

Dr. Psih.

Maria Dorina Pașca

Dr.

Andreea Elena Iacob

**INTRODUCERE
ÎN
SOCIOLOGIA MEDICALĂ**

Dr. Psih.

Maria Dorina Pașca

Dr.

Andreea Elena Iacob

INTRODUCERE
ÎN
SOCIOLOGIA MEDICALĂ



Editura Ardealul

Târgu Mureș, 2021

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

PAȘCA, MARIA DORINA

Introducere în sociologie medicală / dr. psih. Maria

Dorina Pașca, dr. Andreea Elena Iacob.

Târgu Mureș: Editura Ardealul, 2021

Conține bibliografie

ISBN 978-606-8372-78-5

I. Iacob, Andreea Elena

316

61

Colecția Sinteze

Consilier editorial: *Eugeniu Nistor*

Culegere și corectură: *autoarele*

Tehnoredactor: *N. Emil Alexandru*

Secretar de redacție: *Rozalia Cotoi*

Copyright ©

Maria Dorina Pașca și Andreea Elena Iacob

Apărut 2021

CUPRINS

Pornind de la ... / 7

Cap. nr. 1 – Ce este sociologia medicală / 9

Cap. nr. 2. – Efectul social al sănătății și bolii/30

Cap. nr. 3. – Tradițiile socio-culturale ale
sănătății și bolii / 44

Cap. nr. 4 – Calitatea vieții- indice al evoluției
sociale / 58

Cap. nr. 5 – Problematica gerontologiei sociale/75

Cap. nr. 6 – Elemente de tanatologie socială / 89

Cap. nr. 7 – Comunicarea medic-pacient în
context social / 101

Cap. nr. 8 – Relația psiho-socială dintre medic-pacient / 114

Cap. nr. 9 – Impactul psiho-social al procesului de spitalizare asupra pacientului / 127

Cap. nr. 10 – Sănătatea familiei ca identitate bio-psiho-socială / 143

Cap. nr. 11 – Sociologia problemelor sociale/159

Cap. nr. 12. – Activitatea socială de planificare a sănătății / 171

Cap. nr. 13. – Îngrijirea medicală și rolul ei social / 179

Cap. nr. 14. – Eficiența sistemelor de sănătate în dezvoltarea societății / 185

Bibliografie / 194

Pornind de la ...

Astăzi, mai mult ca oricând, e cazul a ne caracteriza elementul de interdisciplinaritate, astfel încât, prin prisma complexității vieții pe care o trăim, e necesar a forma un corolar menit a aduce: cunoaștere, acceptare, înțelegere dar mai ales, o atitudine *de facto* în dimensiunea micro și macrocosmică la care ne raportăm ca individ și/sau comunitate.

Pornind de la faptul că sociologia este studiul științific al vieții sociale a oamenilor, *sociologia medicală* reprezintă în chintesența sa, formula ecuației: *sănătate – boală - societate*, parcurgând structuri centrate pe individ (sănătos și/sau bolnav) în relația sa cu societatea ca

fiind exponentul de bază al acesteia în întreaga sa plenitudine a dezvoltării și valorii sale temporo-spațială, raportată la *evoluția bio-psiho-socială a ființei umane*.

Autoarele

Cap. nr. 1

Ce este sociologia medicală

Cuvinte cheie:

definiție- obiective- problematică- sociologie-
sociologie medicală-interdisciplinaritate-
societate

Pornind de la faptul că este „**studiul științific al vieții sociale a oamenilor**”, **sociologia** este centrată fundamental pe social. În mod practic, sociologia examinează dinamica părților integrate ale societății cum ar fi instituții, comunități, populație și grupuri de oameni împărțite în funcție de sex, rasa și vârstă.

Unitățile de viață socială în care sunt integrați indivizii, se caracterizează prin prezența normelor, valorilor, instituțiilor, tradițiilor și a

modurilor diferite de comportament, subliniau Lupu I., Zanc I. (1999) în definirea sociologiei. În acest context, Mihăilescu I. (2003) **sociologia** îi determină pe oameni să examineze cu atenție mediul social în care trăiesc, să-și verifice cunoștințele incomplete sau chiar false pe care le au despre acesta, ajutându-i de asemenea să înțeleagă modul de organizare a societății, dobândind totodată o nouă formă de conștiință.

Viața socială influențează comportamentul uman într-un procent copleșitor, în mare măsură deoarece oamenilor le lipsește instinctul pe care animalele îl au în dotare pentru a-și prezerva viața. Astfel că, oamenii depind de instituții și organizații sociale de a fi informați despre deciziile și acțiunile pe care aceștia le întreprind.

Datorită acestor fapte, se poate afirma că **sociologia este o știință eliberatoare (este atât știință, cât și o conștiință deosebită).**

Astfel, în demersul ei structural, sociologia cuprinde **trei funcții** și anume:

1) **expresivă** = de descriere, de prezentare a faptelor și proceselor sociale așa cum au loc, notând aici și diversificarea sociografică a sociologiei;

2) **explicativă (a faptelor sociale)** = stabilire de relații de determinare sau de covarianță între diversele aspecte ale vieții sociale;

3) **analizare a vieții sociale** = sub aspectul raportării sociologiei în mod critic la societatea pe care o studiază;

Rezumatul funcțiilor de bază ale sociologiei se poate exprima prin devoțiunea acesteia îndreptată asupra aspectelor colective ale comportamentului uman, deoarece sociologii pun

preț mai mare pe modul cum grupurile externe exercită influență asupra comportamentului unui individ.

Scurt istoric:

Deși sociologia prinde contur în „tradiția raționalistă occidentală” a grecilor antici, ea este de fapt apanajul filosofiei secolelor 18 și 19, luând naștere alături de științele economică și politică, ca reacție la filosofia speculativă și folclor. În consecință, sociologia se separă de filosofia morală pentru a deveni o disciplină specializată. Cărturarii care au stabilit sociologia ca știință legitimă, au fost atenți să o distingă de biologie și psihologie, domenii care descriu la modul general comportamentul uman.

În multiplele încercări de a crea o disciplină academică, câțiva „gânditori creativi” (Herbert Spencer, Benjamin Kidd, Lewis Morgan, E.B.

Tylor, L.T. Hobhouse), au dat naștere unor analogii între organismele umane ca entitate biologică și societatea umană, găsind inspirație în teoria evoluționistă a lui Darwin. Ei au introdus noțiunile de diversitate (variantă), selecție naturală și moștenire – afirmând faptul că acești factori care descriu evoluția rasei umane duc la progresul societăților (de la stadiul de sălbăcie și barbarism la civilizație prin virtute – supraviețuirea celui mai puternic).

Ulterior, sociologul francez Emile Durkheim (1858 – 1917) a susținut faptul că diferite tipuri de interacțiuni între indivizi aduc anumite caracteristici noi care nu se regăsesc la individ în mod separat. Durkheim a insistat că aceste „fapte sociale”, așa cum le-a numit (sentimente colective, obiceiuri, instituții, națiuni), ar trebui studiate și explicate în funcție de un nivel social distinct (mai mult decât cel individual). Pentru

acesta, interrelaționarea între părți ale societății a contribuit la unitatea socială- un sistem integrat ce prezintă caracteristici proprii de viață, exterioare individului, dar care totuși „conduc” comportamentul acestuia.

De aceea, **legătura sa cu alte ramuri** care au ca obiect al studiului persoana umană, duc la existența unor legături indestructibile. Se poate vorbi astfel despre:

sociologia educației,

sociologia artei,

sociologia familiei,

sociologia religiei,

enumerarea putând continua, ajungând la sociologia medicală, sociologia medicinei, sociologia sănătății.

În definirea celor trei segmente amintite anterior, **sociologia medicală, a medicinei și a sănătății**, vom observa că de-a lungul evolu-

țiilor lor structurale, s-a trecut în timp de la relația sănătate-boală, aspecte sociale ce influențează calitatea vieții, la comportamente și factori sociali mențiți a promova sănătatea colectivității umane. De fapt cele trei ramuri sociologice amintite anterior (medicală, medicinei, sănătății) converg spre aceeași ecuație: **sănătate-societate**, raportată la individ și evoluția sa pe scara valorilor morale ale comunității la care acesta aparține.

Debutul sociologiei medicale ca și ramură aplicată a fost o dată cu publicarea lui Durkheim „Le suicide. Etude de sociologie” în anul 1987.

Definițiile care urmează, stipulează atât scopul precis al științei respective, cât și amprenta personală a autorului. Astfel:

1. a) **Sociologia medicinei** – Herzlich C. (1970) (după Lupu I., Zanc I.-1999) studiază

fundamentele sociale ale sănătății și îmbolnăvirii, interdependența dintre factorii sociali și starea de sănătate a indivizilor și grupurilor umane (promovarea sau degradarea socială, incapacitate sau handicap). Totodată ea are ca scop, studierea definițiilor sociale ale bolii, a practicilor care se referă la boală, a instituțiilor care au în sarcină îngrijirile de sănătate, a statutului social și a comportamentelor bolnavilor.

b) **Sociologia medicinei** – Strauss R. (1957) se ocupă cu studiul unor factori ca:

- structura organizatorică;
- relațiile dintre roluri;
- sistemul de valori;
- ritualurile;
- funcțiile medicinei ca un sistem de conduită;

2) **Sociologia în medicină** – Strauss R. (1957) face remarci legate de :

-integrarea conceptelor, principiilor și cercetărilor sociologice în medicină;

-educația sociologică a studenților;

-studiul comportamentului sanitar și al epidemiologiei sociale;

-studiul proceselor de dezvoltare ale unei boli;

-factorii ce influențează atitudinea pacientului față de boală.

După cum putem observa, sociologia medicală, chiar de la începuturile sale academice, a fost afectată de probleme legate de identitate (a sa) și identificare (a altora). Acest fenomen a fost intens dezbătut în urma cu 50 ani și observat în distincția pe care Robert Straus (1957) o face între „sociologie a” și „sociologie în” medicină, accentul fiind pus pe plasare și perspectivă.

În aceste condiții, pentru a pune capăt influențelor de plasare și perspectivă a persoanelor implicate în formularea răspunsurilor sociologice din medicină (sociologia își păstrează fundamentul) și de rezolvare din punct de vedere sociologic a termenilor definiți medical (sociologia este influențată de conceptele medicale), se pune în lumină de către Levine (1987) termenul de „sociologie cu medicina”. Acesta a dorit să sublinieze faptul că sociologia în domeniul medical ar trebui să găsească un echilibru între mediul de lucru și conceptele celor două entități, astfel încât influența uneia asupra celeilalte să fie cât mai mică.

3) Sociologia sănătății – Stendler F (1972) reprezintă studiul particular al aspectelor socio-economice ale sănătății, al locului sectorului sanitar în societate și raporturile dintre diferitele politici sanitare.

Cea mai mare influență în acest domeniu o are stratificarea socială în funcție de statutul socio-economic, sex, clasă, etnie și vârstă. Alte influențe majore includ:

- studiul organizațiilor și prevederilor din sănătate
- cuprinderea structurilor de schimbare în cadrul organizațiilor medicale
- psihologia socială a sănătății și a îngrijirilor

În ultimii ani s-a pus un mare accent și pe studiul stresului (cum facem față și suportul social aferent acestuia), comportamentul în sănătate și boala, relația între medic și pacient.

4) Sociologia medicală- Conrad P. Kern R. (1986) stipulează ca prioritate:

- studiul variabilelor culturale ale manifestării sănătății și bolii;
- relațiile medicale și sociale în grupurile mici;

- bazele economice ale serviciilor medicale;
- influența industriilor medicale asupra stării sănătății populației;
- conexiunea dintre structura socială și boală;
- influența factorilor succesiv-economici (politici, economici, distribuirea resurselor, puterea politică) asupra stării de sănătate și răspunsul societății la sănătate și îmbolnăvire.

Făcând parte din ramura sociologiei care studiază instituții sociale, **sociologia medicală** are elemente de interdisciplinaritate cu **epidemiologia** care studiază raportul dintre boli și factorii susceptibili de a influența frecvența, distribuția și evoluția bolii, cât și cu **sănătatea publică** ce este preocupată de ocrotirea sănătății publice, având ca obiective:

- a)-cercetarea stării de sănătate a populației;

b)-studiul influenței factorilor socio-economici asupra stării de sănătate a populației;

c)-estimarea cerințelor de ocrotire a sănătății pe baza unor indicatori cantitativi și calitativi;

d)-cercetarea sistemului organizatoric de apărare a sănătății publice;

e)-studiul metodelor de evaluare a eficienței activității instituțiilor sanitare;

f)- reorganizarea instituțiilor sanitare,
după Lupu I., Zanc I., Săndulescu C. (2004)
fapt ce concură la estimarea pragmatică a locului sociologiei medicale în raport cu alte științe.

După o atentă și diversificată interpretare a relației dintre sociologie și medicină prin prisma „simbiozei” lor sub varii aspecte , ne vom concentra atenția cu precădere asupra **sociologiei medicale** vizând în primul rând **obiectivele** și apoi **problematica** pe care o abordează.

Sub aspectul **obiectivelor**, sociologia medicală, Guyot J.C (1985) (după Lupu I., Zanc I.-1999), surprinde trei compartimente și anume:

a) **obiectivul medical** = unde sociologia sprijină medicina în sesizarea mecanismelor sociale responsabile de dezvoltarea societății sau de alternativa ei, participant totodată și la cercetările de epidemiologie socială asupra condițiilor colective care generează maladia sau bunăstarea, completând cunoașterea printr-o informare asupra proceselor sociale care interferează cu echilibrul fizic sau mental al indivizilor;

b) **obiectivul economic** = impune efectuarea unor cercetări privitoare la costurile îngrijirilor medicale, consumul de medicamente, cheltuielile individuale de la buget cu privire la sănătate, sociologia medicală oferind cunoștințele utile asupra înțelegerii comportamentelor sociale care influențează producerea și consumul

prestațiilor sanitare, devenind colaboratoarea unei economii a ofertei și cererii de îngrijire, văzute prin dimensiunea lor socială;

c) **obiectivul sociologic** = este cel care stă la baza cunoașterii sistemelor sociale, a grupurilor sociale și a factorilor sociali, sociologia medicală fiind aceea care dezvăluie un loc particular al vieții sociale-raportul dintre **sănătate-boală-societate**, prezentând un proces prin care socialul se relevă într-o experiență ce ține să o descifreze;

Înaintând în cunoașterea evoluției sociologiei medicale de-a lungul anilor, se poate observa interesul suscitât atât din partea medicilor, cât și a sociologilor, făcând ca de la an la an, **problematika** abordată să fie tot mai complexă, mai ales sub aspect calitativ.

Astfel, în literatura română de specialitate: Lupu I., Zanc I., Rădulescu I.M., Popescu G.

și Săndulescu C. se opresc asupra unor structuri conceptuale privind problematica sociologiei medicale, mai ales în țări ca Anglia și Statele Unite ale Americii. Rețin atenției remarcile surprinse de Lupu I., Zanc I., Săndulescu C. (2004):

a)-Donald Patrik și Graham Scambler în lucrarea *Sociology as Applied to Medicine* (1986)

- selectează o parte din problematica sociologiei medicale ce se predă în facultățile de medicină din Anglia:

- conceptele sociologice de sănătate și boală;
- schimbarea socială și dinamica tipurilor de morbiditate;
- cauzele sociale ale îmbolnăvirilor;
- comportamentul bolnavului în spital și în societate;
- relațiile dintre medic și pacient;
- spitalul și pacienții;

- moartea și starea de morbiditate;
- comunicarea în practica medicală;
- inegalitatea accesului la serviciile sanitare;
- etnicitate, sănătate, asistență medicală;
- familia și îmbolnăvirea;
- femeile ca paciente și ca personal medical;
- persoanele în vârstă și sănătatea;
- medicina și controlul social;
- devianță, etichetare și stigmat social;
- sistemul sanitar național în perspectiva internațională (comparativă);
- profesii medicale și rolul lor în domeniul apărării promovării sănătății publice;
- măsura stării de sănătate;
- evaluarea asistenței medicale (îngrijirile medicale);

b)-Problematika cuprinsă de Bird, Conrad, Fremont (2000) în tratatul internațional de Sociologie medicală:

1)-Introducere. Istoria sociologiei medicale
-instituționalizarea sociologiei medicale în
USA;

2)-Contextele sociale ale sănătății și bolii
-explicarea cauzelor, a diferențelor privind
starea de sănătate a populației;

-asocierile dintre statusul social și starea de
sănătate a populației;

-importanța culturii în teoria sociologică și
în cercetarea asupra relației stresului cu sănăta-
tea mentală;

-inegalități socio-economice ce se răsfrâng
asupra domeniului sanitar, o problemă sociolo-
gică durabilă;

-explicații sociologice ale diferențelor de
gen privitoare la sănătatea fizică și psihică;

-rasă, etnie, sănătate;

-economia politică a sănătății și senectuții;

-medicul și sănătatea;

3)-Experiența și comportamentul legat de sănătate și boală

-sociologia comportamentului sanitar și a stilurilor de viață cu impact asupra sănătății;

-boala cronică și dizabilitatea;

4)-Organizarea serviciilor medicale

-profesia medicală;

-evoluția asistenței medicale administrate/raționalizate în Statele Unite;

-probleme de sociologie medicală;

-relația emergentă dintre sociologia medicală și politica sanitară;

5)-Sistemul îngrijirilor medicale

-relația dintre medic și pacient;

-acceptarea crescândă a medicinei alternative și complementare;

-calitatea vieții în sănătate, boală și îngrijirile medicale;

-tehnologia medicală și practica medicală;

-medicalizarea problemelor umane și sociale;

6)-Dimensiuni interdisciplinare ale sociologiei medicale

-rolul factorilor sociali, psihologici și fiziologici în sănătate și boală;

-sociologia medicală și psihologia sănătății;

-epidemiologia socială și sociologia medicală;

-antropologia medicală și sociologia medicală;

-sociologia medicală și bioetică;

-rolul sociologiei medicale și politica sanitară în secolul XXI;

În complexitatea sa, așa cum se observă pe parcursul demersului nostru conceptual, sociologia medicală se implică în ecuația: **sănătate-boală-societate**, parcurgând structuri centrate pe individ (sănătos și/sau bolnav) în relația sa

cu societatea, ca fiind exponentul de bază a acesteia în întreaga sa plenitudine a dezvoltării și valorii sale, temporo-spațială, raportată la evoluția bio-psiho-socială a ființei umane.

De fapt, esența tuturor acestor constatări enunțate de-a lungul timpului prin cercetare meticuloasă și atentă a tot ceea ce înseamnă omul între oameni și omul în ajutorul oamenilor, se rezumă la dorința individului de a face ceea ce este considerat a fi bine. Însă în ultimii ani, medicii au devenit din ce în ce mai frustrați privind practicarea medicinei iar acest fenomen a avut un impact major asupra comportamentului și modului de luare a deciziilor în ceea ce privește îngrijirea pacienților.

