



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Proiect cofinanțat din Programul Operațional Capital Uman 2014-2020

Axa prioritară: Incluziunea socială și combaterea sărăciei

Operațiunea: Îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sectorul medical

Titlu: „Optimizarea prevenției și tratamentului Hepatitelor cronice B și C prin creșterea competențelor personalului medical din România”

Contract: POCU 91/4/8/106781

SA 1.3.1.

MODUL ON-LINE

ROLUL SUPORTULUI SOCIAL ȘI AL AUTOEFICACITĂȚII PERCEPUTE ÎN CREȘTEREA CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENȚII CU HEPATITE B ȘI C

Autori: Psiholog clinician și psihoterapeut Georgescu-Ilea Domnița Adriana, Medic specialist psihiatru, psihoterapeut Colcear Doina

Multe persoane trăiesc cu afecțiuni cronice care duc la apariția unor probleme psihosociale, pun în pericol identitatea pacienților prin faptul că aceștia sunt nevoiți să își schimbe rolurile și stilul de viață, și îi împiedică pe pacienți să aibă singuri grijă de îndeplinirea propriilor nevoi. Prin urmare, pacienții cu boli cronice au nevoie de servicii de îngrijire și suport social extins pentru a face față bolilor lor și a le asigura o calitate a vieții cât mai ridicată în condițiile afecțiunii cronice. Conceptul de calitate a vieții în legătură cu starea de sănătate, implică mai multe dimensiuni: sănătatea fizică, emoțională și socială. După cum se poate observa, conceptul este în strânsă legătură cu experiențele pacienților, dar și cu sistemul lor de credințe și valori format în context social. O boală cronică precum hepatita provoacă disconfort și durere nu doar pacientului, ci diagnosticul are impact și la nivelul familiei, al sistemului de îngrijire medicală și al societății. De aceea, o abordare multidisciplinară, un mediu suportiv și o echipă medicală care nu îi judecă – de toate acestea au nevoie pacienții hepatici atunci când încep tratamentul bolii cronice.

Calitatea vieții este afectată de o serie de factori care sunt împărțiți în: factori asociați bolii (simptome fizice) și factori care nu au legătură cu boala (simptome și realități sociale și psihiatrice) (Heidarzadeh, 2007). Astfel, doi pacienți cu hepatită cronică pot avea simptome fizice de aceeași intensitate și tratament similar, dar unul poate avea un loc de muncă stabil, o

1



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

relație apropiată cu familială și o viață socială activă, pe când celălalt poate fi un șomer, fără familie și cu simptome depresive severe. De aceea, atunci când vorbim de calitatea vieții pacienților, trebuie să ținem cont și de factori externi bolii, iar suportul social și autoeficacitatea percepută a pacientului au un impact semnificativ asupra recuperării și aderenței la tratament.

Suportul social și abordările teoretice

Suportul social se referă la o serie de procese interpersonale prin care un individ oferă susținere emoțională altei persoane, discută problemele cu care aceasta se confruntă, îi acordă sfaturi, îi pune la dispoziție bunuri materiale sau servicii și îl face să se simtă parte integrantă dintr-o rețea socială (Tang, 2009). Suportul social și psihologic oferit de familie și de cei apropiați este foarte important, cu efecte pozitive asupra psihicului și recuperării din boală a pacientului (Vermaas, 2010). O definiție timpurie a suportului social face referire la diferite forme de ajutor și asistență oferite de membrii familiei, prieteni, vecini și alte persoane apropiate și are la bază o multitudine de interacțiuni care au un impact pozitiv asupra stării de bine subiective a pacientului (Thomas, 2010).

Lakey și Cohen susțin că există trei perspective teoretice importante ale suportului social: (1) perspectiva stresului și a copingului, (2) perspectiva construcționistului social și (3) perspectiva relațională. Pe scurt, perspectiva stresului și a copingului susține că suportul social contribuie la starea de sănătate a pacienților deoarece îi protejează de efectele adverse ale stresului. Perspectiva construcționistă, pe de altă parte, aduce în discuție faptul că suportul social influențează în mod direct sănătatea prin promovarea stimei de sine și a auto-reglării, indiferent de prezența sau de absența stresului. Ultima perspectivă, cea relațională, susține că efectele suportului social asupra sănătății nu pot fi separate de procesele relaționale, cum ar fi apropierea, intimitatea și conflictul social scăzut.

