



Competitivi împreună

# Asistență Medico-socială Integrată

Ediția II  
2019



Producător: SC Indeco Soft SRL

Coordonatori: Adrian MOLDOVAN  
Bogdan ȘTEȚCU  
Sorin POP

ISSN 2602-0696

Ediția II - 2019



**fAMILIA**

**Asistență Medico-socială Integrată**





Conform abordării sistemice, familia este mai mult decât o sumă a membrilor ei componenți, înseamnă și interacțiunea dintre aceștia. Acestea se realizează după anumite reguli, au anumite funcții și au permanent tendința menținerii unui echilibru în interiorul acestuia. În cazul în care unul dintre membrii familiei suferă o schimbare, acesta are efect și asupra celorlalți membri ai familiei (Muller-Fabian, 2015).

Sistemele umane au trei caracteristici definitorii: sunt nonsumative, adică întregul reprezintă mai mult decât suma părților (Watzlawick, Jackson, & Beavin, 1967); părțile unui sistem se influențează reciproc, bidirecțional, astfel ca o modificare a uneia determină modificări și în celelalte (Pinsof, 1995); și limitele unui sistem uman sunt neclare, ambigue (Pinsof, 1995) (Gorell-Barnes, 2001).

Teoria familială sistemică consideră că familia este un sistem de autoreglare, care funcționează după reguli proprii. Are două funcții de bază: susținerea homeostazei (ne-schimbarea) și adaptarea la schimbările din jur (schimbarea) (Hermann, 1981). Ambele funcții au o importanță deosebită pentru supraviețuirea sistemului, doar împreună pot realiza acest lucru.

Sistemul familial se definește prin sistemul de reguli după care funcționează, prin caracteristicile

structurale precum și prin schemele de comunicare. Homeostaza asigură stabilitatea și continuitatea și este condusă de regulile și legile existente în familie.

Fiecare sistem uman dispune de o identitate proprie și de limite proprii și are o dezvoltare verticală (conține mai multe subsisteme) și o dezvoltare orizontală (este el însuși parte dintr-un sistem mai extins) (David, 2003).



Familia, ca sistem, este compusă din mai multe subsisteme, care se află în interacțiune reciprocă. Acestea de obicei diferă unele de altele și funcționează ca și componente ale sistemului. Chiar și un subsistem poate funcționa ca un sistem față de componentele sale. Nu există două subsisteme identice. Fiecare subsistem are propriile lui particularități. Subsistemele familiale sunt: subsistemul parental, subsistemul copiilor, subsistemul marital, subsistemul bunicilor, subsistemul fraților, subsistemul băiat-fată, subsistemul nepot-bunic, acesta din urmă se dezvoltă doar dacă au funcții comune (Muller-Fabian, 2015).

Familia, ca sistem este în interacțiune cu mediul înconjurător, existând o legătură bazată pe comunicare între aceștia. Familiile nu se contopesc cu mediul înconjurător, ci au granițe clare dar în același timp flexibile pentru a se putea acomoda la cerințele schimbătoare. Flexibilitatea granițelor definește dacă o familie este deschisă sau închisă. Familii în totalitate închise sau în totalitate deschise nu există.

În familiile închise legile familiale sunt mai severe, iar în cele deschise mai îngăduitoare.

În situații normale granițele se schimbă conform cerințelor ciclului vieții familiale. Granițele estompate (șterse) fortifică sentimentul de apartenență la aceeași familie, dar îngreunează dezvoltarea autonomiei individuale în cazul membrilor familiei.

În cazul granițelor rigide funcția protectivă a familiei este redusă, comunicarea este greoaie iar membri familiei sunt sortiți să se descurce singuri.

Atât granițele rigide cât și cele estompate/șterse semnaleză o situație patologică.

În familiile cu granițe șterse fiecare membru al familiei reacționează foarte repede cu o intensitate ieșită din comun la orice; ușile acestor familii sunt întotdeauna deschise, nu există intimitate. Fiecare știe ce gândește celălalt membru al familiei, iar acest lucru se manifestă în comunicare (când vorbesc în locul celui întrebă) (Hermann, 1981).

În familiile cu granițe rigide relațiile familiale sunt destinsse. De multe ori aceștia nu reacționează atunci când ar fi necesar. E nevoie de întâmplări „dramatice” pentru ca membrii acestor familii să reacționeze și funcția de ocrotire a familiei să se activeze. Astfel de întâmplări sunt de exemplu o tentativă de sinucidere, criză de astm, accident, etc. (Ibidem, 1981).

Cei mai mulți dintre noi am experimentat puterea sistemului familial de-a lungul vieții noastre. Indiferent de schimbările petrecute la nivel social, familia a fost și a rămas un „atelier” al dezvoltării personalității. Cei doi

părinți sunt „meșterii principali” al acestui atelier, iar aceștia sunt laici, lipsiți de experiență, neîncrezători, consideră că au o răspundere foarte mare (Satir, 1984). În opinia lui Satir problemele familiale își au originea în: stima de sine scăzută; comunicare indirectă, ambiguă, nesinceră; reguli stricte, despre care nu se pot negocia; relație anxioasă bazată pe supunere față de cei din mediul înconjurător (Muller-Fabian, 2015).

În concluzie, familia este un sistem aparte, cu o structură socială și relațională specifică; structură care este alcătuită dintr-o serie de situații comunitare, care sunt în legătură permanentă. Această serie de situații poate deveni subit sau treptat problematică.

De obicei când apare problema, membrii familiei se focalizează în jurul unei singure persoane și o denumesc cea problematică, susținând că doar cu această persoană este problemă.

Există familii relativ „fără probleme”, dar asta nu înseamnă că în aceste familii nu sunt probleme ci înseamnă că membrii familiei pot rezolva problemele apărute prin forțe proprii.

## Bibliografie

1. David, D. *Psihologia familiei*, suport de curs, a.n., pp.12, 2003
2. Gorell-Barnes, J., *Család, terápia, gondozás*, Ed. Animula, 2001
3. Hermann, E., Berlin, I., In. *Család és betegség*. Valóság, 1981/9.
4. Muller-Fabian, A., *A családokkal való szociális munka elméleti és gyakorlati vonatkozásai*, Ed. Echinox, Cluj-Napoca, 2015
5. Satir, V., *Satir step by step: A guide to creating change in families*, CA: Science and Behavior Books, Palo Alto

# ÎNGRIJIRILE PALIATIVE ÎN ROMÂNIA

Ana Cristina Baciu  
Andrea Muller-Fabian

Paliația, care se referă, în principal, la îngrijiri medicale pentru persoane cu probleme de sănătate grave, a cunoscut în ultimii 10-15 ani o dezvoltare importantă și în România.

Acest tip de servicii țintește, cu precădere, diminuarea simptomatologiei pacienților cu boli grave precum și reducerea distressului datorat bolii și cuprinde, pe lângă îngrijirile medicale, servicii de asistență socială, spirituală și psihologică pentru întreg sistemul client. Paliația are în vedere nevoile curente ale beneficiarului și nu prognosticul bolii și este adresată oricărui pacient, indiferent de vârstă sau natura bolii incurabile. Cu alte cuvinte, îngrijirile paliative sunt orientate spre calitatea vieții persoanei în cauză și se adresează în principal pacienților diagnosticați cu boli precum cancer, Alzheimer, Parkinson, probleme cardiace grave, scleroză, insuficiență renală cronică și nu numai.



Dacă ne referim la conceptul de calitate a vieții, acesta însumează elemente ce vizează satisfacția globală asupra vieții, incluzând: starea de sănătate fizică, familia, relațiile sociale, convingerile personale, statusul psihosocial, factorii de mediu și nivelul de independență.



Echipa pluridisciplinară din serviciile paliative desfășoară activități de suport medico-social, psihologic și spiritual în strânsă colaborare cu medicul curant, familia și, bineînțeles, beneficiarul serviciilor. Prin această abordare pluridisciplinară se încearcă ameliorarea unui spectru cât mai larg de simptome și probleme ce pot să apară în orice etapă a unei boli cronice, îngrijirile paliative referindu-se, mai degrabă, la bolile terminale.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) explică îngrijirea paliativă drept abordarea care îmbunătățește calitatea vieții atât a pacienților, cât și a familiilor acestora, pe perioada confruntării cu problemele asociate bolilor cronice incurabile, prin prevenția și ușurarea suferințelor, identificând timpuriu, evaluând și tratând durerea, precum și alte probleme de ordin fizic, psihosocial și spiritual.



Asociația Europeană pentru Îngrijiri Paliative (EAPC), Asociația Internațională pentru Îngrijiri Paliative (IAHPC), Alianța Internațională pentru Îngrijiri Paliative (WPCA) și Observatorul pentru Drepturile Omului (Human Rights Watch - HRW) în colaborare, pentru a promova ca drept al omului accesul la îngrijiri paliative, au elaborat *Carta de la Praga*.

În conținutul acestui document se subliniază faptul că, în ciuda eficienței dovedite, accesul la îngrijiri paliative este limitat sau inexistent în multe țări, în special în cazul celor care se află în curs de dezvoltare, ducând la o suferință nedorită pentru foarte mulți pacienți anual. Din acest motiv EAPC, IAHPC, WPCA și HRW fac un apel către guverne pentru a dezvolta politici de sănătate care să răspundă nevoilor pacienților cu boli terminale sau limitatoare de viață, pentru a asigura accesul la medicația esențială, inclusiv la cea cu regim special, tuturor celor care au nevoie de ea. Se solicită, de asemenea, guvernelor să garanteze că personalul din sistemul de sănătate va primi formarea profesională în îngrijiri paliative și controlul durerii în cadrul pregătirii de bază și post-bază și să asigure integrarea îngrijirilor paliative în sistemul de sănătate la toate nivelele.