Cap. nr. 2.

Efectul social al sănătății și bolii

Cuvinte cheie:

- sănătate - boală - efect social - impact -
implicare - stres - societate -

Am putea remarca filosofic că, **viața** reprezintă **un echilibru** între **sănătate** și **boală**, făcând astfel ca evoluția să fie posibilă chiar dacă cea din urmă crează și stări de dizarmonie și disconfort. Societatea „le are și le primește” pe amândouă, astfel că **medicul** se confruntă cu **dualitatea**. Interesant este faptul că „Medicul-subliniază Voiculescu M. (1967)-trebuie să se ocupe în primul rând de sănătatea bolnavului, dar nu trebuie să uite că în același timp, este și mediator între bolnav și societate și deține o

responsabilitate socială”, fapt care completează în accepția profesiei că „Medicul te vindecă de boală, dar nu și de moarte; el e ca acoperișul care te apără contra ploii, dar nu și contra trăsnetului” (proverb chinezesc), subliniindu-se astfel implicarea socială a sănătății și bolii, ca efect al dezvoltării umane.

Astfel, pentru Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) **sănătatea** nu este condiționată doar de absența bolii și disfuncția ei, ci se referă la un proces complex și multidimensional, în care starea subiectivă de bine, este un element fundamental.

Componentele stării de bine sunt:

1) **-acceptarea de sine** = atitudine pozitivă față de propria persoană, acceptarea calităților și defectelor personale, percepția pozitivă a experiențelor trecute și viitoare;

2) **-relații pozitive cu ceilalți** = încredere în oameni, sociabil, intim, nevoia de a primi și a da afecțiune, atitudine empatică, deschisă, caldă;

3) **-controlul** = sentimentul de competență și control personal asupra sarcinilor, își crează oportunități pentru valorificarea nevoilor personale, face opțiuni conform cu nevoile proprii;

4) **-sens și scop în viață** = direcționat de scopuri de durată medie și lungă, experiența pozitivă a trecutului și relevanța viitorului, convingerea că merită să te implici, curiozitatea;

5) **-dezvoltarea personală** = deschidere spre experiențe noi, sentimentul de valorizare a potențialului propriu, capacitate de autoreflexie, percepția schimbărilor de sine pozitive, eficiență, flexibilitate, creativitate, nevoia de provocări, respingerea rutinei;

E important a sublinia faptul că, pe lângă această definiție dată sănătății de O.M.S., literatura de specialitate consemnează și alte concepțe, urmărind decodificarea conceptului ca atare. În acest context, **sănătatea** este surprinsă în general sub **patru** aspecte care în fapt, se completează în chintesența lor, realizând întregul. Vorbim contextual despre:

a) - **sănătatea umană** = Tudose Fl.(2000) poate fi considerată o stare înscrisă în perimetrul în care definește normalitatea existenței individului semnificând menținerea echilibrului structural al persoanei (în plan corporal-biologic și psihic conștient) atât în perspectiva internă (a raportului reciproc al subsistemelor în conformitate cu sinteza ansamblului, a conformității stărilor sistemului în raport cu normele generale ale speciei, ale vârstei, ale sexului), cât

și în perspectiva externă a echilibrului adaptativ dintre individ și mediul său ambiant , concret;

b) **-sănătatea psihică** = Lupu I., Zanc I., Săndulescu C.(2004) reprezintă armonia dintre comportamentul cotidian și valorile fundamentale ale vieții asimilate de individ. Ea reprezintă acea stare a organismului în care capacitatea lui de a munci, de a studia sau de a desfășura activități preferate, este optimă; presupune capacitatea de a înțelege emoțiile și de a ști cum să facem față problemelor cotidiene; capacitatea de a ne stăpâni și de a rezolva problemele și situațiile stresante fără să ajungem să depindem de alcool sau medicamente psihoactive pentru a face față acestora; capacitatea de a munci productiv, de a iubi, de a ne preocupa de soarta celorlalți și de a avea un grad rezonabil de autonomie personală; presupune o viață cu sens, care merită să fie trăită;

c) **-sănătatea somativă** = Iamandescu I.B. (2000) poate fi cuantificată pe baza unor indicații care circumscriu statistic normalitatea (morfologici, funcționali, de rol social);

d) **-sănătatea socială** = reprezintă capacitatea de a-și putea îndeplini în mod adecvat, **rolul social** (părinte, cetățean, soț, prieten, angajat, salariat, etc.);

Individul sănătos este cel care trebuie să răspundă comenzilor sociale ale comunității, astfel încât, dezvoltarea și evoluția economico-socială să primeze, dând girul implicării personale a fiecăruia dintre noi. Menținerea de către societate a individului sănătos din punct de vedere bio-psiho-social, garantează progresul în sine, dar și subclasează eșecul și ratarea personală.

Considerarea **sănătății ca prioritare** de către **comunitate**, va reprezenta un coeficient al eficienței dezvoltării socio-economice, creându-

se astfel, premisele cuantificării pozitive a valorii umane. O societate ce nu-și îngrijește cea mai de preț avuție-**omul**-menținându-i sănătatea, va ajunge bolnavă, neputincioasă și lipsită de progres.

De aceea, după Lăzărescu M. (1994) **sănătatea** presupune o perspectivă dinamică prin care se precizează modalitățile normal-sănătoase de structurare și funcționare a individului la diverse vârste, capacitatea sa de dezvoltare, maturare, independentizare, complexificare, precum și capacitatea de a depăși sintetic diversele situații reactive și stresante.

Venind în antiteză cu sănătatea, **boala**, Mărgineanu N. (1973) (după Pașca M.D.-2006) rezultă din dezechilibrul ființei cu lumea, din lupta lor asimetrică și dezarmonioasă ce contrazice nu numai logosul în evoluție al ființei, ci și pe cel al lumii și al societății. Se remarcă faptul că,

efectul bolii este disfuncțional, fiind raportat atât la **consecințele** sale asupra organismului **uman**, cât și la cele **sociale** care decurg dintr-o asemenea împrejurare.

De aici, privită dualitatea-sănătate-boală-Parsons (după Lupu I., Zanc I., Săndulescu C.-2004), le definește din punct de vedere sociologic, făcând legătura directă cu problema devianței, a conformității și controlului social. El consideră **boala** ca o formă de comportament deviată de la normal, iar **sănătatea** ca pe un comportament normal, conformist. Societatea instituționalizează devianța pe care o reprezintă boala și se sprijină pe profesioniștii medicali pentru a trata persoanele „deviate”.

Ca și sănătatea, și **boala** poate fi definită bio-psiho-social, astfel încât din punct de vedere:

a) **-biologic** = se manifestă ca o disfuncționalitate a organismului datorită unor agenți din mediul intern sau extern;

b) **-psihologic** = crează o stare continuă de disconfort, ducând la dizarmonie și modificări structurale ale personalității;

c) **-social** = afectează rolul și statutul social al individului devenit bolnav, încetinind sau reducând progresul și realizarea socio-profesională, nemaiputându-se raporta la societatea din care face parte;

Dobândirea pe baza bolii a unui nou rol social, acela de **bolnav/pacient**, individul este în situația de multe ori, artificial creată, de a :

- schimba raporturile sociale cu cei din jur;
- „beneficia” de etichetarea ca bolnav, bolnav incurabil, inexistent, mort;
- simți modificări în structura propriei familii datorate stării sale;

- se raporta la alte grupuri sociale;
- simți elementele de dizarmonie în întregul demers al vieții sociale;

Sub asemenea identități, **persoana bolnavă** își **pierde** încet dar sigur, certitudinea **că mai deține un rol social**, în comunitatea la care se raportează, dar poate simți și efectul respingerii, existent la început la nivelul microgrupului, extinzându-se în timp la întreaga societate, aducându-i multă suferință și atingere sieși, ca persoană privată.

Consecințele stării de boală, Lupu I., Zanc I., Săndulescu C. (2004) depășesc disfuncțiile biologice și psihologice, afectând întreaga viață socială a persoanei. Persoana bolnavă pierde controlul activității sociale normale, cu particularități în diferite tipuri de îmbolnăvire. Boala antrenează o serie de servituți (obligății, con-

strângeri) și restricții, modificând modul de viață al individului. Acestea privesc aspecte ca:

1) -**restrângerea**, modificarea unor activități motrice sau fiziologice (alimentare, sexuale);

2) -**limitarea** sau suprimarea unor activități intelectuale sau profesionale;

3) -**suprimarea** pe diferite durate de timp a unor activități extraprofesionale (hobbyuri);

4) -**modificarea** relațiilor interpersonale, în sensul diminuării contactelor cu cei apropiați (mai ales în cazul bolilor spitalizate);

5) -**dereglarea** raporturilor familiale sau conjugale;

6) -**pierderea** sau reducerea capacității de muncă și a posibilităților de a realiza câștiguri economice;

7) -**dependența** față de ceilalți, mai ales în cazul apariției unor infirmități.

Pe lângă identitățile amintite anterior, și **factorii de stres** sunt cei care aduc atingere menținerii stării de sănătate, fiind în multe situații cei ce pot provoca apariția anumitor boli. Astfel, Graham S., Reeder L.G. (1972 și Kessler R.C., Wortman C.B.(1989) (după Rădulescu S.M. - 2002) enumeră următorii factori de stres:

a) **-schimbările petrecute în mediul social**, ca urmare a unor modificări de natură economică sau culturală;

b) **-mobilitatea geografică și socială**, apare în cazul migrației de la sat la oraș sau mutarea definitivă în altă țară, atunci când indivizii se confruntă cu cerințele unui nou mediu, cu care nu sunt familiarizați; mobilitatea socială, mai ales pe verticală (constând din schimbarea poziției sociale a indivizilor într-o direcție ascendentă) poate constitui un factor de stres, cauzat de necesitatea asumării a noi obligații și a

îndeplinirii unor noi sarcini, cu care ei nu sunt obișnuiți;

c) -**crizele care intervin în cursul ciclului de viață**-putem menționa: șomajul, pensionarea, divorțul, separarea și decesul unei rude apropiate;

d) -**diverse ocupații profesionale**-unele sunt caracterizate de risc fiind și o sursă de stres pentru sănătatea persoanei respective, iar cele mai stresante sunt acele profesii care presupun decizii individuale și nu colective (piloții de aviația, medicii chirurghi, etc.);

e) -**perioadele de recesiune economică**-șomajul, pierderea unor resurse și lupta pentru supraviețuire, reprezintă factori de stres cu un puternic impact emoțional asupra indivizilor, având consecințe negative asupra stării de sănătate a acestora, remarcându-se chiar și influența negativă ce o au, ducând la apariția bolilor

cardiovasculare, boli psihice și anumite blocaje renale;

Putem conchide recunoscând faptul că stresul produce numeroase schimbări fiziologice, care afectează sistemul simpatic și parasimpatic, sistemul vascular și gastro-intestinal, acestea nemaiputând fi controlate de activitatea nervoasă centrală (Rădulescu S.M.-2004).

Din aceste perspective ale identității, sănătatea și boala își codifică apoi decodifică efectul social asupra individului capabil sau nu de integrare socială sub toate aspectele în comunitatea la care se raportează.

Cap. nr. 3

Tradițiile socio-culturale ale sănătății și bolii

Cuvinte cheie:

- tradiție – trăsătură – cultură - medicină laică -
medicină populară – medicină științifică –
societate –

Dintotdeauna, omul a știut să-și aline durerea sau să-și pună întrebări atunci când a devenit neputincios în fața ei. Și răspunsurile primite, socotite ca sfaturi înțelepte sau experiențe trăite de alții, l-au făcut să-și interpreteze atât boala cât și vindecarea ei, ajungând în timp să practice **medicina laică** alături de alte cunoștințe, rude și/sau membrii ai familiei. De fapt, practicând un sistem de referințe profane, omul

în asemenea condiții, apelează foarte rar la medic, devenindu-i acestuia pacient.

Făcând încă un pas spre cunoașterea, chiar empirică a vieții, incluzând sănătatea și boala, medicina laică devine prototipul celei populare. În acest context, **medicina populară** Rădulescu S.M. (2002) este definită ca un ansamblu de cunoștințe, credințe și practici empirice, care sunt bazate pe tradiție și oralitate, fiind acceptate într-un mod necritic de o populație în virtutea unor experiențe seculare. Brătescu Ghe. (1989) (după Rădulescu S.M.-2002) subliniază faptul că ea, (medicina populară) nu este o aglomerare întâmplătoare și haotică de credințe absurde și de tehnici empirice, ci o structură destul de coerentă. Ea uzează de o metodologie rațională, chiar atunci când operează cu elemente iraționale.

Ca o completare a celor menționate anterior Coe R.M. (1970), definește **medicina populară** pornind de la **trăsăturile** ei fundamentale și anume:

- 1) **caracterul tradițional** continuat de la o generație la alta, în conformitate cu obiceiuri și cutume bine stabilite în cursul timpului;
- 2) **credința în forțe supranaturale**, ceea ce îi oferă credibilitatea morală;
- 3) **natura nediferențiată a rolurilor practicianului** (“vindecătorului”) care nici nu este definit de o cunoaștere ezoterică, accesibilă numai inițiaților, și nici nu posedă capacități speciale de tămăduire;

Se ajunge astfel ca, din generație în generație, să se transmită și multe alte “leacuri băbești”, cutume și/sau rețete care, aplicate persoanei suferinde, putând aduce alinarea durerii sau chiar vindecarea, de ce nu, a bolii avute. Să

ne reamintim de implicarea benefică a plantelor medicinale (ceaiuri, infuzii, comprese), de rolul unor legume, zarzavaturi (varza, ceapa, usturoiul, cartoful, salata, spanacul), fructe (ceaiuri, compoturi, crude, salate - mărul, cireșele, nucile, para, etc.) cât și folosirea apei – rece sau/și caldă.

Totodată, **credința populară** încă mai reprezintă pentru persoanele din mediul rural, **leacul pentru trup și suflet**, știind că postul își are rostul lui, că merele de vară se mănâncă de Sf. Petru și Pavel și lebenița (pepenele roșu) este bun în cură în lunile de vară, iar lista putând continua, important fiind modul în care se reușește a se menține un **echilibru** între: pământ-aer-apă-foc, ca elemente primordiale.

Pornind de la toate acestea, Rădulescu S.M. (2002), în întregul lor ansamblu-**medicina laică** și prototipul său-**medicina populară**-constituie

tot ceea ce cunosc și practică profanii în materie de sănătate, în legătură cu necesitatea de a obține rezultate observabile cu privire la ameliorarea sau vindecarea bolilor. Asemenea cunoștințe și practici nu trebuie ignorate de medicina științifică, deoarece ele pot influența puternic chiar decizia bolnavului de a se adresa medicului, decizie bazată, în mare măsură, pe o serie de factori cu caracter extramedical.

Un pas decisiv, coerent, rațional, eficient și pertinent legat de-sănătate-boală-bolnav-societate, îl are **medicina științifică** ce preia acele elemente viabile din medicina populară.

Coe R.M.(1970) este cel care, pe lângă definiția dată medicinei populare (și prezentată anterior) caracterizează și **medicina științifică**, surprinzând:

a) – **caracterul rațional**, adică solicitarea unor probe empirice pentru validarea cunoștințelor;

b) – **caracterul naturalist** din punct de vedere al abordării bolilor și **pozitivist**, din punct de vedere al metodologiei folosite;

c) – existența unor **roluri profesionale diferențiate**, rezultând din diviziunea socială a muncii, și caracterul ezoteric al cunoștințelor, inaccesibile profanilor.

Sub o asemenea formă de prezentare, medicina științifică corespunde tuturor dezideratelor dezvoltării normale a unei societăți ce are în centru atenției sale - omul. În fapt, ne reîntoarcem la menținerea aceluși echilibru necesar între sănătate, mai precis a stării de sănătate și boală, deoarece randamentul social dat de individ societății, este legat de acest obiectiv. Ajungem astfel a atribui sănătății vs. bolii, un caracter **funcțional** atunci când este expresia găsirii sau nu a rolului social a individului, descoperind totodată și starea de normalitate și anormalitate

privind elementul ce devine sau nu un handicap (exemplu – pentru un violonist lipsa degetului mic-digitus minimus-de la mâna stângă datorită unui accident-îi întrerupe cariera muzicală deoarece aceasta reprezintă deja o infirmitate – un handicap, pe când aceeași situație considerată tot ca handicap, nu-l oprește pe un cizmar sau fermier de a folosi mâna stângă în activitățile sale, putând să-și profeseze mai departe meseria aleasă).

Pe lângă faptul că echilibrul-sănătate-boală-societate-trebuie menținut, individul ajunge în acest periplu, a cunoaște sau nu, **durerea, suferința** pe care i-o poate crea însăși dezechilibrul apărut la un moment dat. Știm să răbdăm durerea? Ajunge ea suferință?

- cât trebuie să rabd?
- cum o fac?
- de ce resimt durerea?

- când apare ea?

- unde se localizează?

întrebări la care și tradițiile culturale își au cuvântul lor de spus. Ne învață credința să suferim? Femeia simte durerea mai puternic? Persoanele din mediul urban sunt mai irascibile la durere? Omul de la țară știe să rabde?

Putem defini **durerea** ca un preambul al declanșării bolii? Ca un avertisment? Răspunsul este afirmativ, fiind de fapt o confirmare la anumite trăiri și stări afective pe care le manifestă persoana respectivă. Se profilează astfel diferențierea stării de **durere**:

a) -**naturală**-este cea care desemnează senzația dureroasă provenită de la o boală sau de la un traumatism;

b) -**aplicată**-fiind cea acceptată și așteptată de individ în cursul unei activități culturale.

În acest context, în care durerea apare aplicată, putem distinge la un moment dat un caracter **cultural** a acesteia, atunci când vorbim de ritualuri, lupte, războaie, sporturi, etc. - specific fiind faptul că persoana în cauză, **acceptă și își asumă conștient durerea** (supliciu).

De asemenea, putem menționa faptul că **durerea se poate învăța**, în ideea că în perioadele socializării, de la starea de copil-acesta se joacă “de-a doctorul”, “de-a bolnavul”, făcând ca în timp, atât reacția de respingere a actului bolii și stării să fie estompat, cât și conștientizarea cu necesitate a cunoașterii și a “rolului de bolnav” ce poate apărea la un moment dat.

În consecință, **durerea nu trebuie ignorată**, ci ameliorată, anulată, conștientizându-se faptul că ea, **totuși există**, știindu-se că “nu boala, ci bolnavul se tratează”.

