului ca cercetarea are caracter pedagogic, iar tehnicile, mijloacele, factorii, strategiile abordate sunt descrise în literatura de specialitate, dar nu sunt structurate și clasificate strict din punct de vedere psihopedagogic, am decis să facem noi acest lucru.

*Clasificarea metodelor, tehnicilor și schema pedagogică de formare/schimbare a conduitelor pro-sănătate* la adolescenți reperedă pe tipurile de credințe/atitudini față de sănătate [18] analizate anterior, cele cincisprezece moduri de îmbunătățire a sănătății [16], modelul biopsihosocial ce ne orientează spre determinarea factorilor biologici, psihologici și sociali ce interacționează [16, 18], teoria acțiunii motivate [17], particularitățile de vârstă ale adolescenților [8, 10, 11], condițiile, conținuturile, formele generale ale educației și particularitățile actului educativ (S.Cristea, 2003; Călin Mărin, 2003).

Prin urmare, clasificarea a fost posibilă nu numai în baza fundamentării efectuate, ci și în consens cu stabilirea criteriului principal care va permite delimitarea metodelor de formare – schimbare a conduitelor pro-sănătate conform *componentelor constitutive ale atitudinilor față de sănătate*, pe care trebuie să le formăm sau să le schimbăm.

Astfel, *componenta cognitivă* se caracterizează prin cunoștințele pe care le posedă individul despre sănătatea sa, despre factorii ce contribuie la menținerea și consolidarea ei; cauzele apariției bolilor, profilaxia acestora și organizarea/respectarea modului sănătos de viață.

*Componenta emoțională* reflectă sentimentele, trăirile omului legate de starea sănătății și particularitățile stărilor emoționale cauzate de variate îmbolnăviri.

*Componenta volitivă și motivațional-comportamentală* determină acțiunile individului, efortul depus pentru a-și menține și optimiza sănătatea în ierarhia valorilor personale, conduita acestuia în viața cotidiană și în caz de îmbolnăvire [21]. Aici facem o precizare pe care o considerăm principială: aspectul *volitiv* l-am introdus noi, deoarece comportamentul în afara actului volitiv nu este posibil și suntem convinși că a fost necesar să evidențiem acest lucru.

Drept criteriu de clasificare a metodelor de formare/schimbare a conduitelor pro-sănătate au servit componentele descrise. În continuare prezentăm metodele/procedeele, tehnicile ce le-am structurat în două grupuri: I – *metode ce asigură informarea și influențează formarea atitudinilor/sentimentelor* și II – *metode de stimulare/formare a conduitelor pro-sănătate*.

- I. *Metodele ce asigură informarea și influențează formarea atitudinilor/sentimentelor* includ: prelegerea, lectura, portofoliul, povestirea, explicația, conversația, discuția, proiectul, demonstrația, modelarea teoretică, studiul de caz, observația, referatul etc.
- II. *Metodele de stimulare/formare a conduitelor pro-sănătate* includ variate tipuri de exerciții, metodele real-active și euristice de modelare, analiză, diagnostic, pronostic a situației/cazului; metoda controlului sistematic; metoda de aprobare/dezaprobară; opinia publică; metoda exemplului propriu (a adulților, semenilor) etc.

De componenta emoțională ne conducem, mai cu seamă, atunci când selectăm metodele, stabilim mijloacele, elaborăm și implementăm strategia de influențare asupra adolescentului.

În contextul precizat, ne vom axa pe factorii schimbării de atitudine descriși în literatura de specialitate (A.Neculau, 2004, p.136-138; A.Eagly, S.Chaiken, 1975; M.Boza, 2004 ș.a.), caracterizați succint în continuare. Pentru ca metodele aplicate în educația pentru sănătate a adolescenților să fie eficiente, este necesar să conștientizăm influența factorilor schimbării de atitudine. Extrem de importantă este *persuasiunea*, care se definește ca un act de comunicare ce are drept scop schimbarea mentalității individului prin crearea impresiei de libertate totală, concomitent asigurând acordul acestuia și interiorizarea acțiunilor lui (Corneille, 1992); credibilitatea, atractivitatea, harisma și sexul sursei, inteligența, capacitatea argumentării și stilul comunicării și interrelaționării subiecților cu actorul educativ. Aici contează totul: felul de a fi, de a prezenta comunicarea, ținuta, claritatea mesajului, utilizarea procedeelelor retorice, fluența verbală, îmbinarea variatelor forme și metode, iscusința și măiestria de comunicare și aplicare a strategiilor educative. În conformitate cu faptul că vârsta adolescenței este o perioadă complicată și controversată, bogată în evenimente stresante, decisivă pentru orientarea personalității, integrarea ei socială și asimilarea cunoștințelor, elaborarea și aplicarea strategiilor *coping*, am analizat unele aspecte ce țin de problema stresului, abordate de teoreticieni și practicieni din domeniul psihologiei sănătății.

Cercetătorii din domeniul vizat au ajuns la concluzia că stresul are urmări grave asupra sănătății [1, 2, 3, 12, 17]. El reprezintă o experiență emoțională negativă, însoțită de schimbări psihologice, biochimice și comportamentale de anihilare sau adaptare la stresor fie prin manipularea situației pentru a-l modifica, fie prin reducerea sau aplanarea efectelor.

Orice eveniment care atrage după sine adaptare, reglări, schimbări sau cheltuirea resurselor interioare și fizice poate fi considerat stresant. În prezent, se studiază detaliat și profund cauzele stresului, modalitățile de depășire cu succes a acestuia, modurile de a face față sau a evita problemele, resursele interne ale personalității, mai cu seamă, optimismul, cutezanța și mecanismele de coping în adolescență și vârsta matură.

Cercetările realizate în SUA pe un eșantion stabil, începând cu preadolescența cu o durată de 50 ani, au demonstrat că persoanele conștiințioase, supuse, optimiste trăiesc mai mult, cei impulsivi, imprevizibili, mor mai devreme. Indivizii conștiințioși sunt mai atenți, evită consumul substanțelor și alimentelor nesănătoase, fumatul și alte acțiuni/comportamente dăunătoare [apud 18, p.213], pe când persoanele care manifestă un comportament neconștiințios sunt mai fragile, mai vulnerabile, inconsecvente, mai des nimeresc în situații dificile, de risc.

Există cercetări care demonstrează că religia le insuflă multor oameni tărie de caracter și îi consolează în cazul unor evenimente dificile care le provoacă stres (Silver, Wortman, 1993).

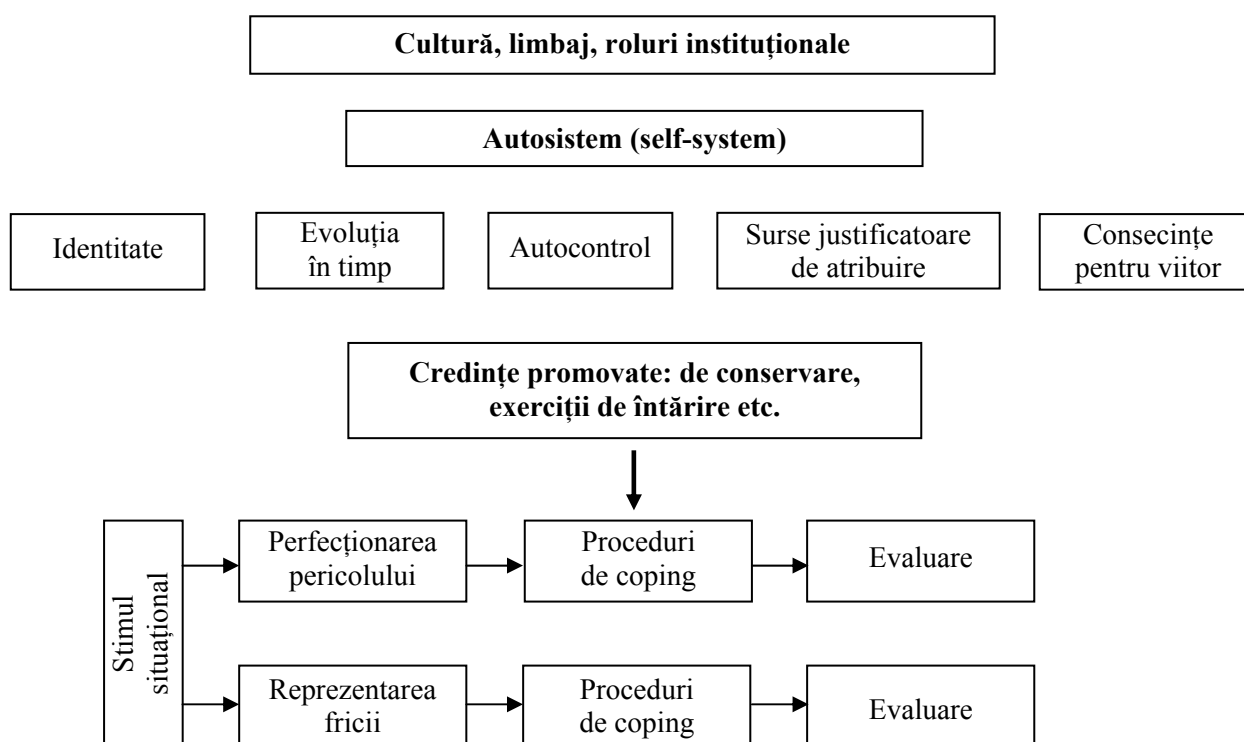
*Optimismul* are la bază credința și gândirea de tip pozitiv, iar cutezanța include încrederea în sine, răspunsul pozitiv la provocări, controlul/autocontrolul. Acestea au fost definite ca un set de atitudini, care protejează individul de efectele negative ale stresului, considerându-se și ca elemente eficiente ale copingului.