Pentru România, reglementarea serviciilor paliative s-a făcut prin Ordinul Ministrului Sănătății Nr.253/2018 prin care s-a aprobat *Regulamentul de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative*. Conform acestuia, îngrijirile paliative presupun “un tip de îngrijire care combină intervenții și tratamente având ca scop îmbunătățirea calității vieții pacienților și familiilor acestora, pentru a face față problemelor asociate cu boala amenințătoare de viață, prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea corectă și tratamentul durerii și al altor probleme fizice, psiho-sociale și spirituale”. Același

document definește îngrijirile terminale ca fiind “îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirile acordate în apropierea decesului”. Regulamentul clarifică, de asemenea, termenul de hospice ca fiind unul utilizat pentru a descrie “unități spitalicești cu paturi, destinate exclusiv acordării de îngrijiri paliative pacienților cu boli cronice progresive, și care pot cuprinde în structura lor și alte servicii specializate de îngrijiri paliative (la domiciliu, în ambulator sau centre de zi)” arătându-se că în România conceptele de îngrijire de tip hospice și îngrijire paliativă sunt superpozabile.



În acest sens, s-au dezvoltat și la noi în țară o serie de servicii de îngrijire paliativă care se adresează pacienților cu boli terminale și nu numai, printre care amintim: Centrul de Îngrijiri Paliative “Sfântul Nectarie”, din Cluj-Napoca, deschis în 2013, Centrul Medical OncoHelp din Timișoara, care oferă îngrijiri paliative din aceeași perioadă ca și centrul deschis la Cluj, Polaris Medical, Suceagu, Cluj, Centrul de Îngrijiri Paliative “Sfânta Irina” din Voluntari, Ilfov ce activează din 2006. Centru “Hospice Casa Speranței”, înființat în 1992, este primul centru care a oferit îngrijiri de tip paliativ în România, funcționând în Brașov și București. Alte centre s-au deschis și dezvoltat în alte orașe din țară precum Argeș, Bacău, Constanța etc.



Sunt multe motive pentru care pacienții cu boli în stadii avansate beneficiază de o îngrijire inadecvată, dar majoritatea acestora sunt cauzate de deprinderea medicală având ca scop exclusiv vindecarea bolilor și prelungirea vieții și mai puțin îmbunătățirea calității vieții și ameliorarea suferinței.

Îngrijirea medicală are, sau ar trebui să vizeze, două scopuri: vindecarea bolii și prelungirea vieții, respectiv îngrijirea medicală care vizează ameliorarea calității vieții bolnavului. Aceasta din urmă este indicată numai în cazurile în care tratamentul de prelungire a vieții este inefficient și moartea este iminentă. Începutul secolului XX a fost dominat de actul terapeutic strict medical, neglijând realitatea crudă a bolilor incurabile și deznodământul fatal al acestora (Donca, 2008).

Îngrijirea paliativă, ca activitate medicală interdisciplinară, având drept scop îmbunătățirea calității vieții bolnavilor cu afecțiuni avansate, respectiv în faze terminale, ocupându-se concomitent și de îngrijirea familiilor acestora, presupune colaborarea dintre asistența socială, biserica și alte servicii. Ține legătura strânsă cu celelalte forme de asistență medicală curativă.

Scopul îngrijirii paliative fiind tratamentul durerii și a altor simptome asociate care înrăutățesc calitatea vieții bolnavului, aceasta poate avea durată prelungită, prin urmare necesită stabilirea unui plan privind comunicarea veștilor nefavorabile familiei, respectiv stabilirea deciziilor privitoare la abținerea de la sau chiar întreruperea tratamentului medical.

Îngrijirea paliativă interesează toate specialitățile medicale, indiferent de etiologia bolilor care au dus la limitarea supraviețuirii, respectiv la degradarea severă a calității vieții.

În mod obișnuit, însă, îngrijirile paliative sunt asociate de îmbolnăvirile canceroase localizate la diferite organe. Așa cum am subliniat anterior, sunt tot mai frecvente cazurile de insuficiență de organ, care degradează calitatea vieții necesitând îngrijire paliativă, ex.- insuficiențele respiratorii cronice severe, insuficiențele cardiace, respectiv bolile nervos-centrale, cum ar fi – demența, boala Parkinson, boala Alzheimer, dar și unele afecțiuni infecțioase cu evoluție trenantă cu prognostic nefast – SIDA, tuberculoza multidrog-rezistentă, etc.

Îngrijirea paliativă are trei caracteristici principale: activă, totală și holistică (*Ibidem*, 2008). Componenta activă are drept scop prevenția, identificarea și ameliorarea simptomelor care dăunează grav calității vieții bolnavului. Cea totală se referă la abordarea bolnavului din cât mai multe perspective posibile pentru a-i asigura ameliorarea calității vieții. Astfel, în acest context, participă mai multe specialități medicale, se oferă asistență psihologică, asistență socială, susținere spirituală, etc. Componenta holistică presupune faptul că vizează pacientul ca un întreg fizic-psihic-social lărgind la maxim elaborarea planului de îngrijire.

Simptomul dominant care agravează calitatea vieții bolnavului este durerea (Asociația Internațională pentru Studiul Durerii – AGS Panel, 2002). Combaterea durerii este rezolvată în mare parte prin analgezice opiacee, care vizează durerea fizică. Durerea are și o foarte importantă componentă psihică, care în schimb este puțin influențată în acest fel. Cu toate acestea, considerăm că se poate rezolva cu rezultate mulțumitoare în cadrul tratamentului paliativ, care presupune pe lângă medicație și alte forme de abordare ale bolnavului.

În stările avansate ale bolilor incurabile calitatea vieții bolnavilor este agravată de o serie de manifestări non-dureroase, care necesită îngrijire paliativă (Brown & Von Roenn, 2004). Dispneea care însoțește insuficiența respiratorie agravează starea bolnavilor și necesită tratament substitutiv cu oxigen, care nu totdeauna este eficient. Oboseala excesivă caracterizează bolnavii cardiaci, agravând semnificativ calitatea vieții lor. Anorexia este, de regulă, prezentă la bolnavii cu cancer localizat la diverse organe, ameliorarea acesteia fiind greu de realizat. Cele mai frecvente acuze sunt de natură neuro-psihică, manifestându-se prin tulburări de motilitate, tulburări sfincteriene, depresie și delir.

Calitatea vieții vârstnicului este agravată de patologia pluriorganică. Vârstnicii au nevoie cel mai frecvent de medicație paliativă. În prezent asistăm la o îmbătrânire a populației, ceea ce duce la creșterea cazurilor care necesită îngrijire paliativă. Peste 70% din decese se înregistrează la persoanele peste 65 ani (CNPV, 2014).

Se impune, așadar, un program adecvat de îngrijire al vârstnicului asigurându-i un mod de abordare adecvată a sfârșitului vieții, adică îngrijirea terminală. Din acest motiv geriatria – (abordează patologia vârstnicului) prezintă puncte comune cu îngrijirea paliativă. Pe lângă abordarea medicală, socială, ambele specialități necesită suportul familiei.





Privind stadiul în care se află medicina paliativă putem afirma că s-au făcut progrese mari, mai ales în ultima perioadă. Subliniem importanța colaborării multidisciplinare medicale, cu asistența socială, și, nu în ultimul rând, susținerea familiei pentru asigurarea unei calități perioadei terminale a vieții.

## Bibliografie

AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. *The management of persistent pain in older persons*. American Geriatrics Society. J Am Geriatr Soc 2002; 50:S205–S224

Brown, J.A., Von Roenn, J.H. (2004) *Symptom management in the older adult*. Clin Geriatr Med

Donca, V. (2008) *Gerontologie și geriatrie*, Casa cărții de știință

\*\*\* Ordinul Ministrului Sănătății Nr.253/2018. *Regulamentul de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative*

\*\*\* [www.anip.ro/media/2013/08/Carta\\_de\\_la\\_Praga](http://www.anip.ro/media/2013/08/Carta_de_la_Praga)

\*\*\* [www.ms.ro/wp-content/uploads/2019/01/Palliative-Care-Needs-Assessment-RO.pdf](http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2019/01/Palliative-Care-Needs-Assessment-RO.pdf)

\*\*\* [www.cnpv.ro/pdf/analize2014/studiu\\_calitatea\\_vietii\\_2014.pdf](http://www.cnpv.ro/pdf/analize2014/studiu_calitatea_vietii_2014.pdf)

# Nevoia de supervizare în asistența socială

Baciu Ana Cristina

Asistența socială, ca și profesie, presupune un bagaj din ce în ce mai complex de cunoștințe și abilități, adresându-se unei game tot mai variate de beneficiari, vizând o mare diversitate de probleme sociale.

Nu o dată asociată cu efortul unei curse de tip decatlon, intervenția de tip asistență socială implică stăpânirea cunoștințelor și deprinderilor specifice dar și un grad de uzură emoțională destul de ridicat ce poate atinge, în timp, nivele ce duc la burnout dacă nu sunt gestionate corect și la momentul oportun.

Chris Lloyd, Robert King & Lesley Chenoweth (2002), printre alți autori, sugerează că factorii ce contribuie la un nivel ridicat de stres în cazul profesioniștilor din asistența socială ar fi neconcordanța dintre filosofia muncii de asistent social, valorile acestora și realitatea, limitările din practică precum și mediul în care se desfășoară, mai degrabă, intervenția celor din front-line (ex. zone periferice de locuire precară). În acest context, supervizarea individuală sau de grup ar putea juca un rol de protecție împotriva suprasolicității.

## *Definirea stresului și a burnout-ului*

De-a lungul timpului au fost conturate diverse teorii în definirea stresului, pornind de la Claude Bernard care în 1860 vorbea despre importanța menținerii constante a unor parametri fiziologici, la Walter Cannon care a introdus conceptul de homeostazie și până la Hans Selye ori Holmes și Rahe care vorbesc despre reacții ale organismului la stimuli externi. Cea mai modernă teorie o reprezintă modelul tranzacțional al stresului dezvoltat de Lazarus și Folkman în anii 80. Aceștia considerau stresul ca fiind ”o reacție particulară între persoană și mediu, în care persoana evaluează mediul ca impunând solicitări ce exced resursele proprii și amenință starea sa de bine, evaluare care determină declanșarea unor procese de ajustare, respectiv răspunsuri cognitive, afective și comportamentale la feed-backurile primite” (Lazarus, Folkman, 1984, p.19).