Tradiția socio-culturală asupra sănătății și bolii, a materializat până în acest punct, anumite percepții legate de evoluția și valoarea umană în societate, important fiind în continuare dacă, instrumentele medicinei științifice sunt folosite de populație astfel încât ele să fie benefice menținerii stării de sănătate a acesteia (servicii publice). Redăm în continuare evaluarea făcută de Suchman E.(1965) - (după Rădulescu S.M.-2002) legată de corelarea dintre gradul de acceptare a serviciilor medicale și convingerile culturale ale mai multor grupuri etnice din orașul New-York-SUA. Autorul folosește pentru **măsurarea** influenței relației și structurii grupului, **scale** legate de :

1)-**relații** (măsurarea):

a)-**spiritului comunitar**-interacțiunea indivizilor pe baze etnice;

b)-**nivelului social**-gradul în care indivizii se raportează, pe o perioadă îndelungată de timp, la grupul de prieteni;

c)-**nivelului familial**-gradul de supunere a indivizilor față de autoritatea și tradițiile familiei de origine;

2)-**structură**:

a)-**cosmopolită**-fiind cea în care membrii iau atitudini științifice cu privire la sănătate și boală;

b)-**parohială sau tradițională**-fiind aceea în care membrii grupului subscriu la credințe populare cu privire la sănătate și boală;

Autorul a dorit a cunoaște și **atitudinile și orientările medicale** ale grupurilor supuse investigației, utilizând de asemenea trei scale pentru măsurarea:

a)-elementelor **cognitive**= gradul de cunoaștere al bolii;

b)-elementelor **afective** = gradul de scepticism în capacitatea medicilor de a vindeca bolile;

c)-elementelor **de conduită** = gradul de dependență față de boală și căutarea unui ajutor specializat;

Rezultatele studiului, Rădulescu S. M. (2002), au evidențiat faptul că, spre deosebire de membrii grupului cosmopolit, cei ai grupului parohial aveau relații mai strânse cu membrii familiei, cu prietenii și alți membri ai grupului etnic, dovedind o cunoaștere mai limitată a bolii, o dependență mai mare față de boală și un grad de scepticism mai ridicat în legătură cu capacitatea medicilor de vindecare a bolii. Pe de altă parte, membrii acestui grup se caracterizau printr-un grad scăzut de utilizare a serviciilor medicale, bazându-se în deciziile lor de a se adresa medicului, pe sisteme de

referință profane. Puternica identificare cu grupul etnic și relațiile familiale strânse, par să exercite influențe puternice în ceea ce privește rezistența manifestată față de utilizarea serviciilor medicale. În grupurile de tip tradițional, decizia de a consulta un medic nu este bazată pe imperativele dictate de boală, ci depinde esențial de norme cu caracter laic.

Spre deosebire de grupul parohial, în grupul cosmopolit, gradul scăzut de identificare cu comunitatea etnică, relațiile mai puțin strânse cu prietenii și raporturile mai puțin autoritare din cadrul familiei, par să influențeze în cea mai mare măsură, gradul de credibilitate privind competența corpului medical, în același timp, membrii acestui grup au mai multe cunoștințe științifice asupra bolii, sunt mai puțin dependenți de alții atunci când sunt bolnavi și

preferă în locul remediilor laice, tratamente specializate.

Exemplul dat, surprinde dar și notifică faptul că, reacțiile față de boală, dar și utilizarea serviciilor medicale, au influențe socio-culturale, raportându-se în primul rând la: familie, comunitate, etnicitate, dar și la modelele culturale existente în grupul de referință.

În asemenea situații, societatea vizând rolul ei educativ-e necesar a acorda o și mai mare importanță sănătății, stării de sănătate a populației sale, diminuând riscul de îmbolnăvire și apariția unor dezechilibre majore ale vieții umane, știind și având certitudinea că omul se poate înălța deasupra bolii.

Cap. nr. 4

Calitatea vieții-indice al evoluției sociale

Cuvinte cheie:

- calitatea vieții - status social - rol social –
indice - evoluție socială - componente-standarde-

Omul, ca exponent al societății, se raportează la aceasta sub toate aspectele, dând la un moment dat, girul **calității vieții**, pornind chiar de la statusul și rolul său social. Să remarcăm faptul că **statusul** nu reprezintă altceva decât **poziția** pe care un individ o are față de un grup în societate. Putem vorbi astfel de status: **educațional** atunci când suntem încă cuprinși într-o formă de școlarizare de stat sau particulară

corespunzătoare unei anumite vârste (elev, student), **familial** (căsătorit, necăsătorit, divorțat, văduv), **biologic** (bolnav, sănătos), ele îmbinandu-se și creând **statusul social** al unei persoane, adăugându-se de cele mai multe ori și statusul: cultural, profesional și economic.

Evoluția în continuare a fiecărui individ al societății din perspectiva statusului său social crează în timp **poziția socială** pe care acesta o poate ocupa (conform statusului profesional și /sau economic) cât și **rolul social** jucat la un moment dat pe “scena vieții”. Oprindu-ne asupra **rolului social** reținem faptul că, Lupu I., Zanc I., Săndulescu C. (2004) reprezintă un model de comportare asociat unui status, punerea în act a drepturilor și îndatoririlor prevăzute de statusurile indivizilor și grupurilor într-un sistem social, reținând și faptul că el este

mai flexibil decât statusul, schimbându-se pe măsura cerințelor sociale.

În completarea sa, rolul social cuprinde:

a) -**prescripția normativă** care se traduce în practică prin **așteptările rolului**, reprezentând de fapt, modul cum trebuie jucat rolul (elev, student, soț, iubit, bunic, tată, angajat, medic, etc.);

b) -**comportamentul efectiv** ce reprezintă concretizarea și **realizarea rolului**, fapt determinat de o serie de factori implicați în aceasta (cerințe, percepție, trăsături de personalitate, etc.).

În cadrul evoluției societății, aceasta nefăcându-se întotdeauna liniar, calm, fără urcușuri și/sau coborâșuri, apar situații în care se declanșează conflicte, în cazul nostru, **conflicte de rol** cea ce crează situații speciale. Acest conflict de rol declanșat într-o situație anume

dată, se poate codifica sub trei aspecte și anume:

- a) –atunci când subiectul este plasat într-o poziție de intersecție;
- b) –când individul nu aderă afectiv sau ideologic la rolul său;
- c) –când este contrariat de exigențele incompatibile ale unui rol mixt;

Putem adăuga pentru a întregi complexitatea **rolului social** faptul că există o strânsă interdependență ce o manifestă față de **personalitate** amândouă influențându-se reciproc în interpretarea dar și modificarea prescripțiilor de rol.

Lupu I., Zanc I., Săndulescu C.(2004) remarcă faptul că, “odată cu evoluția societății, a sporit complexitatea setului de roluri proprii fiecărei persoane și s-a mărit ponderea rolurilor sociale dobândite, universaliste, neutre afectiv”.

Ne vom opri în continuare asupra **statusului și rolului social al medicului** cât și **rolul social al pacientului**. Fără a se crea nici un dubiu, medicul ocupă locul “cheie” prin statusul său social, impresionând prin “legătura sa intrinsecă cu viața și moartea”, fiind o persoană care dovedește mult: curaj, devotament, cunoaștere, eroism, putere, spirit de sacrificiu, fiind în altă ordine de idei un adevărat om de cultură ce trebuie să iubească: poezia, muzica, arta, dansul, dar mai presus de toate **omul**, bucurându-se din plin de **harul** dăruit de Dumnezeu, lui și nu oricui altcuiva.

Iamandescu I.B.(1997) afirmă că în opinia marelui public, există două tipuri de medici care corespund celor două imagini și anume:

a) -cea a celui care **îngrijește**- făcând referire la medicul de familie, generalist;

b)-cea a celui care **vindecă**- făcându-se referire la cel ce poate face minuni, medicul specialist;

Totodată, pentru a completa imaginea statutului social al medicului, reținem și tripla sa ipostază, de **om** care:

- alină suferința;
- vindecă boala;
- salvează (uneori) viața bolnavului;

Acest “demers social al medicului” se adaugă **rolului său social** care cuprinde cinci elemente (Lupu I., Zanc I., Săndulescu C.-2004):

1) **-competența tehnică** = este prioritară din punct de vedere al eficienței actului medical, realizată prin asimilarea și consolidarea cunoștințelor dobândite în timpul facultății cât și după terminarea ei;

2) **-universalism** = raportul cu pacientul este reglementat de roluri formale, abstracte, fondate pe competența tehnică și nu pe legături personale, el nu poate refuza bolnavul după criterii arbitrare, fiind medic pentru toată lumea, indiferent de poziția socială, sex, rasă, religie, apartenență politică-a bolnavului;

3) **-specificitate funcțională** = medicul este specialist într-un domeniu, limitat la sănătate și boală, asupra bolnavului exercită acțiuni doar legate de boală și nu trebuie să-și depășească limitele decât în domeniul medical pe care le poate avea față de o persoană;

4) **-neutralitate afectivă** = raportul cu bolnavul trebuie să fie obiectiv și nonemoțional, nu trebuie să se confeseze pacientului, e necesar a fi obiectiv în deciziile pe care le ia și nepărțitor față de acesta cât și faptul că are acces la

intimitatea corporală și psihică a pacientului, care este vulnerabil datorită stării de boală;

5) **-orientarea spre colectivitate** = reprezintă faptul că, în ideologia profesiei medicale se pune accent pe devotamentul față de colectivitate, considerând că în medicină profitul este cel mai puțin căutat, fiind nevoie să fie un promotor al moralității;

Dacă rolul social al medicului este atât de complex și ancorat puternic în realitatea comunității, **rolul social al bolnavului** este cel al vulnerabilității și incapacității sale pe o anumită perioadă de timp. Combatibilitatea individului cu **rolul său social de bolnav**, apare atunci când, Parson T.(1951) sunt atinse patru trăsături și anume:

1) – **degrevarea de sarcini și responsabilități normale** în funcție de natura și gravitatea bolii;

- 2) – bolnavul **nu se poate însănătoși singur**, printr-un act de decizie propriu, de aceea el nu este făcut responsabil de incapacitatea sa;
- 3) – boala trebuie considerată ca **indezirabilă** și bolnavul trebuie să dorească “să se facă bine” fiind o legitimitate condiționată a rolului de bolnav;
- 4) – **obligația bolnavului de a căuta ajutor competent și de a coopera** cu cei ce răspund de îngrijirile de sănătate, starea bolnavului devenind una legitimă;

Poate că cel mai important lucru pentru societate nu ar trebui să fie acela de a “legifera” rolul social al bolnavului, ci de a **îmbunătății** condițiile sociale astfel încât multe boli să fie eradicate, durata vieții să crească și în final, să existe o percepție reală și benefică pentru întreaga comunitate, a **calității vieții** privită ca indice al evoluției sociale.

Privită din punct de vedere a identității sale, **calitatea vieții** remarca Dan M.(2001), “nu se reduce la unele dimensiuni specifice cum ar fi: standardul economic, starea de sănătate sau satisfacția cu viața. Studiarea calității vieții presupune o cercetare de ansamblu a societății omenеști, în care se îmbină nivelul microsocial (individul), nivelul mezosocial (comunitățile umane) și nivelul macrosocial (societatea în ansamblu)”.

Cea ce reprezintă interes privind calitatea vieții în România, un studiu din anul 2002- Mărginean I., Bălașa A., supune unei interpretări sociologice, o listă de 100 de indicatori grupați pe 21 de categorii după cum urmează:

1. – Persoana;
2. – Populația;
3. – Mediul social;
4. – Așezările umane;

5. – Locuințe;
6. – Mediul social;
7. – Familia;
8. – Ocuparea;
9. – Calitatea vieții de muncă;
- 10.– Resurse macroeconomice pentru nivelul de trai;
- 11.– Veniturile;
- 12.– Consumul;
- 13.– Serviciile pentru populație;
- 14.– Înzestrarea populației cu bunuri de folosință îndelungată;
- 15.– Învățământul;
- 16.– Asistența sanitară;
- 17.– Cultura;
- 18.– Asigurări de asistență socială;
- 19.– Timpul liber;
- 20.– Mediul politic;
- 21.– Instituțiile de stat și ordinea publică,

sănătatea ocupând poziții de lider:

1 – Starea de sănătate - 1 - Persoana

29.(1) – Starea de sănătate a membrilor de familie – 7 – Familia

72. – Număr locuitor la un medic

73. – Paturi de asistență medicală la 1000 de locuitori

74. – Morbiditatea (număr îmbolnăviri la 1000 de locuitori)

75. – Ponderea cheltuielilor cu sănătatea din PIB

76 – Calitatea asistenței sanitare dar, neregăsindu-se și în alte domenii ca: învățământ, asigurări de asistență socială, calitatea vieții de muncă, mediul social sau în cele legate de: timpul liber, mediul politic și instituțiile de stat și ordinea publică.

Dacă datele anterioare par la un moment dat, concludente privind calitatea vieții, pe plan

mondial, Bennet C, Fred Plum (1996), disting **din punct de vedere medical, unsprezece dimensiuni ale calității vieții pacienților** și anume:

Nr. crt.	Dimensiunea calității vieții	Descrierea
	Funcționalitate a fizică	Activități cotidiene, de solicitare intensă
	Sănătatea mentală	Anxietatea, depresia, bunăstarea, capacitatea de control, controlul emoțional și comportamentul
	Funcționalitate a socială	Cantitatea și calitatea contactelor sociale
	Îndeplinirea rolurilor sociale	Capacitatea de îndeplinire a obligațiilor profesionale sau a altor

		activități obișnuite.
	Funcționalitate a cognitivă	Calitatea atenției, memoriei și a capacității de concentrare.
	Energia fizică și psihică	Energie și oboseală.
	Percepția generală a stării de sănătate	Autoevaluarea globală a sănătății.
	Durerea	Severitatea și frecvența durerii.
	Simptome somatice	Greață, vomă, dureri de cap, stări de amețeală, etc.
	Funcționalitate sexuală	Performanța și satisfacția sexuală.
	Somnul	Cantitatea și calitatea somnului.

În asemenea condiții Organizația Mondială a Sănătății (OMS)-(1994) definește **calitatea vieții** ca fiind dată de percepțiile indivizilor asupra situațiilor lor sociale în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în dependența de propriile trebuințe standarde și aspirații. Totodată, prin **calitatea vieții** se înțelege și bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite în existența lor cotidiană. Cea ce aduce specific în definirea conceptului privind **calitatea vieții pacientului** este Miu N. (2004) care folosește **indicatorii sociali**:

a) –**obiectivi** = sănătate, asistență sanitară, venituri, educație, viață familială, etc.

b) –**subiectivi**, dependenți de percepția personală = poziția socială, gradul de cultură și instruire;

Și totuși calitatea vieții cuprinde și componente: fizice, psihice și sociale, fiecare având contribuții majore în menținerea aceluși echilibru atât de necesar vieții- De aceea important este –susțineau Carr, Nigginson (2001) (după Lupu I., Zanc I., Săndulescu C.-2004) **ce determină calitatea vieții**, autorii enumerând:

1. Gradul în care speranțele și ambițiile proprii se realizează în viața cotidiană.

2. Percepția poziției în viață a persoanei, în contextul cultural și anxiologic în care trăiește și în raport cu scopurile, aspirațiile, standardele și preocupările proprii.

3. Evaluarea stării proprii de sănătate prin raportare la un model ideal.

4. Lucrările ce sunt considerate importante în viața lor.

Prin tot acest demers structural, societatea este direct răspunzătoare privind calitatea vieții

în general și a pacienților în mod special de aceea implicarea statusului și rolului social e imperios necesară pentru progresul și civilizația omenirii.

Cap. nr. 5

Problematika gerontologiei sociale

Cuvinte cheie:

- identitate socială – gerontologie – bătrânețe –
îmbătrânire - vârstă psihologică - modificări -
servicii sociale -

Întrebarea are menirea, prin structura ei, nu numai să solicite un răspuns, dar mai ales să creeze **situații problemă**. De aceea, o întrebare primește un răspuns la o anumită vârstă, iar aceeași întrebare la o altă vârstă, ar putea primi conotații diferite. În acest context, în plenitudinea adolescenței noastre 18-20 de ani-încercăm să răspundem la un set de întrebări și anume:

- 1) –De la ce vârstă poți să spui unei persoane că este bătrână ?
- 2) –Ți-ai dori să ajungi vreodată bătrân/ă? De ce ?
- 3) –Ți-ai închipui cum ai arăta la bătrânețe ? (din punct de vedere fizic și psihic) De ce așa ?
- 4) – Crezi că poți lupta împotriva bătrâneții ? Cum ?
- 5) – Ești pregătit/ă de a te întâlni și a accepta bătrânețea ? De ce ? Da ? Nu ?

Răspunsul cred că ar suscita un interes deosebit, mai ales dacă le-am repeta acelor persoane peste zece ani, sau peste zece ani unor alți adolescenți. Cu siguranță că, **percepția temporo-spațială** va fi diferită, ceea ce reprezintă un punct nou, viu și de necontestat pe harta cogniscibilității.

În fapt, Rădulescu S.M. (1994) construcția socială a bătrâneții în sens fenomenologic, sem-

nifică de fapt atitudinea manifestată față de vârstnici în societatea contemporană, clișeele și stereotipurile în virtutea cărora această vârstă este echivalentă cu declinul capacităților funcționale și cu starea de dependență. Se ajunge până acolo încât și apelativele la adresa bătrânilor să fie pline de insulte, pornind de la “și-au trăit traiul” și până la: babalâc, hoască, hodorog, boșorog, fosilă, mumie, ramolit, cadavru viu, cadavru ambulant, mortăciune, sclerozat, epavă, zaharisit, libidinos, morgă, sicriu umblător și “lista” încă mai poate continua –**eti-cheta** punându-și amprenta pe valoarea și evoluția umană, în general și cea a bătrâneții în special.

Același autor menționat anterior, surprinde elementul, definind **bătrânețea** ca o perioadă de profundă degradare și involuție a principalelor funcții ale organismului uman, prin care,

declinul capacităților fizice, fragilitatea, uzura, scăderea rezistenței față de boli și diminuarea capacităților de adaptare ori reglare, deteriorarea calitativă a proceselor psihice, etc.

Dacă bătrânețea este decodificată ca fiind o perioadă de degradare fizică și psihică, în general, **îmbătrânirea** este definită Săhleanu V. (1971) ca fiind o perioadă de perturbări și deviații funcționale, asociate cu numeroase alterări structurale, deoarece, din punct de vedere medical, ea constă în creșterea frecvenței indispozițiilor și a îmbolnăvirilor, creșterea gravității acestora, asocierea mai multor boli, îngreuierea însănătoșirii, frecvențele complicații și cronicizări, frecventarea mai deasă a cabinetelor medicale, consum crescut de medicamente. Atitudinea față de sănătate și boală se schimbă treptat. Grija pentru propria sănătate și propriul trup ajunge, progresiv, o preocupare importantă.

Tihna, odihna, contemplația sunt preferate tensiunii, eforturilor, activității.

