

Pacientul în contextul familiei. Servicii centrate pe familie.



Catedra de medicină de familie
USMF "Nicolae Testemițanu"

Subiecte de discuție

1. Familia, generalități, definiții
2. Dezvoltarea familiei – perspective istorice
3. Clasificarea familiilor
- 3.1 Stiluri de intercomunicare și tipuri de familie
4. Funcțiile familiei
5. Mariajul contemporan. Divorțul, consecințe
6. Abordarea "ciclul vieții de familie", etapele vieții de familie
- 6.1 Carențe ale abordării "ciclul vieții de familie"
7. Familia și boala, boala și familia, factori, interacțiuni, etape de depășire a stresului
8. Activități în echipă și familia; echipa multi-, inter- și echipa transdisciplinară. Modelul de consolidare colectivă.
9. Servicii centrate pe familie.

Familia, generalități, definiții

- Conceptul "familia" este esențial pentru toate societățile.
- Familia durabil funcțională contribuie la stabilitatea societății, este instrumentul primordial de socializare și educație a copilului.
- Una dintre funcțiile cele mai importante ale medicinei de familie este asistenta medicală a familiei.
- Omul se naște, se dezvoltă, trăiește, se îmbolnăvește, se vindecă sau moare într-o familie, starea sa de sănătate fiind foarte mult influențată de factorii familiali.

Există o gamă variată de **definiții ale familiei**.

- Familia este un grup social realizat prin căsătorie alcătuit din persoane care trăiesc împreună, au gospodărie casnică comună, sunt legați prin anumite relații natural-biologice, psihologice, morale și juridice, și care răspund una pentru alta în fața societății.
- Conform definiției OMS, familia reprezintă o persoană sau un grup de persoane care trăiesc împreună și au legături de sânge, prin căsătorie sau adopțiune.

- Un grup ce partajează în mod obișnuit o locuință comună (criteriul de locație)
- Relație de sânge sau de căsătorie (criterii de rudenie)
- Schimbul de activități (criterii funcționale)
- **Familia nucleară.** Termenul provine din definiția sa ca cea mai mică unitate de rudenie (format din părinți și descendenți ai acestora - forma nucleară apare aparent instinctiv printre multe specii de animale, este tot mai acceptat faptul că această formă a fost, probabil, prima unitate a culturii umane - o unitate socială bazată în principal pe baza biologică de procreare).

Dezvoltarea familiei, perspective istorice

- Familia, ca instituție socială, a apărut evolutiv, pe parcursul dezvoltării civilizației
- Criteriul de bază care separă formele de organizare familială se referă la practicile sexuale și maritale dominate (gradul de unitate al relației, numărul partenerilor în relație, prezența sau absența relațiilor sexuale).
- Pe parcursul dezvoltării omenirii pot fi distinse următoarele forme de organizare familială: promiscuitatea, căsătoria în grup, poligamia (poliandria și poliginia), monogamia.

Promiscuitatea primitivă

- Promiscuitatea primitivă – sexualitate similară lumii animale, ne guvernată de reguli culturale, interacțiunile sexuale sunt dezorganizate, orice bărbat poate susține relații sexuale cu orice femeie, nefiind respectate careva bariere, inclusiv, legăturile de sânge.

Căsătoria în grup

- Căsătoria în grup (poliginandrie) reprezintă cea mai veche formă de organizare familială, reprezentând căsătoria între câțiva bărbați și câteva femei.
- În perioada orânduirii primitive gentilice domină familia înrudită prin sânge și familia "punulua" – familie de grup, în care tatăl unui copil rămâne necunoscut; mama își îngrijește copiii. Descendența poate fi urmărită doar pe linia maternă.

Căsătoria în grup

- Acest tip de familie s-a păstrat în unele zone geografice până la mijlocul secolului XIX-lea.
- În secolul XIX s-au observat și forme comunitare de conviețuire; fiecare bărbat din comunitate era căsătorit cu fiecare femeie și toți se îngrijeau de copiii comunității.
- Tipuri de viață domestică comunitară au persistat și mai târziu – **kibbutz-urile din Izrael**, fiecare kibbutz se comportă ca și cum ar fi o familie (numărul membrilor variind de la 100 000 la 50 membri). Unele caracteristici psihologice - probleme majore de gelozie, conflicte între sexe, tabuul incestului devine serios zguduit.

Poligamia

- **Poligamia**, o formă de organizare familială în care căsătoria se poate realiza între un partener de un sex și mai mulți parteneri de celălalt sex, sub două forme:
poliandria – familie alcătuită dintr-o mamă, copii și doi sau mai mulți soți (frecvent frați, asociați în afaceri) și
poliginia – reprezintă căsătoria unui bărbat cu mai multe soții (în anumite societăți soțiile sunt surori; în mod similar, există o practică prin care un bărbat este obligat să se căsătorească cu văduva fratelui decedat).
- **Poligamia** are un impact negativ asupra dezvoltării copilului, gradului de inteligență, comportamentelor antisociale.

Monogamia

- Monogamia reprezintă căsătoria dintre un bărbat și o femeie.
- Ea poate fi **serială**, care permite recăsătorie după divorț sau deces sau **monogamie strictă** – care nu permite căsătoria după moartea unuia dintre soți.

Familia tradițională

Familia tradițională – este susținută îndeosebi de următoarele valori: **ierarhie, conformism, represiune** (superioritatea părinților asupra copiilor, a vârstnicilor asupra tinerilor, a bărbaților asupra femeilor, a fraților mai mari asupra celor mai mici – cei care nu se conformează devin ținta represiunilor).

Familia contemporană

Familia contemporană – ”**autoritatea**” este substituită cu ”**cooperarea**”; ea este susținută de așa **valori** ca **egalitatea, schimbarea, comunicarea**, relațiile familiale nu mai sunt dominate de ierarhie și represiune.