Pornind de la modelul mai sus amintit, Băban, Derevenco și Anghel (1992), au dat o definiție, în volumul *Stresul în sănătate și boală*, care, așa cum înșiși autorii apreciază, reprezintă o abordare integrativă cognitivă a acestuia, respectiv autorii consideră că stresul rezidă în “interacțiunea dintre persoana umană și situația stresantă, potrivit schemei:  $R = f(S = P)$ ”. Cu alte cuvinte, stresul se instalează datorită discrepanței percepute subiectiv între solicitări și autoevaluarea capacităților proprii.

Lazarus și Folkman (1984) consideră că există patru caracteristici ale evenimentelor obișnuite de viață care pot duce la perceperea acestora ca generatoare de stres, și anume: nivelul de controlabilitate, gradul de predictibilitate, măsura în care produc schimbări majore în condițiile de trai, precum și faptul că sunt generatoare de conflicte interne.

Așadar, pentru asistentul social este important, în acest context, felul în care acesta percepe situația de muncă, gradul în care aceasta i se pare controlabilă sau predictibilă, dacă ea reprezintă o provocare pentru capacitățile sale etc. tent social pe care o au alți specialiști și publicul larg.

Gradul în care putem controla o situație concretă de viață/muncă influențează maniera de percepere a acesteia

ca fiind sau nu stresantă. Cu cât situația pare mai puțin controlabilă cu atât este mai probabil ca aceasta să fie percepută ca fiind generatoare de stres. (de ex. reacțiile beneficiarilor, sistarea unor fonduri etc.). Asistenții sociali au un control redus sau nu controlează deloc deciziile referitoare la cazurile care le sunt alocate, durata intervenției etc. O altă situație ce iese, în parte, de sub controlul asistentului social este randamentul efectiv al intervenției asupra beneficiarului, precum și demonstrarea acestuia.

Nu arareori asistenții sociali s-au confruntat cu părerea, neîndreptățită, a altor specialiști conform căreia munca pe care o desfășoară aceștia este una ce nu necesită cunoștințe sau abilități complexe, că e nevoie doar să acționezi responsabil și de bun simț, că acțiunile ”corecte” sunt, practic, la simțul comun, că e suficient să fii o persoană ”amabilă și plină de solitudine”. Diminuarea importanței muncii desfășurate, nerecunoașterea competențelor, poate fi un alt motiv de stres profesional. Smith & Nursten (1998) considerau ca sursă, deloc neglijabilă, de stres profesional imaginea deformată despre profesia de asistent social pe care o au alți specialiști și publicul larg.

Gradul în care putem cunoaște dacă și când va avea loc un eveniment/situație de muncă problematică influențează, de asemenea, felul în care percepem evenimentul. Chiar dacă nu putem controla un eveniment dar cunoaștem dinainte că acesta urmează să apară reduce, în general, nivelul de stres.



O explicație ar fi aceea că persoana care cunoaște iminența apariției unei situații neplăcute se poate pregăti pentru aceasta sau se poate relaxa până la apariția ei. Smith și colab., pentru ilustrarea acestui aspect, au utilizat exemplul subalternului mereu criticat de șef în fața colegilor. Într-unul din cazuri angajatul cunoaște că șeful e plecat pentru o perioadă din localitate iar în celălalt caz șeful nu pleacă niciodată de la locul de muncă și critică mereu și în momente imprevizibile angajatul. În cea de-a doua situație angajatul poate experimenta un stres cronic (Smith și colab., 2005). Schimbările majore în condițiile de viață au fost studiate sistematic de către Holmes și Rahe care au concluzionat că orice modificare a circumstanțelor de trai care aduce după sine numeroase schimbări poate fi generatoare de stres.

O altă cauză a stresului poate fi aceea a existenței unor conflicte interne generate de faptul că persoana este pusă în situația de a alege între atingerea a două obiective care se anulează reciproc, sunt incompatibile unul cu celălalt (ex. să finalizeze la timp toate evaluările de caz sau să analizeze detaliat fiecare situație și să acorde timpul realmente necesar acestora).

Când situațiile generatoare de stres persistă, stresul devine cronic, resursele interne de coping se epuizează și pot apărea situațiile de burnout, periculoase pentru sănătatea fizică și mentală a persoanei. Stresul prelungit este adesea asociat cu anxietatea cronică și cu o mare varietate de alte probleme emoționale, precum și cu bolile psihosomatice. Jones et al. (1991) au desfășurat un studiu care a scos în evidență că 55% dintre asistenții sociali participanți la cercetare au suferit de anxietate și că aceasta creștea odată cu creșterea solicitărilor profesionale percepute. Burnout-ul reprezintă o formă particulară a stresului cronic ce poate afecta serios eficiența în muncă a asistentului social precum și sănătatea acestuia (Collings & Murray, 1996).

Sindromul burnout implică dimensiuni ce vizează epuizarea emoțională, depersonalizarea, diminuarea sentimentului de împlinire personală și/sau profesională (Maslach et al., 1997, p.192). Cea mai frecventă și profundă manifestare, însă, este aceea a unei epuizări emoționale accentuate.

În ceea ce privește cea de-a doua dimensiune, numită de Maslach et al. (1997) depersonalizare, care înseamnă în fapt o distanțare excesivă față de probleme, respectiv ceea ce numim în limbaj comun ”imunizare la problemele celorlalți”, presupune o reacție a asistentului social la stresul prelungit manifestată prin dezvoltarea unor trăiri și atitudini negative, chiar cinice la adresa unor beneficiari (ex. credințe de tipul ”oricum se complac în situație, nu merită efortul”).

Cea de-a treia dimensiune presupune o persistentă stare de nemulțumire personală față de realizările din plan profesional care demotivează asistentul social să investească mai multe resurse, în viitor, în tot ceea ce înseamnă activitate profesională.

În acest context se pune întrebarea: cine sunt asistenții sociali și dacă valorile lor personale și profesionale îi apără de burnout? Valorile profesiei încurajează empatia, sensibilitatea față de problemele celorlalți putând face asistentul social vulnerabil emoțional. Pines & Kafry (1978) considerau că profesioniștii din acest domeniu sunt, mai degrabă, un grup omogen din punct de vedere emoțional, respectiv fac parte dintre cei ce rezonează la problemele celorlalți și aceasta îi face vulnerabili la stresul indus de muncă.

Rushton (2000) sugerează că, deoarece asistentul social este învățat să nu judece persoanele/beneficiarii și nu întotdeauna cazurile se rezolvă cu succes net vizibil, este evident că acesta nu va pune dificultățile întâmpinate sau chiar insuccesele acțiunilor sale pe seama atitudinii beneficiarilor, a personalității lor. Aceasta poate însemna că profesionistul tinde să atribuie cauzele eșecului instituției ori agenției în care lucrează datorită resurselor precare puse la dispoziție, de exemplu, sau sie însuși. În cea de-a doua situație, evident, sindromul de burnout se poate instala mult mai ușor.



## *Supervizarea în practica asistenței sociale*

Având în vedere factorii de stres profesional luați în discuție și pornind de la premisa că au fost trecuți în revistă doar o parte dintre cei specifici profesiei, ne dăm seama că este imperios necesar să existe și să funcționeze eficient și factori de protecție împotriva burnout-ului. Dintre cei mai eficienți, adesea amintiți în studiile desfășurate de-a lungul anilor, este supervizarea și intervizarea, cu accent pe aspectele emoționale ale supervizării.

Supervizarea este o parte importantă a procesului de reflectare asupra muncii desfășurate și un element esențial în activitatea asistentului social. Munsen (2002) sublinia importanța, în asistența socială, a unui supervisor pregătit adecvat care să fie capabil să asculte și să ofere feed-back, respectiv oportunitatea unei analize critice asupra cunoștințelor și abilităților pe care le posedă persoana supervizată la acel moment, referitoare la munca desfășurată, deciziile luate, emoțiile trăite, pentru a preîntâmpina instalarea stresului cronic. Hughes J. M. (2010), făcând o trecere în revistă a literaturii de specialitate, consideră supervizarea ca fiind o relație interpersonală în care o parte a procesului (supervisorul) întâlnește cealaltă parte (supervizatul) într-un efort de a face munca celui de-al doilea mai eficientă. Această interacțiune nu este un proces liniar, ci unul complex ce are menirea de a asigura supervizatului eficacitatea muncii desfășurate, de a-i oferi posibilitatea demonstrării acesteia în fața angajatorului și, în general, oportunitatea de constantă dezvoltare profesională (Morrison, 2003, p.30). În aceeași direcție se îndreaptă și definiția dată de Kadushin, acesta considerând supervizarea ca fiind o examinare critică a ideilor și practicii, chiar o introspecție a propriei personalități (Kadushin, 2003, p.123).

La nivel de cunoaștere nesistematică despre practica asigurării supervizării în instituțiile guvernamentale din România, considerăm că acoperă mai degrabă laturile administrativă și educațională și mai puțin, sau chiar deloc, latura/funcția emoțională a acesteia. Supervizarea se realizează de către superiorii asistenților sociali și constă în urmărirea/monitorizarea cazurilor, adesea fără a pune în discuție eventualul disconfort emoțional pe care îl poate resimți responsabilul de caz.



În UK, studiile arată că funcția emoțională a supervizării și intervizării joacă un important rol de soluție tampon împotriva suprasolicitării emoționale, respectiv a burnout-ului (Collings & Murray, 1996), respectiv că utilizarea supervizării și intervizării corelează cu rate scăzute ale apariției și manifestării problemelor emoționale, de sănătate mintală în general, și ale burnout-ului. Mai mult decât atât, Koeske & Koeske (1989), au demonstrat că supraîncărcarea de rol nu corelează direct cu nivelul de stres ocupațional perceput de când este însoțit și de perceperea unui nivel scăzut de suport emoțional din partea superiorilor și colegilor.