Perspectiva stresului și a copingului

2



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Cea mai influentă perspectivă teoretică pleacă de la prezumția că suportul social reduce efectele evenimentelor de viață stresante asupra sănătății prin:

- (1) acțiunile de susținere din partea celor apropiați – acestea îmbunătățesc autoeficacitatea percepută a pacienților și credința că pot face față evenimentului stresant cu care se confruntă, în cazul de față boala cronică;
- (2) credința pacientului că sprijinul de care are nevoie este disponibil – acestea îl fac pe pacient să evalueze situațiile cu care se confruntă ca fiind mai puțin amenințătoare și, prin urmare, mai puțin stresante.

Ipoteza că sprijinul social va fi eficient în promovarea strategiilor de coping adaptative și în reducerea efectelor stresorilor, este adevărată în măsura în care forma de susținere oferită de persoana sau de grupul de suport corespunde cerințelor pe care individul le are ca urmare a acțiunii stresorului. De exemplu, un pacient cu diagnostic de hepatită poate percepe acest suport în contextul în care, în momentul în care îi informează pe cei apropiați despre diagnosticul lui, aceștia nu îl judecă din cauza modului în care a contactat boala și nu îl izolează de teamă de a nu se infecta ci, mai degrabă, doresc să afle informații despre cursul bolii hepatice și care sunt căile de transmitere.

Pe de altă parte, sprijinul social poate proteja persoanele împotriva efectelor adverse ale factorilor de stres, determinându-le să interpreteze situațiile stresante mai puțin negativ. Conform teoriei lui Lazarus și a colegilor, modul în care oamenii interpretează și apreciază situațiile cu care se confruntă este foarte important în determinarea nivelului de stres perceput al unui eveniment (Lazarus și Folkman, 1984). Există două tipuri de aprecieri:

- (1) primară – evaluările inițiale care determină dacă evenimentul reprezintă o amenințare ("*Mă confrunt cu probleme?*");
- (2) secundară - implică evaluări ale resurselor personale și sociale disponibile pentru a face față evenimentului, mai precis autoeficacitatea percepută a pacientului hepatic ("*Ce pot face în legătură cu aceasta?*").



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Astfel, credința că sprijinul social este disponibil reduce efectele stresului și contribuie la aprecieri mai puțin negative. De exemplu: să luăm în considerare cazul unei persoane care a primit diagnosticul de hepatită B sau C. O apreciere primară amenințătoare ar putea fi „Nu voi mai fi niciodată o persoană sănătoasă”. O apreciere secundară negativă ar putea fi „Nu voi putea să mă descurc singură”. Cu toate acestea, dacă persoana crede că este înconjurată de un grup de oameni iubitori și de ajutor, aceste aprecieri ar putea fi mai puțin amenințătoare. Evaluarea principală ar putea fi modificată în „Mi-am pierdut sănătatea, dar sunt mulți oameni dragi alături de mine care sunt gata să mă susțină pe toată perioada lupei cu boala.”, iar evaluarea secundară ar putea fi modificată în „Chiar dacă nu voi fi la fel de independentă ca înainte, pot conta pe alții pentru a mă ajuta cu cumpărăturile și întreținerea locuinței”. Scopul acestor reevaluări este acela de a reduce reacțiile emoționale negative puternice.

Perspectiva construcționistului social

Teoria construcționistă aduce completări și noi perspective teoriei stresului și copingului. Ea pornește de la definirea construcțiilor sociale care se referă la asumția că percepțiile oamenilor despre lume nu reflectă realitatea finală și obiectivă, ci că ei își construiesc teorii și concepte despre lume care reflectă contextul lor social (Dewey, 1997). Cu toate acestea, deoarece nu există adesea un consens social clar, există diferențe importante între indivizi asupra modului în care interpretează lumea. Ce înseamnă acest lucru? În primul rând, că nu poate exista un consens clar între indivizi cu privire la ceea ce constituie comportamente de susținere socială. În al doilea rând, că sinele și lumea socială (inclusiv suportul social) sunt indisolubil legate. Cu alte cuvinte, experiența și percepția „sinelui” este în mare măsură o reflectare a modului în care individul este evaluat de ceilalți.

