

פסיכולוגיה חברתית בניהול מערכות בריאות.

ד"ר נורמן שוואלם

norm@netanya.ac.il

09-860-7802

שיעור 1.

CBT-שינוי צורת חשיבה של בן אדם.

החשיבה משנה את ההתנהגות.

סביבה יכולה לעזור, לעודד, לתמוך או לגרום לבעיות.

איך למנוע חסימה, להגיע לפרופורציות.

מה הם הגורמים החברתיים. לא לכל צריך להתייחס.

אנחנו מתייחסים לפי מש אנחנו רואים בהתנהגות.

הפסיכולוגיה יכולה לשנות בצורה מהותית את הבריאות גם הפיזית וגם הנפשית של המטופלים, גם של קרובי מטופל, גם של מטפל.

רמאות עם תעודות.

אנחנו קשורים למחשבות ואמוציות.

היום אנחנו יודעים שחשוב לצרף רגש בהחלטות

כמה רגש, לא ידוע.

אינפורמציה-הגדרה-כל דבר שמוריד אי-ודעות.

גורמים האחראים להסתברות לחלות. בינם גם מצבים מנטליים.

אירועים שמחים-שרוב האוכלוסייה מתייחסת להם כשמחים, חלק מאנשים לא מקבלים אושר.

מנטלית, חברתית, אינטגרלי-חלק בלתי נפרד מהבריאות.

באיזה דרכים אנחנו יכולים לעזור?

5 דרכים.

אם יודעים איך אנשים רואים ומפרשים אירועים קשורים לבריאות, אנחנו יכולים לפרט ולעזור להם לתפוס את הבריאות בצורה יותר חיובית או פחות שלילית.

זה יכול לעזור להבריאה בצורה יותר שלמה.

צריך להבין מערכות תקשורת. לפעמים משפחה בכוננות טובות הורסת.

שאנשים ירגישו נוח יותר לפרוץ תקשורת קשוחה.

הטיפול לא מסתיים עם שחרור מבי"ח. חשוב מעקב. אם החולה חוזר למשפחה שחונכת אותו, ללחץ מתמיד.

שיעור 2.

להדגיש נקודות חיוביות.

תקשורת-מצבים יום יומיים. גם אם משהו נראה לך נכון, לא כולם חושבים כך. יש מסגרת סביב הערכה שלנו.

זמן תקשורת-להבחין במצבים. עכשיו לא יכול, לא מוכן. זה נקרא להבין תהליכי תקשורת.

בפרספקטיבה רחבה יותר צריכים להשתמש בהבנת תקשורת, גם במצבים שהם בריאים. דאגה לבריאות צריכה להיות גם כאשר אנחנו בריאים. ביפן הרופא מקבל תשלום כל זמן שאתה בריא. להחזיק את האדם גם כאשר אדם בריא. הרכב חשוב של זה הוא סטרס. אי-איזון פסיכולוגי.

Health Related Behaviour-תזונה נכונה, רגיעה, התעמלות. פסיכולוג-לתת את הכלים שהוא ייאשם את הכלים.

תחום מסוים-מול החולים אנחנו מיישמים את התחום **psycho-neuro-immunology**. התחום מבוסס על זה שאמוציות שלנו משחקים תפקיד מפתח בקשר בין הסביבה שלנו והתגובות האימונולוגיות שלנו. זה אומר, שהאיזון הפסיכולוגי הוא מרכזי.

זה מודל bio-psycho-social

נתמקד בתגובות של אנשים למחלות שלהם, למצב שלהם, לקבלה של המצב, לדחייה, איך הם חושבים ואיך מתמודדים, ואיך כל התהליך הזה משפיעה על ההברה.

התנהגויות אדפטיביות, הסתגלויות (פיתוח יכולות להמשיך את החיים כמו שצריך לפי החשיבה שלהם).

חשיבה-זה מודל עיבוד אינפורמציה. ואיך אנחנו משתמשים בזה. אינפורמציה היא המוקד של חשיבה.