Ca și sănătatea, bătrânețea poate fi cunoscută din trei perspective ale evoluției sale, rele-vând apariția **modificărilor** din punct de vedere:

- 1) – biologic;
- 2) – psihologic;
- 3) – social;

Privind **modificările biologice** apărute la bătrânețe, Duda R. (1983) se oprește la cele care vizează:

- scăderea numărului de celule parenchimatose;
- atrofia organelor interne, inclusiv înmulțirea țesutului conjunctiv (**scleroza**) care, prin insuficiența de sânge pe care o determină, afectează funcționarea tuturor organelor;

- acumularea lipidelor în pereții vasculari (**ateroscleroza**);
- scăderea capacității funcționale a unor organe vitale, printre care: ficat, rinichi, inimă, glande endocrine, etc.;
- modificări ale funcțiilor de coordonare și reglare, care asigură homeostazia organismului;
- excesul de țesut adipos (gras), cu înfiltrarea grăsoasă a organelor vitale, în primul rând a inimii;
- atrofierea oaselor (**osteoporoza**), demineralizarea lor și deformarea scheletului (**osteoscleroza**);
- modificările trofice, degenerative, ale mușchilor;
- pigmentarea și zbârcirea pielii, căderea părului (**alopecie**) și albirea lui (**acromotrichie**);

Din punct de vedere **psihologic, modificările** ce intervin, evidențiază **regresul**, manifestat sub forma Verza E. (1993):

1) - degradarea **organelor senzoriale**:

a) –**văzului** -prin reducerea capacității de adaptare a cristalinului (prezbiție), reducerea câmpului vizual și a vederii stetoscopice (în relief); scăderea capacității de discriminare a culorilor;

b) -**a auzului**, prin deteriorarea auditivă, scăderea sensibilității auditive, mai ales a auzului fonematic (înțelege și distinge sunetele sau cuvintele);

c) -a sensibilității **tactile**;

d) -degradarea **excitabilității senzoriale**, scăderea vitezei și a timpului de reacție;

2) -degradarea principalelor **proces psihice**:

a) -**a memoriei** de scurtă durată, în condițiile memoriei de lungă durată;

b) -apariția unor **confuzii** în asociațiile făcute în legătură cu evocarea unor evenimente trecute;

c) -**scăderea** capacității de concentrare, **lentoarea** atenției, vorbirii și gândirii;

3)-modificarea **afectivității** și a **personalității**:

a) -**exacerbarea** emotivității, a nervozității, irascibilității, frustrării și anxietății;

b) -**manifestarea** unor capricii, **tendințe** de încăpățănare, **lipsă** de cooperare, negativism.

Se desprinde faptul că, bătrânețea nu este ceva care se degradează repede, se distruge și totul reintră în normal. Ea e mult mai mult decât atât, putând deveni “o artă a știi să îmbătrânești frumos”. Nu te mai raportezi la serviciu, o parte din grupul de prieteni nu mai e, familia te acceptă sau nu, chiar abandonându-te, așa că, pe lângă alte tentative suicidale ce pot

apărea sau /și tulburări comportamentale și de personalitate, “simpaticul bătrânel” devine o **problemă socială**. Totodată se întâlnesc frecvente cazuri în care, la vârsta bătrâneții, vorbim despre **identitatea de vârstă** ce constă în vârsta pe care și-o estimează persoana respectivă, independent de dimensiunea ei cronologică; **vârsta cronologică** fiind cea pe care o are efectiv persoana, cât și **vârsta psihologică**, definită ca nivelul capacităților adaptative ale persoanei, adică, ansamblul mecanismelor care permit compensarea diverselor deteriorări. Cu toate acestea, cel mai evident predictor al identității de vârstă, îl reprezintă **starea de sănătate**, datorită faptului că acest segment al evoluției vieții (bătrânețea) este și cel mai expus **pierderii rolurilor sociale active**, precedate și de anumite evenimente personale ale vieții, culminând cu **efectul pensionării**, ca recul al muncii

active desfășurată în comunitate și raportarea persoanei în cauză la ea.

Cu toate acestea, literatura de specialitate consemnează apariția unor **semnale** legate de fenomenul îmbătrânirii. Astfel, Rădulescu S.M. (2002) clasifică semnalele:

- a) –**fizice sau psihice** = încetinirea unor funcții;
- b) –**generaționale** = evoluția în cadrul generațiilor (părinți în etate și copiii adulți);
- c) –**privind mortalitatea** = moartea unor apropiați sau a unor indivizi aparținând aceleiași cohorte demografice;

Toate aceste semnale asociate și cu pierderea rolurilor sociale active, pot influența în mod negativ **autopercepția vârstei**, implicit, identitatea de vârstă. De aceea, **asistența socială** a persoanelor vârstnice trebuie să reprezinte o prioritate pentru comunitate, concretizându-se

mai ales prin desfășurarea unor programe viabile de **politici sociale**, vizând elementul:

a) -**etico-umanist** = care apreciază că, în scopul protejării sănătății vârstnicilor, trebuie alocate și mobilizate orice fel de resurse, indiferent de costurile acestora;

b) -**rațional-economic** = care apreciază că, mijloacele trebuie să fie mai importante decât obiectivele;

În acest context, o bună **planificare** a sectorului sănătății va trebui, așa cum o arată deja programele din țările avansate, să primeze legat de persoanele vârstnice, ținând cont ca ea să fie:

- **totală** = cuprinzând toate aspectele ocrotirii sănătății celor vârstnici;

- **dinamică** = cuprinzând aspectele îngrijirii curative, cât și pe cele ale prevenției;

- **flexibilă** = fiind în concordanță cu progresele asistenței medicale gerontologice pe plan mondial;

- **complementară** = prin corelarea sa cu politicile sociale din alte sectoare;

Ceea ce surprinde pozitiv în cadrul elementului **social** (modificări sociale) îl reprezintă **strategia implementării serviciilor sociale comunitare** speciale pentru vârstnici, ceea ce denotă o permanentă grijă pentru acest segment social la care ne referim. Evidențiem în final, structura unor astfel de **servicii** prezentă în țările dezvoltate economic, după Be-dard C.(1973) și anume:

1) **-servicii de bază**-igiena, sănătate, locuințe, loisir;

2) **-servicii de prevenție:**

- controlul riscurilor;

- identificarea medicală și socială a potențialilor clienți;
- consultații profesionale;
- examene periodice de control medical;
- antrenarea în diferite activități profesionale și de loisir;

3)-servicii de adaptare și de integrare:

- asistență pentru bătrâni;
- servicii recreative;
- asumarea unor roluri active;
- cercuri speciale pentru vârstnici;

4) -servicii de sprijin:

- escortele;
- vizitele amicale;
- servicii de ajutor și de întreținere menajeră;

- mesele servite la domiciliu;

5) -servicii de îngrijire instituționale:

- servicii de îngrijire zilnică;

- ajutor financiar pentru locuință;
- servicii pentru locuințe, dotate cu toate serviciile auxiliare necesare;
- servicii de substituție familială;
- servicii de urgență;

6) **-servicii de protecție**-protejarea drepturilor civile ale persoanelor vârstnice.

Ar fi necesar ca, reîntorcându-ne la întrebările de la început, să avem certitudinea la răspunsurile pe care le putem da, atunci când politicile sociale și cele în domeniul sănătății, vor avea ca prioritate-menținerea sănătății pentru toți comunitarii, creând programe și servicii speciale celor în vârstă, având mare grijă ca ei “să îmbătrânească frumos”.

Cap. nr. 6

Elemente de tanatologie socială

Cuvinte cheie:

- viață – moarte – tanatologie – accept – impact
- bulversare – refuz -

În antiteză cu viața, **moartea** reprezintă și din punct de vedere sociologic, un subiect de studiu cu implicații deosebite, punând în talerul echilibrului, valoarea și evoluția umană.

În acest scop, **tanatologia** devine știința privind studiul morții și a fenomenelor care conduc la moarte.

A vorbi despre moarte, a fost și mai este încă pentru unii, un subiect **tabu**. De fapt, ce este moartea? Opusul vieții? Trecerea dincolo

sau cea pe care n-o văd, dar unii pacienți, o simt atât de aproape? E necesar a o avea în vedere medicul? Păreră noastră este că DA, dând posibilitatea celui dintâi de a putea lupta cu toate forțele împotriva ei, învingând-o sau dacă nu, măcar amânând-o pentru o multă bucată de vreme.

De-a lungul vremii, a culturilor și tradițiilor lor, **moartea** a ajuns să fie, începând cu grecii, **acceptarea** destinului, ajungând la omul modern care, dorește a afla **sensul** ei, negându-i chiar existența. Este interesant faptul că, cea ce ne înspăimântă, nu este de fapt **moartea noastră** ci **moartea celuilalt** ale cărei faze se desfășoară dramatic în fața noastră. Moravurile sociale au făcut din **cazul de moarte**, un **spectacol** în timp ce el ar trebui să rămână un act intim. Suferința este prețul vieții. Suferim mai îndelung pentru a ne însănătoși decât

pentru a muri. După Athanasiu A.(1993) rădăcina **luptei cu moartea** se găsește în rezistența oricărei creaturi conștiente față de gândul dispariției sale-rezistență determinată de mândrie, obișnuință sau spaimă.

Ajungem astfel a cataloga moartea și ca un **fenomen sociologic**, Vernon G.(1980) subliniindu-i ca și caracteristici:

- 1) –moartea are multiple dimensiuni sociale;
- 2) –trecerea în neființă este un proces social;
- 3) –moartea și procesul morții sunt implicate în toate sistemele sociale;
- 4) –condițiile sociale pot contribui la evitarea sau apariția morții;

Totodată, atitudinea în fața morții/față de moarte, poate crea suspiciuni și confuzii astfel încât, ajungem la:

- perspectiva morții (toți oamenii sunt muritori);

- amenințarea morții (boală grea);
 - iminența morții (boală incurabilă);
 - frica de moarte (trecerea dincolo, în neant);
- cât și la paradoxuri:
- incurabil-suferință;
 - frică de moarte-dragoste de viață;
 - iubire de moarte-frică de viață;

determinând interpretări diferite, dar și neînțeleșuri ale fenomenului, ce nu-și mai au înțeleșuri.

Astfel, ajungem a defini, după Cox G.R., Fundis R.J.(1990), **sociologia morții** după câteva domenii specifice ca:

- atitudinile față de moarte;
- perspective transculturale asupra morții;
- relațiile dintre viață, moarte și etică;
- medicină, tratament și deontologie medicală;
- aspecte juridice ale morții;

- filosofia și moartea;
- atitudinile copilului față de moarte;
- azilul;
- tratamentul bolilor incurabile;
- dirijarea suferinței;
- riscul de a muri;
- moartea violentă;
- moartea în război;
- fumatul, drogurile și moartea;
- suicidul;
- prevenirea suicidului;
- ceremoniile funerare: abordări culturale comparative.

Interpretarea sociologică a morții se referă îndeosebi **nu** la bolnavul “obișnuit” **ci la cel incurabil** care, în accepția celor ce-i cunosc diagnosticul, îl consideră ca fiind “mort”, atributele sale sociale încetând să mai funcționeze ca o condiție de acordare a unui tratament

adecvat, apărând ca o “moarte socială”, are ca efect, reducerea implicării afective a membrilor familiei față de problemele bolnavului și deplasarea preocupărilor lor spre alte sfere de interes. Astfel, Kadish R.(1966) (după Rădulescu S.M.-2002), clasifică **moartea socială** în două categorii sau **roluri**, cel mai adesea complementare cum ar fi:

a) -atunci când individul se definește el însuși ca fiind **mort** sau ca și cum ar fi murit deja;

b) -atunci când individul **este definit ca atare de alții**, acceptarea definiției producând o predicție (profeție) constructivă, care grăbește moartea bolnavului incurabil;

De aceea, mai ales pentru **bolnavul incurabil**, perceperea morții are suișuri și coborâșuri, acceptări sau neacceptări, timp sau iminent sfârșit, fapt ce a determinat consemnarea

în literatura de specialitate a unor **etape** în drumul spre moarte. Timpul face trecerea prin toate etapele sau, din contră, comprimă totul încât nu se mai rostuiesc sentimentele și înțelegerile. Astfel, Glaser B. și Strauss A.-1965 (după Rădulescu S.M.-2002) surprind patru **con-texte de conștientizare** a morții iminente și anume:

- 1) – **conștientizarea închisă** (restrânsă) = când pacientul nu recunoaște că moartea sa este iminentă, deși ceilalți știu acest lucru;
- 2) – **conștientizarea presupusă** = când pacientul bănuiește că va muri, dar ceilalți nu-i spun nimic despre acest lucru;
- 3) – **prefăcătorie reciprocă** = este momentul în care, fiecare dintre părți, inclusiv pacientul, știe că moartea este inevitabilă, dar acționează și se comportă ca și cum prognosticul bolii ar fi optimist;

4) – **conștientizarea deschisă** = atunci când părțile recunosc deschis și discută între ele, caracterul inevitabil al morții;

Aici, suntem practic în faza în care, medicul și/sau familia, protejează sau nu bolnavul prin decizia de a comunica sau nu **diagnosticul**, făcând din relația celor doi, un permanent joc. Cât și cum protejăm bolnavul? Cine pe cine se protejează? Atingem coarda egoismului bolnavului sau/și a familiei în dorința unora de a trăi sau muri? Toate întrebările-și găsesc cât de cât un corespondent, de fapt vizează o **atitudine** în fața morții, specificându-se cele cinci etape surprinse de Kluber Rors E.-1968 (după Rădulescu S.M.-2002) sub forma reacțiilor tipice și anume:

1)-**refuzul și izolarea** = este caracterizat de șocul pe care îl are bolnavul odată cu aflarea diagnosticului, existând reacții de tipul: **Nu e**

posibil? Nu mi se poate întâmpla tocmai mie!; acceptarea diagnosticului de boală incurabilă echivalează de fapt, cu eșecul, cu recunoașterea faptului că nu mai e nimic de făcut în fața unui destin implacabil;

2)-**furia** = este determinată de conștientizarea faptului că moartea l-a ales tocmai pe el, având reacții de genul: **Nu mie! De ce tocmai mie?;** furia reprezentând singura resursă de care mai dispune în raport cu situația caracterizată de incapacitate, suferință, alinare și mai ales, nepuțință de a schimba destinul, lipsind practic orice alternativă;

3) -**negocierea** = apare ca strategie a prelungirii cât mai mult posibil a timpului ce i-a mai rămas de trăit, ce se poate “încheia” cu familia, medicul, dar mai ales cu Dumnezeu, având reacții ca: **Dacă tu, Dumnezeul meu, îmi mai acorzi un an de trăit, voi deveni un bun**

creștin sau Pentru încă un an de viață, îmi voi dona organele cuiva care are nevoie de ele, reprezentând o schimbare de conduită în schimbul prelungirii vieții;

4) **-deprimarea** = se edifică în momentul în care, procesul negocierii s-a încheiat și urmează actul final al morții, bolnavul având comportamente imprevizibile câteodată, începând chiar “a se pregăti”, adoptând un gen de conduită similară unei **morți simbolice**, care-l desparte de toți ceilalți și de realitatea vieții;

5) **-acceptarea** (resemnarea) = nu se manifestă ca o renunțare sau o abordare în fața morții, ci mai degrabă ca o conștientizare pozitivă a lucrurilor care au fost realizate de bolnav sub forma: **Mi-am pus la punct afacerile personale, am rezolvat toate problemele, de acum pot să mor liniștit**, această conștientizare echivalând cu un gen de rememorare sau bilanț al lucrurilor

bune sau rele realizate în viață, reprezentând o etapă care îi face egali pe cei care se pregătesc să moară, cu cei care abia încep să trăiască.

E nevoie a menționa încă odată faptul că, nu toți indivizii trec prin cele cinci stadii, neparcurgându-le în această ordine, deoarece, varietatea situațiilor și conduitele determinate de anumiți factori sociali și culturali, permit sau nu acest lucru.

Interesant de observat din punct de vedere sociologic este implicarea pe care o au în tradiția culturală **funerariile**, dar care-și pierd din importanță acum când, **decesul** are loc de cele mai multe ori în spital iar efectul de depersonalizare a actului în sine este evident. Și cu toate acestea, românii, mai știu încă și să-și plângă morții, dar să și accepte moartea, **pregătindu-se** pentru întâlnirea cu ea. Este de fapt, momentul în care, vârstnicii, cei trecuți de 70

de ani, încep “pregătirea spirituală” de a trece dincolo, citind cărțile sfinte, trăind într-o adevărată “simbioză” cu credința, făcându-și înțelegeri personale cu EL-Dumnezeu.

Și cu toate acestea, **arta de a trăi** ca și **arta de a muri** sunt cu adevărat, o **mare artă** și doar inițiații atât în una cât și în cealaltă, o pot dovedi cu adevărat, bucurându-se și pregătindu-se apoi de marea trecere.

Cap. nr. 7

Comunicarea medic-pacient în context social

Cuvinte cheie:

-comunicare – medic – pacient – diagnostic –
impact – implicare - cooperare-

După Stanton N. (1995), prin intermediul **procesului de comunicare** se urmăresc, întotdeauna, patru scopuri principale și anume:

- 1)-să fim recepționați (auziți sau citiți);
- 2)-să fim înțeleși;
- 3)-să fim acceptați;
- 4)-să provocăm o reacție (o schimbare de comportament sau de atitudine);

Legat de același proces, E.La Monica (1994)
(după Lupu I, Zanc I, Săndulescu C (2004)

surprinde nouă scopuri care, izolate sau combinate între ele, ajută comunicării și anume:

- 1)-a învăța, a transmite sau a primi cunoștințe;
- 2)-a influența comportamentul cuiva;
- 3)-a exprima sentimente;
- 4)-a explica sau înțelege propriul comportament sau al altora;
- 5)-a întreține legături cu cei din jur/ a te integra într-o colectivitate sau un grup social;
- 6)-a clarifica o problemă;
- 7)-a atinge un obiectiv propus;
- 8)-a reduce tensiunile sau a rezolva un conflict;
- 9)-a stimula interesele proprii sau ale celor din jur;

Se cunoaște din literatura de specialitate că, putem vorbi în cadrul comunicării medicului cu pacientul, atât despre limbajul verbal cât și non-verbal, fapt care determină o conlucrare între

cele două stări, ce va conduce la “simbioza” celor implicați în acest proces. Dacă în general despre comunicarea nonverbală lucrurile sunt de obicei cunoscute, în cadrul celei **verbale**, limbajul pe baza căruia va comunica medicul cu pacientul, trebuie să cuprindă, Lupu I, Zanc I, (1999) ca elemente esențiale: rolul social, cadrul fizic, cadrul social, contextul lingvistic și extralingvistic, precum și momentul desfășurării, compatibilitatea lor și eficiența, vor constitui reușita actului în sine. În acest context, Cazacu S.T. (1980) - sintetizează comportamentele ce au loc în momentul comunicării, făcând în așa fel încât, în funcție de rolul social și relația de rol (medic-copil, profesor, student, etc.) eficiența exprimării verbale să fie maximă, adică, să nu existe sincope în înțelegerea **mesajului** transmis de emițător E-medic-și recepțat de receptor R-pacientul.