Familia secolului XX

- Pe parcursul secolului XX, și mai ales din anii '60, structurile și sistemele familiale au devenit din ce în ce mai complexe și mai fluide.
- Înclinațiile sexuale, plus cele de flexibilitate și informalitate în stabilirea și menținerea de relații prin exprimarea preferinței individuale au condus la această situație, la fel ca și aspirații pentru schimbări ale femeii.
- În plus, presiunile economice și structurale în cadrul societății au avut un impact negativ de a perturba viața de familie.
- În special au un impact negativ semnificativ: șomajul, mobilitate rezidențială și lipsa de adăpost.

Clasificarea familiilor

La baza clasificării familiei stau numărul persoanelor, relațiile dintre membrii familiei, funcțiile fiecăruia precum și relațiile cu comunitatea.

A. Familii tradiționale:

- Familia nucleară – soț, soție și urmași locuind într-o gospodărie comună.
- Diada nucleară – soț și soție, singuri, fără copii sau copiii nu locuiesc împreună cu ei
- Familia lărgită = perechea + rude
- Pe verticală – soț, soție, copii + părinții unuia dintre soți sau ai ambilor;
- Pe orizontală – copii + frați sau surorile unuia dintre soți;
- Lărgită atât pe verticală cât și pe orizontală
- Familia cu un singur părinte (decapitată)
- Familia poligamă (în cult islamic).

Familii netradiționale

B. Familii netradiționale: (experimentale, uniuni)

- Familia consensuală (concubinaj), coabitare heterosexuală cu un mariaj "de facto", dar fără forme legale;
- Familia binucleară;
- Familia reconstituită sau familia vitregă;
- Uniunea homosexuală de pereche sau mai mulți membrii într-o singură gospodărie.
- Structuri cvasifamiliale (persoane vârstnice neînrudite, împărțind un aranjament comun, gospodărie comună și cheltuieli împărțite);
- Relații de familie afiliate (membrii mai vârstnici neînrușiți au fost integrate în familii mai tinere);
- Afilierea nerezidențială prin care poate fi menținută relația dintre ruda mai vârstnică și alți membri ai familiei extinse;

Tipuri de familie și stilul intercomunicării familiale (conform studiilor Larisa Cuznețov)

1. Familia de tip despotic.

- În cadrul ei stabilitatea relațiilor se menține prin exteriorizarea emoțiilor negative, aici prevalează stilul comunicării distante, de prescripție.
- De obicei, „conduce” tatăl, cerînd de la toți ceilalți supunere indiscutabilă. În relații apar conflicte de disperare, care trec în plan interior, latent și care pot fi urmate de reacții frustrante sau de izolare din partea adolescenților.
- Scopurile familiei sînt stabilite doar conform exigențelor și prescripțiilor „conducătorului”.
- Acest tip de familie reprezintă 4,9% din lotul investigat.

2. Familia-bastion

- La baza acestei familii stau reprezentările negative despre agresivitate și intențiile periculoase ale tuturor (sau ale majorității) oamenilor din afara ei. Aici emoțiile negative se revarsă asupra persoanelor din exterior.
- Ambii soți denotă un comportament egocentric față de cei din afara familiei lor, acționând foarte unit și coordonat „împotriva” mediului social exterior. Se întâlnesc familii de acest tip în care un părinte e foarte autoritar, iar altul, dimpotrivă, este prea indulgent sau tutelează excesiv copiii.
- Atmosfera din familie și educația prea severă din partea unui părinte, îmbinată cu tutelarea din partea celuilalt, provoacă la copil neîncredere în forțele proprii, lipsă de inițiativă, reacții nevrotice de protest, încăpăținare și negativism, în relațiile stabilite predominând conflictul de atracție-frică și de disperare.
- Acest tip de familii constituie 8,5% din lotul investigat.

3. Familia-vulcan.

- Relațiile în acest tip de familie sînt foarte instabile: de la cele permissive, de tutelare, de alintare – la cele cu un înalt grad de exigență, predominînd spontaneitatea și afectivitatea.
- La prima vedere, acest tip de familie pare pozitiv, însă „erupțiile” de supărare, de ură, deși slăbesc încordarea, complică mult starea generală a climatului familial.
- Copiii suportă mari încărcături emoționale, devin vulnerabili, fricoși, anxioși și nervoși; în relații se observă toate tipurile de conflicte, dar intensitatea și forța ciocnirilor oscilează de la cele neînsemnate pînă la izbucniri cu adevărat „vulcanice”.
- Familiile de acest tip constituie 7,3% din lotul investigat.

4. Familia „al treilea e de prisos”

- În acest tip de familie atașamentul reciproc al soților și stilul comunicării dintre ei au o însemnătate deosebită pentru aceștia, obligațiunile de părinți fiind considerate drept o piedică în fericirea lor personală.
- Relațiile dintre părinți și copii sînt reci, distante. Părinții tot timpul observă și subliniază greșelile și neajunsurile copiilor. Desconsiderarea personalității lor cauzează formarea complexului de inferioritate la copii, care, mai apoi, în adolescență, le creează dificultăți în procesul de autodeterminare și inserție socială.
- Uneori poate fi „de prisos” mama, tatăl și fiica formînd o coaliție; alteori este „de prisos” tatăl, mama formînd o coaliție cu copiii. În relații predomină conflictele de disperare și cele de atracție-frică.
- Adolescenții din asemenea familii, de regulă, sînt timizi, anxioși, fricoși, izolați, pasivi sau, dimpotrivă, prea agresivi, răzbunători, încăpățînați.
- Familiile de acest tip constituie 1,2% din lotul investigat.

5. Familia cu „idol”

- Aici adolescentul este persoana centrală.
- Ambii părinți manifestă un comportament alterocentric exagerat. Predomină relațiile de tutelare și de aprobare, sacrificiul frecvent din partea părinților.
- Copilul se dezvoltă într-o atmosferă de „seră”, devine egoist, nu poate fi independent, autocritic și activ. În relații predomină conflictele de disperare.
- Acest tip de familii constituie 4,3% din lotul investigat.

