



Socjologia

Relacja profesjonalista medyczny (ratownik)-pacjent, modele leczenia

Jakość życia, choroba przewlekła, niepełnosprawność

Zachowania zdrowotne, wyzwania zawodu ratownika

Za Stanisław Maksymowicz i Dariusz Kunysz

Relacje profesjonalista medyczny -pacjent



Modele relacji –
ujęcie klasyczne
paternalistyczny
model relacji

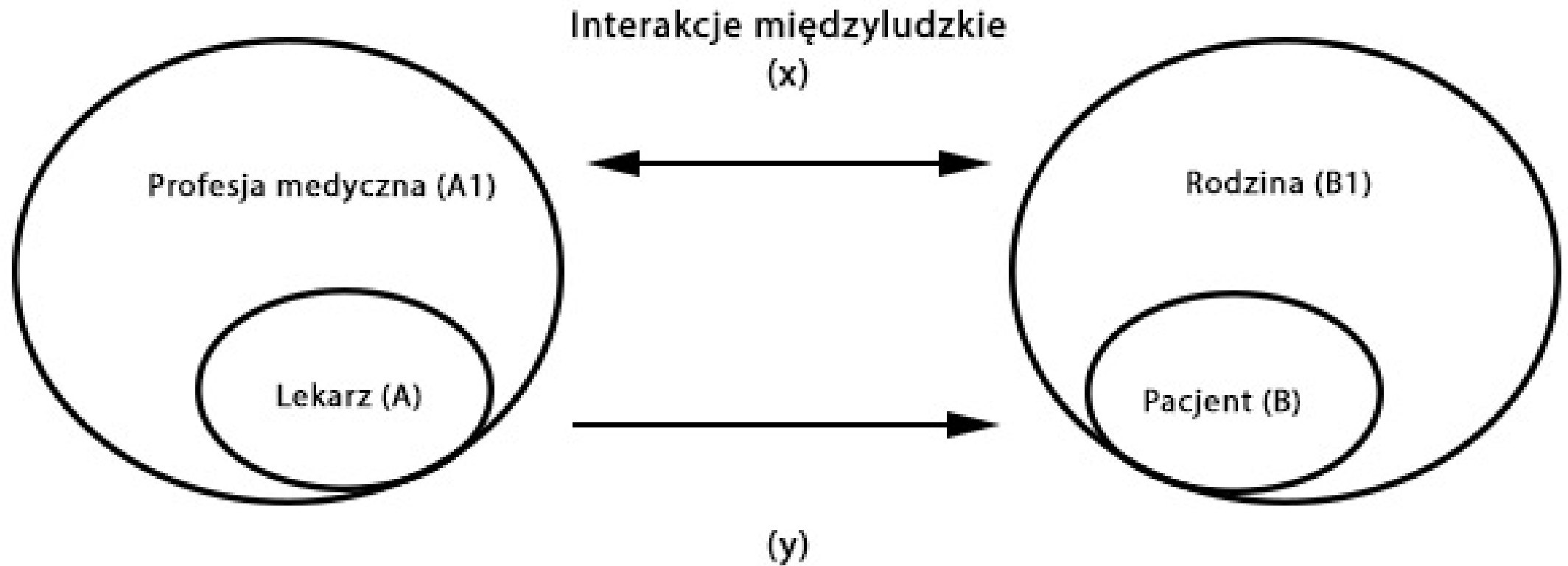
- Zamknięty system relacji profesjonalista medyczny – pacjent
- Pacjent bierny
(Talcott Parsons)
- Rozwinięcie koncepcji - Thomas Szasz i Marc Hollender (1956)

Typ stosunku	Rola lekarza	Rola pacjenta	Przykład kliniczny	Prototyp stosunku
aktywność – pasywność (activity- passivity)	robi coś dla pacjenta	przyjmuje biernie	narkoza, śpiączka, ostry uraz, zamroczenie, etc.	rodzic - niemowlę
kierowanie – współpraca (guidance- cooperation)	mówi pacjentowi co robić	współpracuje, jest posłuszny	choroby ostre, zakażenia, etc.	rodzic - dziecko
obopólne uczestnictwo (mutual participation)	pomaga pacjentowi, by sam sobie pomógł	partner	choroby przewlekłe, psychoanaliza, etc.	dorośli-dorośli

Koncepcje konfliktowe i funkcjonalne

- Relacja pacjent-lekarz oparta o **konflikt** (Eliot Freidson)
- Neomarksistowska koncepcja relacji: **usługa i wyzysk**
(Howard Waitzkin i Barbara Waterman 1974, Vincente Navarro 1976)
- Funkcjonalizm:
 - Model **transakcyjny** Samuela Blooma
 - Model **negocjacyjny** Thomas Sheffa

Matryca społeczno-kulturowa
(c)



Obiektywne stosowanie wiedzy medycznej

Model negocjacyjny

- Thomas Sheff (1986)
- Wspólna definicja problemu, ustalenie terapii
- Dominacja lekarza