O abordare mai modernă a construcționismului social este prin intermediul teoriei cogniției sociale (Barone, Maddux, Snyder, 1997) care, aplicată suportului social, se referă la percepția sprijinului de către pacient: odată ce persoana dezvoltă credințe stabile referitoare la susținerea pe care o primește din partea celorlalți, orice acțiuni sau gânduri ulterioare sunt



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

adaptate astfel încât să se potrivească cu aceste credințe preexistente. Prin urmare, cei cu niveluri ridicate de suport social, comparativ cu cei cu niveluri scăzute, vor interpreta aceleași comportamente ca fiind mai de susținere, își vor aminti mai multe comportamente de susținere din partea celor apropiați, vor acorda o atenție sporită comportamentelor de susținere (Mankowski și Wyer, 1997). În concluzie, mult mai semnificativă este percepția suportului de către pacient decât existența lui reală. În explicarea mecanismului prin care sprijinul social este legat de starea de sănătate, abordarea social-cognitivă pornește de la următoarele premise: gândurile negative despre relațiile sociale stimulează gândurile negative despre sine și autoeficacitatea percepută, ceea ce stimulează stresul emoțional (Lakey și Cassady, 1990).

O altă abordare a construcționismului social este prin intermediul interacționismului simbolic (Stryker, 1980). Premisa de la care pornește este că rolul suportului social este mai degrabă să regleze interacțiunile sociale decât să furnizeze sprijin, iar acest lucru este responsabil pentru menținerea stării de bine a indivizilor. Astfel, grupurile noastre sociale promovează în mod direct sănătatea și starea de bine prin faptul că oferă oamenilor un mod de a se înțelege pe sine și lumea exterioară, ceea ce contribuie la conturarea identității și a stimei de sine. De asemenea, oamenii învață să aplice standardele grupului la propria conduită, ceea ce pentru pacienții hepatici cronici poate să însemne adoptarea unor comportamente ce promovează sănătatea (alimentație săracă în grăsimi, renunțarea la consumul de alcool și/sau droguri, exerciții fizice) sau care ameliorează sănătatea (aderența la tratament).

Perspectiva relațională

Această perspectivă conceptualizează suportul social ca fiind o parte a proceselor relaționale mai generale și înaintea o serie de concepte care atribuie suportul social altor calități sau procese specifice relațiilor. Aceste calități nu se referă la un ajutor real în perioadele de stres, nici la credințele pe care indivizii și le formează despre suportul disponibil, ci aduce în discuție concepte strâns asociate, ce pot fi cu greu discriminate, cum ar fi: conflictul social scăzut (critici, încălcarea promisiunilor sau lupta pentru resurse limitate), compania,



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

intimitatea, satisfacția relației, abilitățile sociale, atașamentul.

Există relativ puține explicații teoretice de ce aceste calități ale relației conduc la sănătate emoțională și fizică. Una dintre ipoteze este că aceste calități ale relației includ și creșterea stimei de sine (Lakey, Tardiff și Drew, 1994) și, astfel, contribuie la formarea unor evaluări mai pozitive ale situației, ceea ce conduce la adoptarea unor strategii de coping active și pozitive în fața unor evenimente stresante (Bartholomew, Cobb și Poole, 1997). O altă ipoteză este că relațiile pozitive, stabile și sigure pot satisface o nevoie biologică de bază (Leary și Downs, 1995): șansele de supraviețuire ale indivizilor sunt mai ridicate atunci când sunt parte integrantă dintr-un grup.

Starea de bine și suportul social la pacienții cu hepatite B și C

Există mai multe studii care arată că suportul social reduce stresul, crește starea de bine psihologică a indivizilor și are un rol protector în fața evenimentelor negative (Vermaas, 2010; Sood și Bakhshi, 2012; Khan, 2013).