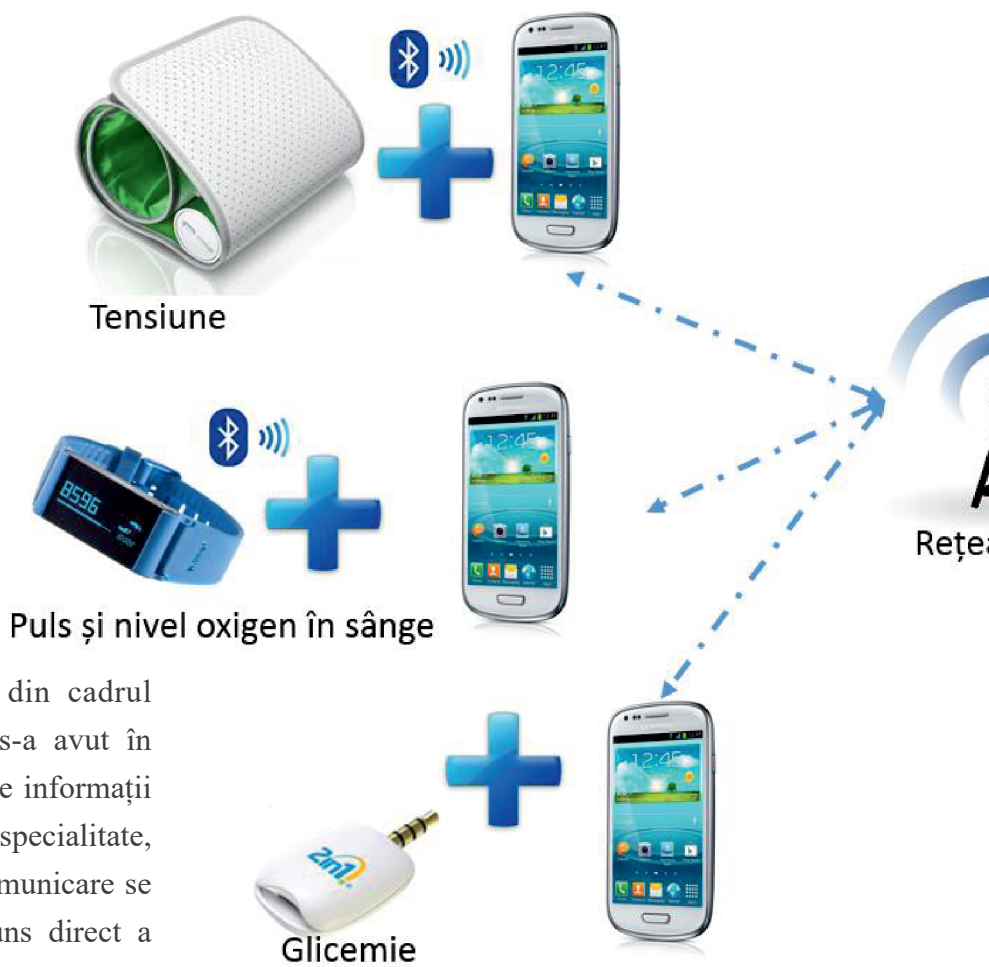
Așadar, se poate construi o serie consistentă de argumente ce pledează în favoarea considerării supervizării sistematice, realizate constant de către specialiști pregătiți în acest sens, a profesioniștilor în asistența socială ca fiind benefică atât pentru supervizat, cât și pentru angajator și, nu în ultimul rând, pentru beneficiarii în folosul cărora acționează serviciile de asistență socială.

#### Bibliografie

- Băban, Derevenco și Anghel (1992). Stresul între sănătate și boală. De la practică la teorie, Ed. Dacia, Cluj
- Collings, J. & Murray, P. (1996). Predictors of stress amongst social workers: An empirical study. *British Journal of Social Work*, 26, pp. 375–387
- Hughes J. M. (2010). The Role of Supervision in Social Work: A critical analysis, în *Critical Social Thinking: Policy and Practice*, Vol. 2, 2010, pp.59-72
- Jones, M. (1993). Role conflict: Cause of burnout or energiser? în *Social Work*, 38, pp. 136–141
- Kadushin, A. & Harkins, D. (2003) 4th Edition. *Supervision in Social Work*. New York: Columbia University Press..
- Koeske, G. & Koeske, R. (1989). Workload and burn-out: Can social support and perceived accomplishment help? în *Social Work*, May, pp.243–248.
- Lazarus, Folkman, 1984. *Stress, appraisal, and coping*, Ed. Springer, New York
- Lloyd, Ch., King, R. & Chenoweth, L. (2002), Social work, stress and burnout: A Review, în *Journal of Mental Health*, 11(3), pp. 255-265
- Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1997). *Maslach Burnout Inventory Manual*. The Scarecrow Press, Inc. Lanham, Md., & London
- [https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty\\_staff\\_docs/EvaluatingStress.pdf](https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty_staff_docs/EvaluatingStress.pdf), descărcat la 10.09.2019
- Morrison, T. (2003) *Staff Supervision in Social Care*. Ashford Press: Southhampton.
- Munsen, CE. (2002) 3rd Edition. *Handbook of Clinical Supervision*. NY: Howarth Social Work Practice Press.
- Rushton, A. (2000). Stress amongst social workers. în R. Payne & J. Firth-Cozens (Eds.), *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions* (pp. 167–188). New York: John Wiley & Sons
- Smith, M. & Nursten, J. (1998). Social workers' experience of distress – moving towards change? în *British Journal of Social Work*, 28, pp. 351–368.

# *Implementarea conceptului eHealth în cadrul sistemelor informatice care gestionează activitatea de asistență socială*

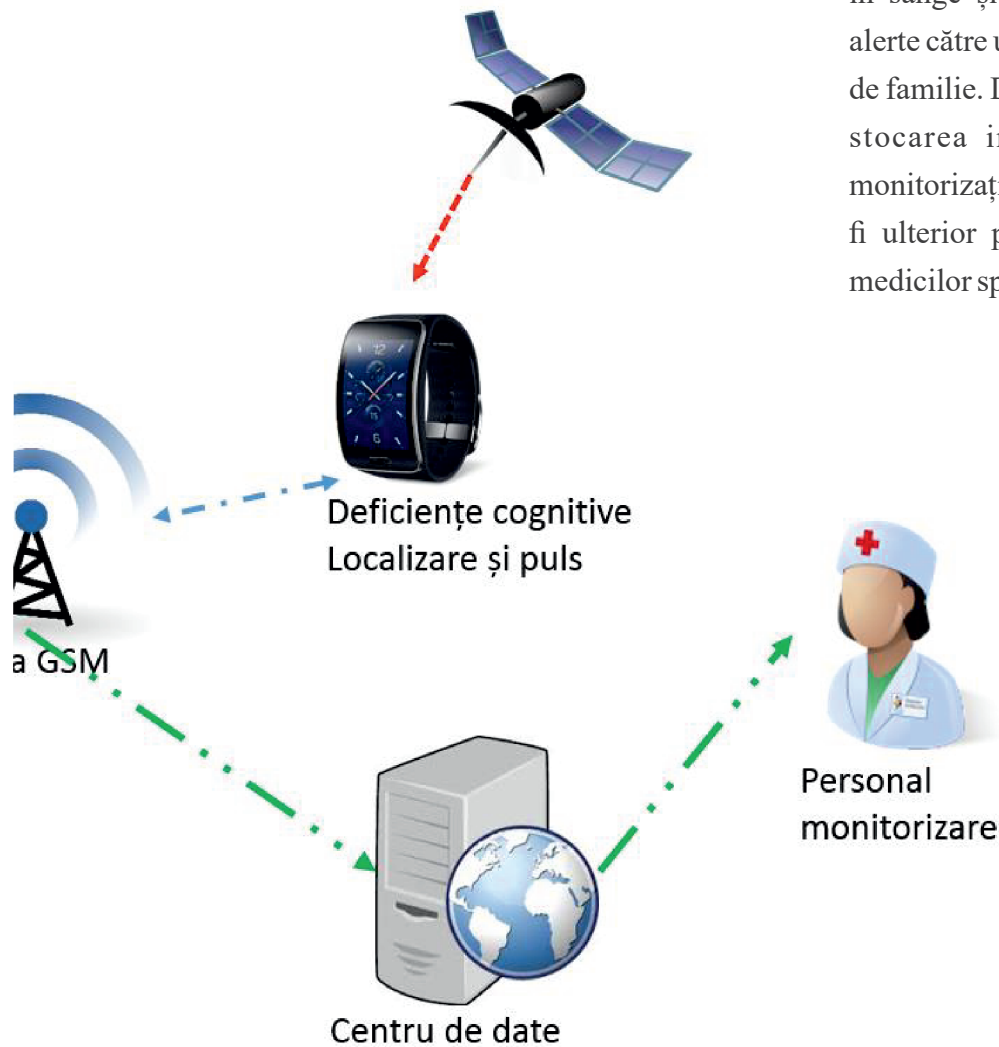
Sebastian Zoicaș, Indeco Soft



În dezvoltarea modulelor de eSănătate din cadrul sistemului informatic *ASISOC fAMILIA* s-a avut în vedere în principal realizarea schimbului de informații între părțile implicate (pacient-persoană de specialitate, medic-membrii de familie etc). Această comunicare se va realiza atât fără furnizarea unui răspuns direct a partenerului de comunicare, cât și prin interacțiune, prin transmiterea unei reacții directe și imediate (monitorizarea la domiciliu).

Pentru sprijinirea persoanelor cu dizabilități și încurajarea implicării persoanelor vârstnice, în cadrul aplicației s-au dezvoltat module pentru monitorizarea la distanță a acestora și furnizarea de servicii suport (buton de panică, alerte de geofencing, jocuri cognitive). Sistemul se adresează în principal persoanelor cu deficiențe cognitive minore și deficiențe cardiace, dar poate fi utilizat și pentru alte categorii vulnerabile.

Monitorizarea în timp real a pulsului, nivelului de oxigen în sânge și locației persoanei permite transmiterea de alerte către un centru de monitorizare și/sau către membrii de familie. De asemenea, sistemul permite transmiterea și stocarea informațiilor privind parametrii vitali monitorizați: tensiune arterială, glicemie, acestea putând fi ulterior puse la dispoziția medicilor de familie sau medicilor specialiști.




În cadrul sistemului ASISOC fAMILIA, pacienții înregistrați se vor regăsi într-un Registru electronic al pacienților.