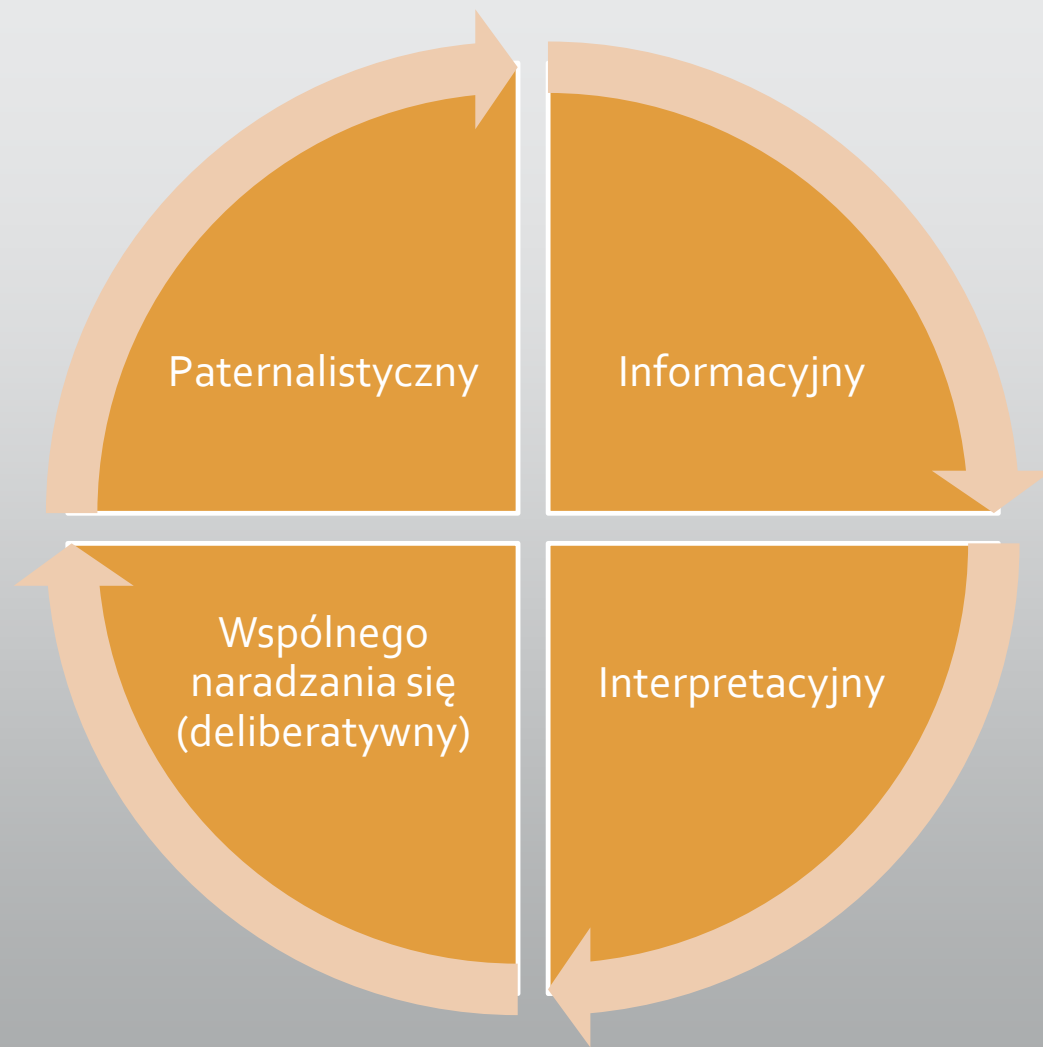
Konsumeryzm i problem dystansu

- Pacjent to konsument
- Dystans Funkcjonalny i Dysfunkcjonalny



4 modele
relacji

Journal of
American
Medical
Association
1992





Modele leczenia



MODELE OPIEKI SZPITALNEJ

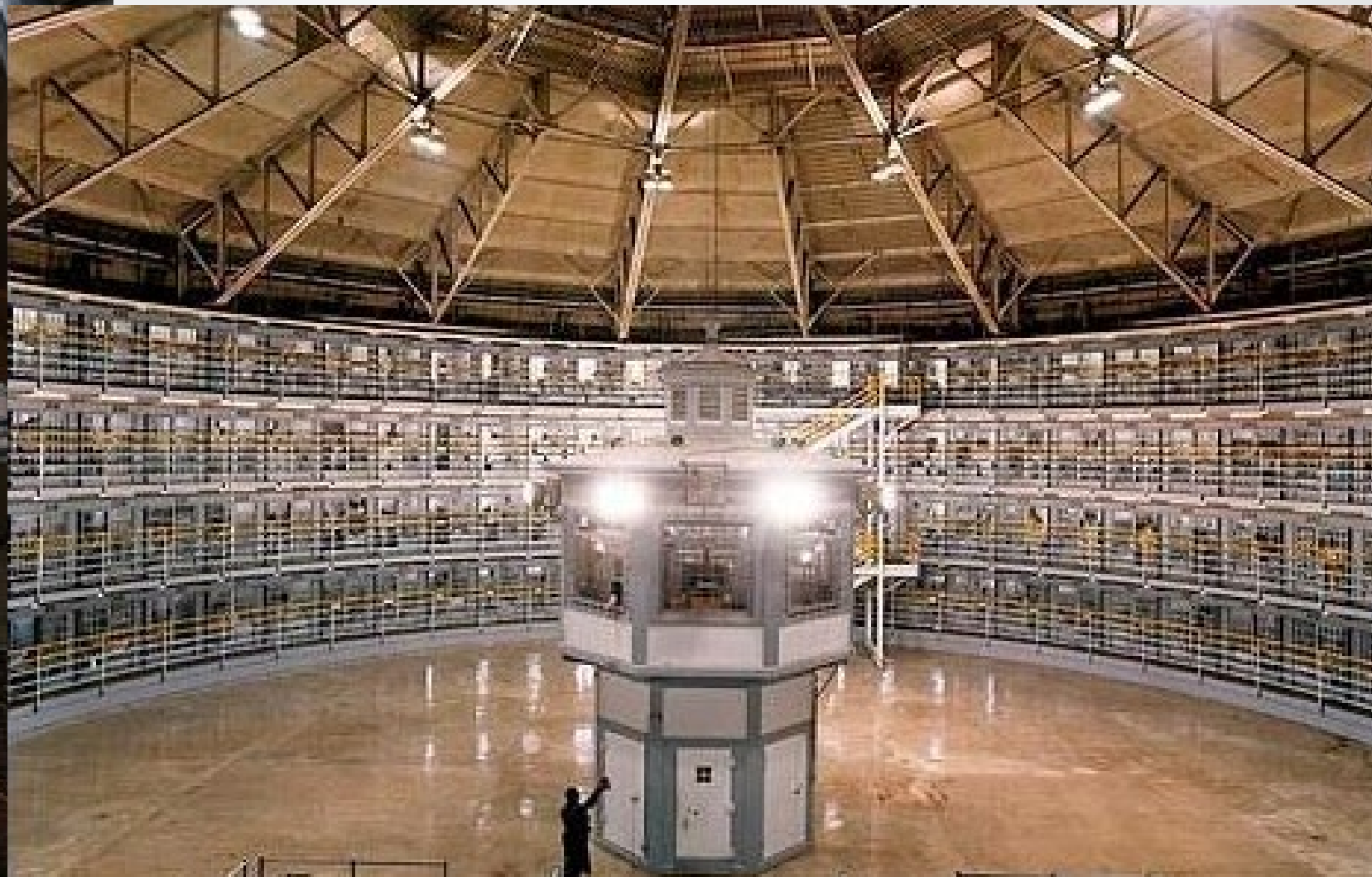
Wymiar	Model opieki nad pacjentem		
	opiekuńczy	klasyczny	rehabilitacyjny
Cel wyrażany oficjalnie	pokrzepienie	opieka	przywrócenie sprawności
Prognoza przebiegu choroby	nieuleczalna	odwracalna	zmienna
Leczenie	sporadyczne	centralne	uzupełniające
Rola chorego	trwała	przejściowa	przerywalna
Motywacja pacjenta	posłuszeństwo wobec przepisów instytucjonalnych	posłuszeństwo wobec „rozkazów lekarzy”	osiągnięcie niezależności
Wynikający z powyższego model instytucjonalny	instytucja totalna	szpital ogólny (choroby ostre)	ośrodek rehabilitacji

MODEL OPIEKUŃCZY



Szpital neuropsychiatryczny w Lublinie (fot. R. Michałowski/Agencja Gazeta)

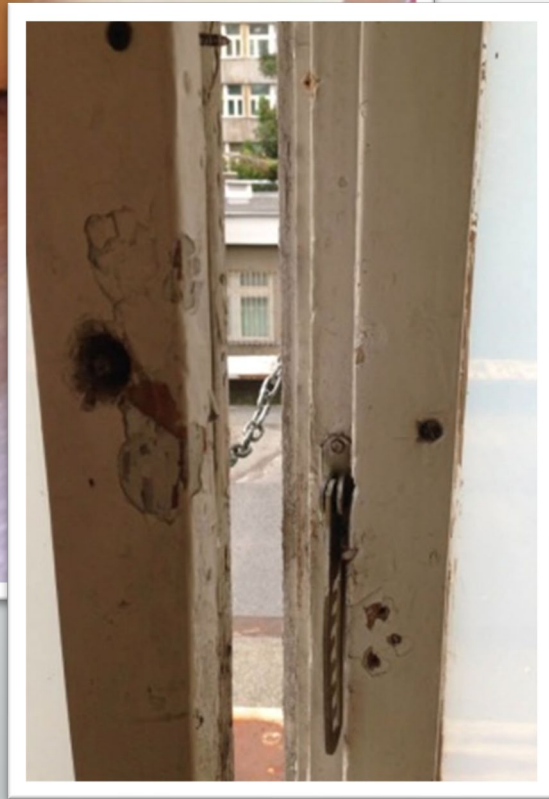
PANOPTYKON



INSTYTUCJA TOTALNA



...



MODEL KLASYCZNY



MODELE OPIEKI SZPITALNEJ

Wymiar	Model opieki nad pacjentem		
	opiekuńczy	klasyczny	rehabilitacyjny
Cel wyrażany oficjalnie	pokrzepienie	opieka	przywrócenie sprawności
Prognoza przebiegu choroby	nieuleczalna	odwracalna	zmienna
Leczenie	sporadyczne	centralne	uzupełniające
Rola chorego	trwała	przejściowa	przerwywalna
Motywacja pacjenta	posłuszeństwo wobec przepisów instytucjonalnych	posłuszeństwo wobec „rozkazów lekarzy”	osiągnięcie niezależności
Wynikający z powyższego model instytucjonalny	instytucja totalna	szpital ogólny (choroby ostre)	ośrodek rehabilitacji

MODEL REHABILITACYJNY



MODELE OPIEKI SZPITALNEJ

Wymiar	Model opieki nad pacjentem		
	opiekuńczy	klasyczny	rehabilitacyjny
Cel wyrażany oficjalnie	pokrzepienie	opieka	przywrócenie sprawności
Prognoza przebiegu choroby	nieuleczalna	odwracalna	zmienna
Leczenie	sporadyczne	centralne	uzupełniające
Rola chorego	trwała	przejściowa	przerwywalna
Motywacja pacjenta	posłuszeństwo wobec przepisów instytucjonalnych	posłuszeństwo wobec „rozkazów lekarzy”	osiągnięcie niezależności
Wynikający z powyższego model instytucjonalny	instytucja totalna	szpital ogólny (choroby ostre)	ośrodek rehabilitacji

1. Szpital i jego modele.

Podstawowym celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia oraz uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia



Szpital klasyczny – to zakład lecznictwa zamkniętego, przeznaczony dla chorych wymagającej stałej opieki leczniczej, wyposażony w urządzenia do rozpoznawania i leczenia chorób.

Szpital opiekuńczy – to zakład zamknięty przeznaczony dla osób które nie mogą same sobie poradzić z codziennymi zadaniami, funkcjami życiowymi (osoby niedołążne, chorzy psychicznie).

Szpital rehabilitacyjny – to wszelkiego rodzaju zakłady opieki zamkniętej przeznaczony dla osób przewlekle chorych i rekonwalescentów, których celem jest rehabilitacja lub utrwalanie wyników leczenia szpitalnego, redukcji psychicznej i zawodowej w celu przystosowania do życia w społeczeństwie (sanatoria).