Persoanele care trăiesc cu hepatită cronică se confruntă cu probleme financiare - generate de pierderea locului de muncă sau de costul tratamentului, cu probleme sociale – izolarea de cei dragi de teamă de a nu transmite virusul sau din teama de a nu fi discriminați sau stigmatizați, și cu probleme interpersonale – deteriorarea relațiilor apropiate cu partenerii. Prin urmare, provocările de a trăi cu o boală cronică sunt multiple, iar suportul familiei și al grupului de prieteni devine un aspect din ce în ce mai important. Cu toate acestea, datele arată că pacienții cu hepatită cronică au raportat probleme cu partenerii sexuali (17%), cu membrii familiei (16%) și cu prietenii (12%), iar 1 din 10 pacienți a pierdut contactul cu mai mult de o persoană importantă din viața lor din cauza bolii (Blasiolo, Shinkunas, Labrecque, Arnold, Zickmund., 2006).

Diagnosticul de hepatită deteriorează funcționarea socială a individului și îi reduce bunăstarea psihologică și calitatea vieții (Amodio, Salari, Montagne, Schiff, Neri, Bianco, 2012; Miller, McNally, Wallace, Schlichthorst, 2012), iar acestea afectează aderența la



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

tratament a pacienților (Modabbernia, Poustchi, Malekzadeh, 2013). Și răspunsul la tratament este legat de suportul social, studiile arată că un suport social scăzut la pacienții infectați cu virusul hepatitei C este asociat cu: izolarea, pierderea locului de muncă, șomaj, calitate a vieții mai redusă, mai multe simptome fizice, comorbidități psihiatrice, aderență scăzută la tratament (Abreu, Abreu, Neves, Powell, Quarantini, Scippa, 2009).

Pe de altă parte, suportul din partea familiei a înregistrat efecte pozitive. Într-un studiu realizat de Chou (2011) a explicat, de asemenea, că sprijinul emoțional a servit ca un tampon pentru evenimente de viață negative, cu ar fi diagnosticul cu boala hepatică.

Cum afectează diagnosticul cu hepatită relațiile sociale ale pacientului?

Diagnosticul cu hepatită B sau C afectează toate tipurile de relații sociale și interpersonale ale pacientului: relațiile cu familia, relațiile romantice, relațiile cu prietenii și cu colegii de muncă. Cauzele principale care stau la baza acestor deteriorări sunt: teama de a nu contacta boala și emiterea de judecăți de valoare referitoare la pacient din cauza modului în care acesta a contactat boala, mai ales dacă este o consecință a unor comportamente de risc. Relațiile cu familia. Apare o deteriorare a acestora din cauza anxietății, depresiei, schimbărilor de dispoziție, furiei, frustrării, temerii nejustificate referitoare la transmiterea bolii, sentimentului de vină (în cazul transmiterii bolii în familie) cu care pacientul se confruntă.

Relațiile romantice. Sunt afectate și relațiile cu partenerul/-a, cel mai adesea din cauza fricii de a transmite virusul pe cale sexuală.

Relații cu prietenii/cunoștințele. Odată cu diagnosticul de hepatită, pacientul ajunge să se confrunte cu o serie de probleme sociale printre care cea mai frecventă este stigma asociată condiției de bolnav hepatic. Aceasta apare mai ales atunci când pacientul ajunge să fie judecat de către cei din jur datorită modului în care a contactat boala (mai ales la cei care au fost infestați ca urmare a unor comportamente sexuale sau a consumului de droguri injectabile). Aceasta conduce, cel mai adesea, la izolarea pacientului și la apariția unor sentimente de frustrare. Astfel, persoanele infectate cu virusul hepatitei apelează la strategii negative de



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

coping la boală printre care cele mai frecvente sunt retragerea și negarea. Retragerea are legătură cu izolarea, pacientul nu mai participă la activități sociale și își limitează interacțiunile cu prietenii și colegii din cauza rușinii, a sentimentului de neadekvare dar și a fricii de a nu transmite boala. Negarea nu se manifestă neapărat ca o neacceptare a condiției de bolnav, ci de cele mai multe ori pacienții ascund starea lor de sănătate tocmai din cauză că le este teamă să nu-și piardă prietenii, să nu fie judecați.