În contextul schimbării atitudinilor și promovării comportamentelor pro-sănătate, a cercetării balanței sănătate-boală, în ultimii 20-25 de ani, au devenit actuale și se dovedesc a fi funcționale două *modele explicativ-interpretative*, definite ca *perspectiva cognitivă* (H.Leventhal, 1999) și *perspectiva psihosocială* (S.Moscovici, 1984).

Studiind nivelul fricii și al amenințării ca mesaje ale subiectului bolnav, H.Leventhal și colaboratorii săi au construit (1999) un model dual de procesare a explicațiilor individuale, care are la bază autoreglarea prin procedurile de tip coping (figura 1).

Forța și funcționalitatea perspectivei cognitive în aprecierea balanței sănătate-boală constă în faptul că opiniile privind etiologia bolilor, au la bază un plan de acțiuni coping, orientat spre depășirea acestora.

*Perspectiva psihosocială* implică și factorul social, pe lângă cel psihologic. Specialiștii din domeniul psihologiei sănătății au revenit la ideile lui S.Moscovici (1984) despre importanța credințelor/reprezentărilor privind sănătatea, care este abordată prin prisma factorilor psihologici și sociali, în care examinarea subiecților se va efectua în baza analizei discursive, demersului narativ și analizei reprezentărilor sociale [14, 18, p.218].



**Fig.1.** Modelul de autoreglare privind adaptarea la boală (H.Leventhal, 1999).

Sintetizând aspectele teoretice și cele praxiologice ale psihologiei sănătății, conținutul și esența cărora sunt redată explicit în principiile *Codului Sănătății* am tras concluzia că educația pentru sănătate a liceenilor trebuie să aibă un punct de reper în configurația unei scheme pedagogice de formare/reechilibrare a conduitelor pro-sănătate (figura 2), care ar ghida acțiunile părinților și pedagogilor. În concluzie, ținem să menționăm că atitudinile/credițele despre sănătate, modul sănătos de viață, educația pentru sănătate și formarea conduitelor sănătoase nu sunt fixe ori separate de cultură, de viața socială, ci se află într-un proces continuu de schimbare și o legătură, mai precis, o interconexiune strânsă cu gândirea umană și cu activitățile practice fiind rezultante ale influențelor culturale. Așadar, este evident că oamenii își construiesc statuturile sociale, imaginea sa, inclusiv pe cele privind sănătatea, modul de viață în conformitate cu sistemele de reprezentări, credințe și atitudini, la formarea sau schimbarea cărora o importanță deosebită revine culturii. Conceptul de cultură, fiind unul larg, cuprinde nu numai totalitatea valorilor spirituale, cunoștințele, valorilor materiale, tradițiile, obiceiurile unui popor, dar și relațiile individului cu lumea, deci, cu variați actori sociali: familia, școala, mass-media, sistemul ocrotirii sănătății, instituțiile și centrele de culturalizare, care la rândul lor, au funcția de promovare a sănătății care, la fel, este o parte componentă a culturii.

În contextul cercetării noastre este important a menționa că abordarea științifică a sănătății sau discursul biomedical este cel mai apreciat, dominant și parvine de la specialiștii din domeniul medicinei și psihologiei sănătății, apoi de la specialiștii ce propun terapii alternative.

În aspectul parteneriatului educativ privind educația pentru sănătate a adolescenților a apărut necesitatea ca adulții/părinții și pedagogii să cunoască programele TV, radio și site-urile specializate din Internet pentru a fi în stare să orienteze și să ghideze copilul în accesarea și studierea conținuturilor acestora.

În virtutea faptului că trebuie cultivați adolescenții și părinții ar fi eficientă colaborarea acestora cu variate centre de sănătate și specialiști, iar școala să inițieze și să mențină conlucrarea particulară cu fiecare elev, consolidând relația părinte–medic–psiholog–elev/pacient.

Modalitățile/formele de organizare–desfășurare a activității de iluminare/implementare a conduitelor sănătoase se vor completa adecvat dacă se vor îmbina organic politicile și practicile ce țin de nivelul macrostructural cu cele de la nivelul microstructural, ceea ce ar asigura calitatea procesului de educație sanogenă și formarea unei culturi a sănătății în societate.



Un ultim aspect pe care îl considerăm foarte important este necesitatea abordării științifice și praxiologice a *bolilor*, *excesului* de toate felurile: de tip alimentar; de urmare a variatelor diete, de utilizare necontrolată a medicamentelor etc.

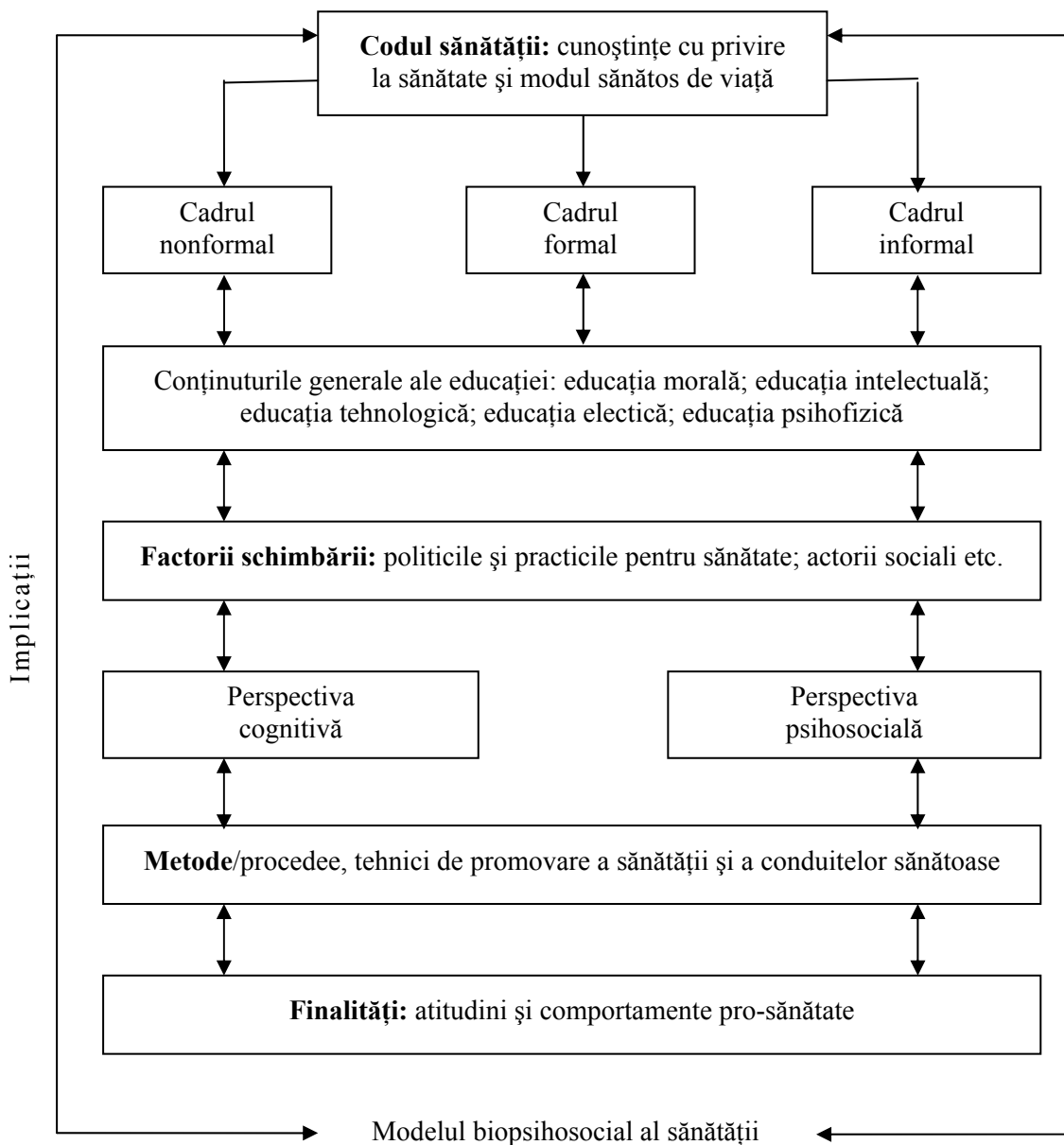


Fig.2. Schema pedagogică de formare/reechilibrare a conduitelor pro-sănătate.

Schimbările survenite în societățile industrializate în ultimii 200 de ani au avut atât efecte pozitive, cât și consecințe negative asupra naturii, omului și întregii societăți. Se observă nu numai poluarea mediului natural, ci și o poluare a moralității, o conduită ce are la bază standarde duble, false, când gândul, fapta și cuvântul nu au puncte de coincidență. Pornind de la cele relatate, psihologia sănătății trebuie să contribuie la conturarea și consolidarea unei pedagogii a sănătății, care va studia profund educația pentru sănătate și va elabora strategii și tehnologii eficiente de formare a modului sănătos de viață.