6. Familia „azil”

- Aici predomină un stil de comunicare deschis, de aprobare. Raporturile sînt neuniforme: relațiile de colaborare se îmbină cu cele de tutelare, indiferență, dominare și confruntare.
- Momentele educative se deosebesc după intensitate, durată, modalitate, formă și conținut, deoarece vin de la o mulțime de persoane de vîrstă și competență diferită (de la părinți, bunici, rude mai îndepărtate sau cunoscuți), care se află în familie un anumit timp.
- Aici întîlnim toate tipurile de conflicte. Copiii lipsiți de consecvența cerințelor devin contradictorii, învață a manevra, a minți sau, dimpotrivă, devin infantili.
- Acest tip de familii constituie 2,4% din lotul investigat.

7. Familia „teatru”

- Astfel de familii își păstrează stabilitatea prin intermediul modului de viață teatralizat. Membrii familiei joacă anumite roluri sau „montează” un „spectacol” în ansamblu, ceea ce le permite „înscenarea” bunăstării relațiilor familiale.
- În realitate însă educația copiilor este lăsată numai pe seama instituțiilor respective – grădiniță, școală. Contactul cu copiii este înlocuit prin procurarea excesivă a bunurilor materiale (jucării, haine etc.). Membrii familiei își îndeplinesc obligațiunile formale, relațiile interpersonale oscilează de la cordiale la indifferente, de la dorința de a domina la cea de indiferență. În relațiile cu copiii, aprobările și dezaprobările se fac rapid și tot rapid se uită; lipsesc cerințele unice, de aceea copiii se dezvoltă, de obicei, cu anumite trăsături accentuate de caracter (labil, hipertimic, senzitiv etc.).
- Acest tip de familii constituie 8% din lotul investigat

8. Familia liberală

- Familia liberală se întâlnește extrem de rar. Aici predomină relațiile de indiferență, stilul distant liberal, lipsa de cordialitate și atașament.
- Deciziile se iau în dezacord, predomină egocentrismul. Acțiunile familiei sînt răzlețe, necoordonate.
- Fiecare membru al familiei își are viața sa, nu-l interesează atmosfera din familie, în relații persistă atmosfera de incertitudine.
- Copiii devin introverți, izolați, deseori egoiști, indiferenți față de ceilalți membri ai familiei.
- Acest tip de familie constituie 1,2% din lotul investigat.

9. Familia „egalitate”

- Familia „egalitate” se caracterizează printr-un echilibru psihologic, moral și material.
- Soții au aproximativ același nivel intelectual; obligațiile și funcțiile lor sînt echilibrate: ambii participă la educația copiilor și la conducerea gospodăriei.
- Deciziile sînt luate la „sfatul” familiei, predomină relațiile armonioase, de colaborare, un stil axat pe angajarea tuturor membrilor în chestiunile familiei. Climatul este cordial, binevoitor. Conflictele mai frecvente au un caracter constructiv.
- Copiii se dezvoltă normal, dispun de independență, posedă spirit creativ, voință. Adolescenții din acest tip de familii, în genere, sînt pregătiți pentru viața de familie, nu au dificultăți în autodeterminarea profesională și socială.
- Acest tip de familii constituie 20,1% din lotul investigat.

10. Familia patriarhală

- Aici domină, de regulă, tatăl (91%). Acest tip de familie se întâlnește mai ales în localitățile rurale, fiind tradițional în Moldova, unde capul familiei este bărbatul care domină, dar nu este agresiv și despot, ci rațional și practic.
- Deciziile se iau unipersonal, nu se discută, dar sînt explicate și argumentate. Relațiile sînt stabile, calme, de dominare, prevalează un stil de dirijare riguroasă.
- Comportamentul, ordinea și strictețea, odată stabilite în familie, se respectă de către toți membrii ei. Soțul și soția reprezintă un tot întreg, manifestînd un comportament sociocentric, axat pe subiectul psihologic „noi”, care se transmite de la capul familiei și nu vine în contradicție cu opinia partenerului. În astfel de familii, soții se înțeleg din jumătate de cuvînt sau fără cuvinte, sînt compatibili psihofiziologic și moral.
- Principiile stricte și unice de educație a copiilor contribuie la formarea unor personalități volitive, echilibrate și valoroase din punct de vedere social.
- Acest tip de familii reprezintă 33,6% din lotul investigat

11. Familia romantică

- Este tipul de familie în care membrii ei păstrează relațiile de dragoste și atașament tandru pînă la adînci bătrînețe.
- Se caracterizează prin relații de colaborare și tutelare îmbinate armonios, stil romantic, centrat pe activitatea comună a membrilor familiei.
- Conflictele au un caracter constructiv, comportamentul este bazat pe reprezentări sociocentrice.
- Copiii se dezvoltă armonios.

12. Familia spirituală

- Acest tip de familie e axat pe orientarea membrilor ei spre valorile spirituale, morala creștină. Ei au exigențe sporite față de propriile persoane, în familie predomină relațiile de colaborare bazate pe stimă reciprocă și înțelegere. Uneori la membrii familiei se observă o doză de fanatism în acțiuni
- Copiii se dezvoltă armonios, sînt orientați spre valorile spirituale; sînt independenți, creativi, inteligenți, dar pot fi fragili din punct de vedere fizic.
- Familiile de acest tip reprezintă 6,7% din lotul investigat.
- Analiza acestor tipuri de familie ne permite să observăm anumite tipuri de relații și diverse tipuri de conflicte între membrii familiei, ceea ce ne oferă posibilitatea de a determina stilul intercomunicării familiale și de a stabili sistemul reprezentărilor utilizate de parteneri.

Funcțiile familiei

- Familia are un rol important în societate, îndeplinind mai multe funcții.
- Principalele funcții ale familiei sunt:
 - economică,
 - de socializare,
 - de solidaritate și
 - sexual-reproductivă

Funcția economică joacă un rol important prin asigurarea resurselor materiale, financiare, necesare existenței familiei.