2. Funkcje współczesnych szpitali

diagnostyczna i lecznicza – określa u pacjenta jednostkę chorobową oraz świadczenia zmierzające do opanowania choroby za pomocą środków naukowych,
pielęgnacyjno-opiekuńcza – opieka i emocjonalne wspieranie pacjenta, niwelowanie stresu spowodowanego chorobą, wzbudzanie poczucia zaufania, bezpieczeństwa i zrozumienia,
prewencyjna – działalność w celu promocji zdrowia wśród pacjentów i szerszej społeczności, w której szpital funkcjonuje (programy edukacyjne i rehabilitacyjne, porady zdrowotne kreujące pro zdrowotny styl życia),
rehabilitacyjna – działania mające na celu przywrócenie maksymalnej sprawności zarówno w sensie fizycznym jak również psychologicznym (stworzenie systemu motywującego) i społecznym (umiejętność przystosowania się do życia w środowisku rodzinnym, zawodowym, itp.), mobilizowanie pacjenta do rozwiązywania swoich problemów w możliwie samodzielny sposób,
edukacyjna – doskonalenie umiejętności i pogłębianie wiedzy personelu medycznego, kształcenie studentów medycyny oraz np. uczennic szkół ratowniczych,
naukowo-badawcza – prowadzenie badań dotyczących metod leczenia i postępowania z pacjentami, przyczyny występowania chorób, itp.
Integrująca – przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych związanych z medycyną w jeden zespół, którego celem jest poprawna jakość leczenia i opieki nad chorymi.

3. Funkcje komunikowania w służbie zdrowia

Komunikacja w służbie zdrowia ma znaczenie dla procesu leczniczego. Informacja od pacjenta pomaga lekarzowi w procesie leczenia przy terapii.

diagnostyczna - zbieranie danych i ich interpretacja oraz umiejętności potrzebne są podczas pierwszego kontaktu między pacjentem a profesjonalistą medycznym,
kooperacyjna – komunikowanie odnosi się do natury czyjejś choroby konsekwencji zaleceń lekarskich, komunikowanie ma służyć współpracy,

doradcza – obejmuje rolę lekarza jako terapeuty, terapeuta próbuje zmienić pacjenta w pozytywny sposób, w tradycyjnej relacji lekarze skupiali się na fizycznych symptomach choroby, natomiast funkcja terapeutyczna oznacza dzielenie z pacjentem symboliczne symptomy choroby,


edukacyjna – edukacja zdrowia jest rozpowszechnianiem informacji wśród jednostek aby zredukować ryzyko choroby i osiągnąć wzrost efektywności opieki medycznej, przebiega między bezpośrednimi uczestnikami oraz między bardziej formalnymi kanałami, kiedy realizowana jest przez środki masowego przekazu.

OPTIMAL HEALING ENVIRONMENTS



ratownik medyczny - pacjent



- 
- W 2023 w Polsce funkcjonowało około 2 500 zespołów ratownictwa medycznego, które interweniowały w ponad 1,5 miliona przypadków

Na dzień 1 kwietnia 2021 r. liczba ratowników medycznych w Polsce wynosiła 22 481

1. Społeczne uwarunkowania wyboru zawodu

Od zarania ludzkości opieka i ratunek była przejawem solidarności społecznej w utrzymaniu dobrostanu osobowego jednostek i społeczeństw, jak również odpowiedzią na zagrożenia zdrowotne w poszczególnych etapach życia. Na początek proste ratownicze wykonywano z pobudek miłości, miłosierdzia, ze względu na patriotycznych, społecznych i innych.

Zarówno powody podejmowania tych zadań, jak też rozwój ratownictwa uzależnione były od określonych idei, właściwych występującym w danym czasie prądom filozoficzno-kulturowym, jak:

Ascetyzm przejawiał się w umartwianiu i poświęceniu swego życia Bogu i bliźnim. W tym kontekście ratownictwo stało się powołaniem do spełnienia woli Boga.

Altruizm - Relacyjna moc darów troski i ofiarności (Mauss)

Romantyzm to afirmowanie uczucia, spontaniczność, idealizowania życia, to również bohaterstwo i heroizm. Wiele kobiet może urzeczywistnić swe marzenia, ideały w pracy pełnej oddania, niejednokrotnie heroicznej, stającą się powodem dumy z racji spełniania trudnych obowiązków.

Pragmatyzm, w opiece ratowniczej przejawem tych poglądów jest rozpatrywanie tej działalności w aspekcie instrumentalno-technicznych działań, użytecznych ze względu na zaspokojenie określonych potrzeb terapeutyczno-ratowniczych. Dalszą konsekwencją podejścia pragmatycznego jest podwyższanie kwalifikacji zawodowych, usprawniania organizacji pracy i działalności kierowniczej.

Humanizm to piąty nurt dociekań filozoficznych, który w różnym stopniu przenikał działalność ratowniczą w jego trzech poprzednich orientacjach filozoficznych i również obecnie przejawia się dość wyraziście. Ta filozofia wywarła najgłębszy wpływ na przemiany w ratownictwie.

3. Zawód ratownika,

Ratownik to samodzielny pracownik ochrony zdrowia sprawujący doraźną opiekę medyczną nad pacjentem zwłaszcza w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jego zadania obejmują przeprowadzanie niezbędnych procedur ratunkowych i pierwszej pomocy, monitorowanie stanu zdrowia pacjenta, transport do jednostek medycznych, **wypełniający zlecenia lekarskie** w procesie diagnostyki, leczenia, zajmujący się szeroko rozumianą edukacją zdrowotną i promocją zdrowia.

Wykonywanie zawodu ratownika polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami,

Zawód ratownika może wykonywać wyłącznie osoba, która posiada prawo jego wykonywania.

4. Przygotowanie do wykonywania zawodu

Ratownik uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły, kształcenie w zawodzie ratownika (ustawy):

2. Wyższa szkoła zawodowa, po ukończeniu której absolwent uzyskuje tytuł zawodowy licencjat z ratownictwa,

Prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu ratownika (od 2025), wygasa w razie: utraty obywatelstwa polskiego, obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej, albo statusu szczególnego, a także utraty prawa stałego pobytu, utraty pełnej zdolności do czynności prawnych, upływu czasu, na jaki zostało przyznane.

- **Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym:** Jest to główny akt prawny regulujący działania i zakres odpowiedzialności ratowników medycznych. Ustawa określa, że ratownicy medyczni są częścią systemu ratownictwa medycznego i mają za zadanie udzielanie świadczeń zdrowotnych w nagłych wypadkach.
- **Kwalifikacje i Szkolenie:** Aby zostać ratownikiem medycznym, konieczne jest ukończenie specjalistycznego kształcenia na poziomie wyższym (studia licencjackie na kierunku ratownictwo medyczne) i uzyskanie odpowiednich uprawnień. Ratownicy muszą regularnie uczestniczyć w szkoleniach i kursach doszkalających, aby utrzymać swoje kwalifikacje.
- **Zakres Obowiązków:** Ratownicy medyczni są uprawnieni do udzielania pierwszej pomocy, przeprowadzania oceny stanu zdrowia, realizacji niezbędnych procedur medycznych oraz transportu pacjentów do szpitala. Ich działania są kluczowe w systemie opieki zdrowotnej, szczególnie w sytuacjach kryzysowych i nagłych wypadkach.

- **Odpowiedzialność Prawna:** Ratownicy medyczni, podobnie jak inni pracownicy służby zdrowia, ponoszą odpowiedzialność prawną za swoje działania. Oznacza to, że mogą być pociągnięci do odpowiedzialności prawnej w przypadku błędów lub zaniedbań w swojej pracy.
- **Praca w Zespole Ratownictwa Medycznego:** W Polsce ratownicy medyczni często pracują w zespołach ratownictwa medycznego, które są mobilnymi jednostkami medycznymi, zazwyczaj w ramach pogotowia ratunkowego.
- **Regulacje dotyczące zawodu:** Zawód ratownika medycznego jest również regulowany (od 2023) przez inne przepisy i standardy, które określają m.in. procedury postępowania w określonych sytuacjach medycznych, normy bezpieczeństwa pracy, a także etyczne aspekty zawodu.

5. Odpowiedzialność zawodowa

Podstawowe zadania i obowiązki ratowników (przysięgi ratowników górskich itp.) :

1. Sprawować profesjonalną ratunek nad życiem i zdrowiem ludzkim.
3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.
4. Okazywać pacjentom należyty szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.
5. Strzec godności zawodu ratownika, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.
6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.
7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie.

6. Możliwości doksztalcania

Zawód ratownika wymaga dziś coraz większej wiedzy fachowej oraz mobilności, dlatego są one jedną z bardziej kształcących się grup zawodowych. Swoje funkcje spełniają w różnych miejscach: SOR, karetki, domu chorego, miejscu pracy, szkole, więzieniu, szpitalu oraz w przychodni w podstawowej opiece zdrowotnej, na imprezach masowych.

Rozwój techniki i jej rosnący wpływ na człowieka, trudność pogodzenia techniki z humanitaryzmem - ludzkim podejściem do pacjenta - daje nam do myślenia: żadne urządzenie nie zdoła zastąpić troskliwości i współczucia dla drugiego człowieka. Dlatego ratownictwo będzie istnieć zawsze dokąd będą istnieli ludzie, zawsze będzie im potrzebne zrozumienie, współczucie, działania na rzecz promowania i zachowania dobrego stanu zdrowia, zapobiegania zaburzeniom oraz opiekę podczas choroby.