Alături în reușita comunicării dintre cei doi medic (M) → și ← pacient (P) ←
M → P, un loc aparte se acordă elementului **nonverbal** care se referă în general la limbajul corpului: mimică, gestică, postura, privire, ton și ritm al vocii, Stanton N.(1995) depistând unsprezece indici sub forma:

- **expresia feței** = un zâmbet, o încruntare;
- **gesturi** = mișcarea mâinilor și corpului pentru a explica sau accentua limbajul verbal;
- **poziția corpului** = modul în care stăm, în picioare sau așezați;
- **orientarea** = dacă stăm cu fața sau cu spatele la interlocutor;
- **proximitatea** = distanța la care stăm față de interlocutor în picioare sau așezați;
- **contactul vizual** = dacă privim interlocutorul sau nu, intervalul de timp în care îl privim;

- **contactul corporal** = o bătaie ușoară pe spate, cuprinderea umerilor;

- **mișcări ale corpului** = pentru a indica aprobarea sau dezaprobarea sau pentru a încuraja interlocutorul să continue;

- **aspectul exterior** = înfățișarea fizică sau alegerea vestimentației;

- **aspectele non-verbale ale vorbirii** = variații ale înălțimii sunetelor, tăria lor și rapiditatea vorbirii, calitatea și tonul voci (paralimbaj);

- **aspecte non-verbale ale scrisului** = scrisul de mână, așezare, organizare, acuratețe și aspect general;

În esență, putem remarca faptul că, întregul comportament al comunicării, influențează **relația de rol**, în cazul nostru-medic-pacient, astfel încât, integrarea în comunitate să se facă și din această perspectivă. Totodată:

1)-**tăcerea** = ce reprezintă legătura cu ascultarea în vederea recepționării corecte a mesajelor, lăsându-l pe pacient să se exprime liber, fără constrângeri referitoare la problema ivită; fiind în anumite situații și un răspuns;

2)-**spațiul** = constând în conștientizarea elementului de apropiere sau/și de depărtare care poate marca la un moment dat, un rang social, o poziție socială, pornind de la zona intimă ce ajunge până la 46 de cm, la zona socială –1,22 m-2,20 m și până la zona publică, percepută la peste 3,60 m. Atenția trebuie să-o manifestăm în timpul comunicării practice cu pacientul, având grijă de a nu „viola” zona/spațiul clientului și a face inoportună apropierea sau depărtarea, anulând practic orice punct viabil în comunicarea directă necesară a fi realizată și în acest context;

3)-**tonul vocii** = poate atenua sau din contră amplifica, un viitor conflict între cei doi, astfel

medicul trebuie să folosească un ton adecvat, care în primul rând să acorde pacientului **încredere** în cel care dorește să-l ajute;

4)-**ochiul** = transmite mesaje și e caracterizat după mobilitate (privire adâncă, vie, fermă, blândă, rătăcită, nelimitată) și direcție (ascunsă, pedantă, visătoare) având și valoare de simbol multivalent;

5)-**gura** = văzută prin expresia dată de **zâmbet**, implicat acesta în comunicare;

6)-**fața** = după Pârveu N (1967), aceasta poate decodifica:

a)-emoții înăscute, primare (dezgust, groază, teamă, simpatie, tristețe, plăcere);

b)-emoții secundare, câștigate, mai complexe (abandonarea, dezolarea, îngrijorarea, duioșia, speranța, pudoarea, rușinea, suferința);

c)-însușiri constitutive ale temperamentului-mai ales iritabilitatea și emotivitatea;

d)-starea de „nebunie” în contradicție cu cea normală;

e)-trăsături morale de caracter (se pot crea standarde de exprimare „figură” de artist, comerciant, bărbier ...de medic);

7)-**mâna** = poate „aduna” semnele bolilor dar și diagnostica și identifica persoana umană, pornind chiar de la o strângere de mână sau/și palpare-element de apropiere a medicului de pacient, sub varii aspecte;

8)-**râsul** = poate avea și el mai multe fețe care, pe lângă faptul că poate fi „sănătos”, se mai identifică și cu o descărcare nervoasă care detensionează, readucând „pe linia de plutire”, trăiri, sentimente, chiar dacă se mai întâmplă câteodată , „să facem haz de necaz”;

9)-**plânsul** = face parte de multe ori din „arsenalul” pacientului venit la consult și pe care medicul trebuie să-l identifice dacă este

reacția firească la boală (durere, suferință) sau e numai pentru a impresiona și a fi compătimit, dând „greutate” diagnosticării medicale;

Și cu toate acestea, pot exista o serie de **factori ce perturbă** construcția procesului comunicării, fapt care crează în timp, disfuncționalități în derularea actului medical desfășurat între medic și pacient. Tudose Fl. (2003) remarcă în acest context, trei categorii de factori și anume:

a)-**fizici:**

- deficiențe verbale (balbismul, bolile laringiene);
- deficiențele acustice (hipoacuzie, surditatea);
- amplasamentul (poziția vorbitorului în raport cu ascultătorul);
- iluminarea (slaba iluminare împiedică recepția comunicării non-verbale);

- temperatura (căldura excesivă sau frigul crează stări neplăcute celor doi parteneri);

- ora din zi (în cea de a doua parte a zile, comunicarea devine mai dificilă datorită acumulării oboseții);

- durata întâlnirii (întâlnirile pe fugă sau prea prelungite sunt ineficiente);

b)-interni:

- implicarea afectivă (atât implicarea pozitivă cât și cea negativă tulbură precizia comunicării, precum și felul în care ea este percepută de auditor);

- frica (teama comunicatorului că, prin ceea ce comunică, ar putea intra într-o situație neplăcută sau cea a ascultătorului-că ar putea auzi lucruri neconvenabile, vor perturba mesajul);

- amenințarea statutului (dacă cel ce comunică nu este sigur de faptul că ceea ce comunică nu îi amenință imaginea personală, va evita să

transmită mesajul complet sau va denatura anumite părți din el);

- presupuneri subiective (dacă vorbitorul crede că ascultătorul îi este ostil sau indiferent și mesajul va fi distorsionat);

- preocupări ascunse (dacă unul din parteneri are o preocupare diferită decât scopul pentru care se află în relația de comunicare-pecuniară, erotică-mesajul va fi perturbat);

- fantasme (dacă medicul sau pacientul au o anumită imagine, pozitivă sau negativă despre propria persoană, diferită de realitate, aceasta va influența negativ comunicarea);

c)-somatici:

- vocabularul incomplet sau prea tehnicist vor face imposibilă comunicarea;

- gramatica (greșelile gramaticale vor denatura comunicarea, scăzând relația de încredere

și depreciiind imaginea celui care le face, mai ales atunci când acesta este medic);

- sintaxa (construcțiile verbale prea complicate sau după modelele altor limbi, perturbă relația de comunicare);

- conotațiile emoționale ale unor cuvinte (anumite cuvinte, cu semnificație deosebită pentru unul dintre partenerii comunicării, vor perturba mesajul prin polarizarea atenției sau suprasemnificarea unor fragmente de mesaj);

Dar, pentru a nu se ajunge în asemenea situații, iar comunicarea dintre medic și pacient să nu producă nici perturbări în context social, mai ales legat de rolul social al fiecăruia, Ley (1976) (după Lupu I, Zanc I, Săndulescu C – 2004), formulează sugestii privitoare la îmbunătățirea acestei „înțelegeri”-în sensul de:

- îndrumările și recomandările să fie date la începutul interviului;

- să fie accentuată importanța recomandărilor și indicațiilor medicale;
- să se folosească propoziții și cuvinte scurte;
- informația ce trebuie comunicată să fie formulată în propoziții clare;
- să se repete recomandările;
- să se dea informații concrete, în mod detaliat, mai degrabă decât informații generale;

După toate cele consemnate, responsabilitatea în eficiența reușitei diagnosticării medicale, revine în primul rând **medicului** care a știut să comunice din toate punctele de vedere cu pacientul, dând girul acceptării, încrederii și respectului în sine a actului medical realizat, fiind conștient de contextul social în care aceasta are loc.

Cap. nr. 8

Relația psiho-socială dintre medic-pacient

Cuvinte cheie:

- relație – relaționare – cunoaștere – acceptare –
competență – medic –pacient -

Considerată **relația umană** ca raport interpersonal în interiorul unui grup, cu manifestări ce duc la implementarea în multe cazuri și a rolurilor sociale, în cazul **relației-medic-pacient**, aceasta se remarcă prin prestigiul și puterea celor ce-o realizează, astfel, după Lupu I, Zanc I, Săndulescu C (2004) cele două grupuri sociale aparțin:

a)-unul ai cărui membrii cer îngrijire de sănătate,

b)-celălalt, care oferă, în mod special, îngrijirea.

Bolnavul este considerat din punct de vedere al valorilor, atitudinilor, credințelor și reprezentărilor colective ale grupului de care aparține, iar **medicul** își revendică apartenența aceluși grup profesional precis contural din punct de vedere social, ce asigură profesional rezolvarea problemei de sănătate ivită la un moment dat.

Rigoarea relației medic-pacient, este dată de cadrul insituțional în care se desfășoară, cât și de perceperea socială a necesității menținerii și revigorării stării de sănătate a populației ce aparține unei comunități date.

În acest context, pentru o bună **relaționare**, dar mai ales eficientizare a diadei medic (M)-

pacient (P)-cunoașterea de către cel dintâi (M) a **problematicii** aduse în discuție, presupune, implicarea și în rezolvarea socială a situației ce devine complementară actului medical în sine. Cât se poate implica medicul în relaționarea sa cu pacientul și în domeniul social? Este abilitat medicul de a face și această intervenție socială? Răspunsurile ce se așteaptă pot răspunde unei singure constatări, aceea a **relației sociale** dintre medic și pacient, ea incluzând și rezolvarea, atât cât este posibilă, a realității sociale a pacientului. De aceea, e necesară **compatibilitatea** politicilor sanitare cu cele sociale în realizarea coerentă și viabilă a asistenței medico-sociale a populației societății la care ne raportăm. Dar, până la acest deziderat mai este necesară o integrare interdisciplinară, astfel încât, așa cum susțineau Inui T și Carter W (1985) (după Săndulescu S.M.-2002):

a)-**imputurile** ce privesc **pacientul** reprezintă experiența sa legată de serviciile medicale, obiectivele sale în raport cu medicul, vârsta, problemele cu care se confruntă, cunoașterea prealabilă de către medic a preocupărilor sale cât și a caracteristicilor instituțiilor de îngrijire;

b)-**autput-urile** asupra **medicului** cuprind: cunoașterea pacientului, compatibilitatea dintre medic și pacient în privința problemelor și prescripțiilor medicale, gradul de satisfacere a pacientului, conformarea pacientului la aceste prescripții și soluționarea problemelor sale.

În acest context, a **grijii față de pacient**, **medicul** adoptă față de acesta o **atitudine** specială, manifestată sub forma **rolului** pe care și-l alocă, având în vedere **problema** ce necesită rezolvarea în **timpul** social dar și **medical** dat. Se consideră ca **timp medical** perceput, acea

raportare a pacientului la **perioada** pe care o petrece pentru investigațiile sale medicale: consultații, analize, tratament, spitalizare și eficiența lui în cadrul relației medic-pacient.

Legat de **atitudinea** față de **pacient**, Athanasiu A (1983), **medicul** poate să fie:

1)-**tutore autoritar** = nu dă nici o explicație, așteptând de la bolnav o ascultare fidelă;

2)-**mentor** = își oferă cunoștințele de expert, gata să-l învețe pe pacient să se adapteze la condițiile modificate ale stării de sănătate;

3)-**savant detașat** = descrie obiectiv avantajele și inconvenientele diferitelor posibilități terapeutice, lăsând pacientului libertatea de alegere, dar și impunându-i responsabilitatea acestei alegeri;

4)-**părinte bun și protector** = care caută să evite să dea copilului său (pacientul) orice nou-

tate dureroasă sau orice responsabilitate chinuitoare;

5)-**avocat** al „adevărului înainte de toate” = care gândește că nimic nu este mai rău decât îndoiala și care poate spune chiar și ceea ce nu este necesar bolnavului;

În aceeași relație a medicului cu pacientul, se înscrie și abordarea complementarității sale, astfel încât, Szasz T. Și Hollender H.M. (1956) (după Rădulescu S.M.-2002), identifică trei tipuri de relații, legate de simptomele organice ale pacientului, catalogate după cum urmează:

1)-**activitate-pasivitate** =medicul este activ, bolnavul este obiect pasiv; este cazul rănilor grave, comă, anestezie, prototipul fiind a celui de părinte-copil mic;

2)-**conducere-cooperare** =circumstanțele sunt mai puțin grave (boli acute, infecții); bolnavul este capabil să urmeze un sfat și să-și exercite

propria judecată, se regăsește relația părinte-adolescent;

3)-**participare reciprocă** (cooperare mutuală)
= este vorba mai cu seamă de boli cronice, bolnavul nu-l întâlnește decât ocazional pe medic (diabet, psoriazis), acesta ajutându-l pe bolnav să se ajute pe sine, pacientul se află în relație de parteneriat cu medicul, prototipul fiind de adult-adult;

Revine necesar a menționa și faptul că, aceste relații amintite anterior și structurate într-o formă sau alta, nu sunt statice, ele pot evolua și chiar la un moment dat, pot deveni **conflictuale**, atunci când **rolurile**, atât a unuia cât și a celuilalt, nu sunt bine înțelese și construite. Astfel:

- bolnavul percepe boala sa în funcție de exigențele vieții sale cotidiene și în acord cu contextul său social;

- bolnavul este în cele mai multe cazuri, docil în fața medicului;

- există situații în care medicul trebuie să stabilească relații cu pacienții care nu solicită din proprie inițiativă consult medical;

- înțelegerea diferită a intereselor și priorităților atât din partea medicului cât și a pacientului;

- dorința medicilor de a ajuta pacienții ca indivizi și obligațiile lor ca simplii cetățeni;

- diferențele de opinii (medic-pacient), legate de evaluarea gravității bolii;

- așteptările contradictorii ale indicilor cu privire la comportamentul bolnavului;

Cu toate acestea, „conflictele” rămân tacite, rareori fiind deschise, dar important este faptul că relația medic-pacient este necesar a-și atinge scopul propus. Astfel, Rădulescu S.M. (2002) **schimbările** înregistrate în prezent pe plan

social, indică o sporire a participării pacientului la actul medical. Una din aceste schimbări se referă la faptul că, pacienții devin mai cunoscători în probleme de sănătate. Acest lucru reflectă, pe de o parte, importanța mai mare acordată de mass-media bolii și sănătății., iar pe de altă parte, reflectă o responsabilitate crescută a indivizilor în legătură cu propria lor sănătate. Această creștere a cunoașterii este asociată cu tendința pacienților de a solicita explicații medicului în privința tratamentului și cu insistența lor asupra momentului de „negociere” cu medicul lor (un loc aparte fiind ocupat de dorința de a primi sfaturi și asigurări că totul va fi bine). Totodată, o altă schimbare specifică, cu implicații în activitatea medicilor de medicină generală, este acceptarea ideii de către toți medicii, că ei trebuie să se comporte ca educatori, în probleme de sănătate, furnizând cunoștințe

asupra comportamentului alimentar, alcool, fumat ca și alte componente cu risc pentru sănătate, el fiind de asemenea și cea mai autorizată **sursă** privind educația sanitară a populației. Reciprocitatea medic-pacient e necesar a conduce spre validitatea așteptărilor pacienților și întăririi speranțelor în bine și reușită, a acestora.

Astfel, Saas I. (1995) a elaborat un un cod de conduită pentru pacienți și medici, sub forma:

1)-opt reguli pentru toți cetățenii privind îngrijirile medicale:

- consultați un expert medical experimentat și demn de încredere;
- dezvoltați-vă simțul responsabilității și competența pentru a înlătura riscurile medicale;
- utilizați din plin medicina preventivă și predictivă;

- profitați de îngrijirile medicale de vârf, dar fiți atenți la limitele și riscurile oricărei intervenții medicale;

- cereți informații și sfaturi experților medicali și fiți-le un partener loial;

- definiți-vă sensul calității vieții, valabil din copilărie până la bătrânețe, pentru perioadele de boală și de sănătate și bucurați-vă de ea;

- pregătiți un testament biologic și desemnați pe cineva pentru a lua decizii dacă veți deveni dependent;

- folosiți în mod responsabil resursele medicale comune;

2)-opt reguli pentru personalul medical:

- tratați de fiecare dată pacienții voștri ca pe o persoană, nu ca pe un caz;

- ajutați-vă pacienții să-și dezvolte competența lor medicală pentru a elimina riscurile medicale;

- integrați „statusul de valori” al pacientului vostru în „statusul său clinic” din diagnosticul vostru diferențial și pentru a stabili prognosticul vostru;

- trebuie să aveți cunoștință de avantajele, limitele și riscurile medicinei de vârf și să le discutați cu pacienții voștri;

- fiți un partener competent în relațiile cu pacientul și respectați-i punctele de vedere și valorile sale;

- preocupați-vă permanent de perfecționarea pregătirii voastre profesionale și oferiți cele mai bune servicii clinice și personale, pacienților voștri;

- ajutați-vă pacientul să-și pregătească un testament biologic (privitor la donarea de organe) și colaborați cu cei apropiați lui, în interesul său;

- folosiți în mod responsabil, resursele medicale comune;

Toate cele prezentate, converg spre ideea că, stabilirea unor relații adecvate și benefice, pot ajuta atât pacientul să abordeze și să descrie propria stare, cât și medicul în a stabili diagnosticul și tratamentul, primind pe întreaga perioadă, respectul, încrederea, acceptarea și responsabilitatea reciprocă privind echilibrul dintre sănătate și boală.

Cap. nr. 9

Impactul psiho-social al procesului de spitalizare asupra pacientului

Cuvinte cheie:

- spital – spitalizare – medic – pacient –
dimensiune – adaptare - conflict de rol -

Definirea **instituției-spital** incumbă o mare responsabilitate, deoarece implicarea sa psiho-socială e necesar a răspunde tuturor cerințelor mileniului trei. Cu toate acestea, după Perow Ch.(1965) e necesar a sta la baza organizării cu maximă eficiență a unui spital:

a)-**sistemul cultural**, care stabilește scopurile (sistemul de apreciere a valorilor);

b)-**tehnologia**, care oferă mijloace pentru realizarea scopurilor;

c)-structura socială a organizației (diviziunea muncii, tipul de autoritate responsabilitățile, rețele de comunicare); stabilindu-se raporturi care dau unitate structurală și oferă posibilitatea de exercitare a funcțiilor instituției spitalicești.

Pentru ca spitalul să se poată raporta la relația ce se stabilește între structurile sale formale și informale, Zamfir C (1974) remarcă: „Organizațiile sunt sisteme social-umane în care acționează nu numai cerințele pure formale, ci și alte cerințe: cerințe psihologice și sociale ale oamenilor, ale grupurilor umane care declanșează comportamente ce nu sunt legate de realizarea finalităților organizației, prin originea lor, dar pot să influențeze pozitiv sau negativ, realizarea acestora”.