Funcția de socializare

- **Funcția de socializare** este tradusă ca fiind funcția de educare în scopul asimilării de către copii, dar și de ceilalți membri ai familiei, a atitudinilor, valorilor, principiilor, modelelor de comportament caracteristice unui anumit grup social.
- Rolul funcției de socializare este de a integra în societate persoana (copilul), prin educația făcută la toate nivelele cum ar fi: material, fizic, psihologic, moral și spiritual.
- Această funcție are grade diferite de manifestare, de la o familie la alta în funcție de preocuparea într-o mare sau mai mică măsură privind educarea membrilor săi.

Funcția de solidaritate

- **Funcția de solidaritate** constă în asigurarea unității și stabilității familiei, implicând manifestarea sentimentelor de afecțiune, de respect, de apartenență la grupul familial, a încrederii membrilor unii în alții, a dezvoltării intimității, a ajutorării și susținerii reciproce de-a lungul timpului.
- Această funcție are un grad din ce în ce mai slab de manifestare în zilele noastre, fapt dovedit prin creșterea ratei divorțurilor, a înmulțirii relațiilor de concubinaj, a celibatarilor și a familiilor monoparentale.

Funcția sexual-reproductivă

- **Funcția sexual-reproductivă** contribuie la satisfacerea sexuală reciprocă a celor doi soți și aducerea pe lume a copiilor.
- Cele două componente ale acestei funcții sunt tratate diferit în funcție de familie punându-se accentul fie pe împlinirea sexuală în unele familii, în timp ce în alte familii se acordă o importanță deosebită aducerii pe lume a copiilor.
- Realizarea acestei funcții depinde și de factori cum ar fi gradul de cultură, avut de cei doi parteneri, gradul și tipul de educație primit de influențele religioase, de dorința și caracteristicile fizice și psihologice ale celor doi soți.
- S-a constatat că în zilele noastre, în societățile mai avansate economic, cuplurile și familiile tind să pună accent din ce în ce mai mult pe împlinirea afectiv-sexuală în detrimentul celei reproductive.

Funcțiile familiei în societate

Indiferent de forma pe care o are, familia îndeplinește în societate câteva funcții de bază. Din natura relațiilor dintre membrii familiei, rezultă și funcțiile pe care aceasta le îndeplinește.

Ele pot fi mai multe, dar se rezumă la următoarele:

- angajamentul emoțional, social și economic dintre soți;
- îngrijirea copiilor, vârstnicilor și a rudelor cu deficiențe;
- educarea și socializarea copiilor și chiar a părinților;
- protecția membrilor familiei;
- realizarea necesităților individuale de bază, ale fiecărui membru al familiei.

Influențe legale asupra alegerii stilului de gestionarea relațiilor personale

- Legea ar putea influența oamenii în alegerile pe care o fac în legătură cu structura familiei și în gestionarea relațiilor personale.

Dar:

- nu mai există distincție între copii legitimi și nelegitimi prin eliminarea la înregistrare a detaliilor stării civile a părinților (în multe țări).
- sistemul fiscal / beneficii (într-un fel favorizează familie monoparentale)
- familia nucleară tradițională în prezent este "în pericol" de a deveni marginalizată (lipsa de fonduri din partea guvernelor, lipsa de alte tipuri de sprijin, lipsa politicilor de a sprijini și promova "normalitatea").

Mariajul contemporan

- În mod tradițional, căsătoria a fost legată de dreptul specific privind sexualitatea și procrearea;
- acesta a avut un rol esențial în asigurarea stabilității economice și sociale în cadrul familiei,
- acesta a oferit o bază legală pentru controlul și transmiterea proprietății.
- Din secolul al XIX-lea, căsătoria modernă, în cultura occidentală, a devenit o afacere conjugală, unde dragostea și compatibilitatea este văzută ca importantă, dar și ca parte componentă a unei căutări globale de auto-împlinire individuală.

- Aproape jumătate din toate căsătoriile se așteaptă să se încheie cu divorț.
- Un număr tot mai mare de cupluri aleg să coabiteze în afara căsătoriei
- (NB! Există un nivel mai scăzut de angajament în cadrul relației de concubinaj, comparativ cu căsătoria)
- "Contractul prenupțial" marchează așteptările de comportament personal în cadrul relației
- Se pare că optimismul, încrederea și confidența, de obicei așteptate în căsătorie, aici lipsesc.

Divorțul

- Divorțul este mai frecvent în rândul celor care se căsătoresc devreme sau care coabitează înainte de căsătorie, printre cei cu nivel educațional mai mic, venituri mai mici și statut social inferior.
- Divorțul este în creștere în toate grupurile sociale.

Factori care facilitează divorțul:

- liberalizarea legii
- presiunea - de mediu și economică (stresul de șomaj)
- sporirea aspirațiilor personale a femeilor pentru independență și bunăstare materială (ideologică)

Influența divorțului asupra copiilor

- Divorțul afectează toți membrii familiei, dar cele mai mult copiii.
- În afară de separarea de unul dintre părinții iubiți, în mod practic, divorțul părinților conduce la multe schimbări nedorite pentru copii (schimbare de reședință, casă, școală nouă, prieteni, activități ...).
- Impactul divorțului se compară cu experiența cronică a unei tensiuni, aproape similară violenței - nu sunt suficiente cercetări), dar este clar că există un impact negativ asupra copiilor.

Conceptul ”ciclul vieții de familie”

- O familie trece prin mai multe etape în evoluția ei, și în funcție de acestea apar diverse transformări specifice fiecărei etape
- **Etapele emoționale și intelectuale prin care un om trece din copilărie până la vârsta pensionării ca membru a unei familii se numește ciclul vieții de familie.**
- În fiecare etapă, omul se confruntă cu provocări în viața de familie care îl ajută să-și dezvolte sau să câștige noi abilitați. Îmbunătățindu-și aceste abilitați omul poate depăși schimbările prin care aproape fiecare familie trece. Nu oricine trece prin aceste etape ușor. Situații, ca boli severe, probleme financiare sau moartea unei persoane apropiate pot avea repercusiuni asupra modului în care o persoană trece prin aceste etape.