Relațiile cu colegii. Stigma, frustrarea datorată diminuării responsabilităților la locul de muncă, absenteismul datorat bolii, restricționarea activităților la locul de muncă – toate acestea afectează nu doar capacitatea de a funcționa în mediul profesional, dar își pun amprenta și asupra relațiilor cu colegii. De asemenea, apare teama constantă de pierdere a locului de muncă de îndată ce șefii/colegii ar afla despre boală. Acesta este unul dintre motivele pentru care unii pacienți hepatici preferă să păstreze secretă starea lor de sănătate.

Ce se poate face în aceste cazuri? În primul rând integrarea pacientului și familiei în programe de consiliere care să aibă o componentă educațională: ce este hepatita, care este cursul bolii, cum poate fi contactată și transmisă. Pe de altă parte, programele de informare la nivel local, regional și național ar putea contribui atât la informarea populației cât și la reducerea discriminării și stigmatizării pacienților cu hepatite B și C.

Autoeficacitatea la pacienții cu hepatite B și C

Conceptul de autoeficacitate se referă la convingerea unei persoane în capacitățile proprii de a-și mobiliza resursele cognitive și motivaționale necesare pentru îndeplinirea cu succes a unor sarcini sau obiective (Bandura, 1977).

Autoeficacitatea, conform teoriei lui Bandura, are la bază patru surse: (1) performanțele anterioare ale individului în sarcini similare și experiența succesului; (2) modelarea/învățarea socială – persoanele sunt influențate de cei cu care consideră că se aseamănă; (3) persuasiune socială – influența celorlalți referitor la cât de capabil este individul să ducă sarcina la bun sfârșit și (4) starea fiziologică și emoțională – cât de apt se simte individul pentru sarcina



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

respectivă. Având la bază aceste informații, individul poate lua decizii în legătură cu situațiile în care se implică, obiectivele pe care și le propune, nivelul de efort pe care este dispus să îl investească pentru atingerea scopurilor, timpul pe care îl investește și reacțiile emoționale în momentul realizării sarcinii sau a anticipării ei. Oamenii cu o încredere ridicată în capacitățile lor văd sarcinile dificile ca fiind provocări ce cresc motivația intrinsecă și nivelul de implicare în activitate; atribuie eșecul efortului insuficient sau lipsei de cunoștințe și/sau abilități, prin urmare percepția asupra autoeficacității lor nu are de suferit pe termen lung.

Autoeficacitatea pacienților cu hepatită se referă la gradul lor de încredere că vor putea adopta comportamente de sănătate conform recomandărilor medicilor:

- aderența la tratament;
- gestionarea simptomelor și a complicațiilor;
- exercițiile fizice și odihna;
- gestionarea dietei și a stresului;
- prevenirea transmiterii bolilor (Jeon, 2016).

Furnizarea de informații despre boală pacienților cu hepatită cronică contribuie la îmbunătățirea autoeficacității și a procesului de auto-îngrijire (Jeon, 2016). Mai mult, niveluri mai ridicate de cunoștințe despre boală au ca rezultat o autoeficacitate mai crescută în rândul pacienților, ceea ce îi poate determina să-și modifice stilul de viață și să adopte comportamente care promoveze și mențin sănătatea (Homoud, 2014; Yang, Cheung, So, Chang, Chao, 2013).

O serie de studii au raportat că autoeficacitatea a avut un efect semnificativ asupra capacității de auto-îngrijire și a aderenței la tratament a pacienților cu hepatită cronică B (Jeon, 2016, Yang, 2012). Un alt studiu a arătat că creșterea autoeficacității a contribuit la reducerea nivelului de depresie și la îmbunătățirea calității vieții asociate cu sănătatea pacienților cu boli hepatice cronice (Gutteling, Duivenvoorden, Busschbach, Man, Darlington, 2010). Autoeficacitatea a fost asociată cu o dorință mai ridicată de modificare a stilului de viață a pacienților hepatici pentru a-și proteja sănătatea și pentru a preveni răspândirea virusului hepatitei B (Wang, Wang și Tseng, 2009). În plus, numeroase studii au raportat că



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

autoeficacitatea este corelată semnificativ cu vaccinarea împotriva virusului hepatitei (Lu, Juon, Lee, 2017; Ma, Shive, Toubbeh, Wu, Wang, 2006).