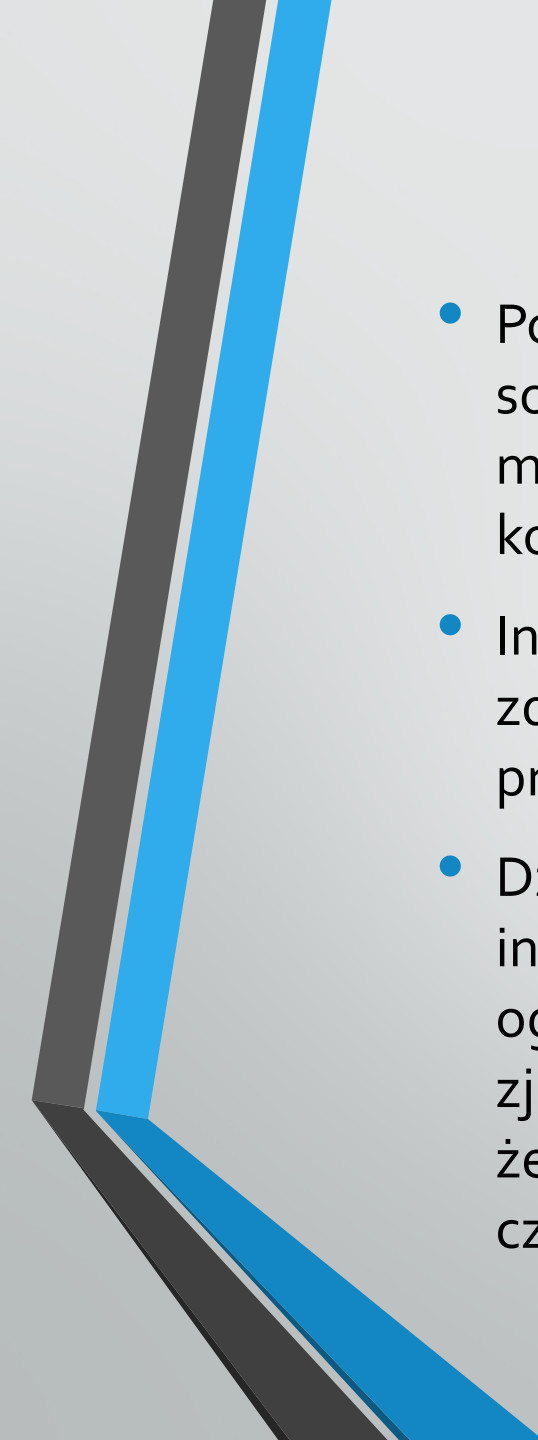
7. Środowisko ratowników a kształtowanie zachowań zdrowotnych


Rola ratownika w kształtowaniu zachowań zdrowotnych

- Udzielanie wsparcia w każdej sferze działania człowieka na rzecz zdrowia
- Pomaganie człowiekowi zdrowemu i choremu w wykonywanych czynnościach znaczących dla utrzymania zdrowia lub jego odzyskania, które mógłby wykonywać sam, gdyby miał potrzebną mu do tego siłę i wiedzę
- Edukacja zdrowotna, doradztwo zdrowotne i promocja zdrowia (np. pierwsza pomoc)
- Znajomość funkcjonowania jednostki w środowisku, znajomość środowiska
- Profesjonalny lider zdrowia, posiadający wiedzę w zakresie medycyny, psychologii i socjologii
- **Ratownik sam musi być realizatorem zdrowego stylu życia**

Prof. Magdalena Sokołowska

- Pielęgniarka – szkoła Polskiego czerwonego Krzyża w Warszawie
- W 1958r. Otrzymała stypendium Ford'a do New York gdzie skończyła studia magisterskie na kierunku Zdrowie publiczne i socjologii medycyny na Columbia University
- W 1963r. Zrobiła habilitację- pierwsza w Polsce i Europie habilitacja z socjologii medycyny.

- 
- Potrafiła dzięki wykształceniu pielęgniarskiemu, biologicznemu i socjologicznemu zainteresować reprezentantów środowiska medycznego i socjologicznego teologicznymi i praktycznymi korzyściami płynącymi z kontaktu z socjologią medycyny.
 - Inicjatorka badań w medycynie gdzie zaczęto wykorzystywać zdobycze socjologii oraz badań w socjologii gdzie dużą rolę przybrały pojęcia takie jak zdrowie, choroba i medycyna.
 - Dzięki tej osobie powstał specyficzny sposób uprawiania socjologii i interpretowania jej zadań oraz zauważono ujemne konsekwencje ograniczania się do własnego, medycznego sposobu ujmowania zjawisk związanych ze zdrowiem i chorobą. Medycy myśleli wtedy że jak wyniki są dobre to pacjent powinien czuć się dobrze a czasami tak nie było. Pomimo dobrych wyników pacjent czuł się źle.



Choroba przewlekła, niepełnosprawność i
starość
jakość życia



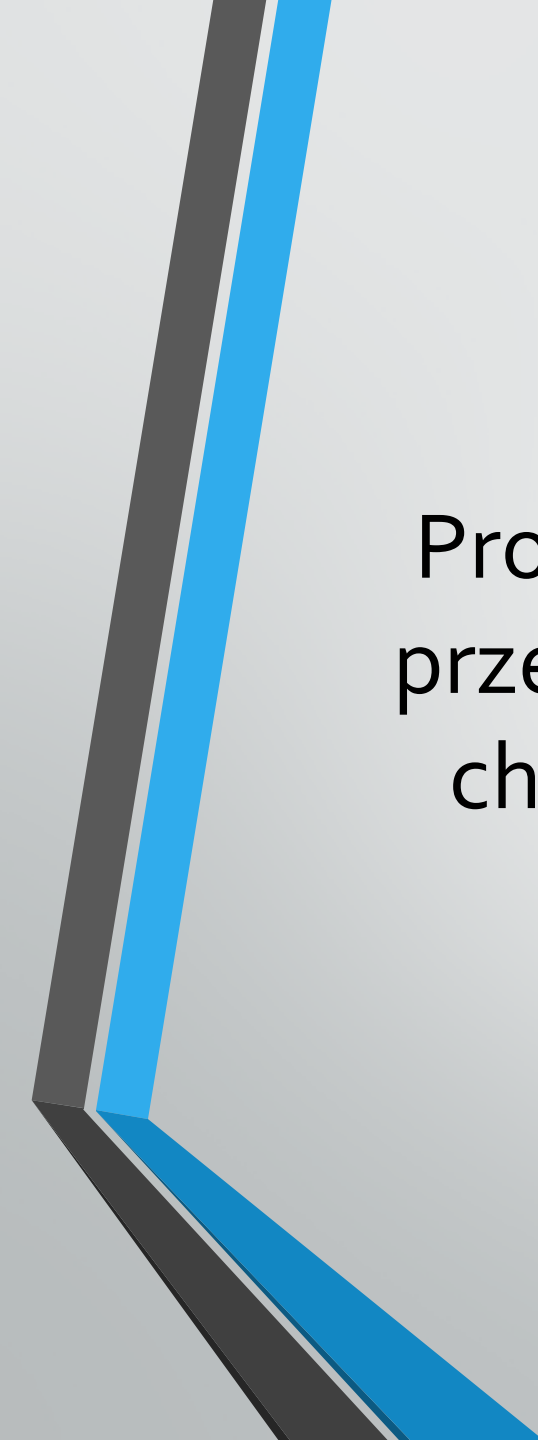
RURKA...



CHOROBA PRZEWLEKŁA







Problemy przewlekłe chorych

Niepewność

Relacje rodzinne

Samoocena i tożsamość

Reżimy medyczne

Bezrobocie i problemy ekonomiczne

Problem posiadanej wiedzy

Piętno i dyskryminacja

Życie z chorobą przewlekłą

- Radzenie sobie (nauka), strategie (działanie) i styl (postrzeganie)
- Czynniki zewnętrzne i wewnętrzne

JAKOŚĆ ŻYCIA

Definicja WHO: „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi”

Pomiar jakości życia

Ogólna ocena QOL, satysfakcji i dobrostanu

Ocena psycho-socjo-fizycznego funkcjonowania chorego

Ocena funkcjonowania biorąc pod uwagę szczegółowe mierniki związane z życiem chorego

Szczegółowe mierniki jakości życia

W wymiarze fizycznym:	wykazywanie fizycznej aktywności, stosowanie zróżnicowanej diety, bezpieczną jazdę samochodem, samoopiekę w zakresie zdrowia (unikanie palenia tytoniu, stosowania narkotyków, nadużywania alkoholu).
W wymiarze społecznym:	satysfakcjonujące, dające zadowolenie relacje ze współmałżonką(kiem), dziećmi i innymi krewnymi, z przyjaciółmi, aktywność w życiu publicznym, troska o środowisko, zdolność do interakcji z ludźmi i ze środowiskiem.
W wymiarze emocjonalnym:	umiejętność wyrażania i akceptacji własnych uczuć, ograniczeń, możliwości, umiejętność panowania nad emocjami, pokonywania sytuacji stresowych.
W wymiarze intelektualnym:	poczucie kreatywności i „stawianie czoła” wyzwaniom, rozwijanie wiedzy i umiejętności.
W wymiarze duchowym:	rozumienie wartości życia, spokój „ducha”, posiadanie systemu wierzeń i wartości, które decydują o celu życia.
W wymiarze zawodowym:	satysfakcję z pracy, równowagę pomiędzy życiem zawodowym a aktywnością w czasie wolnym, satysfakcję z nowych wyzwań, osiągnięć, postawy wobec pracy, interakcje ze współpracownikami.