Etapele ciclului vieții

- S-au făcut diferite etapizări ale ciclului de viață familială de diverși oameni de știință, psihologi.
- Este important de știut că nu există nici o versiune fixă sau un standard a ciclului vieții de familie.
- Etapele ciclului vieții de familie (după unii autori) sunt:
 - perioada de celibat,
 - cuplul sau mariajul,
 - părinți cu copii la diferite vârste, cu adolescenți,
 - perioada de adult,
 - vârsta a treia.

Importanța înțelegerii ciclului vieții de familie

- Abilitățile îmbunătățite și evenimentele importante din fiecare etapa permit trecerea cu succes la următoarele stadii de dezvoltare.
- Dacă nu sunt stăpânite aceste aptitudini, trecerea la etapa următoare se poate realiza, dar este posibil să se întâmpine dificultăți în relațiile și tranzițiile viitoare.
- Teoria acestui ciclu sugerează ca tranzițiile făcute cu succes pot preveni boli și tulburări emoționale sau legate de stres.
- Cu cât se înțeleg mai mult provocările din fiecare etapă, cu atât mai ușor se trece mai departe.

- În perioadele de tranziție de la o etapă la alta întreaga familie suferă un dezechilibru, o provocare.
- Asupra constituirii familiei conjugale acționează mai mulți factori:
 - instinctuali (reproducere),
 - afectivi (dragostea),
 - sociali,
 - tradiționali-culturali,
 - morali,
 - juridici,
 - etnici.

Trei mari cicluri ale vieții

1. Ciclul de creștere și dezvoltare, din primii 20 ani de viața

2. Etapa sau ciclul adult, ce prelungeste dezvoltarea psihologica a omului, se extinde pana la vârsta de 65 de ani. Acest ciclu cuprinde și el câteva etape:

- tinerețea și substadiile ei (de la 25 la 35 ani),
- etapa adulta timpurie sau precoce (de la 35 la 44 ani),
- etapa adulta medie (de la 45 la 54 ani) și
- etapa adulta prelungita sau tardivă (de la 55 la 64 ani).

Cuibul gol: plecarea tinerilor

- Etapa este lungă ca durată și corespunde sfârșitului adolescenței fizice a primului copil.
- Ea se subîmparte în două subetape bine definite:
 - a.subetapa de “construcție familială” ce corespunde plecării primului copil din familie, la alt domiciliu.
 - b.subetapa “de cuib gol” moment din viață când ultimul tânăr/ă părăsește familia, la alt domiciliu sau întemeind o nouă familie.

Etapa bătrâneții

3. Ciclul al treilea sau etapele vârstelor de regresie (ale bătrâneții) se extind de la 65 ani până la moarte.

- Perioadele bătrâneții, considerate și ca post-adulte, se caracterizează printr-o acumulare de oboseală și uzura internă care minează treptat organismul și modifică funcționalitatea psihică, scăzându-i productivitatea.
- Ieșirea din câmpul muncii ca și reducerea nucleului familial prin plecarea copiilor (fenomen de denuclearizare familială) creează modificări complexe în câmpul preocupărilor, intereselor, a stilului vieții. Subidentitatea profesională și matrimonială se estompează sau intra în crize (prin decese). Bolile de degenerescență fac din această perioadă fragilă o etapă de înstrăinare și aceasta cu atât mai mult cu cât se trăiește sentimentul inutilității sociale și al „abandonului”, dată fiind criza de timp a copiilor deveniți adulți, plecați din casa părintească în propria lor familie.

Evenimente "planificate" și evenimente "neplanificate"

- NB! În contextul etapelor (ciclului) vieții de familie deosebim evenimente "planificate" sau dorite (căsătoria reușită, nașterea unui copil sănătos...) și "neplanificate", nedorite (nașterea unui copil cu o afecțiune severă, îmbolnăvirea sau decesul unei persoane apropiate...).
- A ține cont de gradul de stres înalt în cazul evenimentelor nedorite și rolului important al medicului de familie, psihologului, familiei etc. în depășirea lui de către pacient.

Boala și familia, familia și boala, factori, interacțiuni

- Orice medic de familie știe că apariția unei boli la un membru al familiei are un impact asupra întregului sistem familial, iar evoluția bolii este influențată de modul în care membrii familiei se mobilizează și se adaptează stresului provocat de boală și nevoilor celui în suferință
- În lume asistenta medicală primară prin medicul de familie și comunitate umană într-un sistem de sănătate judicios organizat, încearcă ambulatoriu rezolvarea a peste 85% din îmbolnăvirile acute și cronice.
- Eficiența economică a îngrijirii unei boli în familie față de spital este benefică sistemului sanitar și societății fiind de 10 ori mai ieftină.

Impactul financiar

- **Impactul financiar:** posibilitatea familiei de a acoperi cheltuielile materiale ce implică îngrijirea bolnavului la domiciliul propriu. În acest scop sistemele de sănătate bazate pe asigurări de sănătate reduc la maximum aceste cheltuieli pentru familie, acordând medicamente gratuit pentru îngrijirea bolii la domiciliu.
- La noi în țară, momentan, un bolnav îngrijit la domiciliu e necesar să suporte o parte din costul medicamentelor (25-50% și în cazul unei familii cu dificultăți financiare solicită spitalizarea pentru a se bucura de gratuitatea câștigată prin internare și încarcă cheltuielile cu încă de nouă ori valoarea medicamentelor.
- Impactul financiar e mai mare atunci când persoana ce aduce venitul cel mai mare în familie e bolnavă.