Stare	Imei	Nr. dispozitiv	Nume	Prenume	Telefon	Adresa	Editare	Istoric	Dosar	Medicatie
-Toti-			nume178282	prenume178282		jud. MARAMURES , loc. BAI A MARE , str. CARIEREI , nr. 10				
			nume174615	prenume174615		jud. MARAMURES , loc. BAI A MARE , str. LUMINISULUI , nr. 131 , bl. 131 , ap. 10				
			nume201085	prenume201085		jud. MARAMURES , loc. BAI A MARE , str. LUMINISULUI , nr. 131 , bl. 131 , ap. 11				
			nume49099	prenume49099		jud. MARAMURES , loc. BAI A MARE , str. CULTURII , nr. 1 , bl. 3 , ap. 52				
			nume6460	prenume6460	0731700	jud. MARAMURES , loc. BAI A MARE , str. OITUZ , nr. 1 , bl. 1 , ap. 11				
			nume76769	prenume76769		jud. MARAMURES , loc. BAI A MARE , str. CRAICA , nr. 15				

Fiecare pacient va fi înregistrat în sistem cu datele personale (nume, prenume, adresa, telefon ș.a.), detalii despre afecțiunile acestuia, informații despre dispozitivele de măsurare asociate cu stabilirea parametrilor vitali monitorizați și a pragurilor minime și maxime pentru transmiterea alertelor, în cazul depășirii acestora.

Rezultatul înregistrării parametrilor monitorizați va fi disponibil sub forma unui *Dosar medical* electronic al fiecărui pacient, cu posibilitatea filtrării perioadei de monitorizare. Vor fi afișate înregistrările individuale pentru puls, pași, somn, tensiune arterială, glicemie, precum și valorile medii ale fiecărui parametru pe perioada monitorizată. De asemenea se vor afișa informații despre medicația prescrisă: planificată și/sau administrată pentru fiecare dintre afecțiunile înregistrate.


**Actualizare date pacient**



Pacient:   Afișare localie

Data luare in evidenta:


Data iesire din evidenta:


Persoana de contact:  Nume si prenume  
 Telefon persoana contact

**Detalii boli** 

Boli:  Denumire +  

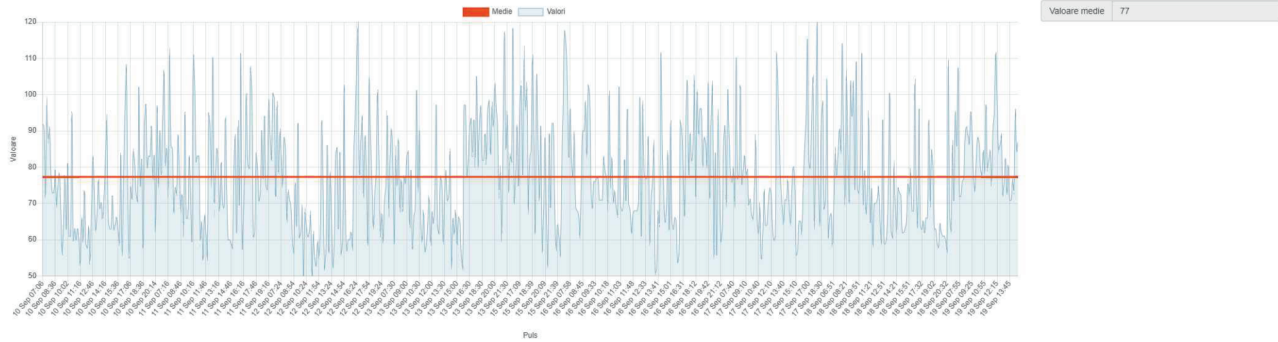
Observatii sanatare:

**Detalii vizite** 

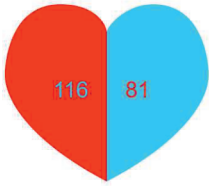
**Detalii locatie** 

Salveaza Înapoi

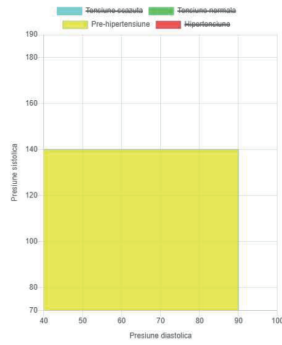
Puls



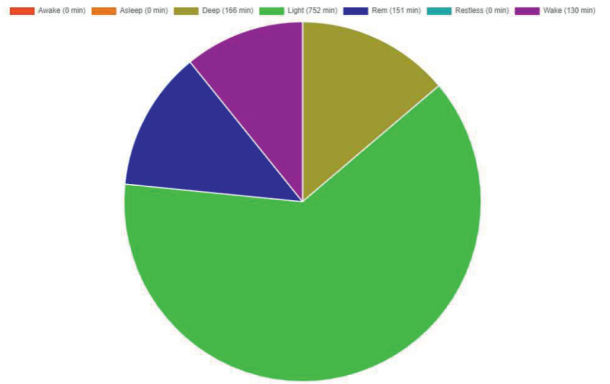
Sistolic/Diastolic



Grafic Tensiuni



Grafic Somn



\*Valori medii pe perioada selectata

Pe stomacul gol



Valoare medie inregistrata 102



2 ore dupa masa



Medicatie

Nr. crt	Boala	Medicament	Planificare	Administrare
1	Raceala	Parasinus	10.09.2019 00:00:00	18.09.2019 06:32:13
2	Raceala	Parasinus	10.09.2019 08:00:00	18.09.2019 06:32:21
3	Raceala	Parasinus	10.09.2019 16:00:00	18.09.2019 06:32:15
4	Raceala	Parasinus	11.09.2019 00:00:00	18.09.2019 06:32:19
5	Raceala	Parasinus	11.09.2019 08:00:00	
6	Raceala	Parasinus	11.09.2019 16:00:00	18.09.2019 06:32:54
7	Raceala	Parasinus	12.09.2019 00:00:00	
8	Raceala	Parasinus	12.09.2019 08:00:00	
9	Raceala	Parasinus	12.09.2019 16:00:00	14.10.2019 18:16:23
10	Raceala	Aspirina	16.09.2019 00:00:00	16.09.2019 13:57:07
11	Raceala	Aspirina	16.09.2019 08:00:00	
12	Raceala	Aspirina	16.09.2019 16:00:00	16.09.2019 16:06:40
13	Raceala	Aspirina	17.09.2019 00:00:00	14.10.2019 18:16:20
14	Raceala	Aspirina	17.09.2019 08:00:00	17.09.2019 08:00:21
15	Raceala	Aspirina	17.09.2019 16:00:00	17.09.2019 16:00:10
16	Raceala	Aspirina	18.09.2019 00:00:00	18.09.2019 09:12:28
17	Raceala	Aspirina	18.09.2019 08:00:00	18.09.2019 09:12:04
18	Raceala	Aspirina	18.09.2019 16:00:00	18.09.2019 16:00:14
19	Raceala	Paracetamol	19.09.2019 00:00:00	14.10.2019 18:16:21
20	Raceala	Paracetamol	19.09.2019 08:00:00	
21	Raceala	Paracetamol	19.09.2019 16:00:00	
22	Raceala	Paracetamol	20.09.2019 00:00:00	
23	Raceala	Paracetamol	20.09.2019 08:00:00	
24	Raceala	Paracetamol	20.09.2019 16:00:00	

# Inovare socială

## „SOCIAL IMPACT BONDS”

Sorin Pop, Carmen Ghișe, Moldovan Flaviu  
Indeco Soft

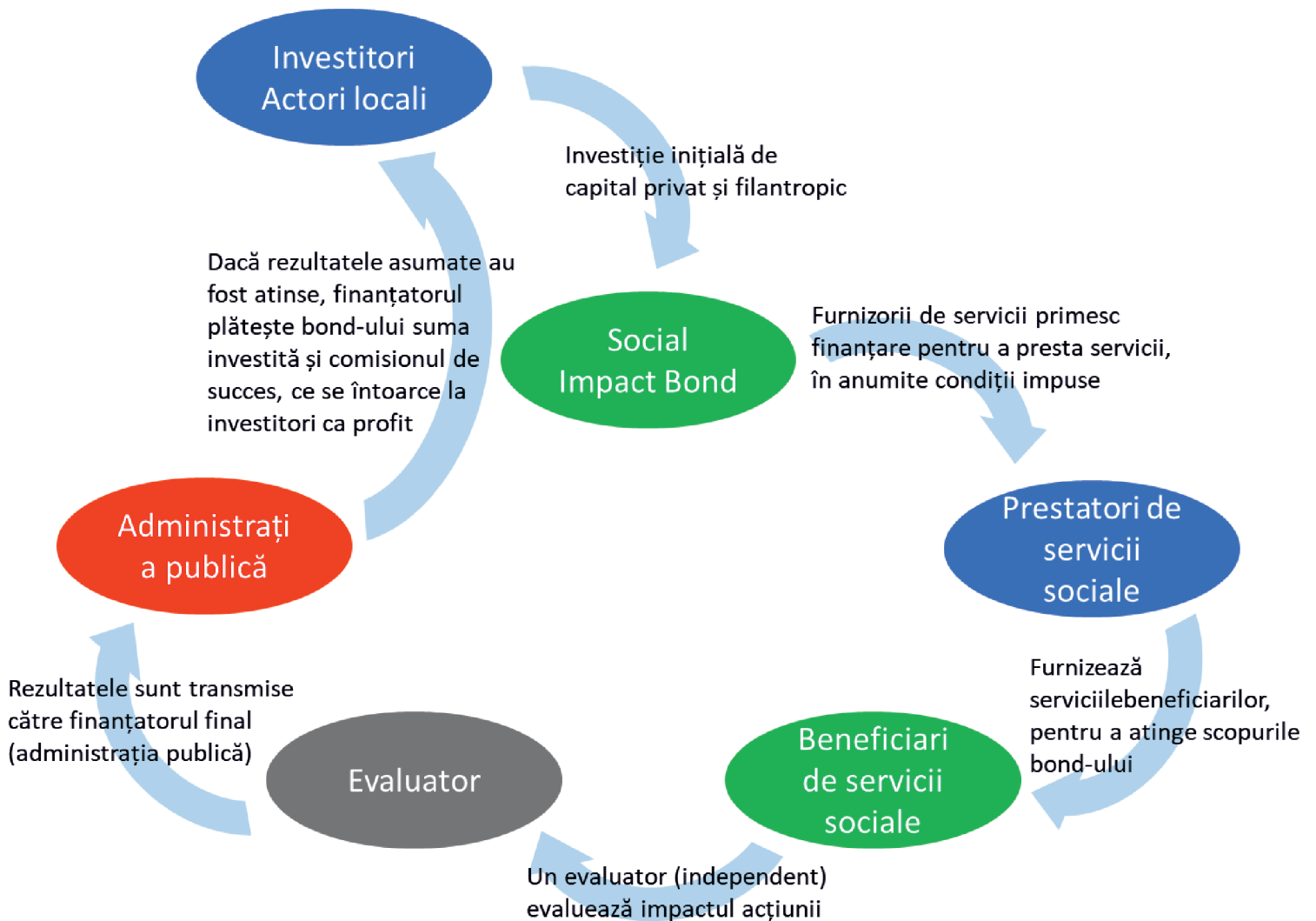
Să ne imaginăm o lume în care antreprenorii de succes investesc în comunitatea locală din care fac parte, contribuie la soluționarea problemelor sociale, la combaterea sărăciei, sprijină educația și reeducarea, contribuie la protecția socială la reducerea sărăciei, a recidivelor judiciare sau îmbunătățirea stării generale de bine și a calității vieții în orașele moderne. Orașul, ca arenă de evenimente, este locul unde aceste lucruri încep să fie posibile. Însă antreprenorii și investitorii sunt persoane centrate pe profit, care urmăresc adesea eficiența, reducerea costurilor, maximizarea sau obținerea de venituri suplimentare. Liantul între investitori și soluționarea problemelor sociale presupune crearea unui interes (în general economic sau intrinsec) pentru aceștia, astfel încât să vadă soluționarea problemelor sociale ca pe o investiție, cu șanse de succes sau eșec, cu posibilitatea de a obține profit. Există un model prin care viziunea antreprenorială poate fi adusă în zona serviciilor sociale, prin care abordările antreprenoriale pot obține rezultate îmbunătățite, atât din punct de vedere social cât și de finanțare, prin reducerea riscurilor, optimizarea acțiunilor și eficientizarea costurilor. Acest model poartă denumirea „Social Impact Bonds” (SIB).