SOCJOLOGIA VI.
ZDROWIA I Jakość życia.
CHOROBY

1. Definiowanie jakości życia

Na jakość życia składają się satysfakcja z życia i poczucie szczęścia.

Definicja polskiej badaczki jakości życia prof. Krystyny de Walden-Gałuszko, mówi, że jakość życia to ocena własnej sytuacji życiowej, dokonana w określonym czasie i uwzględniająca przyjętą hierarchię wartości lub też różnica pomiędzy realną sytuacją człowieka a sytuacją przez niego wymarzoną .

Campbell z kolei podał, że na jakość życia składa się stopień zaspokojenia w określonych z góry dziedzinach życia: małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, sąsiedzi, znajomi, zajęcia domowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, miejsce zamieszkania, czas wolny, warunki mieszkaniowe, wykształcenie i standard życia.

W ujęciu specjalistów z zakresu socjologii jakość życia odzwierciedla sposób i stopień zaspokojenia różnych potrzeb człowieka, w tym także sposób postrzegania osiągniętego standardu życia.

2. Wskaźniki jakości życia

Obiektywne i subiektywne.

Według H. Sęka wskaźniki obiektywne to:

zespół warunków życia człowieka,

zaspokojenie potrzeb bytowych,

obiektywne atrybuty przyrody i kultury

obiektywnie oceniane atrybuty człowieka związane z poziomem życia (poziom płac, warunki mieszkaniowe, posiadanie trwałych dóbr konsumpcyjnych, wyposażenie gospodarstw domowych w podstawowe urządzenia i media) i pozycją społeczną, a także zdrowie, warunki pracy, stan opieki zdrowotnej.

Wskaźniki subiektywne są związane z systemem wartości danej jednostki, indywidualnym pojmowaniem sensu życia satysfakcji (zadowolenia z życia, szczęścia).

Wskaźniki subiektywne i obiektywne są ze sobą połączone. Np. warunki życia dla jednej osoby mogą być wystarczające (i w związku z tym osiągnie ona wysoki wskaźnik jakości życia), jednak dla innego człowieka, o większych potrzebach, te same warunki zostaną uznane za niewystarczające (osoba taka będzie odczuwała dyskomfort i poczucie jakości życia będzie u niej niższe).