Adolescența este una dintre cele mai fascinante vârste, dar și cele mai dificile și importante etape ale vieții omului, perioadă când tinerii își asumă responsabilități noi și experimentează variate conduite. Adolescenții sunt în căutarea identității de sine, stabilirea identității emoționale și psihologice, învață să aplice valorile asimilate în copilărie, să-și înțeleagă și să-și dirijeze sexualitatea, să-și analizeze rolul lor în societate. Adolescența este timpul realizării posibilităților, dar și al vulnerabilității expunerii la comportamente riscante,

uneori deviate. În lumea adolescenților lipsită de siguranță, experiență, stabilitate psihoemoțională și socială, incapacitate de a opune rezistență la *plăcerile de moment ale vieții*, aceștia sunt deseori lăsați să facă alegerile dificile pentru un stil sau altul de conduită, în mare parte, independent. Majoritatea riscurilor pe care și le asumă adolescenții nu întotdeauna sunt o reflectare a atitudinilor și dorințelor lor personale, ci, mai degrabă, consecințele presiunilor exercitate asupra lor de către unii adulți sau persoane de aceeași vârstă din grupul de referință. Este evident faptul că nu există soluții simple, intervenții absolut eficiente și rapide ce ar putea răspunde la multiplele provocări cu care se confruntă adolescenții. Ei au nevoie de acces la informație, diverse servicii sociale, juridice, psihologice; de ajutor calificat în dezvoltarea competențelor și a capacităților de organizare, respectare și automonitorizare a unui mod sănătos de viață. Experiența avansată a unor state arată că perfecționarea factorilor de protecție este la fel de importantă ca și reducerea riscurilor ce subminează sănătatea omului, mai cu seamă a tinerilor. Prin urmare, este necesară elaborarea strategiilor, politicilor pro-sănătate pe termen scurt, mediu și de durată cu privire la consolidarea capacității familiilor și comunităților de a proteja copiii și adolescenții, de a susține dezvoltarea lor sănătoasă și viața de calitate.

Pentru a promova cât mai eficient o cultură a sănătății, trebuie să se implice întreaga societate: părinții, școala, mass-media, medicii, pedagogii, savanții, autoritățile legale și asociațiile comunitare nonguvernamentale. Acești actori trebuie să conlucreze armonios pentru a promova mesaje și modele valoroase, accesibile și convingătoare pentru generația în creștere. În contextul dat, familia și școala joacă un rol important și decisiv în activitatea educativă de cultivare a comportamentelor sănătoase. Tinerii se află majoritatea timpului în familie sau în școală, de aceea, mai cu seamă la vârsta adolescenței, instituția de învățământ are o influență prioritară în transmiterea tezaurului de cunoștințe, norme, modele și principii moral-etice, care stau la baza conduitei adecvate a omului. Anume instituția de învățământ în colaborare cu medicii și părinții este în stare să contribuie la consolidarea eforturilor de formare a culturii adolescentului nu numai prin prezentarea informațiilor exacte, dar și prin dezvoltarea și aplicarea unor strategii educative conștiente și sistematice, care ar dezaproba comportamentele dăunătoare pentru sănătatea comunității și ar promova activ modul sănătos de viață. Instituția de învățământ în colaborare cu medicii de familie are misiunea de a educa generațiile în creștere, de aceea trebuie să-și asume rolul de instituție comunitară fundamentală cu inițiative care ar întemeia și ar dirija parteneriate educative de cooperare, ce ar dinamiza mișcarea pro-sănătate și ar dezvolta cultura sănătății în societate. Școala poate fi inițiatorul unor programe de parteneriat cu instituțiile specializate de ocrotire a sănătății, ce ar urmări sporirea calității educației pentru sănătate, ar promova valorile autentice: onestitatea, familia, responsabilitatea, transparența, conlucrarea, sănătatea, autoperfecționarea, toleranța. Educația este eficientă, dacă cei implicați direct sau indirect în acest proces nu sunt indiferenți față de problemele cu care se confruntă societatea. Școala și familia, fiind susținute la nivel macrostructural de abordarea și valorificarea unei politici de consolidare și promovare a culturii pro-sănătate în cadrul societății la nivelul ministerelor de resort, va crea și va menține permanent habitusul primar al individului ce posedă competențe și deprinderi de a-și păstra și fortifica sănătatea.

Datorită faptului că profesorii dețin rolul prioritar în predarea cunoștințelor și că elevii se află mai mult timp împreună cu ei, aceștia au un rol decisiv în calitate de model pentru elevii lor. Astăzi parteneriatul profesor-elev presupune o relație ce are menirea să formeze personalitatea copilului pe bază de înțelegere și încredere reciprocă, învățare prin dialog, prin schimb de idei, prin intermediul tehnologiilor avansate. Această colaborare necesită exersarea responsabilității din ambele părți, ceea ce ar corespunde cerințelor educației postmoderne și ale societății contemporane care se află într-o schimbare continuă. Relațiile profesor-elev-părinți astăzi necesită revitalizarea esenței sale umaniste, desfășurarea cercetărilor în comun; realizarea unor proiecte în care este implicată familia și adolescentul pentru a promova valorile modului sănătos de viață în rândurile copiilor mai mici dintre instituțiile preșcolare, taberele de odihnă, orfelinate etc. Este cunoscut faptul că una din cele mai eficiente strategii educative în formarea conduitelor pozitive la adolescenți rezidă în valorificarea cunoștințelor lor pentru a-i proteja pe cei mai mici. Comunicarea deschisă, liberă, relația de cooperare în care profesorul cultivă la adolescenți responsabilitatea pentru sine și apropiații săi îl învață pe acesta a fi gentil și mărinimos, a fi exemplu pentru copiii mai mici, a se axa pe valorile cunoașterii, contribuie la formarea personalității, a capacităților și abilităților de comportare demnă. Orientarea elevului în multitudinea de surse informaționale pentru a-și forma un suport axiologic adecvat ca adolescentul să nu se atașeze de nonvalori, oferirea mai multor puncte de vedere referitoare la o problemă pusă în discuție, elucidarea și dirijarea procesului de formare a unui mod sănătos de viață, sunt elementele constitutive ale strategiei educative pro-sănătate.

Conținutul programei pro-sănătate a medicilor de familie nu ar trebui să se limiteze la acordarea ajutorului special în caz de îmbolnăvire, ci să fie unul polifuncțional de prevenire a maladiilor sau a comportamentelor nocive, să fie axat pe o activitate de consiliere și iluminare sanogenă. Lecțiile și activitățile organizate în instituția de învățământ trebuie să ajute elevii a înțelege că ei sunt o parte a naturii și a comunității și că un comportament responsabil exclude situațiile de risc. Totul ce dăunează mediului și propriei persoane, ca de exemplu folosirea drogurilor, fumatul, alcoolismul, nerespectarea normelor sanitare etc., necesită explicații sistematice, accesibile, convingătoare și aplicarea variatelor modalități, strategii și tehnologii.

Tema conduitei pro-sănătate încurajează formarea conștiinței de sine, de cetățean și a necesității atingerii unor idealuri etice, morale, psihofizice, estetice, intelectuale demne.

Educația pentru sănătate promovează activități-discuții despre modul în care se dezvoltă copiii și în același timp cultivă calități pozitive de caracter, valori general-acceptate, cum sunt luarea de decizii, stabilirea unor scopuri și capacitatea de a spune *nu* în cazul confruntării cu o presiune negativă din partea unui anturaj neadecvat. Elevii, odată cu creșterea și maturizarea lor, sunt expuși din ce în ce mai mult la consumul de tutun, alcool, droguri și alte influențe nocive. De aceea, ei au nevoie de o informație științifică, logic justificată, susținută de modele pozitive și exemple din viața persoanelor care au consumat tutun, droguri, dar prin efort volitiv, moral, susținere din partea specialiștilor s-au debarasat de deprinderile nocive. De asemenea, adolescenții au nevoie de o motivație puternică pentru a le evita. Au nevoie și de o pregătire psihologică prin care să-și dezvolte încrederea în sine, simțul apartenenței, fără a recurge la un comportament de risc, iresponsabil. Adolescenții învață mai bine într-un mediu care le permite să gândească critic și să ia decizii în baza dezvoltării valorilor și credințelor. Ei au nevoie de tratare echilibrată, axată pe respectul opiniilor și personalității lor din partea tuturor actorilor educativi: familie, școală, mass-media. Adolescenților li se vor oferi ocazii să demonstreze că devin din ce în ce mai responsabili printr-o implicare a lor în educația pro-sănătate a elevilor mai mici din gimnaziu și învățământul primar. La această vârstă elevii sprijină ordinea și regulile, dar pentru a respecta regulile ei au nevoie să știe cum funcționează ele și de ce au fost stabilite. Elevii din liceu pot fi implicați în variate proiecte de promovare a culturii fizice, sportului și sănătății. Metoda cea mai eficientă în acest caz este de a prezenta informații, a le analiza împreună și a accentua efectele nocive ale unui mod nesănătos de viață asupra organismului uman, asupra creierului, asupra tuturor sistemelor vitale și, desigur, asupra relațiilor umane și a mediului. Adolescenții posedă un volum destul de bogat de cunoștințe și pot înțelege rolul educației, propriile lor opțiuni comportamentale și importanța sănătății pentru om [1, 11]. Sprijinirea adolescenților în a înțelege și a învăța cum să ia decizii și cum să-și organizeze conduitele sănătoase reprezintă o componentă esențială a educației pentru sănătate. Grupul de referință, anturajul are aici o influență deseori dominantă. Prietenia se dezvoltă prin schimbul de experiențe, interese, valori, convingeri și apropierea în petrecerea timpului liber. Relația de prietenie este importantă pentru sprijinirea adolescenților în a-și alege un drum în viață, de aceea părinții trebuie să știe cine sunt prietenii copiilor lor, pentru a încuraja relațiile oneste, sănătoase și interesante, pentru a-i îndemna pe copiii lor să se ferească de prietenii dăunătoare. Părinții și profesorii vor conlucra pentru a-i sprijini pe adolescenți să-și facă prieteni care tind spre o dezvoltare armonioasă, sănătoasă și responsabilă.