Se ajunge astfel, ca perceperea spitalului să fie dată de: culoarea albă, saloane, paturi, asis-

tente, medici, instrumentar, tăcere, rumoare, viață și moarte, făcând ca în cele mai multe cazuri, persoana în cauză să aibă repulsie de tot ce reprezintă cele menționate anterior. Se impune astfel, Gennes L (1999) (după Popescu Gh și Rădulescu S.M.-1981), ca prin **umanizarea spitalului** să stabilești un contact intim între medic și bolnav, mai ales să-l înțelegi pe acesta din urmă, să-i insuflă acea încredere sau speranță care, adeseori, se dovedește mai prețioasă pentru vindecare decât remediile științei, să faci ca minunata dragoste de oameni să domnească în această lume a bolnavilor, unde totul este anxietate și refuz.

Toate acestea se remarcă atunci când, pe o perioadă îndelungată, apare fenomenul de **spitalizare** perceput ca o multitudine de atitudini, reacții și interacțiuni, care implică individul,

grupurile sociale din care face parte, corpul medical și societate, în general.

Se delimitează printr-un proces de evoluție, starea de **bolnav** pornind de la un sistem propriu de referință, cu caracter profan, **boala** - ce poate deveni la un moment dat, **fenomen/ eveniment social** (cu toate modificările și interacțiunile sale psiho-sociale-dintre bolnav și grupul de referință) și statutul **de pacient** ce incumbă stabilirea nemijlocită și imediată a contactului cu instituțiile de îngrijire medicală specializate în acest sens. Calitatea de **pacient** survine în unele cazuri destul de târziu deoarece persoana bolnavă-bolnavul, își poate nega starea de sănătate precară pe care o are, se ferește a cere ajutorul sau/și manifestă o stare de agresivitate, regresie și anxietate la tot ce-ar însemna, dobândirea, dar mai ales, recunoașterea **schimbării de rol social**.

În acest context, sunt recunoscute stările care bulversează persoana devenită pacient prin spitalizare, ajungând a nu se mai recunoaște, putând vorbi la un moment dat de fenomenul **de depersonalizare**, dând naștere unei **nonpersoane**, a unui **obiect** sau **lucru**, ajungându-se în unele situații la tendințe ce pot separa prin relația intrapersonală “eul fizic” de “eul psihic”, creând chiar confuzie în legătură cu controlul exercitat asupra propriei vieți. La toate acestea se poate ajunge atunci când, există anumite mecanisme de control care accentuează depersonalizarea pacientului. Coe R.M (1970) surprinde asemenea mecanisme sub forma:

1)-“**dezbrăcarea**” și **impunerea unei anumite ținute vestimentare** = cea ce înlătură orice simbol distinct al personalității bolnavului sau al diferenței dintre bolnavi și separarea de orice reprezentare care marca, anterior inter-

nării în spital, poziția socială diferită a fiecăruia; în spital, simplu fapt de a îmbrăca o pijama, servește ca **simbol** pentru noul rol al bolnavului, cât și ca **uniformă** care permite identificarea persoanei ca fiind pacient;

2)-**controlul resurselor și al autorității** = se referă atât la prerogativele persoanelor medicale de a manipula și distribui resursele din mediul spitalicesc, indiferent de dorințele personale ale pacienților, cât și monopolul informațiilor din spital pe care-l dețin; bolnavul nu are întotdeauna informații pertinente și viabile despre boala sa, fapt ce poate duce la crearea unui “blocaj” al informațiilor cea ce oscilează între atitudinile și așteptările pacientului față de medicul ce-l tratează;

3)-**restrângerea mobilității** = constituie atât o cerință cu caracter **clinic**, care are ca scop, izolarea pacientului de orice influență străină

actului medical, cât și o cerință cu caracter **organizațional**, determinată de necesitatea ca bolnavul să fie accesibil în orice moment, personalului medical; starea pe care pacientul o poate percepe și sub forma “reducerii cuprinsului lumii lui”.

Cele trei mecanisme de control menționate, Rădulescu S.M.(2002) au ca scop principal, necesitatea de anulare a diferitelor poziții sociale deținute de pacienți anterior internării și de uniformizare a conduitelor sau acțiunilor, pentru a spori eficacitatea actului medical. Contribuind la o reglementare unitară a raporturilor dintre bolnavi și corpul medical, aceste mecanisme antrenează și numeroase efecte negative, dintre care depersonalizarea bolnavului este cea mai dezagreabilă. Neputând controla și nici influența cursul evenimentelor în care este integrat, bolnavul se simte alienat, depersonalizat,

suferind un proces de modificare a propriei sale personalități și de izolare față de contextele de viață obișnuite.

În aceste situații, cel mai mult au de suferit relațiile interpersonale: medic-pacient-asistente-fapt ce duce în extremis la apariția **conflictului de roluri**, datorită faptului că adaptarea pacientului la spitalizare este dificilă, acomodarea la un alt sistem de valori (din punctul de vedere al celui ce suferă) face ca rolul social al acestuia să sufere modificări. **El** dorește să înțeleagă, să caute, să i se explice, să se facă părtaș la tot ce i se întâmplă, dar mai ales, să nu fie considerat **obiect**, ci **ființă**, deoarece toate aceste neparticipări, pot la o adică, să identifice un nou comportament care nu este benefic nici pacientului în sine și nici medicului sau întregului personal medical. Se percep astfel, anumite comportamente ale bolnavului spitalizat care au la bază,

factori de stres și care împiedică prin prezența lor: asimilarea, adaptarea, participarea, integrarea culturală, integrarea normativă și lista poate continua în folosul pacientului.

Rădulescu S.M.(2002) prezintă factorii de stres la care este supus bolnavul spitalizat, implicit, și modul de **adaptare a pacientului** la starea de spitalizare, având în vedere și factorii de risc, Coe R.M.(1979) îl prezenta sub forma unor **atitudini** ca:

1)-**retragerea (evitarea)** = reprezintă reacția pasivă și reflexă, se retrag într-o “pseudo-comunitate”, opun rezistență la asumarea rolului de pacient spitalizat, refuzând să accepte standardele de comportament solicitate de noul rol;

2)-**agresiunea** = reacție definită de rezistența deschisă a pacientului față de regulile și normele spitalului, pornind de la nesupunerea față de ordinele și prescripțiile medicului și ajun-

gând la agresiunile fizice asupra personalului medical; se manifestă din partea pacienților, mai ales elementele de agresivitate verbală (plângeri, amenințări, reclamații, înjurii, aclamații), ce îngreunează în fond, stadiul de spitalizare și însănătoșire a celui în cauză;

3)-**integrarea** = reprezintă deja o formă de acomodare a bolnavilor între ei cât și la mediul spitalicesc, stabilitatea rolurilor de pacient și medic, facilitează participarea la viața de spital a celui dintâi; se manifestă cu precădere atunci când intervine o internare prelungită în spital, și constă de fapt, din adaptarea unor valori comune și a unor modele de interacțiune specifice, fiind determinată de conștientizarea unei situații comune (aceleași șanse în fața vindecării sau a bolii), oferind unele ajustări mai eficiente în raport cu problemele impuse de boală;

4)-**consimțirea silită** = este caracteristică pacienților spitalizați, mai ales în prima fază, fiind și o consecință a șocului includerii într-un spital, consimțind fără nici un fel de entuziasm la impactul cu adaptarea.

În **atenuarea** acestor stări de șoc care pot aduce prejudicii personalității pacientului, un rol important îl are, direct în instituție, **medicul** și **psihologul** ce vor încerca a minimaliza efectele spitalizării, cât și familia, excluzând eșecul prin utilizarea unor influențe pozitive ce fac trimitere la (pentru medic și psiholog)

- a) –contactul cu familia bolnavului;
- b) –cunoașterea bolnavului sub aspectele dezvoltării personalității sale;
- c) –realizarea unui ambient plăcut;
- d) –realizarea unei atmosfere plăcute, nestresante, plină de încredere;

e) –existența unor relații terapeutice și psihoterapeutice;

Deoarece spitalul reprezintă în ziua de astăzi o instituție multifuncțională ce are în vedere îngrijirea bolnavului, acesta poate “beneficia” de anumite modele “istorice” care după Coe R.M.(1979) se prezintă sub forma:

1)-modelul de îngrijire cu supraveghere staționară (în custodie) = apare în momentul în care spitalul asigură un anumit grad de confort bolnavilor lipsiți de resurse, aceștia devenind la un moment dat, obiecte decât ca subiecți definiți de anumite caracteristici personale sau /și sociale, cât și crearea stării de dependență față de instituția spitalizării;

2)-modelul de îngrijire clasică = care are ca scop principal, vindecarea bolilor acute și din intervențiile în caz de urgență, având ca imperativ fundamental atât din partea pacientului cât și

a personalului medical, supunerea fără discuție față de ordinele și autoritatea medicului; un asemenea model, transformă pacientul într-un “recipient” al îngrijirii medicale, determinându-l să devină o ființă docilă, fără nici o inițiativă personală, fiind tratat atât din punct de vedere medical dar și social, ca un caz, obiect-fără alte implicații psiho-medicale;

3)-**modelul de îngrijire cu reabilitare** = se adresează mai ales îngrijirii bolilor cronice solicită perioade de timp îndelungat, fiind opus modelului clasic, având ca scop, nu vindecarea bolii prin diagnostic și tratament, ci restabilirea funcțiilor normale ale organismului prin acțiuni de ajustare și recuperare, bolnavul fiind încurajat să treacă de la un rol pasiv, de dependență față de personalul medical, la o cooperare directă și activă cu acesta, care la rândul său, își

coordonează eforturile în cadrul unui colectiv bazat pe spirit de echipă;

Tratarea bolnavului, ceea ce incumbă atitudini psiho-sociale față de acesta, apare astfel având identitate, nemaifiind un caz de boală, face ca echipei medicale să i se alăture pentru elucidarea cauzelor și evaluarea efectelor, acolo unde se poate, atât psihologul cât și sociologul, realizând triada reușitei.

Care este menirea **psihologului** clinician deja începe să se știe și spitalele se aliniază recunoașterii locului și rolului acestuia în lumea medicală, pe când **sociologul** implicat în activitatea de recuperare, legat de pacientul spitalizat, Popescu Gr. și Rădulescu S.M (1981) subliniază:

- evaluarea implicațiilor bolii pentru bolnav și familia acestuia;

- identificarea relației dintre primele experiențe de viață ale pacientului și reacțiile sale față de boală și incapacitate;
 - evidențierea rolului factorilor sociali și culturali care influențează atitudinea bolnavului față de boală și gradul de dependență față de ea;
 - precizarea cauzelor principalelor dificultăți care afectează procesul de recuperare;
 - evaluarea relației dintre diferitele tipuri de boală și cele mai optime căi de recuperare;
- deoarece, nici un spital, cu toată activitatea sa, nu poate supraviețui dacă nu rezolvă și problemele sociale cu care se confruntă bolnavii.

Sub aspectele subliniate până acum și legate de impactul psiho-social al spitalizării asupra pacientului, se evidențiază faptul că, e necesar a acorda o atenție deosebită spitalului ca instituție multifuncțională, reducând pe cât este posibil,

atitudinile de neadaptare, depersonalizare, identificând resursele evoluării pozitive în primul rând a relației medic-pacient, cât și conștientizarea comunității asupra rolului sănătății în bunul mers a societății.

Cu toate acestea, spitalul nu trebuie transformat în “casă” ci doar personalizat având concentrată atenția pe pacient, știind că recuperarea sa bio-psiho-socială poate începe și aici, tratându-l ca **ființă** și nu ca obiect, pe întreaga perioadă de internare.

Cap. nr. 10
Sănătatea familiei ca identitate
bio-psiho-socială

Cuvinte cheie:

-sănătate – familie – identitate –
responsabilitate - model parental - familie
monoparentală - divorț-

J. S. Bruner consideră comportamentul uman ca fiind o consecință a tipului de copilărie, **familia** este un fel de “cooperativă de sentimente”, capabilă să “îndulcească” pentru fiecare membru în parte, loviturile mai grele ale vieții. Familia a suportat, suportă și va suporta încă multe definiții, interpretări, chiar și atitudini din partea celor mai mult sau mai puțin vizați. Și cu toate acestea, familia va îndeplini

întotdeauna funcțiile sale: biologice, economice, de dezvoltare afectivă și de sprijin, neuitând elementul de socializare și comunicare interumană, culturală și educativă.

Din multitudinea de **caracteristici** pe care **familia** le poate îndeplini, se remarcă:

1) –este primul grup în care copilul exersează comportamente sociale și se descoperă pe sine;

2) –oferă climatul de siguranță afectivă, necesară dezvoltării personalității;

3) –este mediul principal de creștere și dezvoltare intelectuală, motivațională, afectivă, estetică, morală;

4) –reprezintă cel dintâi model al comportamentelor viitoare;

5) –este legătura biologică de bază a individului la care se raportează;

6) –este cadrul de dezvoltare și valorizare individuală, prin încărcătura afectivă dintre membrii săi;

De asemenea, familia reprezintă una dintre cele mai vechi forme de comunitate umană, fiind denumită și “celula de bază a societății”, reprezentând totodată o instituție stabilă, cu rosturi fundamentale pentru indivizi. În acest context, în fața **societății**, familia își asumă o serie de **responsabilități** legate de :

- 1) - menținerea continuității biologice;
- 2) - păstrarea și dezvoltarea tradițiilor culturale;
- 3) - transmiterea moștenirii spirituale în procesul socializării;
- 4) - implicarea emoțională;
- 5) - apariția sentimentului de securitate, favorabil dezvoltării personalității;

6) - socializarea tuturor membrilor familiei, îndeosebi a copiilor;

Dacă ar fi să privim **familia** în dezvoltarea sa din varii perspective, am putea s-o considerăm ca fiind și o “ecuație matematică” ce conține patru necunoscute “C”: **compromis-considerație-comunicare-cooperare-pe** care **ea** trebuie să le rezolve. Atunci când balanța între cei patru “C” este ținută în echilibru, familia își face din plin datoria, raportându-și “comportamentele” la tot ce o înconjoară.

Este momentul în care e necesar a sublinia faptul că pentru unii, familia reprezintă:

- siguranță;
- stabilitate;
- iubire;
- copii;
- mijloc de raportare,

toate întregite de statusul social pe care aceasta îl poate dobândi. Dacă într-o familie bine încheată cei doi părinți lucrează, problemele ce pot apărea, nu vin în general din zona socialului (a nivelului de trai), dar dacă unul dintre părinți sau chiar amândoi sunt șomeri-situația socialului incumbă în genere și eșecul educațional, fapt care poate duce în extremis la apariția unor comportamente de risc. De aceea, **copilul** existent într-o familie are nevoie de un **model parental**, având grijă de faptul că de educația lui, răspund cei doi, că “palma autoritară a tatălui” nu va ține loc de afecțiune, că viitorul nu-l găsește bunicul pe internet, astfel încât, **educația celui ce va fi educat** se face în comun, în colaborare, dar mai ales în consens, de aceea **părinții** trebuie să:

- fie călăuze, să ofere sprijin moral și material;

- își asculte propriul copil încercând să se transpună în situația lui;

- se intereseze de problemele copilului, dar nu pentru a critica, ci pentru a descoperi ceea ce este util;

- fie cât mai flexibili, dispuși să-și modifice opiniile, deoarece copilul poate deține informații și experiențe pe care ei, părinții, nu le au;

- evite conflictele atunci când adolescentul nu este de aceeași părere, exprimând-o în mod vehement;

- se gândească mereu la efectele oricărei reacții;

- ofere întotdeauna variante de gândire și acțiune;

- determine răspunsul cel mai apropiat de capacitatea de înțelegere și așteptările copilului;

În asemenea situații, vorbim de existența și menținerea în familie a **sănătății morale**, fapt

ce-l face părtaș pe părinte la toate evenimentele ce au loc în universul căruia îi aparține. Dar, se poate întâmpla ca la un moment dat, părintele să fie surprins de o atitudine sau un răspuns al copilului său, fapt care nu “adună” decât neglijența cu care și-a jucat **rolul social**, “scăpându-i” schimbările care pot apărea în comportamentul acestuia într-un anumit interval de timp.

Într-un asemenea context, **copilul** are nevoie de atenție, căldură sufletească și respect, protejat de **indiferența** membrilor săi care poate crea:

- a) –anxietate sporită față de lumea înconjurătoare;
- b) –lipsa de încredere și teama de a fi respins și nedorit;
- c) –dificultăți de comunicare, apatie, neîncredere în cei din jur;

d) –forme de împotrivire și de atragere a atenției, regresie sau stagnare în dezvoltare;

Pentru a evita asemenea situații ce pot bulversa dezvoltarea normală a copilului/copiilor, e bine ca **părinții** să nu uite să:

- fie interesați față de tot ceea ce face copilul;
- îl considere partener în activitatea lor;
- îi răspundă prompt solicitărilor sale;
- se joace cu el ori de câte ori o cere;
- îi ofere multă tandrețe, încredere și afecțiune;

În acest context, familia reprezintă un punct viabil de reper al copilului care, într-o situație dată, nu va alege strada, gașca, grupul de așa ziși prieteni, ci se va raporta la cei **ce-l văd, ascultă, iubesc și-l acceptă** așa cum este. În caz contrar, **neacceptat** de unul dintre părinți sau de întreaga familie, copilul poate deveni:

- mereu nervos;
- pus pe ceartă;
- singuratic și introvertit;
- respins de colegii săi;
- nesociabil ca partener de joacă;
- supărăcios;
- iritant;
- suspicios;
- necomunicativ;
- neglijent cu propria persoană (vestimentația și curățenia-ca semn de protest);
- șovăitor;
- confuz;
- dominat de sentimentul de frustrare,

toate acestea făcându-l să considere mediul familial, neprimitor, rece și anost, respingând în final, autoritatea părintească. Este momentul prielnic în care pot apărea **comportamentele de risc**, pe un fond de agresivitate și violență

venit din zona dependenței (alcool, drog, jocuri mecanice, calculator, telefon mobil).