Impact habitual

- **Impact habitual** - necesitatea ca familia să se poată organiza, astfel încât să poată acorda spațiul necesar separat celui în suferință, cu asigurarea nevoilor fundamentale de care bolnavul are nevoie pe perioada îngrijirilor: căldură, lumină, aerisire adecvată etc.
- Spațiul acordat celui bolnav poate necesita rearanjări față de distribuția anterioară și să fie în contradicție cu necesitățile sau scopurile altor membrii de familie.

Impactul psihic/psihologic

- **Impactul psihologic** asupra membrilor familiei este declanșat din momentul în care medicul de familie dă verdictul de boală. Stresul legat de gravitatea bolii, de probabilitățile de evoluție, de prognosticul rezervat sau de cronicizarea unei afecțiuni, de dependentele sau infirmitățile pe care le poate genera duc la ruperea echilibrului familial și la adevărate crize. Adesea acest impact al bolii asupra membrilor de familie se pot răsfrânge și asupra medicului de familie.
- Stresul psihic poate crea dificultăți în perceperea cauzelor și realității bolii, iar supărarea unor membri de familie se poate manifesta prin acuze la adresa altor membri de familie pe care îi consideră "părtași" la îmbolnăvire sau pe medicul de familie ce nu face uz de toate progresele științei "pentru a vindeca" cât mai rapid boala.

Impactul structural

- **Impactul structural** al bolii asupra familiei e firesc pentru perioade mai scurte (în boli acute) sau mai lungi de timp (în bolile cronice, care pot conduce la dizabilitate).
- Sarcinile celui în suferință sunt preluate de alt membru.
- Dacă cel bolnav este singurul susținător al familiei cu copii, aceștia trebuie preluați de membrii familiei.

Reducerea impactului bolii asupra familiei

- **Impactul bolii asupra familiei** poate fi anihilat sau diminuat de acțiunile celorlalți membrii de familie, ale medicului de familie ce poate ajuta familia să identifice asemenea situații de impas și să canalizeze acțiunile sale prin cunoștințele despre familie în restabilirea echilibrului familial.
- Modalitățile folosite sunt: **o bună comunicare** - medic de familie-bolnav-medic de familie-membrii familiei - membrii de familie-bolnav și membrii de familie între ei; **o adaptare compensatorie** la nevoile familiei cu o persoană bolnavă, făcând ajustările necesare momentului în plan: financiar, organizatoric, structural și emoțional;
- **o coeziune familială solidă** preexistentă bolii sau chiar un echilibru câștigat prin boala unui membru, la familiile cu probleme. **Coeziunea familială** scade impactul bolii asupra familiei, făcând-o validă în confruntarea cu boala.

Impactul familiei asupra bolii, rolul medicului de familie

Fiecare membru de familie, dar în special sistemul familial în totalitate poate influența în cazul unei îmbolnăviri evoluția bolii, a adaptării celui în suferință la boală și a creșterii gradului de suport psihic și fizic. Bolnavul nu poate fi învinuit pentru boală, iar membrii familiei trebuie să participe la preluarea sarcinilor familiale ale acestuia și de a-l scuti de orice eforturi fizice sau psihice pe perioada îngrijirilor medicale.

Impactul familiei asupra bolii este desigur influențat de o serie de factori:

- **factorul social** nu este de neglijat și este unanim acceptat că anumite boli au un caracter predominant social, iar altele o componentă importantă socială. Situația familiei în ierarhia socială poate avea un impact asupra bolii, după cum și facilitările sociale acordate de unele sisteme sanitare pot veni în ajutorul familiei în impas.

- **factorul cultural** poate influența familia în atitudinea acesteia sau unor membri ai săi față de medicul de familie și serviciile de sănătate. Acești factori culturali pot influența adresabilitatea la medicul de familie, complianța la tratamentul prescris, precum și disponibilitatea de a se implica în acordarea unor îngrijiri recomandate.
- **factori tradiționali** (etnici, religioși etc.) pot influența pozitiv sau negativ impactul familiei asupra bolii. Astfel, întâlnim refuzul unor familii de a se adresa medicului de familie sau de a accepta îngrijirile propuse apelând la obiceiuri populare, îngrijiri empirice sau așteptând vindecări miraculoase.

Etape de depășire a stresului

Reacțiile familiei la boală sunt diferite și medicul de familie adesea este pus în situația de a constata:

- **Negarea bolii** și aceasta cu cât gravitatea bolii este mai mare și prognosticul mai rezervat. Scoaterea "în scenă" a unei boli grave, face ca familia în relația cu medicul de familie să considere afecțiunea ca o lovitură nedreaptă a "soartei" (de ce chiar el?). Negarea este reacția următoare: "Imposibil !!! Până ieri, nu avea nimic!"
- **Neîncrederea** în precizia diagnosticului și speranța unor investigații suplimentare care să modifice evoluția și prognosticul bolii sunt manifestări frecvente ale familiei față de medicul de familie (-Dar poate ar trebui să facă analize mai multe?)

- **Furia și revolta** pot cuprinde membrii familiei la impactul cu boala. Protestul lor este o manifestare a supărării și tensiunii emoționale provocată de verdictul neașteptat.
- **Tristețea, anxietatea sau chiar depresia** pot constitui reacții ale familiei la impactul cu boala și în special atunci când evoluția acestei boli prezintă aspecte înspăimântătoare pentru membrii de familie ai celui bolnav.

Medicul de familie printr-o comunicare eficientă și o relație bună cu familia celui bolnav trebuie să o determine **să**

- **Accepte situația, să se adapteze** compensator pentru a face față nevoilor celui în suferință dar și pentru dezvoltarea pe mai departe a familiei și a împlinirii scopurilor și telurilor propuse.

Negarea, tensiunea, neîncrederea, furia și tristețea trebuie înlocuite cu speranța.

- Medicul de familie în afara rolului de terapeut prin arsenalul de medicamente si tehnici e necesar să aducă si alinarea si mângâierea sufletească. E bine dacă medicul de familie foloseste în acest scop si resursele comunitare (servicii sociale, psihologi, preoți, prieteni etc.).
- Boala cu caracterul ei distinctiv poate să facă familia să nu se adapteze la stress, la schimbările de structură, să rupă coeziunea familiei si să câștige teren în plan psihosomatic pentru ceilalți membrii de familie. Astfel îmbolnăvirea de o boală cronică a unuia dintre soți poate determina îmbolnăvirea celuilalt.