În ceea ce privește caracteristicile demografice ale pacienților cu hepatite cronice care înregistrează un nivel mai ridicat de autoeficacitate, studiile arată că: pacienții mai în vârstă manifestă o autoeficacitate mai ridicată decât pacienții mai tineri (Anyaku și Nwosu, 2016; Lee, 2017; Nguyen și Wu, 2020), pacienții căsătoriți au un nivel mai ridicat de autoeficacitate comparativ cu cei singuri (Buck, Poole, Mendelson, 2010; Nguyen și Wu, 2020 și pacienții care fac exerciții fizice în mod regulat înregistrează o autoeficacitate mai mare (Anyaku și Nwosu, 2016, Daniali, Darani, Eslami, Mazaheri, 2017).

Cum pot fi pacienții cu o autoeficacitate scăzută motivați să se implice în comportamente dezirabile care au un impact pozitiv asupra calității vieții lor? În funcție de tipul de comportament urmărit (de exemplu: alimentație sănătoasă, renunțare la consumul de alcool sau droguri, aderență la tratament) sunt analizate toate cele 4 surse ale autoeficacității enunțate de Bandura (experiențe anterioare, învățare și persuasiune socială, starea emoțională) și sunt derulate intervenții care duc la progrese în fiecare dintre domeniile menționate astfel încât pacientul să fie mai motivat și să se simtă mai susținut în demersul lui de inițiere sau modificare a unor comportamente.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

BIBLIOGRAFIE

1. Abreu, N., Abreu, K., Neves, B.S. Powell, V.B., Quarantini, L.C., Scippa, M.A., (2009). A neuropsychological study comparing patients infected with HCV and HBV without psychiatric comorbidities. *Journal of Medical Virology*, 81(7),1184-1188.
2. Amodio, P., Salari, L. Montagne, S., Schiff, S., Neri, D., Bianco, T., (2012). Hepatitis C virus infection and health-related quality of life. *World J Gastroenterology*. 18(19), 2295-2299.
3. Anyaoku, E.N., Nwosu, O.C. (2016) Determinants of health information use for self-efficacy in lifestyle modification for chronic disease patients. *Evidence Based Library and Information Practice* 11(2): 136-148.
4. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191- 215
5. Barone, D.E, Maddux, J.E., Snyder, C.R. (1997). *Social-cognitive psychology: History and current domains*. New York: Plenum.
6. Bartholomew, K., Cobb, R.J., Poole, J.A. (1997). Adult attachment patterns and social support processes. In G. R. Pierce. B. Lakey. I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 359-378). New York: Plenum.
7. Blasiolo, J. A., Shinkunas, L., Labrecque, D. R., Arnold, R. M., Zickmund, S. L., (2006). Mental and physical symptoms associated with lower social support for patients with hepatitis C. *World Journal Gastroenterology*. 12(29), 4665-4672.
8. Buck, U., Poole, J.L., Mendelson, C. (2010). Factors related to self-efficacy in persons with scleroderma. *Musculoskeletal Care* 8(4): 197-203.
9. Chou, R.J., (2011). Filial piety by contract? The emergence, implementation, and implications of the “family support agreement” in China. *Gerontologist*. 51, 3–16. Doi: 10.1093/geront/gnq059.
10. Daniali, S.S., Darani, F.M., Eslami, A.A., Mazaheri, M. (2017). Relationship between self-efficacy and physical activity, medication adherence in chronic disease patients. *Advanced*



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Biomedical Research 6: 63.