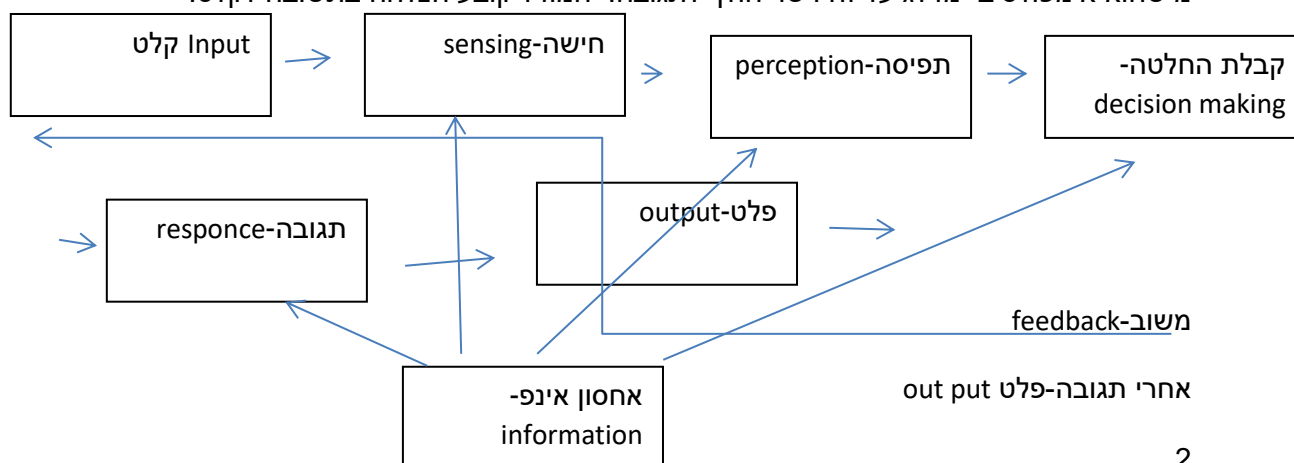
אינפורמציה-כל דבר שמוריד אי-ודעות.

Input-קלט – מערכת שלנו מקבלת גירויים מהסביבה. ברגע זה הקלט שלנו זה הדיבור של המורה. הוא קיים גם אם אנחנו קולטים או לא. הקלט הזה נקלט דרך מערכת חישה-sensing. אנחנו יכולים לקלוט רק אם הקלט מעל גבול בחושה של בן אדם.

מה קורה כאשר קלט מעל הסף. תפיסה-perception, לא מסוגלים לפרש.

שייכתי איזה משמעות לגירוי שייכתי. אחר כך-קבלת החלטה.

מישהו אימפולסיבי-מדלג על זה וישר הולך לתגובה. המודל קובע הצלחה בתשובה לקלט.



ואחר כך משוב-feedback.

אחסון מידע-זיכרון-information storage, הכי חשוב, משפיע על שאר המרכיבים.

אמירה-כל אחד חשוב אחרת, זה לא נכון, אז אין פסיכולוגיה. כל אחד חשוב בדיוק באותה צורה שרשומה מעלה.

אין דבר אובייקטיבי, אין עדות ראייה.

חולה-לדוגמה הפרעות קשב. הפרעה גורמת לפירוש הדברים בצורה אחרת. הכל מסביב שונה. הכלים שלנו נותנים לנו אפשרות להשפיע, לתרגל. כאשר עושים את השינוי מספיק, זה משפיע על אחסון, זיכרון. זה ההצלחה. לתת כלים לטווח ארוך, גם כאשר אדם הוא בריא.

שיעור 3.

מאמר

מבנה האישיות של אותו החולה.

איך מודדים את האישיות.

אישיות זה נקבץ פחות או יותר קבוע של התנהגויות.

מרכיב חשוב-אישיות יכולה להשתנות.

אישיות חסינה. בריאה. The Hardy Personality. אמור לצאת מבעיות יותר טוב. הנחה היא שאירועי החיים יהיו מה שיהיו, גורמים לכוונן של אדם, גורמים לשינויים ודורשים הכוונה. אותם השינויים יכולים להגביר את הנטייה לאותם האירועים. האדם יותר חסין לאותם האירועים.

שאלה הראשונה-למה זה קרה לי? אולי אני אשם? יכול לגרום לדיכאון. זה הופך אדם לפגיעה יותר. מחלה גם מושפע מגורמים ותהליכים פסיכולוגיים שבאים מהצורך של אדם להסתגל לסביבתו. וזה גורם ללחצים.

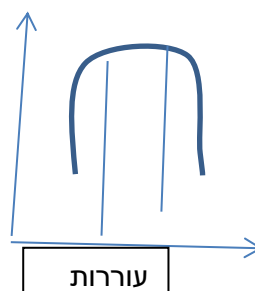
המחקרים הישנים הניחו שהאדם הוא פסיבי וההשפעה של לחץ היא לא טובה. הבעיה הייתה באנשים שהגיבו היטב למצבי לחץ וגם פרחו במצבי לחץ.

ב 1959 פסיכולוג-פיזיולוג Selye היציג מוסג eustress. מוטיבציה.