Activitatea în echipă și familia.

Echipa multi-, inter- și transdisciplinară

La baza clasificării tipurilor de echipă stau 2 criterii:

- a) gradul de colaborare dintre specialiști și
- b) gradul de colaborare dintre specialiști și familie.

În echipa multidisciplinară membrii echipei activează ca specialiști independenți, care oferă consultații, dar comunică minimal între ei (**modelul "elefantului"**).

- Aici există o oarecare coordonare în abordarea problemelor de către echipă și o oarecare integrare a procesului de furnizare a serviciilor.
- Astfel, acest model poate fi considerat drept un model suboptimal de soluționare a problemelor complexe, dar perceperea beneficiarului este aceea că serviciile sunt, în cel mai bun caz, fragmentate, în cel mai rău caz, periculoase.

Modelul interdisciplinar

- Un grad mai înalt de colaborare și integrare în oferirea serviciilor a fost atins odată cu implementarea modelelor de **activitate interdisciplinară**.
- Modelul se caracterizează printr-un grad mai înalt de comunicare, cooperare, coeziune a specialiștilor în echipă.
- Cu toate că scopurile programelor sunt selectate doar de membrii echipei (fără implicarea obligatorie a familiei), în acest tip de organizare are loc sistematic comunicarea între specialiști cu transmiterea informației, experienței, discutarea scopurilor.
- Acest model este centrat pe client, dar aici lipsește comunicarea suficientă, de la egal la egal, cu familia, persistă protecționismul profesional.

Modelul transdisciplinar

- **Modelul transdisciplinar** se impune ca o soluție pentru consolidarea procesului de prestare a serviciilor medicale și sociale, cu considerarea holistică a nevoilor pacientului complex, model care oferă suficientă flexibilitate și posibilități de depășire a hotarelor restrictive ale unei profesii. Adăugător, acest model se dovedește a fi și mai cost-eficient.
- Activitatea în colaborare a echipei transdisciplinare este modalitatea optimă de oferire a serviciilor integrate de calitate. Cuvântul „colaborare” („co”- și „laborare”) semnifică activitate conjugată și denotă gradul în care membrii echipei interacționează între ei. În acest model se respectă și se susține **rolul familiei ca principal în îngrijire.**
- **Familia reprezintă cea mai importantă sursă de suport și de fortificare.** Acest moment trebuie menționat ca cel mai important în îngrijirea copilului. Există o colaborare dintre pacient/părinte și specialist la toate nivelurile. Deciziile se iau împreună și nu doar se aduc la cunoștință. Deciziile se iau de comun și nu există o subordonare sau ierarhie rigidă în relațiile părinte-specialist.

Modelul de consolidare colectivă

Modelul de consolidare colectivă presupune că toți participanții, și familia, și specialiștii își consolidează, își fortifică capacitățile și profesionalismul pentru a obține cele mai bune rezultate dorite și el obligă prezența a trei elemente de consolidare colectivă:

- a) familia, b) specialiștii și c) mediul sau contextul în care activează specialiștii și familia.
- Aici puterea nu este monopolizată, la bază se află parteneriatul, care, la fel, are un rol consolidant.

Și în acest model familia deține rolul central, alegerea de bază îi aparține, intervențiile sunt axate pe părțile forte ale familiei și pe capacitățile ei; alte caracteristici ale acestui model: acces la resurse, participare, schimbarea ecologiei comunității.

Evoluția modelelor: de la modelul centrat pe specialist – la cel centrat pe familie

Program	Rolul specialiștilor	Rolul familiei
Centrat pe specialist	Specialistul este expert și determină nevoile familiei	Familia are un rol deficient și este incapabilă să-și soluționeze problemele
Aliat familiei	Specialistul este expert și participă la determinarea nevoilor familiei	Famiiliile sunt agenți ai specialiștilor și implementează programe ghidate de specialiști
Orientat pe familie	Specialiștii colaborează și definesc împreună cu familia nevoile familiei	Familia necesită suportul și ghidarea profesională și folosește rețeaua profesională pentru a-și realiza nevoile
Centrat pe familie	Specialiștii devin agenți ai familiei care promovează sănătatea familiei	Necesitățile și doleanțele familiei stau la baza tuturor aspectelor de furnizare a serviciilor și asigurare a resurselor

Servicii orientate/centrate pe familie

Modelul centrat pe familie diferă de alte modele cel puțin prin două caracteristici:

- **Familia, inclusiv părinții, pacientul și oricare altă persoană importantă pentru pacient devin parte colaborativă în procesul curativ, preventiv și de recuperare.**
- *În modelul medical tradițional, medicul ia decizia, care se aduce la cunoștința pacientului, părintelui.*
- **Se ține cont de necesitățile întregii familii, aceste necesități sunt considerate ca factor în luarea deciziilor și în activități.** (Ex, asistentul social este membru al echipei, persoană care se poate implica și participa la soluționarea problemelor financiare legate de procesul curativ)

Modelul centrat pe familie

Modelul centrat pe familie s-a dovedit a fi cel mai eficient model.

- Echipa pluridisciplinară respectă și susține rolul familiei ca principal în îngrijire.
- Familia reprezintă cea mai importantă sursă de suport și de fortificare.
- Există o colaborare dintre pacient/familie și specialist la toate nivelurile. **Deciziile se iau împreună și nu doar se aduc la cunoștință**
- Informarea pacientului/familiei de către specialist constituie un component important.
- Este necesar de creat o așa atmosferă în care pacientul să poată da orice întrebare.