Căutarea identității și autoafirmarea de sine în perioada adolescenței cere timp, multă energie, dar și cunoștințe cu privire la dezvoltarea anatomo-fiziologică, ocrotirea sănătății și dezvoltarea personalității umane. Fără o supraveghere și o îndrumare atentă, asiduă ea poate lua o direcție destul de periculoasă. Adulții trebuie să ofere modele de comportament sănătos și responsabil. De asemenea, adolescentul trebuie să fie conștient de faptul că trebuie să cunoască părinții cu colegii, prietenii cu care își petrec timpul liber.

Începând cu anul 2002, UNICEF a inițiat unele proiecte și programe de lucru cu copiii și tinerii privind formarea deprinderilor de viață, comportamentelor sănătoase, în cadrul cărora au fost efectuate sondaje și studii de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor tinerilor cu privire la păstrarea sănătății sub genericul *Sănătatea și dezvoltarea tinerilor*.

Scopul studiului realizat a fost axat pe evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor tinerilor, care influențează sănătatea și dezvoltarea acestora, cu accent deosebit pe HIV/SIDA și IST, în vederea elaborării și monitorizării unui ansamblu de acțiuni pro-sănătate [20].

Studiul nominalizat a fost unul amplu, de durată, efectuat de specialiști din domeniul ocrotirii sănătății (S.Ștefăneț, V.Moșin, G.Leșco, San Patten, A.Capcelea), din domeniul psihologiei și pedagogiei (I.Caunenco, L.Gasper, S.Rîjicova), din domeniul sociologiei și statisticii (A.Ocerednîi, O.Bulgaru, C.Jucovschi ș.a.).

Pe parcursul a trei ani au fost investigate următoarele aspecte:

- cunoștințele, atitudinile și practicile tinerilor referitoare la starea generală a propriei sănătăți;
- cunoștințele, atitudinile și practicile tinerilor referitoare la educația pentru sănătate;
- cunoștințele, atitudinile și practicile tinerilor referitoare la accesul la servicii;
- cunoștințele, atitudinile și practicile tinerilor despre violență;
- cunoștințele, atitudinile și practicile tinerilor privind migrația la muncă a membrilor din familiile tinere;
- valorile tinerilor ce țin de adaptarea lor în societate;
- consumul de substanțe toxice și droguri;
- sănătatea reproducerii și comportamentul sexual;
- infecții sexual-transmisibile și HIV/SIDA;
- contracepția și sarcina la tineri.

Studiul reprezintă un exemplu de parteneriat, colaborare eficientă între mai mulți actori sociali cu variat statut și posibilități. Astfel, Reprezentanța UNICEF Moldova și Agenția Canadiană pentru Dezvoltare au oferit suport financiar, Asociația Canadiană de Sănătate Publică a asigurat asistența tehnică, Asociația Obștească *Sănătate pentru tineri* a realizat și a implementat studiul, ministerele Educației și al Sănătății au asigurat asistența organizatorică. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N.Testemițeanu”, USM, AȘM, Centrul Național Științifico-Practic în Sănătatea Reproducerii, Genetica Umană și Planificarea Familială, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă au oferit asistență consultativă și metodică.

Eșantionul investigat a fost stratificat, cuprinzând copii și tineri de la 10 până la 24 de ani din instituții de învățământ, tineri aflați în serviciul militar, adolescenți neînmatriculați în instituții de învățământ, copii ai străzii. Straturile sondajului includeau trei vârste: 10-14 ani; 15-18 ani; 19-24 ani. Eșantionul compus din 3.405 tineri în vârstă de 10-24 ani a fost unul reprezentativ pentru Republica Moldova și din considerentele caracteristicilor sociodemografice (tabelul 1).

**Tabelul 1**

**Repartizarea eșantionului conform caracteristicilor sociodemografice în proiectul SDT**

Categorii demografice	Subcategorii							
Genul	Fete – 58,6%			Băieți – 41,4%				
Așezarea geografică	Urbană – 57,8%			Rurală – 42,2%				
Vârsta	10-14 ani/42,7%		15-18 ani/37,6%		19-24/19,7%			
Instituția de învățământ	Școli medii – 63%		Licee – 9,5%	Colegii – 4,9%	Școli de meserii – 3,1%	Instituții rezidențiale – 0,7%	Învățământ superior – 18,5%	
Condițiile de trai	Locuiesc cu ambii părinți – 7,5%		Locuiesc cu bunicii – 9,3%		Locuiesc cu mama vitregă – 1,7%		Locuiesc cu tatăl vitreg – 5,6%	Locuiesc cu rudele – 5%
Locuințe urbane	Case pe pământ – 30,1%		Apartamente – 57,1%		Cămine – 12,8%			
Domiciliul în proprietate	Domiciliul aparține părinților sau tinerilor – 66,1%		Închiriază o cameră sau un apartament – 25%		Domiciliul aparține prietenilor sau rudelor – 5,6%			

Datele obținute în acest studiu ne-au servit drept motiv, argument decisiv și punct de reper în inițierea cercetării noastre.

Pentru a cunoaște situația reală, a determina condițiile și a elabora reperele psihopedagogice ale educației pentru sănătate a liceenilor prin prisma parteneriatului educativ, vom analiza rezultatele obținute de UNICEF privind aspectele de bază investigate și rezultatele obținute de noi în procesul experimentului pedagogic și al studierii literaturii de specialitate.

În contextul dat, ținem să menționăm că copiii și tinerii în vârstă de 10-24 de ani constituie 20% din populația întregii lumi, iar 85% dintre ei locuiesc în țările ce sunt în curs de dezvoltare [25].

Copiii și tinerii în vârstă de 10-24 de ani reprezintă 27% din populația Republicii Moldova. Urbanizarea rapidă, telecomunicațiile, posibilitățile de a călători și migrația oferă tinerilor oportunități noi care, în același timp, implică un șir de riscuri noi. Mulți dintre factorii care contribuie la formarea comportamentului riscant al tinerilor își au originea în mediul lor social cum ar fi: sărăcia, șomajul, investițiile reduse în sectorul social, accesul redus la educație și servicii medicale, precum și calitatea joasă a acestora, migrația sporită, inclusiv traficul de ființe umane, posibilitățile scăzute de a-și continua studiile, de a găsi un serviciu după specialitate și de a petrece timpul liber [20, p.11]. La această tranșantă constatare realizată de autorii și experții studiului asociază și câteva considerații cu privire la specificul/particularitățile psihopedagogice ale vârstei adolescente.

Adolescența, pe lângă multiplele caracteristici date de cercetători, mai reprezintă o perioadă și un proces de trecere a copilului de la pubertate la o etapă nouă care, deși oscilează din punct de vedere al conduitei, între copilărie și maturitate, este o vârstă deosebită, orientată mai mult spre viața adultului. Locul adolescentului în relațiile sociale este mai clar și precis decât al puberului. Adolescența presupune ieșirea individului din *societatea de tip tutelar familial și școlar* și integrarea în generația sa, căpătarea independenței în planul aspirațiilor, ideilor, pe prim-plan trece trebuința de autoinstruire, autodescoperire, autovalorificare și autoimplicare în viața socială [11, 20].

Maturizarea intelectuală și afectivă îl va ajuta pe adolescent să poarte dialoguri cu sine, pentru a se defini atât în raport cu sine, cât și în raport cu alții. Satisfacerea nevoilor de autodeterminare și autoeducare care sunt evidente se datorează maturizării psihice și sociale a adolescentului, conștientizării de către acesta a responsabilităților ce-i revin, implicării directe în alegerile vocaționale, moral-etice și, desigur, opțiunii pentru un anumit mod de viață.

Psihopedagogul francez M. Debesse, analizând adolescența, a evidențiat două funcții centrale ale acesteia: *funcția de adaptare la mediu, de integrare la viața socială și funcția de depășire* care-i va ajuta să facă anumite alegeri pentru viitorul său. Psihologii contemporani [1, 8, 10, 21] adaugă la acestea o a *treia funcție*, și anume, *funcția de definire a personalității*, căci numai definindu-se pe sine ca personalitate, adolescentul se va putea adapta la mediu și se va putea autodepăși [11].

Dacă facem un rezumat al cercetării noastre, ținem să evidențiem trăsăturile și nevoile adolescentului pentru a-l orienta în controlarea sănătății sale și formarea conduitei pro-sănătate, punctând aspectele esențiale de care vom ține cont în cercetare.

Adolescentul devine *foarte personal*, el descoperă valorile materiale și spirituale pe care le însușește și le transfigurează în modele și idealuri de viață, își elaborează sisteme de reprezentări, idei și concepții care depășesc egocentrismul copilăriei, dar încă diferă de cele ale adultului matur și reprezintă punctul de reper în fixarea unei linii personale de conduită, în acord cu ceea ce simte, gândește și vrea. Autodeterminându-se, adolescentul își formează treptat criterii apreciative, valorizatoare, își susține și argumentează punctele de vedere, își formează o poziție a sa. Printre amalgamul de nevoi pe care le percepe adolescentul, *nevoia de originalitate* este cea mai mare, anume ea făcându-l creativ, inventiv, interesant, dar totodată și dificil în unele manifestări sociale.