Social Impact Bonds sau finanțările bazate pe succes sunt o formă de contractare a serviciilor (în principal sociale) care vizează îmbunătățirea și eficientizarea modului de prestare a acestor servicii.

Scopul este acela de a oferi o abordare antreprenorială acțiunilor sociale, precum și de reducere a riscurilor și costurilor aferente serviciilor sociale.

Contractele bazate pe modelul Social Impact Bonds presupun (eventual) o plată ce acoperă parțial costurile serviciilor sociale, urmată de un tarif de succes, în cazul în care indicatorii de succes stabiliți prin contract sunt atinși. Totodată eforturile de cashflow sunt preluate de către sectorul privat, care poate obține profit prin eficientizarea modului de prestare al serviciilor sociale.

Modul de funcționare al SIB este descris în diagrama următoare:





Practic, investitorii, prin intermediul unui facilitator, au posibilitatea de a finanța activități sau servicii sociale care, datorită unei abordări antreprenoriale să fie eficientizate din punct de vedere al costurilor, creând practic o reducere a costului total pentru finanțatorul principal (administrația publică) și asigurând o marjă de profit pentru investitor.

Primele astfel de inițiative au apărut în Regatul Unit și Australia, urmate de SUA. Prima inițiativă de tipul bond de impact social a fost anunțată în Marea Britanie la 18 martie 2010 de către secretarul de justiție Jack Straw, pentru a finanța un program de reabilitare a prizonierilor. În Marea Britanie, Consiliul Primului Ministru pentru Acțiune Socială (un grup de „inovatori din fiecare sector” s-a reunit pentru a „genera idei și inițiative prin care Guvernul și alte părți interesate cheie pot cataliza, celebra și dezvolta acțiunea socială”) a decis în 2007 să exploreze modele alternative de finanțare a acțiunilor sociale. Grupul a început să dezvolte ideea unui bond de impact social, activitate derulată de numeroase organizații, inclusiv Finanțele Sociale, o organizație angajată să crească investițiile în sectorul al treilea, Fundația Tânără, Centrul de Impact Social din Australia și alte ONG-uri și firme private. În Marea Britanie, Laboratorul de Rezultate al guvernului a fost înființat printr-un parteneriat între guvernul Regatului Unit și Universitatea din Oxford pentru a investiga dovezi în legătură cu utilizarea obligațiunilor de impact social și a abordărilor contractuale bazate pe rezultate mai larg.

Principalele beneficii ale bond-urilor de Impact Social sunt acelea de a încuraja inovarea în gestionarea unor probleme sociale dificile, crearea de programe sociale inovatoare de potențial succes și de a asigura cashflow și sustenabilitate în contextul în care rezultatele pot fi dificil de anticipat și evaluat. Această formă de finanțare permite administrației să se asocieze cu parteneri creatori de inovare și furnizori de servicii eficienți, susținute de organizații filantropice sau non-profit care asigură cofinanțarea și preiau (parțial) riscurile. Toate acestea într-un context în care fondurile publice sunt utilizate exclusiv în situația în care rezultatele asumate sunt atinse.

Efectele inițiale ale acestui tip de măsuri au fost, în general:

- Proactivitate și prevenție (investitorii caută să reducă riscurile și preferă să cheltuiască sume mici pentru prevenție decât sume mari pentru reparații)
- Reducerea riscurilor pentru sistemul public (sectorul public plătește doar serviciile care își îndeplinesc ținta)
- Inovarea în servicii sociale (viziunea antreprenorială și investițională generează o nevoie de eficientizare a serviciilor publice și, pe cale de consecință generează inovare pentru a soluționa problemele mai rapid, mai eficient și mai ieftin, păstrând calitatea serviciului)
- Managementul performanței (plata presupune o evaluare calitativă și cantitativă a serviciilor prestate)
- Cooperarea la nivelul comunităților (îmbunătățirea cooperării între actori locali pentru soluționarea eficientă a problemelor comunității în contextul descris în secțiunile anterioare).

SIB  
(Social Impact Bonds) au  
premisele de a defini noi standarde în  
economia socială și economia serviciilor sociale,  
având potențialul de a revoluționa modul în care acestea  
sunt prestate către beneficiari. Reprezintă un răspuns  
antreprenorial / investițional la provocările moderne ale  
sistemelor sociale, ce presupune reducerea riscurilor, diminuarea  
costurilor și eficientizarea serviciilor, facilitând totodată cooperarea  
între administrația locală, investitori, mediul de afaceri, organizații  
non-guvernamentale și beneficiarii de servicii.

Principala diferență între abordarea SIB și abordarea tradițională  
a soluționării problemelor sociale o reprezintă evaluarea  
eficienței și rezultatelor, respectiv plata de către autorități  
a serviciilor sociale exclusiv în cazul în care  
acțiunile pot fi certificate cu date referitoare  
la impact, rezultate, grup țintă,  
etc.

# Social Impact Bonds

## Bibliografie

Peter Walker. Investitors to pay for prisoner  
rehabilitation. the Guardian.

Bond offers return for lower offending. Financial Times.

Archived from the original on 15 June 2010.

Promoting social action: encouraging and enabling people to  
play a more active part in society. cabinetoffice.gov.uk.

Social Finance. socialfinance.org.uk.

Home - The Young Foundation - A leading independent  
centre for social innovation. The Young Foundation.

Our work. The Government Outcomes Lab.

Retrieved 12 July 2019

# Jocuri Cognitive

Raluca Barbul

Variația continuă în timp e fenomenelor demografice determina modificarea continuă a structurii pe vârste și sexe a unei populații în sensul creșterii ponderii unor grupe de persoane și reducerii corespunzătoare a ponderii altor grupe raportat la totalul populație.

Îmbătrânirea demografică reprezintă un proces care presupune schimbarea structurii pe vârste a unei populații, prin creșterea importantă a proporției vârstnicilor în populația totală, în detrimentul proporției tinerilor, ca tendință fermă și de lungă durată, cu numeroase implicații în toate sferile activității umane.

În toate țările dezvoltate s-au intensificat, îndeosebi după cel de al doilea război mondial, mutațiile în structura de vârste, accelerându-se astfel procesul de îmbătrânire demografică al populației: ponderea tinerilor a scăzut continuu, crescând în schimb cea a vârstnicilor.

În România, procesul de îmbătrânire demografică s-a accentuat treptat. În 1992, populația vârstnică reprezenta 16,9 % din totalul populației pe intervalul 60 ani și peste 18% pentru intervalul 65 ani și peste. În 1998, populația de 60 de ani și peste era de 18% iar pentru anul 2000, 19 – 20%. Se apreciază că numărul persoanelor în vârstă se va tripla până în anul 2030 și majoritatea creșterii se va produce în țările în curs de dezvoltare.

În consecință se conturează necesitatea rezolvării obiectivelor ce țin de asigurarea vieții sănătoase și active a persoanelor vârstnice, al căror număr va fi în creștere continuă așa cum am arătat mai sus, prin oferirea posibilităților de a obține un loc de muncă decent, în virtutea necesității sau a dorinței de a rămâne economic activ, precum și accesului la serviciile medicale și asistența socială adaptate nevoilor populației țintă.

În urma activităților de cercetare, întreprinse de echipa implicată în derularea proiectului, vizând nevoile și problemele comune ale persoanelor vârstnice beneficiare ale sprijinului, și investigând în scopul dobândirii de cunoștințe noi, aceștia au dezvoltat în cadrul proiectului modulul informatic „Jocuri cognitive” ca soluție de îmbunătățire a serviciilor furnizate.

Acest modul informatic își propune să ajute grupul țintă în menținerea la nivel optim a abilităților vizate de declinul aferent înaintării în vârstă prin oferirea de jocuri cognitive pentru îmbătrânire activă.

Declinul cognitiv la vârstnici este un fapt cunoscut și susținut de datele empirice ale literaturii de specialitate.

Acesta nu pare să afecteze în mod similar toate ariile funcționării cognitive, chiar mai mult, la anumite probe cognitive, precum sarcina de vocabular, vârstnicii au rezultate net superioare tinerilor.