3. Wzajemne relacje wskaźników poczucia jakości życia

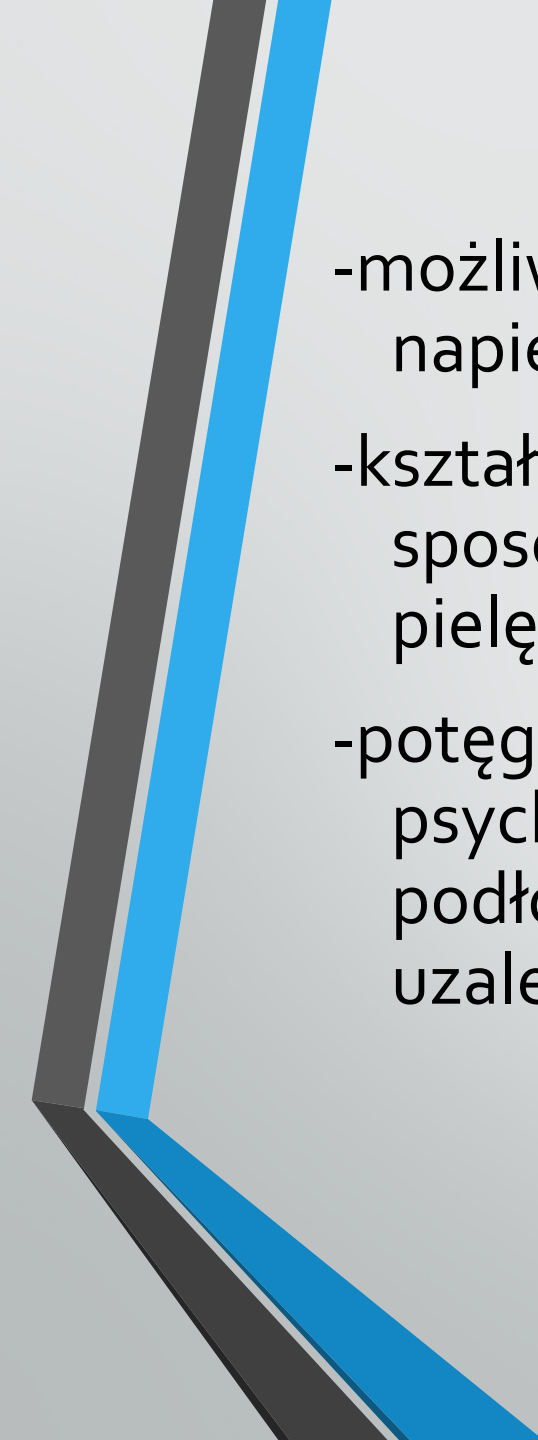


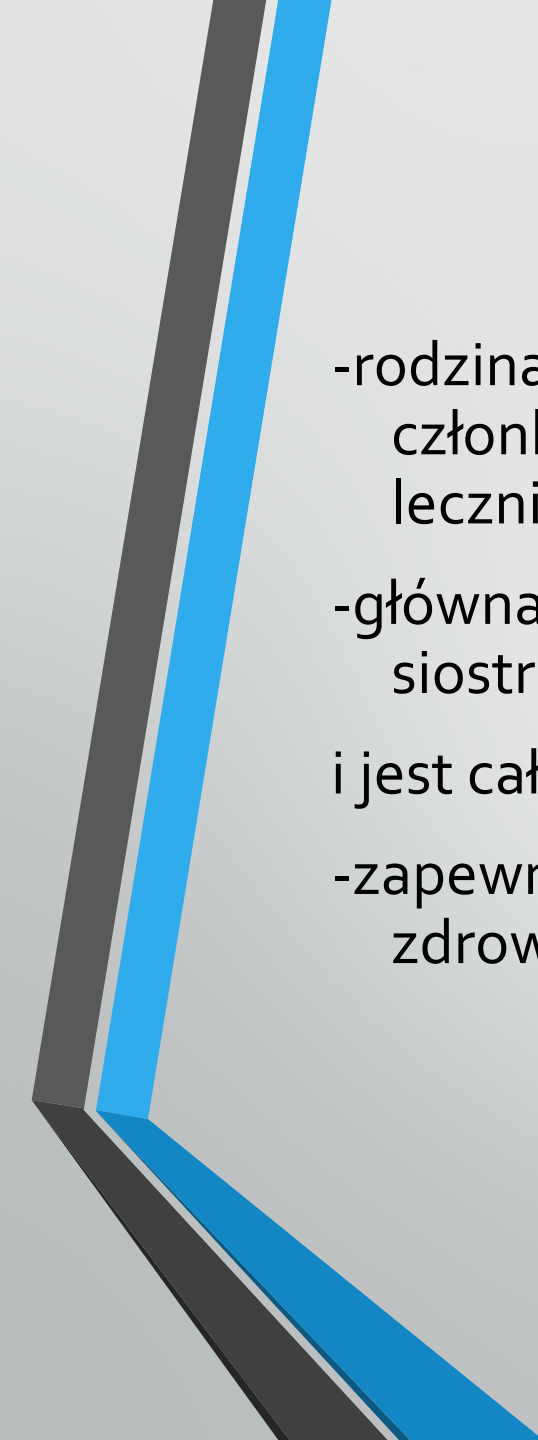
Funkcje badań jakości życia

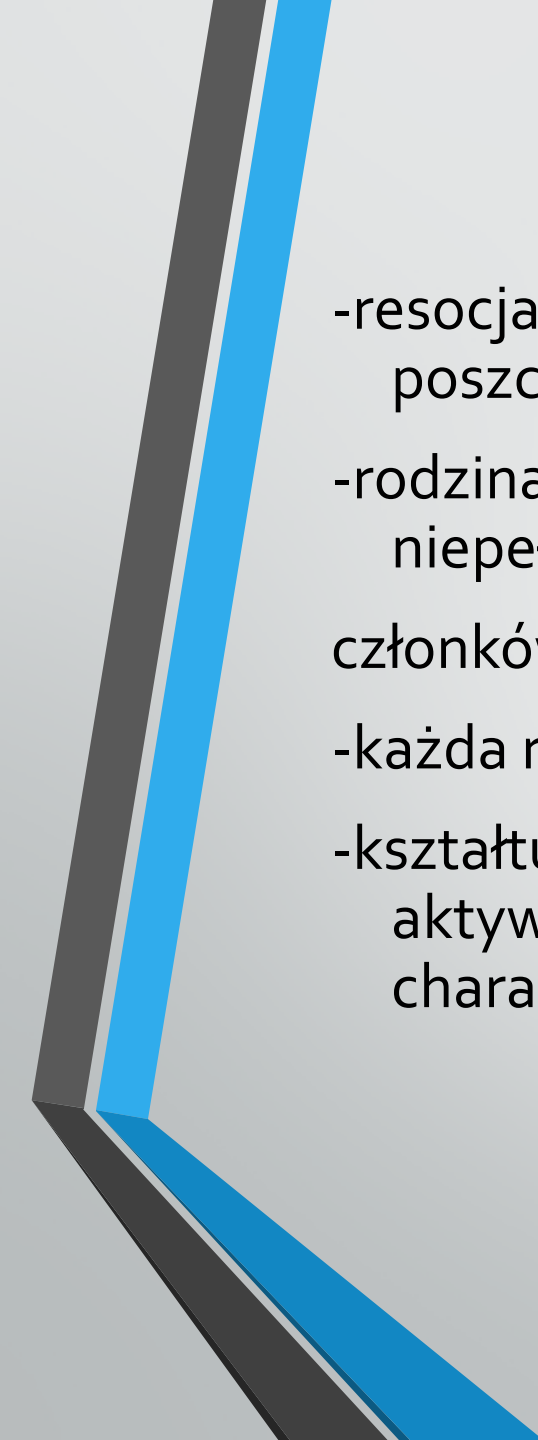
- Ukazanie punktu widzenia pacjenta
- Są źródłem dodatkowych informacji potrzebnych do leczenia
- Mogą wskazywać na różnice między potrzebami pacjenta i personelu

RODZINA

- zapewnia stabilizację materialną i mieszkaniową,
- szczęście małżonków i pełny rozwój dzieci,
- spokój, zaufanie, życzliwość, poczucie bezpieczeństwa,
- stabilizację życiową,

- 
- możliwość odreagowania niekorzystnych dla zdrowia konfliktów i napięć,
 - kształtuje wzory zachowań zdrowotnych/nawyki higieniczne, sposób odżywiania, odpoczynku, chroni przed chorobą, pielęgnuje w chorobie,
 - potęguje czynniki zdrowia rodzinnego lub je wywołuje/choroby psychosomatyczne, zaburzenia czynnościowe, bóle nie mające podłoża organicznego, zaburzenia zdrowia psychicznego, uzależnienia/,

- 
- rodzina realizuje codzienne zadania wzmacniające swoich członków/profilaktyczne, pielęgnacyjne, opiekuńcze, promujące zdrowie, lecznicze, rehabilitacyjne/
 - główna rola za zdrowie w rodzinie przypada kobietom/żonom, matkom, siostrom, babciom/
 - i jest całodobowa, cało życiowa, całościowa w zdrowiu i w chorobie,
 - zapewnia poczucie bezpieczeństwa i sprzyja psychologicznej akceptacji stanu zdrowia lub niepełnosprawności fizycznej,

- 
- resocjalizacja dokonuje się przede wszystkim w rodzinie i zależy od postawy poszczególnych członków rodziny,
 - rodzina jest naturalnym systemem wsparcia i opieki dla chorych i niepełnosprawnych członków rodziny,
 - każda rodzina ma za zadanie promować zdrowie,
 - kształtuje styl życia/zespół codziennych zachowań, sposób postępowania, aktywność, specyficzne dla danej jednostki lub zbiorowości pewien charakterystyczny sposób bycia/

FUNKCJE RODZINY

- materialno-ekonomiczna,
- prokreacyjna,
- seksualna,
- legalizacyjno-kontrolna,
- socjalizacyjna i kulturowa
- klasowa,
- rekreacyjno-towarzyska,
- emocjonalna,
- ekspresyjna,

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

- Uszkodzenie, niepełnosprawność, upośledzenie
- Kryteria: kliniczne, funkcjonalne i społeczne
- Model indywidualny i społeczny





STYGMATYZACJA VS NORMALNOŚĆ



Zachowania zdrowotne

- Reaktywne, nawykowe lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają - na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania - w istotnym wzajemnym związku ze zdrowiem.
- **Zachowania zdrowotne** obejmują zarówno aktywność prozdrowotną (np. zdrowa dieta) jak i antyzdrowotną (np. palenie papierosów).

Zachowania zdrowotne



Prozdrowotne i antyzdrowotne



Ukierunkowane na utrzymanie dobrego zdrowia i samopoczucia



Profilaktyka



Ochrona zdrowia i zmniejszenie ryzyka utraty zdrowia



Aktywność osób chorych (zachowania chorobowe)

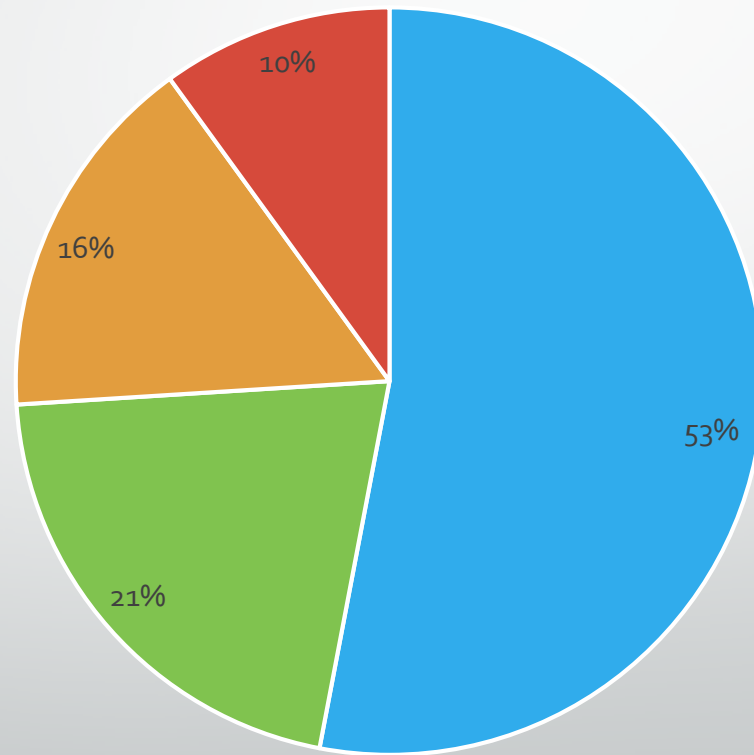


Rodzaje zachowań

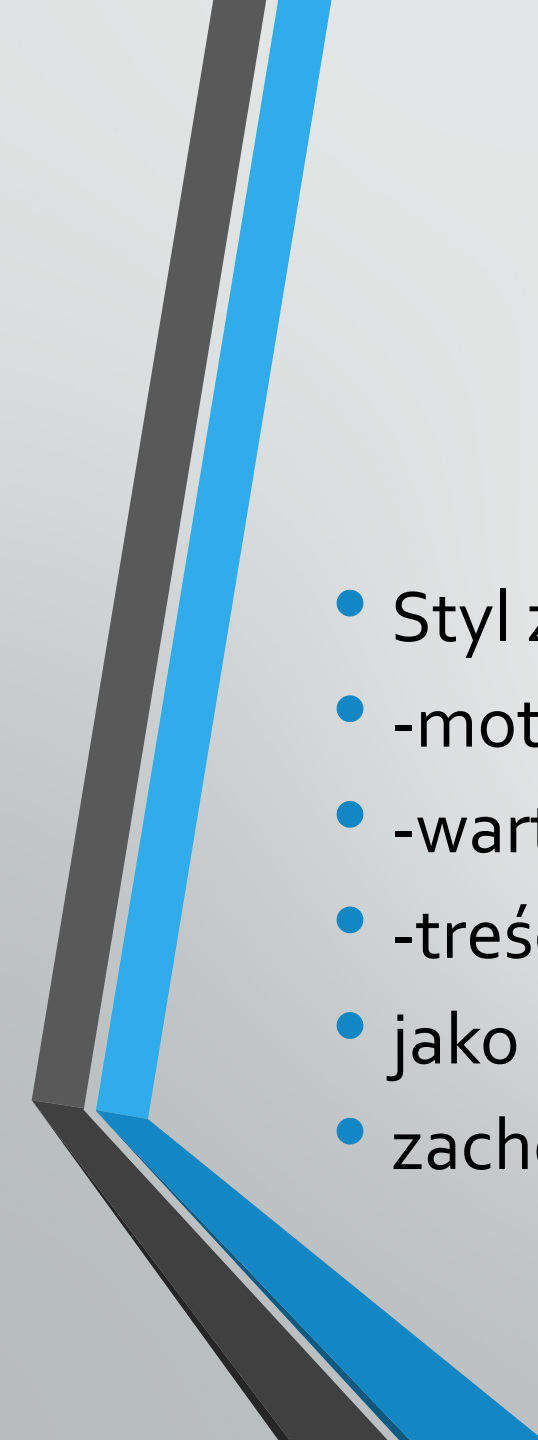
- Ze względu na znaczenie dla organizmu: biopozytywne i bionegatywne
- Ze względu na podmiot działania: zachowania jednostkowe i zbiorowe
- Ze względu na posiadaną wiedzę med.: laicy i profesjonaliści
- Styl życia i jego wpływ na zdrowie
- Wpływ kultury i socjalizacji