Prin urmare, trecerea de la tutela și controlul adulților la independență, autocontrol, de la educația propriuzisă la autoeducație, căutarea formelor proprii de realizare și afirmare socială, manifestarea esenței sale creatoare, orientarea spre nou și valorificarea autonomă a timpului liber, manifestarea spiritului de contradicție sau a unei rigidități intelectuale, nevoia de originalitate – reprezintă trăsăturile specifice adolescentului, care în condițiile organizării unor influențe pozitive se vor consolida, luând configurația unei personalități armonioase, axate pe un mod sănătos de viață, și invers, în cazul unui mediu distorsionat și influențelor nocive pot avea un rezultat negativ, dând naștere apariției unui adolescent cu o conduită deviantă, de risc sau chiar delinventă.

Pentru a realiza cât mai eficient experimentul pedagogic, am decis să efectuăm o analiză a situației, adică să observăm care este atitudinea adolescentului față de propria sănătate, ce comportamente, practici pro-sănătate și ce conduite de risc urmează aceștia în Republica Moldova. Datele au fost obținute în urma studiului de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor, definit *Sănătatea și dezvoltarea tinerilor* (2005).

Analiza, compararea și interpretarea datelor acestui studiu ne-au servit drept bază preliminară pentru elaborarea metodicii, strategiei și instrumentarului cercetării noastre. Concomitent cu reliefaarea unor direcții strategice, analiza conținutului și a rezultatelor obținute a contribuit la cunoașterea mediului în care cresc și se dezvoltă adolescenții și dificultățile ce țin de cultivarea unui mod sănătos de viață.

Participanții și experții studiului nominalizat au evidențiat următoarele probleme majore cu care se confruntă adolescenții și tinerii în Republica Moldova:

- sărăcia/lipsa banilor – 52% de subiecți;
- imposibilitatea continuării studiilor din cauza lipsei banilor, vestimentației, rechizitelor școlare (s. de 15-16 ani);
- imposibilitatea încadrării în câmpul muncii și șomajul (19-25 ani);
- neînțelegerea cu părinții și violența în familie (în special „copiii străzii” de 10-14 ani);
- comunicarea cu semenii și integrarea în societate;
- abuzul de alcool, fumatul, drogurile (subiecții școlarizare de la 14 ani – eșantion urban și rural);
- oportunități reduse de agrement/petrecere a timpului liber accesibil (2005).

Majoritatea tinerilor și-au apreciat starea sănătății ca bună (55,7%) și satisfăcătoare (18,9%), excelentă o consideră 8,6% de subiecții, pe când 3,4% o consideră rea, iar 13,3% de subiecți nu știu/nu sunt în stare s-o evalueze.

Tinerii și adolescenții din mediul rural au considerat că au o sănătate excelentă (10,5%), bună (59,2%), satisfăcătoare (11%) în comparație cu cei din zonele urbane (excelentă – 7,3%; bună – 53,2%; satisfăcătoare – 24,7%). Acest lucru se poate explica prin faptul că sunt mai activi, mai căliți, consumă mai puține alimente rafinate și se află într-un mediu mai puțin poluat.

Experții au semnalat un șir de momente importante pentru organizarea și realizarea educației pro-sănătate. Astfel, subiecții de vârstă preadolescentă și-au evaluat mai frecvent sănătatea pozitiv decât adolescenții și tinerii, ceea ce denotă o capacitate mai puțin dezvoltată de evaluare a propriei sănătăți. La adolescenți și tineri se observă o atitudine mai critică și realistă față de sănătatea lor. Fetele au lăsat impresia că sunt mai critice și mai informate decât băieții cu privire la problemele de sănătate.

Rezultatele cercetării acestui aspect nu au indicat existența unei corelații între fumat, consumarea alcoolului, drogurilor și evaluarea stării de sănătate, ceea ce indică faptul că adolescenții/tinerii încă nu sunt conștienți de consecințele negative ale comportamentelor de risc și nu le iau în considerație atunci când își apreciază sănătatea. Opinia adolescenților și tinerilor referitoare la responsabilitatea pentru propria sănătate s-a repartizat în felul următor:

- 62,2% de subiecți consideră că ei sunt responsabili pentru propria sănătate;
- 44,2% consideră că familia lor este responsabilă;
- 36,2% de subiecți consideră că lucrătorii medicali.

Tinerii din zona urbană se simt mai responsabili pentru sănătatea lor (68,7%) față de cei din zona rurală (53,6%). Responsabilitatea personală pentru sănătate crește odată cu vârsta și nivelul culturii. Tinerii din colegii (73,2%) și instituțiile superioare de învățământ (77,2%) sunt mai conștienți și responsabili pentru sănătatea lor.

Practicile tinerilor în caz de boală demonstrează că în sistemul de ocrotire a sănătății există un șir de probleme. Astfel, 52,5% de adolescenți/tineri nu au consultat medicul din mai multe motive printre care:

- consideră că medicii așteaptă numai bani – 60% de subiecți;
- 41% de subiecți cred că medicii sunt insuficient de competenți;
- 7% cred că nu poți avea încredere în medici;
- 6% nu sunt satisfăcuți de comunicarea cu medicul;
- 4% consideră că medicii nu au echipament suficient.

Opiniile date oglindesc necesitatea de a promova servicii de sănătate calitative, accesibile și competente, iar pentru generația în creștere și gratuite, axate pe respectarea deontologiei profesionale, a confidențialității și promovarea culturii medicale prin exemplul propriu la nivelul manifestării comportamentului sănătos. Observațiile noastre și rezultatele studiului realizat de UNICEF demonstrează că și cunoștințele, și practicile tinerilor cu privire la alimentație sunt alarmante. Mai precis, dacă cunoștințe elementare despre o alimentație rațională au circa 57,4% de tineri, apoi practicile alimentare lasă de dorit. Astfel, 1/3 din lotul investigat au relatat că ei consumă produse lactate, carne și fructe doar o dată pe săptămână/sau chiar mai rar; aproximativ 1/4 de subiecți consumă legume o dată pe săptămână sau mai rar; 91,7% de tineri știu că trebuie să consume fructe în fiecare zi, însă doar 42,2% dintre ei au posibilitatea aceasta. Procentul tinerilor, adolescenților și copiilor care se alimentează mai variat și mai adecvat vârstei, la fel, este diferit:

- 56,9% dintre subiecții investigați consumă pește o dată în 2 săptămâni sau mai rar;
- tinerii din localitățile rurale au relatat că ei consumă frecvent fructe, legume, produse lactate;
- 52% de subiecți consumă sare iodată, ceilalți nu știu ce fel de sare consumă;
- 52,9% de tineri au declarat că nu știu ce importanță are iodul pentru sănătatea omului;
- 75,9% de subiecți din zonele urbane și cele rurale au confirmat că se alimentează de 2-3 ori pe zi, iar 2,9% dintre tineri au afirmat că mănâncă o dată pe zi.

Nivelul insuficient de nutriție a fost cel mai frecvent în eșantionul de vârstă mai mare (19-24 de ani), iar băieții au dat dovadă de mai puține cunoștințe și disciplină în ceea ce privește alimentația rațională.

Cunoștințele cu privire la igiena personală sunt mai calitative și constituie 80% din lotul investigat. Practicile respective, însă, sunt ignorate, ceea ce demonstrează lipsa deprinderilor și neseriozitatea tinerilor față de respectarea normelor igienice. În ceea ce privește igiena intimă, 84,1% de subiecți au demonstrat că ei cunosc regulile vizate, însă le respectă sistematic doar 75,8% de subiecți. Un nivel scăzut de cunoștințe și respectarea episodică a practicilor de igienă intimă s-a constatat la băieți, mai cu seamă la cei din zonele rurale și la cei din școlile de meserii/ vârsta de 15-18 ani. Semnificația și înțelegerea reperelor de conținut al modului sănătos de viață (MSV) în opinia adolescenților/tinerilor în distribuție procentuală este următoarea:

- 83,9% de subiecți consideră alimentația rațională drept un component important al MSV;
- 98,3% optează împotriva fumatului;
- 54% optează împotriva folosirii alcoolului;
- 98,4% optează pentru practicarea sportului;
- 77,5% optează pentru respectarea regulilor de igienă;
- 60% consideră că trebuie să respecte regimul zilei;
- 98,9% de subiecți optează împotriva utilizării drogurilor.

După cum observăm din datele expuse mai sus, tinerii cunosc ce înseamnă mod sănătos de viață, sunt conștienți de importanța respectării acestuia, însă ne pune în gardă atitudinea lejeră față de folosirea alcoolului, ceea ce presupunem că vine din tradiția națională de consumare a vinului. Sursele de informare a adolescenților/tinerilor privind modul sănătos de viață au fost ierarhizate în felul următor:

- 86,9% au indicat că i-au inițiat părinții;
- 72,4% au indicat mass-media (TV, radio, Internet, reviste, ziare);
- 44,7% subiecți au indicat școala;
- 40,6% au aflat de la medici.

Interesant și foarte valoros pentru cercetarea noastră este faptul că grupurile de vârstă mai mici (10-16 ani) au manifestat o preferință mai pronunțată pentru obținerea informațiilor în cadrul școlar. Tinerii din zonele urbane sunt predispuși mai mult să capete informații despre sănătate din mass-media, cărți (38,1%) față de cei din zonele rurale (29%), dar, în schimb 50,4% dintre subiecții vizați au exprimat preferința de a fi informați de către părinți, în comparație cu cei din zonele urbane (31,2%).