În literatura de specialitate, cu precădere cea psihopedagogică, **părinții** sunt grupați în cinci categorii și anume: echilibrați, indiferenți, exagerați, autoritari și inconsecvenți, copilul fiind în fond, oglinda părinților. Caracteristicile grupelor amintite anterior se derulează sub forma:

1)-**echilibrați** = copilul are drepturi și abilități egale cu ceilalți membrii ai familiei, participând la viața ei; cresc într-o familie echilibrată în care i se oferă dragoste, dar și responsabilitate, copilul are încredere în sine, intervine autocontrolul, este fericit, prietenos, echilibrat din punct de vedere emoțional, iar în raport cu ceilalți, stabilește ușor relații de prietenie și are șanse de reușită, fiind fericit și generos;

2)-**indiferenți** = atitudinea frecventă este cea de neglijare și respingere, dând de înțeles că nu

a fost dorit, i se refuză cele mai elementare drepturi, este pedepsit, ridiculizat, izolat, scăzând astfel stima de sine, simțindu-se inferior și nesigur, fără valoare, iar în relația cu alți copii, este brutal, răzbunător, arțăgos și chiar agresiv fără motiv, suportând greu neacceptarea ce intervine din partea celor din jur;

3)-**exagerați** = copilul este crescut într-un climat de seră, nu are obligații, nu i se refuză nimic și i se anticipează toate dorințele, el fiind scutit chiar și de activitățile ce le poate face și care-i fac bine; în contact cu alți copii, întâmpină greutăți, având tendința de a deveni pasiv, lipsit de inițiativă și incapabil de autoapărare, făcând din refugiul în visare, calea de a evita contactul cu realitatea;

4)-**autoritari** = este solicitat la o ascultare totală, interzicându-i-se să-și asume răspunderi și inițiative, fiind astfel împiedicat să-și dezvolte

capacitatea de decizie și acțiune, subminată încrederea de sine și independența, astfel încât, copil va fi: supus, modest, ascultător, resemnat, incapabil de a lua o decizie, în consecință, va fi nefericit și ostil cu toate că frecvent este loial, onest și corect;

5)-**inconsecvenți** = copilul este profund derutat, deoarece părintele oscilează de la autoritate la pasivitate, de la indiferență la tutelă, fiind solicitat să opteze pentru anumite poziții într-o dispută, în final, fiind instabil, nesigur, ușor de atras și influențat de persoane rău intenționate;

În mod cert, există și situații prin care familia trece sau e nevoită să treacă. E cazul în care:

- părăsirea de către un părinte a familiei;
- părăsirea de către un copil a familiei;
- divorțul și “naveta” copiilor;
- decesul unui dintre părinți;
- decesul unui dintre copii;

echilibrul familiei poate și în cele mai multe cazuri, suferă. E foarte greu a **ierarhiza** importanța celor menționate anterior, deoarece fiecare familie își are propria scară a valorilor socio-umane după care se raportează apoi la comunitate, dar toate, absolut toate situațiile, dezechilibrează, pierzându-se starea de securitate și siguranță a membrilor familiei. **Soții** nu-și mai găsesc liniștea după **un deces al copiilor**, înstrăinându-se, devenind doar “două persoane care din întâmplare mai locuiesc împreună”, iar de iubire și respect nici nu se pune problema. Pentru **copii, divorțul părinților** reprezintă abandon, carență afectivă, glisaj social, fapt confirmat și prin dese comportamente de risc ce apar, începând cu: neascultarea, absența de la școală, fuga de acasă, vagabondaj și terminând în multe cazuri cu încadrarea acestuia în rubrica “delincvență juvenilă”. În asemenea

condiții, copilul ajuns adult are două posibilități: a avea sau a nu avea propria familie, negăsindu-și în propria casă, rădăcinile.

Un lucru cert este acela care susține că ”e grea meseria de părinte”, da, mai ales atunci când ea aduce atingere “instituției familiale”. În acest scop, se vorbește tot mai mult de familie ca singura capabilă a transmite valori, de a ne raporta unii la alții, de a ne ține legați. Pentru că ea înseamnă și moralitate, ne întrebăm de ce astăzi:

- e crescută vârsta la care se întemeiază o familie;
- copilul sau cel mult încă unul sunt “amânați” în a le da viață;
- conviețuirea în concubinaj face ca nesiguranța și luarea responsabilității să fie “compatibile” într-o asemenea relație;

- femeile își doresc familia monoparentală- deoarece trec printr-o firească criză de personalitate, nu-și doresc o familie adevărată sau viața socială o determină să adopte o asemenea formulă;

- considerăm că e normal constituită familia ce se formează prin căsătoria a două persoane de același sex;

- dorim cu adevărat a ne raporta la familie și toate responsabilitățile care le incumbă;

Sunt “semne” de care societatea nu este chiar străină, grija sănătății sale morale nu mai revine, în acest caz, nimănui, decât ei înșiși.

Și cu toate acestea, într-o familie în adevăratul sens al cuvântului, printre cuvintele care primează, cel al **sănătății** este prioritar. Toți membrii trebuie să fie conștienți de importanța menținerii sănătății. Ea trebuie cultivată în familie, în primul rând prin acceptarea actului

medical în sine, a medicului, a obligațiilor cetățenești vizând sănătatea. Atmosfera, ambientul, locația, curățenia, igiena alimentară, sunt numai o parte dintre acei factori care conduc spre “minte sănătoasă în corp sănătos”.

Educația familiei pentru sănătate și menținerea ei, face ca legătura cu sistemul sanitar să fie eficientă, cultivând chiar respectul față de halatele albe, iubind în fond-viața sănătoasă.

Este familia girul de sănătate a unei societăți? Cu siguranță că **da**, atunci când fiecare cunoaște și înțelege a-și aduce aportul pentru bunăstarea tuturor membrilor comunității la care se raportează.

Cap. nr. 11

Sociologia problemelor sociale

Cuvinte cheie:

- problemă socială – soluție – schimbare –
modernizare - decalaj cultural -conflict social –
individ -

Sociologia problemelor sociale reprezintă o ramură distinctă a cunoașterii sociologice, atunci când pornim de la premiza că o anumită problemă socială poate genera sau condiționa apariția altei probleme sociale (exp. Sărăcia sau șomajul pot reprezenta în anumite situații, condiții favorizante apariției delincvenței). Astfel, **problemele sociale** sunt condiții indezirabile și dăunătoare pentru societate, afectând exigențele ei de ordine, implicând schimbarea socială,

având și-un impact negativ asupra existenței, securității și bunăstării membrilor societății. De fapt, orice societate care s-a confruntat cu multiple probleme sociale, definite astfel, având în vedere și pornind de la normele, valorile și interesele diferitelor grupuri sociale.

După Rădulescu S.M. (1999) problemele sociale se disting ca **tipologie** legată de:

1)-probleme care **amenință bunăstarea economică** a membrilor societății (sărăcia, șomajul, inegalitatea socială);

2)-probleme care **afectează ordinea socială** și cerințele conformismului social, punând în pericol valorile ocrotite de lege (violența, criminalitatea, delincvența juvenilă, etc.);

3)-probleme care **aduc prejudicii echilibrului** mediului fizic și ecologic (impactul negativ al proceselor de urbanizare, industrializare, poluare, etc.);

4)-probleme care **amenință bunăstarea fizică, psihică și socială** a colectivităților umane (suprapoluarea, amenințarea echilibrului demografic, SIDA, cancer, etc.);

5)-probleme care au ca efect **discriminarea** indivizilor (inegalitatea în funcție de sex, vârstă, religie sau origine etnică);

6)-probleme **sociale globale** care au un impact internațional (conflictele zonale, războaiele, terorismul de stat, rețelele mafiote, etc.);

Astfel, se poate remarca faptul că, orice problemă socială este definită în funcție de mai multe criterii și cadre de referință, de perspective conflictuale chiar, în așa fel încât, ceea ce pentru unele grupuri sociale constituie o problemă, pentru alte grupuri, reprezintă o soluție (exp.-infracționalitatea sau criminalitatea reprezintă o importantă problemă socială, dar din perspectiva unor grupuri de infractori, ea nu re-

prezintă o problemă, ci o **soluție**, aceea de a dobândi bunuri, chiar dacă ele vin pe căi ilicite).

Dacă aminteam anterior tipologia problemelor sociale ce pot apărea la un moment dat la nivelul societății, același autor, Rădulescu S.M. (1999) găsește o serie de **elemente comune** cum ar fi:

1)-din punct de vedere conceptual, problema socială este un termen dependent de un context care este utilizat pentru a desemna orice condiție nocivă (dăunătoare) pentru societate, sau orice formă de nedreptate (ilegalitate) care implică cauze, definiții, consecințe și soluții sociale posibile;

2)-o condiție care este definită de un număr considerabil de persoane ca o deviere de la normele pe care le respectă;

3)-un aspect al societății care provoacă îngrijorarea populației și care necesită schimbarea socială;

4)-o condiție care captează atenția publică, generează preocupări și controverse publice care poate conduce în anumite cazuri la acțiune colectivă;

5)-o discrepanță considerabilă între standardele (normele) unei societăți și realizarea ei reală;

6)-un obstacol care se prezintă acțiunii sau înțelegerii dorite, ori o dificultate percepută care nu este rezolvată sau controlată rapid prin procedee normale, o întrerupere a mersului normal sau convențional al lucrurilor;

Putem concluziona spunând că cea mai acceptabilă definiție a problemelor sociale, trebuie să fie aceea care implică **colectivitatea**. O problemă socială există, Coleman J și Cressey

D. după Rădulescu S.M.(1999) “atunci când un număr semnificativ de oameni cred că o anumită condiție este de fapt o “problemă”. Aceasta înseamnă că nu experții, ci **publicul** decide că este sau nu este o problemă socială, sarcina sociologilor fiind doar aceea a determinării acelor probleme care preocupă cel mai mare număr de oameni.

În momentul de față, problemele sociale existente, apar în condițiile în care se observă:

1)-**schimbarea socială** = este cea care implică trecerea de la un anumit mod de organizare la altul, de la o ordine socială la alta, de la anumite stiluri de viață la altele, incluzând următoarele conotații:

- modificarea parțială;
- transformare profundă;
- evoluție progresivă;
- inovație;

- schimbare bruscă sau violentă (revoluții), fapte ce duc la o serie de perturbații ale sistemului social și a membrilor societății.

2)-**modernizarea socială** = reprezintă procesul prin care caracteristicile sociale și ecologice ale societății, se schimbă în moduri predictibile, ținând cont că în acest proces de modernizare, culturile devin mai eterogene, iar subculturile se amplifică, fapt ce accentuează stratificarea socială, societatea polarizându-se între două extreme (bogați și săraci), un rol deosebit revenind tehnologiei computerelor, munca devenind mai ușoară și mai eficientă în detrimentul identității personale a producătorului amplificându-se în unele situații, sentimentele sale de alienare;

3)-**decalajul cultural** = desemnează schimbările sociale produse de geneza societăților industriale moderne, în cadrul cărora, prin pro-

gresele științei și tehnologiei, cultura materială se dezvoltă mult mai rapid decât cultura non-materială (instituții și mentalități), producându-se în multe cazuri, decalaj la nivelul întregii culturi;

4)-**conflictul social** = este privit din perspectiva conflictului de interese care apare ca urmare a faptului că indivizii care ocupă pozițiile de putere în structura socială, încearcă să le impună celorlalți membri ai societății, propriile lor repere normative și definiții cu privire la ceea ce este adecvat sau inadecvat;

Interesant de remarcat este faptul Rădulescu S.M.(1999)-“Descrisă pe rând, ca o condiție de patologie socială, de dezorganizare socială, de conflict și de amplificare a fenomenului de devianță, **starea socială** care dă naștere **problemelor sociale** poate fi privită din perspective foarte diferite, chiar divergente, utilizând con-

cepte și explicații care, nu numai că nu sunt complementare, dar se și pot contrazice reciproc. Fiecare dintre aceste probleme sociale, nici un sociolog neputându-se sustrage judecăților de valoare implicate de perspectiva teoretică adecvată”.

Rezidă de aici faptul că, sociologia problemelor sociale, are puternică încărcătură ideologică fapt ce determină o obiectivitate în abordarea situației respective. În domeniul nostru, se pot enumera câteva elemente care, nesoluționate la timp, pot reprezenta la un moment dat, **problemă socială** a sănătății populației, pornind de la:

- rețeaua de spitale;
- distribuirea medicamentelor;
- elemente de demografie;

- neconcordanța dintre politicile sociale-politicile sanitare și asistența medico-socială de la nivelul comunității;
fapt ce concurează realizarea unei rețele sanitare la standarde necesare a menține sănătatea departe de sociologia problemelor sociale, ne-devenind-parte componentă.

Pentru că **populația** este cea care decide **când-unde-cum-cât și de ce**-apare problema socială, se remarcă sursele folosite de aceasta pentru conștientizarea importanței situației-problemă ivită, prin:

a) –**literatură** = subiecte și personaje care prezintă cititorului situația creată sau ce poate fi creată la un moment dat;

b) –**presa** (mass-media) = folosită pentru atenționarea problemei, dar și ca mobilizarea în soluționarea ei;

c) –**mișcările de protest și demonstrațiile** = duc la conștientizarea de către populație, a faptului că obținerea afirmării unor drepturi, pot fi folosite în rezolvarea problemei sociale create;

d) –**conflictele sociale** = sursă de conștientizare a importanței sau gravității unor probleme sociale;

e) –**accidente, catastrofe naturale sau evenimente dramatice** = pot suscita interes populației care le alocă la un moment dat, statutul de probleme sociale;

f) –**sondajele de opinie** = sunt cele care evidențiază cel mai frecvent preocupările oamenilor legate de apariția și gravitatea problemelor sociale;

g) –**stadiile sociologice** = au rolul de a prezenta evoluțiile făcute cu ajutorul mijloacelor științifice, cât și a priorităților de rezolvare și

abordare a problemelor sociale sesizate în/la timp.

Putem conchide, dezvoltând ideea că, Coleman J., Cressey D. (Rădulescu S.M.-1999) “o problemă socială există atunci când apare o diferență considerabilă între idealurile unei societăți și realizările ei, de fapt, ele sunt create de incapacitatea de a bloca decalajul între modul în care doresc oamenii să fie lucrurile și modul în care sunt lucrurile în mod real”, fiind necesar întotdeauna de a ține cont de sistemul de valori și idealurile ce pot deveni norme într-o societate, pentru a putea califica o anumită condiție ca fiind sau nu, o problemă socială.

Cap. nr. 12
Activitatea socială de planificare a
sănătății

Cuvinte cheie:

- planificare – obiective – sănătate – societate –
proces – îngrijire – implementare -

Orice plan, după Rochon J (1969) constituie un complex de decizii cu privire la modul de organizare și funcționare a unei instituții, atât în prezent cât și în perspectivă. La fel ca și pentru alte domenii de activitate socială, planificarea în domeniul sistemului medical, este un rezultat al constatării furnizate de studiile evolutive și perspective, în baza cărora se aleg obiectivele, se stabilesc prioritățile și se elaborează strategiile, ținând seama de raportul dintre necesități

și posibilități. Una dintre cele mai importante caracteristici ale programelor de planificare, o reprezintă faptul că acestea pun în relație obiectivele de realizat cu resursele, ținând seama de costurile necesare.

Se remarcă faptul că, planificarea e necesar a avea bine stabilite **obiectivele** ce cuprind:

a) -identificarea priorităților de acțiune (delimitarea ariilor care solicită rezolvarea unor probleme);

b) -stabilirea scopurilor și a intențiilor finale;

c) -delimitarea populațiilor-țintă, care vor beneficia de aplicarea obiectivelor din programul de planificare;

În susținerea acestor obiective, planificarea, Rădulescu S.M.(2002) nu poate fi tratată ca un clișeu atașat, oriunde și oricând, la diferitele funcții tehnice ale organizației medicale, ci un

proces flexibil, continuu și dinamic, care poate fi modificat și aplicat în forme diferite și în condiții diferite, în funcție de caracteristicile particulare ale fiecărui sistem medical național și de cele care caracterizează sistemul social în ansamblu său.

E necesar ca în momentul ales pentru a începe planificarea, planul detaliat poate porni de la câteva **opțiuni** și anume:

- 1) –obiectivele, datele și resursele, stabilind factorii de supraveghere și control;
- 2) –alocarea resurselor financiare și instituirea unui sistem de control bugetar;
- 3) –enunțarea strategiilor;
- 4) –evaluarea necesității schimbării;
- 5) –posibilitatea de efectuare a unor studii și cercetări cu privire la principalii factori de schimbare;

Tot ca o atenționare privind promovarea unor politici în domeniul sănătății se numără și următoarele caracteristici:

a) -să aibă un caracter **global**-adică să vizeze **integralitatea** aspectelor ocrotirii sănătății;

b) -să fie **dinamice**-să cuprindă atât aspectele curative, cât și pe cele preventive, în funcție de necesități;

c) -să fie **suple și flexibile**-în concordanță cu evoluția științei medicale;

d) -să fie în **corelație cu politicile elaborate în alte sectoare de activitate socială**-incluse deci într-un plan general de dezvoltare socio-economică;

care vin a da specificitatea actului de planificare în sine și în integrarea lui în conceptul politicilor sanitare. Astfel, predicția și din acest domeniu, face ca pentru anii următori, după

Popescu Gr, Rădulescu S.M.(1981)-prioritare să fie:

1)-îmbunătățirea sănătății necesită participarea efectivă a colectivității la luarea deciziilor medicale;

2)-organizarea medicală trebuie să țină seama de contextul social-economic și cultural general;

3)-organizarea serviciilor de sănătate trebuie să fie concepută în asemenea manieră, încât să răspundă nevoilor sănătății întregii populații;

4)-organizarea medicală trebuie să fie o organizare dinamică, iar progresele ei să se sprijine pe o evaluare științifică, obiectivă și continuă a noilor dimensiuni ale sănătății;

5)-acțiunile medicale trebuie să tindă spre eliberarea individului de orice servitute, inclusiv de dependența față de organizațiile medicale;

Evaluarea politicilor în domeniul sanitar implică:

- analiza pertinentei (adecvării la scopuri);
- a eficacității (compararea rezultatelor cu obiectivele);
- a eficienței (compararea rezultatelor cu mijloacele investite pentru realizarea lor);

necesare unei acțiuni medicale care să pună în valoare abordarea corectă și responsabilă a valorilor vieții.

La nivel mondial legat de politicile aplicate în domeniul sănătății, Mercenier P (1971) (după Rădulescu S.M.-2002) evidențiază trei acțiuni principale care trebuie să stea în atenția oricărui serviciu de sănătate și anume:

a)-**globalitatea îngrijirilor** = utilizarea tuturor formelor de tratament și îngrijire, care să țină seama de dimensiunile integrale ale sănătății, atât de cele cu caracter biologic sau organic, cât

și de cele cu caracter psihic și social, creându-se și condiții prielnice pentru relația de “em-patie” dintre medic și pacient cât și pentru în-crederea deplină a individului în eficacitatea tratamentului;

b)-**continuitatea îngrijirilor** = luarea în “cus-todie” a bolnavului de către o singură unitate medicală și de către un singur medic până la sfârșitul ciclului bolii, deci, până la restabilirea și recuperarea sa;

c)-**integrarea îngrijirilor** = necesitatea reuni-rii într-o singură unitate medicală, a tuturor pro-cedurilor de îngrijire și tratament, cu caracter preventiv, curativ, de recuperare și suprave-ghere; integrarea având o funcție de sinteză deoarece, concentrând diferite formații și echi-pe medicale, cu scopuri complementare, asigură un permanent control și o supraveghere optimă a bolnavului;

În fapt, fiecare țară își are propriul sistem de sănătate, planificându-și cu eficiență sporită sau mai puțin, acțiunea în domeniul sănătății. important rămâne faptul că, Rădulescu S. M. (2002), planificarea face posibilă atât optimizarea raporturilor dintre specialist și medicul generalist, cât și coordonarea activităților din instituțiile medicale cu activitățile din alte instituții sau organizații sociale care se ocupă de probleme de recuperare sau asistență a bolnavilor la domiciliu.