Declinul se observă în cadrul proceselor cognitive complexe care implică operații cognitive elaborate (procese mnezice și învățare, raționament și rezolvare de probleme, înțelegerea unui text cu impact direct asupra deteriorării ale memoriei, dificultăți ale limbajului, slabă capacitate de orientare, dificultăți în realizarea activităților zilnice).

În consecință, modulul „Jocuri cognitive” a fost conceput pentru a răspunde necesităților expuse mai sus prin dezvoltarea de jocuri care au ca scop ameliorarea declinului în următoarele paliere:

Gândirea logică:

- Perechea potrivită: asemănări și deosebiri pentru a identifica perechea;
- Asocieri logice: pahar apă -> bem apă din pahar;
- Ferma de animale: recunoașterea animalelor și stabilirea rolului lor: ce ne dă găina?/cu ce se hrănesc?

Gândire matematică:

- Diverse jocuri care implică calcule matematice – ex. sudoku;
- Identificarea formelor geometrice – se pot asocia inclusiv cromatic;
- Diverse jocuri pentru: dezvoltarea memoriei și folosirea corespunzătoare a termenilor: "mare", "mai mare", "potrivit", "nepotrivit", "sus", "jos", "dreapta", "stânga".

Orientare temporară:

- Jocuri care să implice utilizarea timpului: ore/minute/zi/săptămână/lună/an – se pot include evenimente importante ca de ex.: zile de naștere, sărbători mari etc.; mesele principale ale zilei/momentul la care trebuie administrate medicamentele etc.

Bibliografie

<https://biblioteca.regielive.ro/referate/geografie/fenomenul-de-imbatranire-demografica-a-populatiei-romaniei-dupa-1950-404941.html>



## CONSECINȚELE ABUZULUI ASUPRA PERSOANELOR VÂRSTNICE

Monica Popescu, DAS Satu Mare

Vârsta de la care o persoană începe să fie considerată bătrână diferă în funcție de epoca istorică și de cultură. Un rol important în experiențierea îmbătrânirii îl are cultura, aceasta influențând percepțiile despre vârsta a treia, atitudinile față de rolurile, drepturile și responsabilitățile bătrânilor, precum și sistemele de îngrijire și suport ale acestora. Imaginea bătrâneții care este vehiculată într-o anumită societate este extrem de importantă pentru modul în care persoanele de vârsta a treia sunt percepute de către ceilalți, precum și pentru imaginea lor de sine.

Cele mai frecvente forme de abuz manifestate asupra persoanelor vârstnice sunt abuzul fizic, abuzul psihologic și cel financiar. În mod obișnuit se petrec mai multe forme de abuz în același timp. Abuzul poate fi un singur incident sau poate fi repetat. Abuzul poate afecta pe oricine, în orice familie sau relație și se poate întâmpla oamenilor de orice condiție, religie, rasă, cultură sau origine etnică.

Consecințele abuzului pe termen scurt sunt cele care au rezultat direct din actele abuzive ale făptuitorului. Consecințele pe termen lung sunt semnificative. Astfel s-a constatat că rata mortalității la bătrânii mult timp abuzați este semnificativ mai crescută decât la celelalte persoane vârstnice.

Efectele abuzului la persoanele vârstnice se relevă în patru dimensiuni: fizic, comportamental, psihologic și social.

- consecințe fizice: traumatisme, dureri, tulburări de somn, probleme alimentare, cefalee;
- consecințele comportamentale cuprind sentiment de lipsă de ajutor, manie, reducerea capacității de coping și gesturi suicidare;
- consecințele sociale: dependență, izolare socială;
- consecințe psihologice: frică, anxietate, negare, depresie; depresia este de departe cea mai evidentă consecință a abuzului și este datorată însingurării, deziluziei, neajutorării și pierderii stimei de sine.

# ASISOC FAMILIA - STANDARD DE INTEROPERABILITATE

Filip Viorel, Jucan Andrei, Ghișe Carmen, Moldovan Flaviu, Pralea Radu

ASISOC FAMILIA își propune să devină un sistem de standardizare în domeniul socio-medical ce permite integrarea de furnizori multipli de soluții de monitorizare la distanță și eHealth. În acest scop, a fost creat un API de integrare care permite terților să se integreze cu sistemul nostru.

Principalele cerințe pentru furnizorii de servicii sunt să colaboreze cu cel puțin unul dintre clienții existenți ASISOC, sau să utilizeze componentele comerciale ale ASISOC în activitatea curentă.

Componentele mobile ale ASISOC FAMILIA sunt disponibile pe github –  
<https://github.com/indecsoft/familia-devices>  
<https://github.com/indecsoft/familia-mobile>

Totodată au fost create servicii API pentru integrare a terților furnizori.

Procesul de interconectare presupune înrolarea utilizatorului în sistemul FAMILIA, aprobarea lui de către un administrator ASISOC, asocierea utilizatorului la monitorizare de către clientul ASISOC (automat), autentificarea și transmiterea de date.

Specificațiile tehnice ale API-urilor de interconectare sunt descrise în continuare.

Pentru a putea integra soluțiile dezvoltate de către dumneavoastră în sistemul ASISOC- FAMILIA, este necesar să înregistrați utilizatorul în sistem. Utilizarea funcționalităților avansate și alocarea la un client ASISOC presupune înrolarea utilizatorului de către administratorii sistemului aferenți clientului respectiv.

Pentru înregistrarea unui utilizator se utilizează serviciul register:

POST <https://gis.indecsoft.net/chat/api/register>  
Body {name: ..., email: ..., password: ..., imei: ...}

Raspuns:

{status: 2} -> OK  
{status: 0} -> wrong data

Pentru autentificarea utilizatorilor (deja înregistrați)

Login:

POST <https://gis.indecsoft.net/chat/api/login>  
Body {email: ..., password: ..., imei: ...}

Raspuns:

Unauthorized -> {status: 0}  
Eroare comunicare cu serverul -> {status: 1}  
Dispozitivul nu este înregistrat -> {status: 3}  
Nume de utilizator/parola incorecte -> {status: 4}  
OK -> {token: ..., nume: ..., logins: ..., avatar: ..., id: ..., idClient: ..., idPersAsisoc: ..., tip: ...}  
token -> folosit pentru accesarea rutelor, se adauga in headerul requesturilor. ex.: Authorization: 'Bearer ' + token;  
nume -> nume utilizator  
logins -> true/false (daca a fost facut first setup in aplicatie)  
avatar -> poza utilizator  
tip -> 1/2/3/4 (tip utilizator)





# Obținere date de configurare pentru device

(mobile, smartwatch cu OS Android min 8, brățara fitbit)

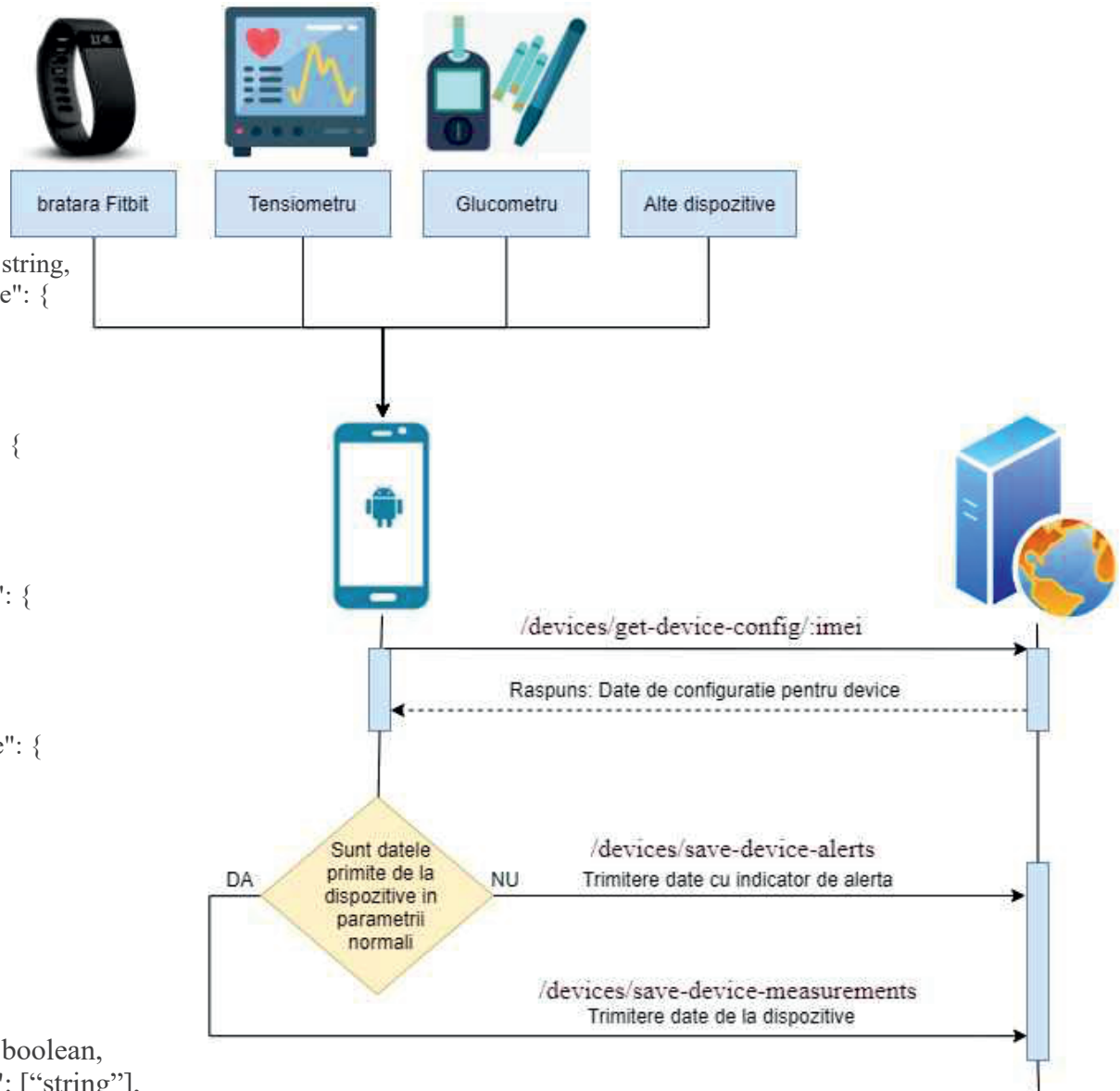
API call: <https://gis.indecsoft.net/devices/get-device-config/:imei>