Deși în ultimii 10-12 ani unele elemente de educație pentru sănătate au fost incluse la toate nivelurile de învățământ, începând cu cel preșcolar, acestea de regulă sunt predate la cursurile opționale, module și teme în cadrul altor discipline de studiu sau a unor activități extracurriculare.

În cadrul sondajului au fost colectate opțiuni despre subiectele de sănătate care prezintă interes pentru adolescenți/tineri. Anticipând lucrurile, menționăm că de aceste rezultate și opțiunile eșantionului nostru am ținut cont la elaborarea curriculumurilor opționale și nonformale pentru adolescenți și părinți. Astfel, cele mai solicitate subiecte au fost: drepturile omului (21,7%); prevenirea infecțiilor sexual-transmisibile și HIV/SIDA (16%); aspecte axate pe relațiile dintre sexe, sexualitatea și sexul protejat (15,6%), igiena personală (15,1%); dezvoltarea personalității (12%); relațiile interpersonale, comunicarea (8,7%); consumul de droguri, alcool, fumatul (2,6%). Se observă anumite diferențe în opțiunile tinerilor din zonele rurale, aceștia preferând subiectele ce țin de igiena personală (22,2%), prevenirea infecțiilor sexual-transmisibile (17,8%), alimentația rațională (9,2%), iar cei din zonele urbane optau pentru subiectele legate de dezvoltarea personalității (15,8%), relațiile interpersonale (15,8%) și sexualitate (17,1%).

Ne miră faptul că tinerii n-au manifestat interes pentru subiecte axate pe elucidarea problemelor legate de reproducere, planificarea și crearea familiei, contracepție, tehnici concrete de combatere a deprinderilor nocive.

Conform studiului realizat la inițiativa UNICEF, practic în toate localitățile sunt instituții medicale (100%) și de învățământ (99,1%). Mai sunt răspândite barurile și cafenelele (92,1%), însă acestea nu promovează conduitele sănătoase, ca de exemplu: sala în care nu se fumează sau sala în care nu se folosește alcool. Spre regret, serviciile de consiliere/consultații psihosociale sunt puține (24,5%), centre/cabinete de planificare a familiei, la fel, sunt puține (28,5%). Sigur, este evident decalajul în ceea ce privește accesul adolescenților/tinerilor din mediul rural la serviciile medicale, psihosociale, juridice. Astfel, prezența serviciilor de consiliere în mediul rural constituie 9,1% și 35,7% – în mediul urban; de planificare a familiei în mediul rural – 8%, pe când în cel urban – 44%. Sunt în stare, adică au posibilități financiare să frecventeze Internet-cafe în mediul rural 23% și 74% de tineri din oraș. Numai în 20% de localități rurale sunt centre pentru tineret, pe când în zonele urbane prezența acestora a fost relatată de 42,2% de tineri.

Atât adolescenții, cât și tinerii au optat pentru a avea mai multe centre de tineret, cluburi sportive, secții de fitness, cultură fizică accesibile. De asemenea, a fost expusă propunerea de a amenaja mai multe localuri de agrement pentru petrecerea timpului liber: discotecă, variate cercuri, cluburi pe interese. În localitățile rurale au optat pentru case de cultură, cluburi, cercuri de sport, de dans etc. Serviciile utilizate de adolescenți/tineri mai frecvent s-au dovedit a fi barurile (75,8%), secțiile de sport (46,9%), instituția medicală (73,2%), Internet-cafe (39,3%).

Aprecierea valorilor prioritare de către adolescenți/tineri ne-au bucurat mult. În general, au fost ierarhizate valorile în felul următor:

I. Viața de familie fericită; sănătatea.

II. Prieteni buni și loiali, situație financiară stabilă; dragoste.

III. Cunoștințe; libertate.

IV. Viață interesantă; încredere în sine; creativitate; frumusețea naturii și a artei; activitate interesantă.

Un alt aspect important al modului sănătos de viață – cunoștințele adolescenților/tinerilor despre violență, răspândirea și preîntâmpinarea agresiunii fizice și a violenței sexuale – reprezintă o mare problemă socială ce necesită aplicarea unor politici consecvente de tip juridic, economic, politic și psihopedagogic.

Studiul realizat a demonstrat că adolescenții confundă noțiunea de violență cu abuzul sexual (79,2%) și agresiunea fizică (78,9%). Aproximativ 30% de subiecți au asociat violența cu amenințările verbale; 15,4% – cu distrugerea bunurilor materiale și doar 7,5% au definit-o mai precis. 16,2% de adolescenți din zonele rurale și 17% dintre subiecții din zonele urbane/vârsta de 10-14 ani, nu cunosc și nu pot explica acest fenomen. Îngrijorător este faptul că 78,3% de respondenți au relatat că ei cunosc persoane care au fost victime ale violenței fizice. Majoritatea cazurilor de violență (58,6%) care au fost relatate de adolescenți au avut loc la club/discotecă, 56,9% – în stradă, 48,2% – în instituția de învățământ. Violența era manifestată atât din partea colegilor (31,2%), cât și din partea profesorilor (17%).

Alarmant este și faptul că 19,9% de tineri au menționat violența la domiciliu, 19,2% – în mijloacele de transport public, iar 15,4% – în piață.

Violența în familie a fost menționată de 23,6% de tineri/adolescenți din zonele urbane și 15,1% de subiecți din zonele rurale. Se observă abuzul fizic mai des față de tinerii ce locuiesc în cămine (37,9%). Abuzul sexual a fost relatat de tinerii din zonele urbane și rurale în proporție egală. În total 38,3% dintre respondenți au arătat că cunosc persoane ce au fost supuse violenței sexuale. Fetele care cunosc persoane ce au fost abuzate sexual au fost mai numeroase (27%), probabil că fenomenul vizat este mai răspândit printre fete.

Ceea ce considerăm foarte grav, este faptul că adolescenții practic n-au putut răspunde la întrebarea *cum ar trebui să evite violența și abuzul sexual*. Doar tinerii după 20 de ani au fost mai siguri pe sine și au identificat niște condiții de preîntâmpinare ale acestor fenomene negative, care, de fapt, demonstrează că societatea are foarte multe de realizat pentru ca drepturile omului/copilului să fie respectate în realitate de membrii societății.

Consumul de alcool, substanțe toxice, droguri, fumatul reprezintă un comportament riscant, nociv, care poate fi asociat cu variate accidente, traumatisme, probleme ale sănătății fizice și mintale, infecții sexual-transmisibile, HIV/SIDA, hepatită „C” etc. În virtutea faptului că fumatul, consumul de alcool, droguri devin vicii sociale, vom face o comparație a datelor studiului realizat în 2005 [20] cu datele obținute de noi, deoarece acestea sunt mai recente. Conform datelor OMS, aproximativ 70% dintre decesele premature printre adulți sunt cauzate de comportamente riscante în adolescență, cum ar fi fumatul, consumul de alcool, droguri, sex neprotejat. După cum a arătat studiul nominalizat, situația în Republica Moldova la acest capitol este



alarmantă, astfel 82,1% de subiecți au raportat că cel puțin unul dintre prietenii lor fumează; cei din zonele urbane (87,7%) au prieteni ce fumează în comparație cu 74,4% din zonele rurale.

Cu toate că 98,7% de tineri sunt conștienți de faptul că fumatul dăunează sănătății, iar modul sănătos de viață nu presupune fumatul, totodată, nu renunță la acest obicei periculos.

Răspândirea fumatului crește odată cu vârsta: 3,4% de copii de 10-14 ani fumează; 14,3% de adolescenți de 15-18 ani fumează și 24,6% de tineri între 19-24 de ani, la fel fumează.

Opiniile adolescenților/tinerilor cu privire la motivele care îi fac să fumeze sunt variate, dar cele mai frecvent întâlnite sunt:

- pentru a arată ca un adult – 48,3%;
- pentru a se calma – 46,6%;
- pentru a părea mai modern – 43%;
- pentru a se afirma printre semenii – 39,8%;
- pentru că sunt dependenți de fumat – 26,1%.

Pe lângă motivele indicate, în sondaj au mai fost selectate și altele, ca de exemplu: relaxarea, pentru distracție, influența părinților și prietenilor, însoțește consumul alcoolului, influența mediului social, plictiseala, curiozitatea, pentru a-i impresiona pe ceilalți, lipsa de informații despre consecințe.

În acest context, 94,5% de tineri consideră fumatul dăunător sănătății și dezvoltării lor; 4% nu știu dacă este dăunător și doar 1,5% nu cred că fumatul este dăunător.

A fost investigată atitudinea față de tinerii care fumează din partea părinților, profesorilor, semenilor și, desigur, cea personală. Astfel, atitudinea negativă personală față de tinerii ce fumează este stabilită la 69,3% de subiecți, atitudine negativă față de fumători la semenii au încă 62,4% de tineri. Atitudine negativă față de tinerii ce fumează au 61,5% de profesori și 87,9% de părinți.

Datele acumulate și prezentate demonstrează că în societate nu-i formată o atitudine negativă față de fumători și față de modul de viață fără țigări.