Cap. nr. 13

Îngrijirea medicală și rolul ei social

Cuvinte cheie:

- medic – societate - îngrijire medicală –
tratament - experiență socială - bunăstare socială

Recunoașterea rolului social al medicului, reprezintă, Popescu G, Rădulescu S.M.(1976) extinderea interesului acestuia către aspectele sociale și culturale ale bolii, determină în cel mai înalt grad, orientarea către problemele paci-entului pentru a putea completa cunoștințele medicale cu cele care au un caracter nemijlocit social. Butrym Z (1972) (după Popescu G, Ră-dulescu S.M.-1976) distinge în acest sens, următoarele cunoștințe pe care **medicul** trebuie să le

recolteze când **abordează boala** din punct de vedere **social**:

a) – care este sensul și implicațiile rolului de bolnav pentru individ, familia sa și grupările sociale în care acesta este integrat;

b) – care este tipul de relație dintre primele experiențe de viață ale unei persoane și reacțiile ei prezente față de boală și incapacitate;

c) –care sunt experiențele sociale trecute sau factorii culturali care condiționează atitudinea bolnavului și reacția sa față de boală;

d) –care este relația dintre diferitele stadii de tratament și însănătoșire în raport cu boala și natura dificultăților psiho-sociale ale bolnavului;

astfel că în acest context, ansamblul tuturor cunoștințelor medicale și sociale în legătură cu

boala, alcătuiesc de fapt, **cultura profesională a medicului**, cea ce determină orientarea către colectivitate a acestuia, ca valoare fundamentală a achizițiilor dobândite în timp.

Îngrijirea pe care o asigură medicul pacientului, e necesar a se baza pe norme, valori și simboluri ale culturii sănătății, astfel încât calitatea **asistenței medicale**, prin actul în sine, să primeze. Vorbim astfel despre **resursele spirituale** ale medicului în eficientizarea acordării asistenței medicale și a realizării concrete a actului de îngrijire. Această “umanizare”, aduce mai aproape pe cei doi-medic-pacient-dând importanță elementului de comunicare și relaționare în actul propriu zis de îngrijire. Acceptarea și încrederea reciprocă, stau la baza reușitei în acest caz.

Deoarece asistența medicală trebuie să-și adjucece rolul ei social, se impune necesitatea

implicării **bunăstării sociale** ca factor component al întregului social. Legat de **bunăstare**, literatura de specialitate consemnează patru componente de bază și anume:

- 1) –bunăstarea fizică și mintală;
- 2) –bunăstarea ecologică-din punct de vedere al mediului optim de viață;
- 3) –bunăstarea socială-din punct de vedere al bunelor relații între diferitele grupe sociale și al “sănătății structurilor sociale”;
- 4) –bunăstarea culturală-din punct de vedere al participării satisfăcătoare la modalitățile de cultură.

Sănătatea și bunăstarea, după Popescu G, Rădulescu S.M.(1977)-au devenit obiective complementare, în realizarea cărora întreaga societate apare implicată. **Sistemul de îngrijire medicală** poate fi considerat din acest punct de vedere, ca o componentă structural-funcțională

a activității de promovare a unei politici de bunăstare la nivelul întregului sistem social global. Integrarea structurală a îngrijirii sănătății în sistemul general de “îngrijire” a bunei stări sociale, apare cu atât mai imperativă, cu cât toate componentele bunăstării generale nu sunt independente sau autonome, ci se influențează și se determină mutual.

Deci, dacă societatea este coresponsabilă în problemele îngrijirii sănătății, medicii sunt acei care apar responsabili în fața faptului că societatea trebuie să asigure cele mai depline mijloace pentru a satisface exigențele unei bune condiții de sănătate a membrilor săi. Munca în echipă face ca “avantajul tehnologiilor moderne” să determine și gradul de profesionalism al medicilor, implicând responsabilitatea socială în exercitarea actului medical în sine, deoarece, redând pacientul societății, acesta va trebui să-

și reocupe locul, continuându-și derularea pe mai departe a rolului său social.

Este momentul în care, elementul de interdisciplinaritate e parte componentă a programului de integrare a pacientului, implicând medicul și echipa în bunăstarea socială, ajungând la realizarea unor sisteme de sănătate menite a răspunde tuturor cerințelor bio-psiho-sociale impuse comunității de însăși evoluția umană pe scara dezvoltării sale.

Cap. nr. 14

Eficiența sistemelor de sănătate în dezvoltarea societății

Cuvinte cheie:

- eficiență - tip de sistem – structuri - sisteme de sănătate – boală – socializare - eradicare -

În concepția lui Light D (1986) (după Rădulescu S.M.-2002) **sistemele de sănătate** sunt acte de **filosofie politică**, având la bază diferite valori sociale, economice și politice.

De aceea, un viabil sistem de sănătate, e necesar a ține cont de întreaga dezvoltare a societății, evidențiindu-se în mod special câteva caracteristici care, după Field M (1972) ar fi:

1)-**orientarea funcțională către menținerea și promovarea sănătății la nivel social =**

reprezintă funcția principală a oricărui sistem medical ce constă din conservarea, reabilitarea și dezvoltarea capacității indivizilor de a-și exercita rolurile sociale, în măsura în care această capacitate este permanent amenințată de boală;

2)-deosebirea dintre funcțiile diverselor servicii de sănătate = denotă faptul că printre aceste funcții, se pot menționa cele de prevenire, diagnostic, tratament, recuperare sau educație medicală în raport cu diversele aspecte ale bolii;

3)-existența unor suporturi structurale pentru buna desfășurarea a activității tuturor serviciilor și unităților sistemului medical, reprezentând ansamblul personalului calificat, volumul mijloacelor și resurselor necesare;

Același autor, Field M (1972), precizează faptul că există deosebiri între sistemele medicale, ținând cont de finanțare cât și de scopul

lor final. Totodată, el evidențiază faptul că, există trei tipuri de sisteme ce țin cont de cele amintite anterior și anume:

a)-**sisteme medicale pluraliste** care se bazează pe existența mai multor forme de autoritate (publică, privată și voluntară);

b)-**sisteme medicale cu autoritate mixtă** (publică sau voluntară) în acest caz, cheltuielile pentru îngrijirea sănătății sunt suportate de stat sau de organisme private;

c)-**sisteme medicale cu caracter național** (controlate și administrate de autoritate publică) unde cheltuielile se fac din bugetul statului, cazul Angliei și a unor țări din estul Europei;

În același context, al eficienței sistemelor de sănătate, Cockerham W (1992)-subliniază existența acestora sub forma:

1)-**sisteme bazate pe forme de medicină socializată** = în acest sistem, statul:

- a) –controlează în mod direct finanțarea și îngrijirea sănătății;
- b) –plătește direct furnizorii;
- c) –are în proprietate, majoritatea facilităților medicale;
- d) –garantează accesul egal al cetățenilor la serviciile de îngrijire;
- e) –permite serviciilor medicale private să fie singure responsabile de administrarea propriilor lor cheltuieli;

2)-**sisteme medicale descentralizate**, aici statul:

- a) –controlează în mod direct, modul de finanțare și organizare a sănătății;
- b) –reglementează modalitățile de plată pentru furnizorii de sănătate;
- c) –are în proprietate diferite facilități medicale;

d) –garantează accesul egal al cetățenilor la sănătate;

e) –permite serviciilor private să fie singure responsabile pentru administrarea cheltuielilor;

3)-**sisteme medicale centralizate**, și aici, statul:

a) –controlează finanțarea și distribuția îngrijirilor;

b) –plătește direct furnizorii de sănătate;

c) –are în proprietate toate facilitățile medicale;

d) –garantează accesul tuturor cetățenilor la serviciile medicale;

e) –interzice practicarea medicinei private;

Eficacitatea unor sisteme de sănătate, rezidă și din legătura imperios necesară a se realiza între sistemul social și cel anterior amintit, fapt care, Field M(1969) (după Rădulerscu S.M-

2002), distingea patru elemente ce duc la funcționarea unui asemenea sistem și anume:

1)-**mandatul** = împuternicirea pe care societatea o dă sistemului de ocrotire a sănătății pentru a veghea la bunăstarea biologică, psihică și socială a membrilor săi, împuternicire care îi oferă legitimitate și induce încredere în capacitatea sa de a rezolva problema bolilor;

2)-**cunoștințele și tehnicile** necesare = orice sistem medical operează cu un ansamblu specializat de cunoaștere și tehnici, transmise de la o generație la alta prin intermediul instrucției de specialitate și îmbogățite, în permanență, ca urmare a progresului realizat de știință și tehnologie;

3)-**personalul** = pentru a-și îndeplini funcțiile, sistemul medical are nevoie de personal de specialitate, anume instruit în probleme de tratament, îngrijire sau recuperare, recrutat și repar-

tizat în funcție de necesitățile impuse de societate;

4)-**mijloacele** (resursele) = la fel ca oricărui alt domeniu de activitate socială, societatea alocă sectorului sănătății anumite resurse financiare în baza cărora acesta își poate îndeplini diversele activități necesare ameliorării condiției de bunăstare a indivizilor sau a grupurilor sociale;

Problemele care necesită soluționare în cadrul sistemelor de sănătate pentru o mai bună funcționare în domeniul medical, se centrează după Bartlett H (1972) pe **probleme**:

- care definesc preocupările autorității centrale din domeniul ocrotirii sănătății;
- referitoare la ansamblul de cunoștințe, valori și metode specifice profesiei medicale;

- care vizează personalul inclus în diversele servicii și instituții ale sistemului medical;
- care se referă la aria socială sau geografică în care se promovează sănătatea și boala.

Evaluarea modului de rezolvare a acestor probleme, Rădulescu S.M.(2002) permite înțelegerea procesului prin care practica medicală s-a constituit într-un sistem de acțiune organizat, căpătând un caracter științific, diferit față de celelalte forme de practică socială.

Toate acestea determină, ca și la nivelul sistemului de sănătate românesc, să se aplice acele principii care să pună în centrul acțiunii-grija pentru sănătate a populației, fapt ce se va reflecta asupra creșterii pozitive a nivelului de trai. Doar atunci, sistemul de sănătate va fi matricea bunăstării sociale a individului, ancorat în

întreaga dezvoltare a societății, fiind în final,
punctul său de referință.

BIBLIOGRAFIE

1. Adam P.; Herslich C.(1994)- *Sociologie de la Maladie et de la Medicine*-Paris.
2. Allport,W.G. (1981)-*Structura și dezvoltarea personalității*-Editura Didactică și Pedagogică-București
3. Bedard,C. (1973)-*Sercice sociaux professionnels aux personnes agees-in Service Social*, vol.22, nr.3-Juielet –Decembre pg. 68-88
4. Bennet,C.M.; Fred Plum (1996)-*Cecil Textbook of Medicine*, Philadelphia, W.B.Sarnders Companx
5. Bird,C.E.; Conrad, P.; Fremont,M. (2000)-*Handbook of medical sociology*-Fifth Edition Upper Saddle River, New Jersy, Prentice Hall

6. Buther,K.; Rayner, Z. (1996)-*Medicina în familie-Ghidul omului sănătos și uneori bolnav*-Editura Minerva-București
7. Cazacu, S.T. (1980)-*Lecturi de psiholingvistică*-Editura Didactică și Pedagogică-București
8. Chelcea,S. (1982)-*Experimentul în psihologie*-Editura Științifică și enciclopedică –București
9. Coe,R.M.(1970)-*Sociology of Medicine*-New York, London, Mc Graw-Hill Book
- 10.Cockerhan,W.C. (1992)-*Medical Sociology*, fifth edition-New Jersey, Practice Hall, Englewood Cliffs
- 11.Coroi,V.; Gorgos, C. (1980)-*Medicină socială* - Editura Didactică și Pedagogică-București
- 12.Collinge,W. (1997)-*Cartea medicinei*-Editura Lucman-București

13. Conrad, P.; Kern, R. (1986)-*The Sociology of Health on Ielness, Critical Perspectives*, second edition, New York, St Martin ' s Press
14. Cornuțiu, G. (1998)-*Bazele psihologice ale practicii medicale*-Editura Impremeriei de Vest - Oradea
15. Dan, M. (2001)-*Politici sociale*-Editura Napoca Star-Cluj-Napoca
16. Derevenco, P.; Anghel, I.; Băban, A. (1992)-*Stresul în sănătate și boala*-Editura Dacia-Cluj-Napoca
17. Dinu, M. (1997)-*Comunicarea*-Editura Științifică - București
18. Duda, R. (1983)-*Gerontologie medico-socială*-Editura Junimea-Iași
19. Enăchescu, V. (1981)-*Dialogul medic-bolnav* - Editura Dacia-Cluj-Napoca
20. Faris Robert E.L. (2015) - *Sociology* – Britannica

21. Field, M.J. (1972) *The Concept of the Health Sistem at the Macrosociological Level*-New York-Center for Health Services Research
22. Ferreol, G. (1998)-*Dicționar de sociologie*-Editura Polirom/Știință și Tegnica-București
23. Freeman, N.E.; Levine, S. (editors) (1989)-*Handbook of Medical Sociologes*, the fourth edition, New Jersey, Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffee
24. Herzlich, C. (1979)-*Maladie et Societe. Les textes sociologiques*, Paris, Mouton
25. Herseni, T. (1982)-*Sociologie. Teoria generală a vieții sociale*-Editura Științifică-București
26. Ilea, Th.; Pruteanu, P.; Grosz, G. (1966)-*Sănătatea publică (Medicină și igienă socială) Teorie și metodă*-Editura Medicală-București

27. Iamandescu, I.B.; Ploss-Luban, B. (2002) - *Dimensiunea psihosocială a practicii medicale* - Editura Info Media-București
28. Lăzărescu, M. (1994) - *Psihopatologie clinică* - Editura Helicon-Timișoara
29. Lupu, I.; Zanc, I. (1999) - *Sociologie medicală. Teorie și aplicații* - Editura Polirom-Iași
30. Lupu, I.; Zanc, I.; Săndulescu, C. (2004) - *Sociologia sănătății* - Editura Tiparg-Pitești
31. Marinescu, Gh.C. (coordonator) (1983) - *Etică și sociologie contemporană. Relația medic-farmacist-bolnav* - Iași
32. Mărgineanu, N. (1973) - *Condiția umană* - Editura Științifică-București
33. Mărginean, I.; Bălșa, A. (2002) - *Calitatea vieții în România* - Editura Expert-București
34. Mihăilescu, I. (1993) - *Sociologie generală* - Editura Polirom-Iași

- 35.Miu,N. (2004)-*Științele comportamentului*-
Editura Medicală Universitară “Iuliu Hașegă-
nu”- Cluj-Napoca
- 36.Nireștean, A. (2004)-*Tulburările personali-
tății*-Editura Mureșul-Tg.-Mureș
- 37.Parsons,T. (1951)-*The Social System* New-
York, The Free Press
- 38.Pârvu, V. (1967)-*Studii de psihologia artei*-
Editura Didactică și Pedagogică-București
- 39.Pășca,M.D. (2006)-*Noi perspective în psiho-
logia medicală*-Editura Ardealul-Tg.-Mureș
- 40.Pease,A. (1993)-*Limbaajul trupului*-Editura
Polimark-București
- 41.Perow,C. (1965)-*Hospitals:Techology Struc-
ture an Goale*, in vol.handbook of Organization
(March,I-editor)-Illinois, Rand, Mc nally an
Company

42. Pirozynsk, T.; Scripcaru, Gh.; Berlescu, E.M. (1996)-*Psihologie rațională* - Editura Junimea-Iași
43. Popescu, G.; Rădulescu, S.M. (1976)-*Sociologia medicinei. Elemente teoretice și practice*-Editura Medicală-București
44. Popescu, G.; Rădulescu, S.M. (1981)-*Medicina și colectivitățile umane*-Editura Medicală-București
45. Rădulescu, S. M. (1994)-*Sociologia vârsteilor* - Editura Hyperion XXI-București
46. Rădulescu, S.M. (2002)-*Sociologia sănătății și a bolii*- Editura Nemira-București
47. Rădulescu, S. M. (1999)-*Devianță, criminalitate și patologie socială*-Editura Lumina Lex-București
48. Rochon, J. (1969)-*La planification et ses différentes etapes dans le secteur de la santé*-în

lucrarea “L’hôpital d’aujourd’hui”-Paris-pg.15-20

49.Rotariu,T.; Iuluț, P (coordonatori) (1996) – *Sociologie* - Editura Mesagerul-Cluj-Napoca

50.Saas, I. (1995)-*Propositions pour une éthique médicale planétaire post-hippocratique* - în Journal International de Biothèque-vol.6, pg. 4-5

51.Săhleanu, V. (1971)-*Omul și îmbătrânirea*-Editura Enciclopedică Română-București

52.Stanton, N. (1995)-*Comunicarea*-Editura Societatea de Știință și Tehnică-București

53.Stendler, Fr. (1972)-*Sociologie medicale*-Paris -Librairie Armand Colins

54.Strauss, R. (1957)-*The nature and status of Medical Sociology Amer Social*, Rev 22 April, 203

55.Ștefănescu, P. (1991)-*Lumea văzută de medici* - Editura Medicală-București

56. Teodorescu, M. C. (1996)-*Valorile vitale și morale în practica medicală*-Editura Progresul Românesc-București
57. Tudose, Fl. (2000)-*O abordare modernă a psihologiei medicale*-Editura Info Medica-București
58. Vernon, M, G. (1989) - *The Sociology of Death* New York, Ronald Press
59. Verza, E. (1993)-*Psihologia vârstelor*-Editura Hyperion XXI-București
60. Vlăsceanu, L. (1982)-*Metodologia cercetării sociologice* - Editura Științifică și enciclopedică - București
61. Voiculescu, M. (1967)- *Relațiile dintre pacient și medic*-Viața medicală-XIC, 15, 1016
62. Zamfir, C. (1974)-*Psihosociologia organizării și a conducerii*-Editura Științifică -București

63.Zamfir, C.(1984)-*Indicatori și surse de variație a calității vieții*-Editura Politică-București

64.Zanc, I.; Lupu, I. (2001)-*Bioetică medicală. Principii, dileme, soluții*-Editura Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”-Cluj-Napoca

65.Zuckerman, M. (1991)-*The psychobiology of personality*-New york-Cambridge University Press

66.*Science direct*, International Encyclopedia of the Social & Behavioral Science 2001

67.National Center for Biotechnology Information, *Sociology and Health* 2014