Pola zdrowia Lalonde'a

Wpływ na zdrowie



■ styl życia ■ środowisko ■ cechy biologiczne ■ opieka zdrowotna

- 
- Styl życia to nie tylko zachowania i aktywność, to także:
 - -motywacje tych zachowań oraz cele,
 - -wartości obowiązujące w danej kulturze,
 - -treści, którym przypisuje się pewne znaczenie
 - jako przedmiot dążeń człowieka/praca, odpoczynek,
 - zachowania związane ze zdrowiem, kontakty z innymi ludźmi/



Wyróżniki stylu życia wg socjologów

-rodzina,

-praca,

-wolny czas,

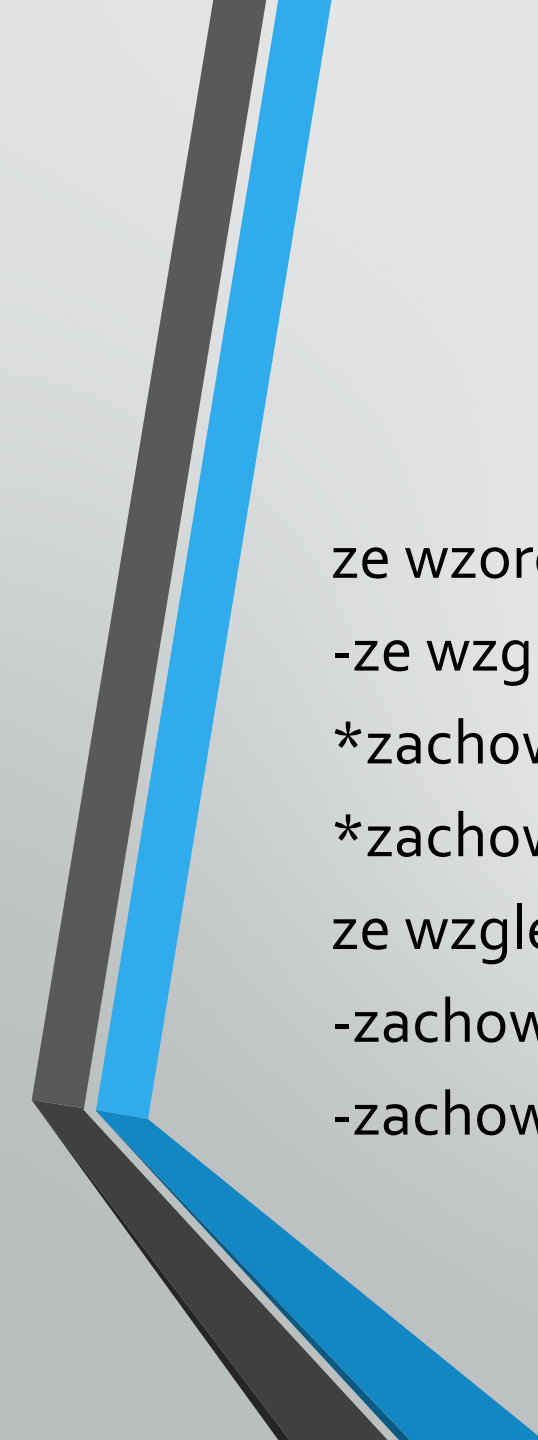
-uczestnictwo w kulturze,

Wyróżniki stylu życia na użytek medycyny

- sposób odżywiania się,
- stosunek do nałogów,
- aktywność fizyczna,
- umiejętność walki ze stresem,
- troska o zdrowie jako warunek sukcesu życiowego,
- zachowania zdrowotne/praktyczne stosowanie posiadanej wiedzy na temat zdrowia i choroby/,

Wyróżniki stylu życia na użytek medycyny

- sposób odżywiania się,
- stosunek do nałogów,
- aktywność fizyczna,
- umiejętność walki ze stresem,
- troska o zdrowie jako warunek sukcesu życiowego,
- zachowania zdrowotne/praktyczne stosowanie posiadanej wiedzy na temat zdrowia i choroby/,