Evidentă și foarte dăunătoare este legătura dintre fumat și consumarea băuturilor alcoolice. Tinerii fumători consumă alcool de 1,3 ori mai frecvent decât nefumătorii, datele fiind repartizate astfel: 98,2% pentru zona urbană și 74,2% pentru zona rurală. S-a stabilit că fumatul și consumul de alcool încep la aceeași vârstă, de regulă, la 15-18 ani. Studiul, apoi și experimentul nostru de constatare a arătat că dacă adolescenții au început a fuma la o vârstă mai mică de 10 ani, au început, de asemenea, să consume și băuturi alcoolice. Printre motive figurează următoarele:

- pentru a se relaxa – 42%;
- pentru a uita de probleme – 54,4%;
- urmează exemplul prietenilor – 39,8%;
- pentru a fi curajoși – 32,9%;
- respectă tradiția familială – 31,8%;
- pentru a arăta ca un adult – 31,3%;
- pentru a se afirma printre semenii – 29,5%;
- pentru a părea mai moderni – 21,2%;
- dependența de alcool – 19,9%.

Desigur, motivele de a consuma alcool au fost diferite în funcție de vârsta respondenților. Cei care au 15-18 ani mai des au invocat motivul ce ține de *urmarea exemplului prietenilor* (42,9%), cei care au 10-14 ani cel mai des au invocat motivele: pentru a arăta ca un adult (38,6%); pentru a părea modern (25,5%).

Tinerii din zonele urbane mai des decât cei din zonele rurale au afirmat că ei consumă băuturi alcoolice *pentru a se calma* (49,6% versus 31,5%); *pentru a se afirma printre semenii* (32% versus 26%) și *pentru a fi curajoși* (38,8% versus 24,8%).

Pentru a înțelege atitudinea societății față de cei ce consumă băuturi alcoolice, tinerii chestionați au fost rugați să-și exprime atitudinea personală și să redea atitudinea semenilor lor, a profesorilor și a părinților. În total au avut o atitudine personală negativă 71,5% dintre respondenți. 89,3% din subiecți au menționat că părinții au o atitudine negativă față de persoanele care consumă alcool și 69,8% de profesori, la fel, au o atitudine negativă. Cel mai alarmant moment al acestui sondaj este că mulți tineri (62,3%) sunt indiferenți față de semenii lor care consumă băuturi alcoolice.

Interesante și, totodată, alarmante sunt opiniile adolescenților și tinerilor, participanți la activitățile speciale a focus-grupurilor, privind problema vizată. Aceștia au atitudine pozitivă față de alcool, justificând-o prin faptul că alcoolul are efecte pozitive, ca de exemplu creșterea puterii fizice; efecte curative; îmbunătățește pofta de mâncare. Opiniile cu privire la cantitățile admisibile de alcool au fost indicate în limitele de la 2-3 pahare pe zi până la 2-3 litri [20, p.45].

Considerăm îmbucurător și mobilizator pentru formarea unui mod sănătos de viață faptul că adolescenții și tinerii care discută cu părinții, profesorii problemele consumului de alcool mai des au o atitudine negativă față de alcool și consumatorii de alcool (79,3%).

Una dintre cele mai actuale probleme, utilizarea drogurilor de către mulți tineri, a fost în centrul atenției autorilor proiectului și executorilor studiului *Sănătatea și dezvoltarea tinerilor* (2005).

La întrebarea *care este cel mai răspândit drog în Moldova*, adolescenții/tinerii au răspuns astfel: cânepa (14,6%), marijuana (4,7%), macul/opiumul (2,8%), cocaina (1,3%).

Tinerii din zonele urbane sunt mai informați (81,5%) decât cei din zonele rurale (71%) privind tipurile de droguri. Băieții sunt mai informați decât fetele. Dintre subiecții investigați au răspuns că *nu știu care este cel mai răspândit drog* 65% de băieți și 82,7% de fete.

Tinerii cu comportamente nocive au putut identifica cel mai răspândit drog în Moldova: 54,5% dintre fumători, 42% dintre cei care consumă băuturi alcoolice în fiecare zi și 87,4% dintre cei care consumă droguri 1-2- ori pe lună [20, p.47].

Cu cât mai mare a fost vârsta respondenților, cu atât mai bine tinerii au putut identifica cel mai răspândit drog (de la 12,2% la vârsta de 10-14 ani, la 26,5% la 15-18 ani și 47% la vârsta de 19-24 ani). Ne-a trezit interes și credem că persoanele care conduc statul trebuie să cunoască un moment important: tinerii șomeri, copiii străzii posedă cunoștințe vaste despre varietatea și nivelul de utilizare a drogurilor. Participanții focus-grupurilor din zonele urbane au menționat cocaina, marijuana și opiumul, iar cei din zonele rurale consideră că cele mai frecvent utilizate sunt macul și cânepa.

Tinerilor din zonele urbane li s-au propus să utilizeze droguri de 3,7 ori mai des decât celor din zonele rurale, iar băieților de 3,5 ori mai frecvent decât fetelor. Fumătorii și consumatorii de alcool au relatat că li s-au propus droguri, la primii 55,4% și 47,7%, la cei ce nu folosesc băuturi alcoolice, de 16 ori mai rar li s-a propus utilizarea drogurilor.

Locurile unde au fost oferite drogurile sunt: discotecile/barurile (49,6%), în stradă (39%), la școală (17,9%), acasă (12,3%) și alte locuri (9,4%).

În general, 5,3% dintre respondenți (169 s.) au recunoscut că au experiență de utilizare a drogurilor. Ne par foarte importante pentru efectuarea investigației noastre motivele utilizării drogurilor, care au fost identificate în cadrul proiectului respectiv.

Ierarhizarea acestora este următoarea:

- pentru a încerca senzațiile – 56,3%;
- dependența de droguri – 46,5%;
- urmează exemplul prietenilor – 42,1%;
- pentru a se relaxa – 42%;
- pentru a uita de probleme – 39,3%;
- au fost impuși – 26%;
- pentru a părea mai moderni – 19,5%;
- pentru a fi mai curajoși – 18,9%;
- pentru a se afirma printre semenii – 18,7%;
- e mișto – 6,9%;
- nu știu – 16,4%.

În baza studiului efectuat, 72,5% din tineri sunt conștienți de dauna consumului de droguri, deoarece acesta a fost motivul principal de a renunța la folosirea lor. 68% au renunțat la consumul de droguri din motivul că nu le-a plăcut; 12,7% sub influența prietenului; 2,4% – e prea scump; 2,3% – au fost convinși de către părinți; 1,7% – din frica că va fi arestat și 0,5% – au fost convinși să renunțe la droguri de către profesori [20, p.49].

O atitudine negativă față de tinerii care consumă droguri au 90,7% de adolescenți/tineri care nu utilizează droguri și doar 53% dintre cei care consumă droguri au o atitudine negativă față de acest fenomen.

Aspectul sănătății reproducerii și comportamentul sexual printre tineri a fost cercetat în cadrul proiectului dat foarte minuțios. S-a pus accent pe vârsta de informare, sursele, atitudinea tinerilor față de educația sexuală în școală, comportamentul sexual riscant, crearea și planificarea familiei, începutul experienței sexuale, metode de contracepție, infecțiile sexual-transmisibile, HIV/SIDA etc.

Rezultatele obținute au demonstrat că unul dintre cele mai vulnerabile aspecte atât din punctul de vedere al posesiei anumitelor cunoștințe, cât și al utilizării practicilor/conduitelor pro-sănătate este reproducerea și profilaxia maladiilor sexual-transmisibile.

*În continuare vom prezenta rezultatele experimentului preliminar efectuat de noi în câteva instituții de învățământ din mun. Chișinău/clasele de liceu.*

Eșantionul a fost unul stratificat, compus din clasele a X-a, a XI-a (3) și a XII-a (2), în total 210 subiecți de 16-19 ani.

Experimentul preliminar ne-a ajutat să stabilim următoarele:

- 62% au identificat componentele de bază ale sănătății;
- 50% au numit factorii ce influențează sănătatea omului;
- 64% au identificat corect condițiile unui mod sănătos de viață;
- 64,7% au făcut o caracteristică succintă a stării de sănătate;
- 81% de adolescenți discută cu mama despre starea sănătății; 33% – cu tata; 21% – cu prietenul; 37% – cu dirigințele;
- 72,3% de adolescenți sunt conștienți că fumatul, consumul de alcool, a drogurilor, relațiile sexuale întâmplătoare sunt practici negative, de risc;
- la 43,3% de adolescenți în familie se respectă un regim de viață relativ stabil; la 45,6% se respectă somnul 7-8 ore; alimentația rațională se respectă la 62% de adolescenți; igiena personală se respectă în familie la 51% de adolescenți;
- 37,6% de adolescenți consideră că părinții le încurcă să respecte un mod sănătos de viață, 44,5% de adolescenți consideră că prietenii, 31,4% – școala;
- 37,4% de adolescenți au elaborat un plan simplu de acțiuni pentru a-și îmbunătăți sănătatea, în care adolescenții s-au axat mai mult pe respectarea regulilor de igienă personală; pe practicarea sportului – 36,5%, 23,4% de adolescenți și-au planificat să renunțe la fumat;
- 19,6% de adolescenți au decis să nu se implice în consumul drogurilor, iar 26,8% – să nu folosească alcool.

După cum se observă, în esență adolescenții de 16-19 ani cunosc destul de bine aspectele generale, componentele sănătății de care cel mai mult le vorbesc adulții/părinții și pedagogii.

Spre regret, nici un adolescent n-a indicat alte tipuri de excese și conduite de risc. Se confundă cultura fizică cu sportul, nu se abordează problema hipodinamiei, anorexiei sau obezitității, a consumului corect de apă, a conduitelor axate pe profilaxia bolilor etc.