11. Dewey, J. (1997). From "The need for a recovery of philosophy." In L. Menand (Ed.), Pragmatism: A reader. New York: Vintage Books.
12. Gutteling, J.J., Duivenvoorden, H.J., Busschbach, J.J.V., Man, R.A.D., Darlington, A.S.E. (2010) Psychological determinants of health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *Psychosomatics* 51(2): 157-165.
13. Heidarzadeh, A., Yousefi-Mashhour, M., Mansour-Ghanaei, F., Masoudnia, N., Bakhshandeh M, Ghadarjani, S., Purrasuli, Z., Joukar, F. (2007). Quality of Life in Chronic Hepatitis B and C Patients. *Hepatitis Monthly*; 7(2): 67-72.
14. Homoud, A.A. (2014) Knowledge, attitudes and practice of primary healthcare physicians concerning the occupational risks of hepatitis B virus in Al Jouf Province, Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health* 7(4): 257-270.
15. Jeon, J.H. (2016). Evaluation of a smartphone application for self-care performance of patients with chronic hepatitis B: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research* 32: 182-189.
16. Khan, A. (2013). Predictors of positive psychological strengths and subjective well-being among North Indian Adolescents: Role of mentoring and educational encouragement. *Social Indicators Research*, 114, 1285-1293.
17. Lakey, B., Cassady, P.B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 337-343.
18. Lakey, B., Cohen, S. (2000). Social Support Theory and Measurement. Research Gate. DOI: 10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002
19. Lakey, B., Tardiff, T.A., Drew, J.B. (1994). Negative social interactions: Assessment and relations to social support, cognition, and psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 42-62.
20. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

21. Leary, M.R., Downs, D.L. (1995). Interpersonal functions of the self-esteem motive: The self-esteem system as a sociometer. In M. H. Kernis (Ed.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 123-144). New York: Plenum.
22. Lee, W. (2017). Predictors of antiretroviral adherence self-efficacy among people living with HIV/AIDS who use illicit drugs. (Master thesis). The University of British Columbia, Vancouver, Canada.
23. Lu, X., Juon, H.S., Lee, S. (2017). Do recommendations by healthcare providers, family-members, friends, and individual self-efficacy increase uptake of hepatitis B screening? Results of a population-based study of Asian Americans. *International Journal of MCH and AIDS* 6(1): 9-18.
24. Ma, G.X., Shive, S.S., Toubbeh, J., Wu, D., Wang, P. (2006). Risk perceptions, barriers, and self-efficacy of hepatitis B screening and vaccination among Chinese immigrants. *International Electronic Journal of Health Education* 9: 141-153.
25. Mankowski, E.S., Wyer, R.S. Jr. (1997). Cognitive causes and consequences of perceived social support. In G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Eds.). *Sourcebook of social support and personality* (pp. 141-165). New York: Plenum.
26. Miller, E.R., McNally, S., Wallace, J., Schlichthorst, M. (2012). The ongoing impacts of hepatitis c – A systematic narrative review of the literature. *BMC Public Health*. 12 (1), 672.
27. Modabbernia, A., Poustchi, H., Malekzadeh, R., (2013). Neuropsychiatric and psychosocial issues of patients with Hepatitis C infection: A selective literature review. *Hepatitis Monthly*. 13(1), e8340. DOI: 10.5812/hepatmon.8340.
28. Sood, S., Bakhshi, A., (2012). Perceived social support and psychological well-being of aged Kashmiri migrants. *Research on Humanities and Social Sciences*. 2 (2), 1-6.
29. Stryker, S. (1980). *Symbolic interactionism: A social structural version*. Menlo Park: CA: Benjamin/Cummings.
30. Tang, S.T. (2009). Supporting cancer patients dying at home or at a hospital for Taiwanese



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

- familycaregivers. *Cancer Nursing*, 32, 151–157.
31. Thomas, P.A. (2010). Is it better to give or to receive? Social support and the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology*: 65B, 351–357. doi:10.1093/geronb/gbp113.
 32. Vermaas, E., (2010). Social support as a moderator between stress and psychological well being. Minidissertation. Master of Arts in Counselling Psychology. North-West University, Potchefstroom.
 33. Wang, W.L., Wang, C.J., Tseng, H.H. (2009). Comparing knowledge, health beliefs, and self-efficacy toward hepatitis B prevention among university students with different hepatitis B virus infectious statuses. *Journal of Nursing Research* 17(1) 10-19.
 34. Yang, E.J., Cheung, C.M., So, S.K.S., Chang, E.T., Chao, S.D. (2013). Education and counseling of pregnant patients with chronic hepatitis B: Perspectives from obstetricians and perinatal nurses in Santa Clara county, California. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 14(3): 1707-1711
 35. Yang, J.H. (2012). Development and evaluation of a program to promote self-management in patients with chronic hepatitis B. *Journal of Korean Academy of Nursing* 42(2): 258-268.

27.11.2020

14