Tip: Get

Parametru: imei

Format raspuns:

```
{
  "id": number,
  "idClient": number,
  "idPersoana": number,
  "dataStart": string
  "dataStop": string | null,
  "imei": string,
  "geolocationSafeArea": string,
  "geolocationSafeDistance": {
    "interval": string,
    "minValue": string,
    "maxValue": string
  },
  "bloodPressureSystolic": {
    "interval": string,
    "minValue": string,
    "maxValue": string
  },
  "bloodPressureDiastolic": {
    "interval": string,
    "minValue": string,
    "maxValue": string
  },
  "bloodPressurePulseRate": {
    "interval": string,
    "minValue": string,
    "maxValue": string
  },
  "bloodGlucose": {
    "interval": string,
    "minValue": string,
    "maxValue": string
  },
  "socializationActive": boolean,
  "panicPhoneNumbers": ["string"],
  "datetime": string
  "dataSendInterval": string,
  "oxygenSaturation": {
    "interval": string,
    "minValue": string,
    "maxValue": string
  },
  "locationSendInterval": string
}
```



## Mesaj Eroare:

– apare in momentul in care configuratia pentru imei nu exista

Raspuns: “eroare preluare configurari device: eroarea depistata”

## Explicații:

Format ISO: <YYYY-MM-DDTHH:mm:ss.sssZ>

“id” – id cheie primara din tabela

“idClient” – id-ul institutiei

“idPersoana” – id-ul peroanei ASISOC

“dataStart” & “dataStop”

– perioada de valabilitate in care dispozitivul se afla la pacient format ISO

“imei” – id-ul telefonului

“geolocationSafeArea” – perimetrul in care pacientul are voie

“geolocationSafeDistance”- pe baza adresei este setata cati metri are voie pacientul sa se indeparteze

“bloodPressureSystolic” – tensiunea arteriala sistolica

“bloodPressureDiastolic” – tensiunea arteriala diastolica

“bloodPressurePulseRate” – ritmul pulsului tensiunii arteriale

“bloodGlucose” – glucoza din sange

“oxygenSaturation” – saturarea oxigenului

Obiectele de la “geolocationSafeDistance” pana la “oxygenSaturation”

“interval” – interval in minute de monitorizare

“minValue” – valoare minima

“maxValue” – valoare maxima

“socializationActive” – true – **daca are acces la chat intre utilizatori**

“panicPhoneNumbers” – numere de telefon in caz de urgenta

“datetime” – momentul cand s-a facut update la configurare, format ISO

“dataSendInterval” – interval in minute de trimitere date catre server

“locationSendInterval” – interval in minute de trimitere locatie la server

Exemplu:

API call: <https://gis.indecsoft.net/devices/get-device-config/864190030935997>

Răspuns:

```
{
  "id": 36,
  "idClient": 4,
  "idPersoana": 361569,
  "dataStart": "2017-01-18T22:00:00.000Z",
  "dataStop": null,
  "imei": "864190030935997",
  "geolocationSafeArea": "47.65936388639
23.5800933837891,47.6552013905936
23.5789260885213,47.6555714050688
23.590461735148,47.6594563811162
23.5895004251506,47.65936388639 23.5800933837891",
  "geolocationSafeDistance": {
    "interval": "5",
    "minValue": "1",
    "maxValue": "500"
  },
  "bloodPressureSystolic": {
    "interval": "5",
    "minValue": "250",
    "maxValue": "500"
  },
  "bloodPressureDiastolic": {
    "interval": "5",
    "minValue": "100",
    "maxValue": "150"
  },
  "bloodPressurePulseRate": {
    "interval": "5",
    "minValue": "60",
    "maxValue": "150"
  },
  "bloodGlucose": {
    "interval": "5",
    "minValue": "90",
    "maxValue": "150"
  },
  "socializationActive": true,
  "panicPhoneNumbers": [
    "1234345566"
  ],
  "datetime": "2018-11-06T08:23:08.369Z",
  "dataSendInterval": "30",
  "oxygenSaturation": {
    "interval": "4",
    "minValue": "50",
    "maxValue": "100"
  },
  "locationSendInterval": "15"
}
```

## Trimitere alerte de pe device la server (mobile, smartwatch cu OS Android min 8)

---

API call: <https://gis.indecsoft.net/devices/save-device-alerts>

Tip: POST

Payload/Body:

```
{
  "imei": string,
  "coordonate": string, //latitudine longitudine
  "tipAlerta": "puls" | "pasi" | "Distanta minima de
siguranta" | "oxygen" | "glicemie" | "tensiune diastolica" |
"tensiune sistolica" | "medicatie",
  "valoare": string,
  "idClient": number,
  "idPersAsisoc": number,
  "dateTime": date
}
```



### Explicatii:

Format ISO: <YYYY-MM-DDTHH:mm:ss.sssZ>

“imei” – id-ul telefonului

“coordonate” – contine latitudinea si longitudinea locatiei curente in formatul:

POINT(latitudine longitudine)

“tipAlerta” – tipul de alerta in care se incadreaza

“idClient” – id-ul institutiei

“idPersoana” – id-ul persoanei ASISOC

“dateTime” – data curenta, format ISO

Campuri obligatorii: “imei”, “coordonate”, “tipAlerta”, “valoare”

### Mesaj eroare:

-in cazul in care unul dintre parametrii obligatorii lipseste

Raspuns: “bad request parameters”

Exemplu:

```
{
  "imei": "864190030936193",
  "coordonate": "POINT(-79.4609576808001
43.9726680183837)",
  "tipAlerta": "puls",
  "valoare": 152,
  "idClient": 4,
  "idPersAsisoc": 31111,
  "dateTime": "2019-05-13 08:26:20.000000"
}
```

## Trimitere alerte de pe device la server (mobile, smartwatch cu OS Android min 8)

---

API call: <https://gis.indecsoft.net/devices/save-device-measurements>

Tip: POST

Payload/Body:

```
[{
  "imei": string,
  "dateTimeISO": date,
  "geolocation": {
    "latitude": number,
    "longitude": number
  },
  "lastLocation": boolean,
  "sendPanicAlerts": boolean,
  "stepCounter": number,
  "bloodPressureSystolic": number,
  "bloodPressureDiastoloc": number,
  "bloodPressurePulseRate": number,
  "bloodGlucose": number,
  "oxygenSaturation": number,
  "sleepType": "Awake" | "Asleep" | "Deep" | "Light" |
"Rem" | "Restless" | "Wake",
  "sleepSeconds": number,
  "dailyActivity": number ,

  "extension": json
}, ...]
```



## Explicatii:

Format ISO: <YYYY-MM-DDTHH:mm:ss.sssZ>

“imei” – id-ul telefonului

“dateTimeISO” – datetime in format ISO

“geolocation” - contine latitudinea si longitudinea locatiei

“lastLocation” – true – daca dispozitivul a reusit sa preia locatia curenta

– false – daca dispozitivul nu a reusit sa preia locatia curenta, “geolocation” continand ultima locatie salvata

“sendPanicAlerts” – true – daca se doreste transmiterea alertelor de panica

“stepCounter” – numarul de pasi

“bloodPressureSystolic” – valoarea tensiunii arteriale sistolice

“bloodPressureDiastolic” – valoarea tensiunii arteriale diastolice

“bloodPressurePulseRate” –valoarea ritmului pulsului tensiunii arteriale

“bloodGlucose” – valoarea glucozei din sange

“oxygenSaturation” – valoarea saturarii oxigenului

“sleepType” – tipul de somn

“sleepSeconds” – timpul in secunde al duratiei somnului

“dailyActivity” – **minute de activitate**

“extension” – alte date, de exemplu pentru un alt tip de device

Campuri obligatorii: “imei”

## Mesaj eroare:

-in cazul in care imei-ul nu este trimis

Raspuns: “eroare salvare masuratori device: no imei provided”

## Exemplu:

-daca se doreste trimiterea datelor doar pentru glucoza

```
[{
  "imei": "864190030936193",
  "dateTimeISO": "2018-05-24 12:00:00",
  "bloodGlucose": 172
}, ...]
```

- daca se doreste trimiterea datelor doar pentru tensiunea arteriala

```
[{
  "imei": "864190030936193",
  "dateTimeISO": "2018-05-24 12:00:00",
  "bloodPressureSystolic": 97,
  "bloodPressureDiastolic": 110,
  "bloodPressurePulseRate": 100
}, ...]
```

- exemplu cu toate datele completate

```
[{
  "imei": "864190030936193",
  "dateTimeISO": "2018-05-24 12:00:00",
  "geolocation": {
    "latitude": 79.46,
    "longitude": 43.97
  },
  "lastLocation": true,
  "sendPanicAlerts": false,
  "stepCounter": 1563,
  "bloodPressureSystolic": 70,
  "bloodPressureDiastolic": 90,
  "bloodPressurePulseRate": 120,
  "bloodGlucose": 15,
  "oxygenSaturation": 10,
  "sleepType": "Awake",
  "sleepSeconds": 360,
  "dailyActivity": 10
}, ...]
```

# Cuprins

1. Familia ca sistem.....	2
2. Îngrijirile paliative în România.....	4
3. Nevoia de supervizare în asistență socială.....	9
4. Implementarea conceptului eHealth în cadru sistemelor informatice care gestionează activitatea de asistență socială.....	14
5. Inovare socială „SOCIAL IMPACT BONDS”.....	18
6. Jocuri cognitive.....	22
7. Consecințele abuzului asupra persoanelor vârstnice.....	24
8. Asisoc fAMILIA - Standard de interoperabilitate.....	25





ISSN 2602-0696      Ediția II - 2019

Proiect cofinanțat din Fondul European de Dezvoltare Regională prin Programul Operațional  
Competitivitate 2014-2020  
Editorul materialului: SC Maestro Tip SRL  
Data publicării: 06.12.2019  
Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene  
sau a Guvernului României