Discuțiile cu adolescenții pe care le-am desfășurat în grupuri a câte 12-17 persoane au arătat că adolescenții din cl. XI-XII sunt conștienți de faptul că ar trebui să depună eforturi morale, intelectuale, fizice pentru a-și îmbunătăți sănătatea, dar 74% dintre ei consideră că au încă mult timp înainte și vor reuși.

Pentru a observa mai clar dinamica schimbărilor în atitudinile și comportamentele adolescenților, experimentul pedagogic l-am desfășurat pe un eșantion de tipul *înainte și după*, tehnica cercetării before-and-After-Method. Eșantionul a fost constituit din 110 s., elevi ai cl. X și părinții acestora. În continuare vom prezenta sinteza rezultatelor studiului de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor adolescenților/proiectul *Sănătatea și dezvoltarea tinerilor* (2005), experimentului preliminar și al celui de constatare, efectuat de noi.

Situația generală privind sănătatea și conduitele pro-sănătate a adolescenților este următoarea:

- Internetul, urbanizarea rapidă, posibilitățile de a călători, migrația oferă adolescenților oportunități noi de dezvoltare, însă, în același timp, implică riscuri noi;
- mulți factori ce provoacă comportamente nocive/riscante la adolescenți își au originea în condițiile nefavorabile și mediul social: șomajul sau plecarea părinților peste hotarele țării la muncă pe o durată mare; accesul redus la servicii medicale de calitate; oportunități scăzute/reduse de educație eficientă privind cultivarea modului sănătos de viață: lipsa unor activități accesibile și interesante de tipul taberelor sportive/creative, de sănătate, a proiectelor respective etc.;

- nivelul ridicat al infecțiilor sexual-transmisibile (IST), inclusiv HIV/SIDA. Numai în perioada 1987-2002 în republică au fost diagnosticate cu HIV 1.688 de persoane, 16% dintre aceștia fiind tineri; 18% dintre cazurile de IST, cum ar fi sifilisul și gonoreea, sunt înregistrate în grupul de vârstă 15-19 ani, ceea ce indică practicarea sexului neprotejat și un risc mai mare de îmbolnăvire cu HIV [25];
- a crescut rata sarcinilor la adolescente și constituie 14% din numărul total de sarcini (rata medie în Europa este de 7%), iar rata avorturilor este de aproximativ 11%. Numărul de nașteri a crescut de la 11,1% în 1989 până la 16,9% în 2000. Conform datelor *Studiului sănătății reproductive* (Șerbănescu, 1997), 67,5% de fete necăsătorite din R. Moldova nu au folosit nici un fel de contracepții în timpul primului raport sexual și doar 8,3% au relatat că au folosit prezervative;
- consumul de droguri și alcool printre tineri și adolescenți în ultimii 10 ani în republică a crescut, iar vârsta primei experiențe de consumare continuă să se micșoreze. 20% de persoane care consumă droguri sunt studenți;
- în 2002, 87,3% dintre toți consumatorii de droguri aveau o vârstă mai mică de 25 ani;
- în ianuarie 1999 au fost înregistrați 521 adolescenți dependenți de alcool (Situția copiilor și a familiei în Republica Moldova. Evaluare și analiză, UNICEF, 2000-2001);
- numărul infractorilor minori înregistrați în R.Moldova cu vârsta de 14-17 ani, începând cu 1997, a crescut cu aproximativ 40%;
- proporția copiilor care frecventează școala primară și medie a scăzut de la 95% în 1989 până la 76% în 2000 (Proiectul MONEE);
- conform datelor Ministerului Educației, în fiecare an aproximativ 18.000 de elevi, care absolvec școala medie, nu-și continuă studiile;
- instituțiile de învățământ din republică nu sunt axate pe promovarea sistematică a modului sănătos de viață, activitățile respective sunt episodice și neinteresante;
- nu se valorifică potențialul parteneriatului familie-școală-comunitate cu privire la promovarea conduitei pro-sănătate;
- conținutul curriculumurilor la disciplinele din gimnaziu și liceu rămân axate pe asimilarea cunoștințelor din domeniile: limbă și literatură, matematică, istorie, geografie etc. Insuficient se valorifică aspectele ce țin de fortificarea sănătății (care se pot realiza la orice disciplină);
- cadrele didactice care predau biologia, educația fizică nu au o pregătire suficientă pentru a promova sistematic și argumentat conduitele pro-sănătate;
- se simte insuficiența de literatură accesibilă în domeniul vizat și o atitudine inconsecventă a adulților, care se poate defini ca lipsa responsabilității: părinții consideră că *școala trebuie să-i învețe, iar aceasta se bazează pe ideea că familia trebuie să aibă grijă de sănătatea copiilor lor*;
- experimentul preliminar și cel de constatare ne-a permis să stabilim că parteneriatul școală-familie trebuie să capete un conținut mai variat și consecvent în privința implicării mai multor actori, care au implicații directe asupra fortificării sănătății adolescenților și promovării conduitei pro-sănătate (medici, sportivi, antrenori etc.);
- se observă că proporțional vârstei crește și interesul pentru cunoștințele și competențele pro-sănătate, dar se intensifică, totodată, și comportamentele de risc (fumat, consumul băuturilor alcoolice, drogurilor, sex neprotejat etc.);
- cele mai interesante și active în formarea modului sănătos de viață sunt în cadrul familiei – mama; în instituțiile de învățământ – diriginții și administrația;
- adolescenții reprezintă contingentul cel mai activ și creativ de elevi din liceu, care sunt orientați și capabili să se implice în activitățile de cultură fizică desfășurate în afara propriei instituții, preferând turismul, competițiile sportive, antrenamentele la fitness-cluburi etc.;
- adolescenții sunt înclinați să participe la proiecte interesante, iar marea majoritate dintre ei (97,7%) conștientizează necesitatea depunerii unui efort sistematic în fortificarea sănătății, plasând-o ca valoare și fenomen social pe primul loc.

**Referințe:**

1. Allport G. Structura și dezvoltarea personalității. - București, 1981.
2. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Prentice Hall. Englewood Cliffe. - New Jersey, 1986.
3. Bajag M., Fondafan L., Frank K. Model de ghid pentru profesorii de educație pentru sănătate. - Chișinău: Ed. Corpul Păcii SUA în R. Moldova, 2001.
4. Boian Ion, Șipilov Svetlana. Educația fizică și metodică predării ei la cl.I. - Chișinău, 1996.
5. Borundel C. Manual de medicină internă pentru cadrele medicale. - Iași: Ed. Viața și sănătatea, 2000.
6. Borundel C. Tablete de stil de viață. - Iași: Ed. Viața și sănătatea, 2000. - 234 p.
7. Căligăru D. Dreptul la educație și sănătate. Seminarul național de educație pentru sănătate, 2003.
8. Cosmovici A. Psihologia școlară. - Iași: Polirom, 1999.
9. Cucoș C. Pedagogie. - Iași: Polirom, 2006.
10. Cuznețov L. Tratat de educație pentru familie. Pedagogia familiei. - Chișinău: CEP USM, 2008.
11. Debesse M. Psihologia copilului. - București, 1970.
12. Dragomir P., Scarlat E. Educația fizică școlară, repere noi – mutații necesare. - București: Ed. Didactică și Pedagogică, 2004.
13. Laplanche I., Pontalis J. Dicționar de psihanaliză. - București: Ed. Humanitas, 1994. - 234 p.
14. Leventhal H., Leventhal E.A., Scaffer P. Vigilant Coping and Health Behaviour: A. Lifespan Problem; State University of New Jersey, Rutgers. - New Jersey, 1989.
15. Manual de educație pentru sănătate. Fundația Soros (Shapiro S., Flaherty-Zonis C.). Design and Print Idea. - Cluj.
16. Marks D.F., Myrrey M., Evans B., Willig C. Health Psychology (theory, Research and Practice), sage Publication. - London, 2000.
17. Matarazzo J., Weiss S. Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and.
18. Râșcanu R. Psihologia sănătății: de la credințe și explicații la sisteme de promovare a ei // Psihologia la răspântia milenilor / coord. M. Zlate. - Iași: Polirom, 2001.
19. Sarafino E.P. Health Psychology. Biopsychosocial interaction. N.Y.J. Ogden. Health Psychology. Buckingham-Philadelphia, 1998.
20. Sănătatea și dezvoltarea tinerilor. Studiu de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor tinerilor. UNICEF – Asociația „Sănătate pentru tineri”, 2005. - 151 p.
21. Бехтерев В.М. Избранные труды по психологии личности, т.2 // Личность и условия ее развития и здоровья / Под ред. Никифоровой Г.С. - Санкт-Петербург, 1999.

**Bibliografie:**

1. Bivolaru G. Alimentația și terapia naturistă cu cereale. - București: Ed. Dakini, 2001.
2. Borundel C. Rețete pentru familia noastră. - Iași: Ed. Viața și sănătatea, 2000. - 144 p.
3. Brega V.M., Grimalski I. Bazele dirijării procesului instructiv-educativ și de antrenament la educația fizică. - Chișinău, 1995.
4. Cristea S. Fundamentele științelor educației. Teoria generală a educației. - Chișinău, 2003.
5. Cuznețov L. Dimensiuni psihopedagogice și etice ale parteneriatului educațional. - Chișinău, 2002.

*Prezentat la 30.10.2009*