ze wzorów życia społecznego, *zachowania w roli chorego,

-ze względu na znaczenie dla organizmu

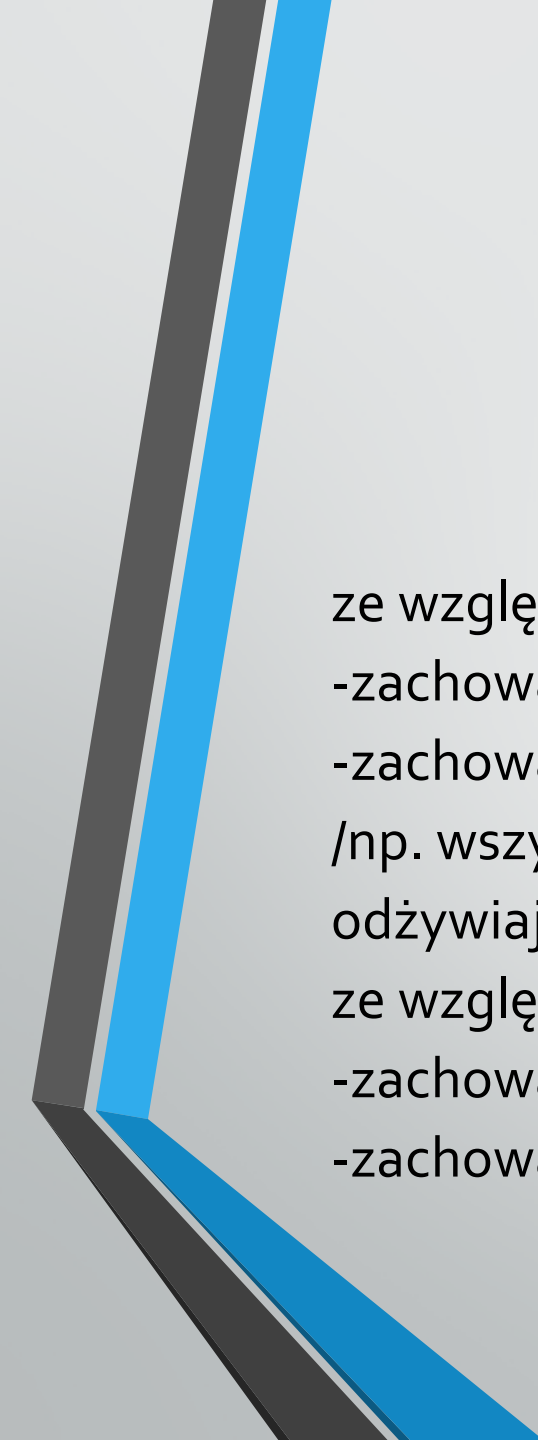
*zachowania bio pozytywne,

*zachowania bio negatywne,

ze względu na czynnik inspirujący

-zachowania pobudzane przez instytucje,

-zachowania inspirowane przez kulturę, wynikające



ze względu na podmiot działania

- zachowania jednostkowe np. palenie papierosów,

- zachowania zbiorowe-podporządkowanie się zachowaniom grupy

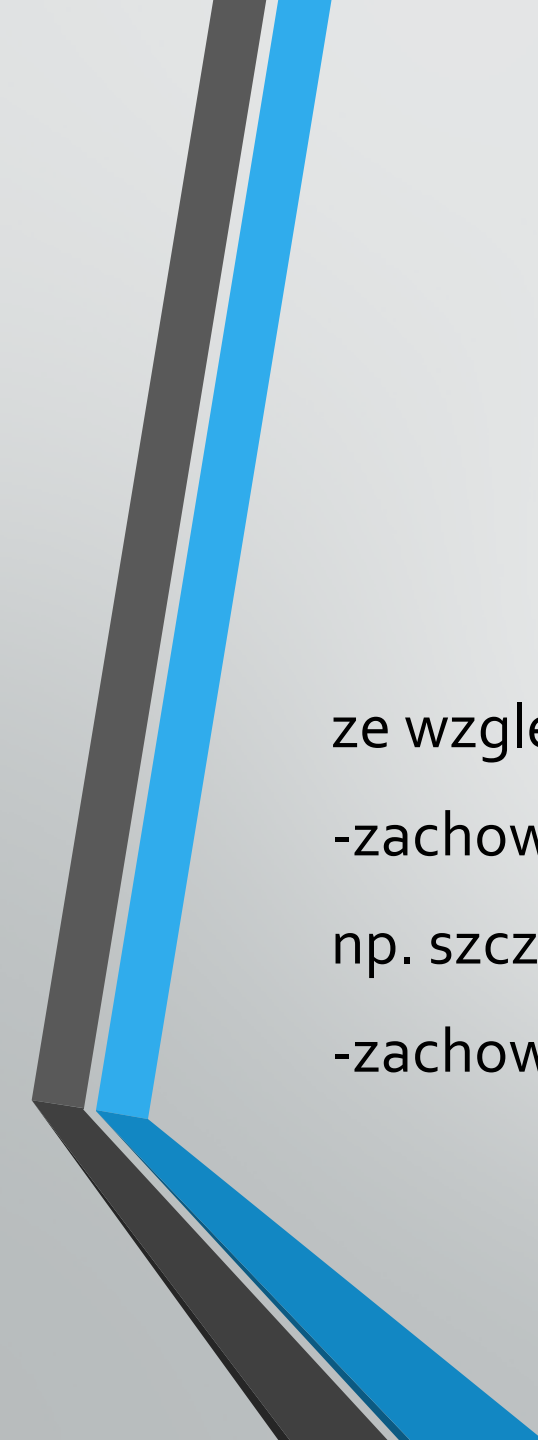
/np. wszyscy członkowie rodziny bez większej możliwości wyboru

odżywiają się tak, jaką dietę preferuje osoba przyrządzająca posiłki/

ze względu na posiadaną wiedzę medyczną

- zachowania zdrowotne laików,

- zachowania zdrowotne profesjonalistów,



ze względu na relację do przedmiotu działania

-zachowania skierowane bezpośrednio na jednostkę/grupę

np. szczepienia ochronne,

-zachowania pośrednio skierowane na zdrowie-chlorowanie wody itp.

Zachowania
chorobowe

Zachowanie
chorobowe to proces,
w którym osoby z
objawami szukają -
lub nie szukają -
porady medycznej.

Zachowania chorobowe

Widoczność symptomów, rozpoznawalność lub percepcyjny charakter objawów

Stopień, w jakim objawy są postrzegane jako poważne

Stopień, w jakim objawy zakłócają funkcjonowanie rodziny, pracy i innych działań społecznych

Częstotliwość objawów, ich uporczywość lub częstotliwość nawrotów

Potrzeby konkurujące z reakcjami chorobowymi

Podstawowe potrzeby, które prowadzą do odmowy

Dostępne informacje, wiedza i założenia kulturowe oraz rozumienie jednostki

Próg tolerancji dla dewiacyjnych oznak i objawów

Konkurencyjne możliwe interpretacje, które można przypisać objawom po ich rozpoznaniu

Dostępność zasobów leczenia, bliskość fizyczna oraz psychologiczne i pieniężne koszty podjęcia działania

Pięć etapów chorowania

1. Doświadczenie objawów (i zachowań chorobowych)
2. Porady lub konsultacje z przyjaciółmi / rodziną (wiedza potoczna)
3. Konsultacja z lekarzem - w celu potwierdzenia subiektywnej diagnozy i uzyskania obiektywnej (wiedza profesjonalna – legitymizacja choroby)
4. Bycie chorym jako pacjent
5. Odzyskiwanie zdrowia

Co wywołuje zachowanie?

Wystąpienie kryzysu interpersonalnego

Postrzegana ingerencja w relacje społeczne lub osobiste

Presja od innych, sankcje społeczne

Postrzegana ingerencja w aktywność zawodową lub fizyczną

Wyznaczone terminy przed wizytą u lekarza, np. „Jeśli ból głowy powróci”, „Jeśli nadal będę chory w poniedziałek”

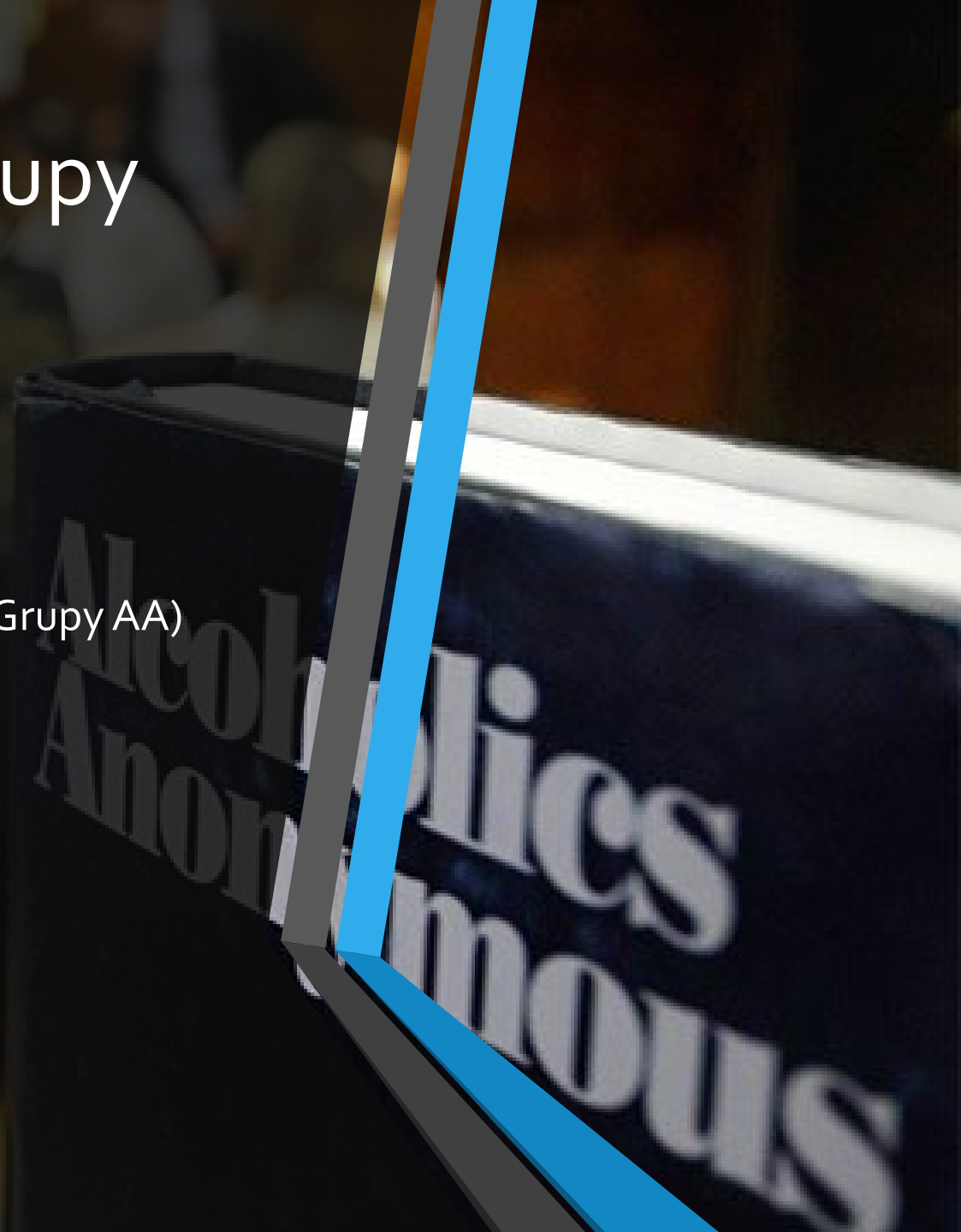
Na każdy z tych etapów ma wpływ kultura (I. Zola)

- Percepcja symptomów, sposób ich prezentowania i decyzja o udaniu się do lekarza zależą od kultury
- Różne kulturowe postrzeganie symptomów powoduje różnice w treści przekazywanej lekarzom
- To wpływa na diagnozę
- Proces socjalizacji kształtuje zachowania zdrowotne i percepcję dorosłych

Im niższa klasa społeczna, tym gorsze wchodzenie w różne układy społeczne, tym większa tolerancja na objawy chorobowe i ograniczone korzystanie z medycyny.

Poszukiwanie pomocy – grupy samopomocowe

- Dwie główne funkcje: informacyjna i emocjonalna (np. Grupy AA)
- U chronicznie chorych – najważniejsze obok rodziny
- Znaczne zmniejszenie lęku i depresji



Alternatywna medycyna

Korzyści:

- Opieka dotyczy zdrowia - nie jest ukierunkowana na choroby
- Szanuje autonomię pacjenta
- Umożliwia swobodę wyboru
- Promuje samoleczenie
- Zachęca pacjenta do przyjęcia indywidualnej odpowiedzialności za wynik zabiegu/leczenie

Zagrożenia:

- Wykluczenie metod konwencjonalnych
- Wiedza nie sprawdzona
- Brak odpowiedzialności
- Brak kontroli
- Niespodziewane efekty
- Wysokie koszty , nie tylko materialne