Modelul centrat pe familie

- Serviciile comprehensive sunt oferite de mai mulți specialiști care activează în echipă sub forma unor programe individualizate
- Părțile forte ale familiei și calitățile individuale ale ei sunt încorporate în serviciile de îngrijire.
- Fiecare familie are particularitățile sale, astfel nu există o singură abordare pentru toate familiile.
- Unele familii au multe rude care le pot ajuta, resurse, alte familii sunt singuratice, cu resurse limitate; în unele familii tata este persoana de bază de comunicare, în altele – mama sau alt membru al familiei.
- Se ține cont de diversitatea culturală, religioasă, nivelul socio-economic.
- Fiecare familie trebuie să aibă oportunități egale la servicii de calitate, indiferent de rasă, religie, cultură, gradul de bunăstare etc.
- Medicul de familie și echipa în întregime trebuie să cunoască particularitățile, diversitatea familiilor

Modelul centrat pe familie

- În cadrul modelului centrat pe familie se încurajează suportul dintre familii.
- Se încurajează formarea grupurilor de părinți (exemplu, asociații de părinți cu copii cu probleme similare)
- Părinții se simt mai bine când au posibilitatea de ași împărtăși sentimentele cu alți părinți.
- Comunicarea între părinți este și sursă de informare, orientare, sursă importantă de susținere.

Modelul centrat pe familie

- Modelul centrat pe familie are ca scop îmbunătățirea stării familiei ca un tot întreg
- activitățile nu sunt orientate doar asupra mamei, dar și asupra tuturor membrilor familiei și adăugător, asupra comunității, ca factor important de influență asupra funcționării familiei
- Serviciile devin orientate pe familie, alegerea (luarea deciziei) este a familiei, este prezentă perspectiva de fortificare a familiei
- Specialistul servește ca agent în promovarea deciziei familiei
- Familia devine unitate de atenție, ea are dreptul la selectarea necesităților, scopurilor și măsurilor de intervenție, ea hotărăște natura relațiilor cu specialiștii etc..

Modelul centrat pe familie

- **Principiul conform căruia fiecare familie are niște laturi puternice** capacități, talentele, posibilitățile, viziunile, valorile, speranțe
- **Specialistul să țină cont de aceste caracteristici în realizarea programelor, să faciliteze accesibilitatea familiei la factorii de mediu, care ar face mai eficiente punctele forte ale familiei, și mai puțin să se axeze pe domeniile slabe**
- În acest model **puterea este împărțită între membrii familie și specialiști**, fiind mai limitată pentru specialiști, în comparație cu modelele anterioare; specialistul își manifestă puterea sa prin intermediul capacităților familiei.

Bibliografie selectivă

1. Ana Teixeira de Melo, Madalena Alarcão. Beyond the family life cycle: Understanding family development in the twenty-first century through complexity theories. *Family Science*, 2014, Vol. 5, No. 1, 52–59, <http://dx.doi.org/10.1080/19424620.2014.933743>
2. Catherine Jane Bottomley. The impact of disease on family members: A critical aspect of medical care. *Journal of the Royal Society of Medicine* (Impact Factor: 2.12). 05/2013; 106 (10).
https://www.researchgate.net/publication/239062054_The_impact_of_disease_on_family_members_A_critical_aspect_of_medical_care
3. Cuznetov L. Tipuri de familie și stilul intercomunicării familiale. 2008.
http://www.prodidactica.md/viitor/viitor_rom/experiente_8.htm.
4. Cuznețov, Larisa. Curriculum Educația pentru familie.- Chișinău: Museum, 2004, 280 p.
www.prodidactica.md/viitor/viitor_rom/experiente_8.htm
5. Elena L. Bamm et al. Family-centered theory: origins, development, barriers and supports. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Volume 89, issues 8, august 2008, pages 1618-1624.

5. Epley, Summers, Turnbull. Trends Impacting Public Policy Support for Caregiving Families. *Journal of Family Social Work*, 13(3), 2010.

<file:///C:/Users/User/Desktop/Family%20centered%20services.pdf>

6. Gillian King, Deborah Strachan, Michelle Tucker et al. The Application of a Transdisciplinary Model for Early Intervention Services. *Infants & Young Children* Vol. 22, No. 3, pp. 211–223.

[https://www.cdd.unm.edu/ecspd/portal/docs/tta/Apply%20of%20Transdisciplinary Model for EI.pdf](https://www.cdd.unm.edu/ecspd/portal/docs/tta/Apply%20of%20Transdisciplinary%20Model%20for%20EI.pdf)

7. Karen A. Kuhithau and al. Evidence for family-centered Care for children with special needs. *Academic Paediatrics*. Volume 11, Issues 2, April 2011, pages 136-143. d. *The Prog Health Sci* 2013, Vol 3, No 2. p 122-129.

8. Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary. Educational models and nursing education. Department of Nursing and Health Services Management, University of New England, College of Health Professions, Portland, Maine, USA. 2003 Jul-Aug; 24(4):186-8. School of Psychology, Roosevelt University, Chicago, Illinois, USA
9. Pamela Epleya, Jean Ann Summersb & Ann Turnbullb. Characteristics and Trends in Family-Centered Conceptualizations. pages 269-285. Journal of Family Social Work. Volume 13, Issue 3, 2010. Special Issue: Policy and Empirical Research for Family Support and Family Caregiving Across Disabilities.
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10522150903514017>
10. Polly Arango. Family-centered care. Academic Paediatrics. Volume 11, Issues 2, April 2011, pages 97-99.

11. Ślifirczyk A., Krajewska-Kułak E., Brayer A. The impact of the disease on functioning of a family with an autistic child
12. Ulanowsky, C. Family, the. Encyclopedia of applied ethics (second edition). Pages 272-284. Milton, UK.2011
13. Шапиро Б.Ю. Принципы, организация и содержание командной работы. supporter.ru/docs/1019751479/integrative1.do
14. К вопросу "о трансдисциплинарности" /Редактор: Мокий В.С.
2015. http://www.anoitt.ru/cabdir/about_td.php

VĂ MULȚUMESC PENTRU ATENȚIE !