עוררות פיזיולוגית-קצב לב, דופק. זה יכול לבוא ממוטיבציה, אושר. גם באמוציה שלילית וגם בחיובית המדדים הם אותו דבר. יש יחס בין עוררות אדם וביצוע.

כאשר מתחילים עם עוררות נמוכה, הביצוע הוא נמוך.

Inverted U



יש 3 שלבים בין אירועים של החיים שהם מלחיצים ואישיות של בן אדם וסיכויים שאדם יתמודד בצורה מוצלחת עם המחלה.

מה התכונות שנותנות להתמודד

מה הדינמיקה עם התמודדות קודמת

איך אותו אדם הוא באינטראקציה עם עוד מקורות של תמיכה

Existentialism-איך שורדים, איך חיים

אנשים קיימים לא כסטאטיים אלא כדינמיים, מסתגלים

אנשים מתמודדים עם מצבים שונים כל הזמן, גדולים וקטנים

לא טוב להגיד שאחרים מתמודדים טוב

העולם שלנו לחוץ ולחוץ inherent

צריך להתמודד

3 מוסגים שמגדירים את האדם

Commitment - מחויבות. זה אחד התכונות של Hardy Personality, זה יכולת של בן אדם להאמין באמת על יכולות וחשיבות של בן אדם, אני מאמין בעצמי, יש משמעות לי. הכיוון שלי חיובי. לא משנה איך הם מבטים את עצמי. יש לי ערך. זה גישה או הבט על עצמו. בוא מחויב. הגישה הזאת גורמת לאדם להכניס את עצמו, לערב את עצמו בכל תהליך שקורה לו. כל פעולה בעבודה, במשפחה, ביחסים בין אישיים, ביחסי עבודה. הוא דוחף את עצמו. הוא חיי בשביל משהו. הוא גם תוך כדי התערבות יכול לספוג תמיכה. ככל שיש לך מחויבות יותר אתה יותר חסין.

Control - שליטה, הנטייה להאמין ולהתנהג כאילו שאתה יכול להשפיע על האירועים שבחיים שלי.

internal - Locus of control, אני שולט, אני אחראי. זה משתנה עם אימונה. **נקוד שליטה יכול להיות פנימי וחיצוני או מעורב.** אימונה לא פוסל את השליטה שלי. חיצונית-הכל לא תלוי בי. קורבנות. לפעמים במחלות קשות זה יכול לגרום לתסכול. לרוב זה חיובי.

Challenge - אתגר. יציבות לא לכולם טוב. אנשים מאמנים שאתגר זה דבר מאוד חשוב בחיים שלהם. לפעמים הם רואים אתגר בבריאות ירודה. וזה מניעה. יודעים לגייס תמיכה. למה זה טוב? מבחינת יישומית יעזור לנו לזהות את האנשים.

אנחנו שואלים איך אנשים האלו הפכי להיות כאלו? מה התהליכים, מה ההיסטוריה? אם אנחנו מצליחים לזהות את הגורמים? מה האזין את הבן אדם כדי להיות כזה? אז אנחנו יכולים לבנות טיפול בהתאם. איך לחזק את הדברים? זה גם שייך למשפחה.

גורמים חברתיים.

אסטרטגיות התמודדות. מה אנחנו עושים כדאי לחזק את האסטרטגיות?

חברתית-מאפיה? מצב משפחתי-יש פרטנר או לא? האם זה עוזר? רמה סוציאקונומית.

הגדרה-מה היא עזרה. משפחה שעושה הכל בשל לעזור לחולה, לא כל כך עוזרת, אחרת הוא לא יהיה חסין.

שיעור 4.

תכונות פיזיולוגיות שקשורות למחלות מסוימות.

אישיות Type A and B.

הרעיון הכללי :

CHD – לא יודעים לזהות למי יהיה אירוע מאלו שבסיכון. **סגנון הפסיכולוגי תורם** לגילוי.

סוג אישיות Type A. ההפך יהיה ב Type B.

הרכב פעולת רגש – Action Emotional Complex.

אישיות Type A

מאופיין בכמה תכונות בולטות נכונים גם לגבי גברים וגם לגבי נשים. התכונות האלו יציבות לאורך חיים.

1. מאוד **תחרותיים**. לדוגמה-עדיף ספורט נגד מתחרה. אתגר.
2. התייחסות **לזמן**. תמיד דחוף, תמיד לחוצים, תמיד עושים יותר יעיל מבחינתם.
3. יותר נוטים **לעויינות** כלפי אחרים.

מגיב למצבים של יום-יום. הם מגיבים ללחצים האלו, הגוף מפריש חומרים שמורידים את הלחצים. אם החומר הזה מופרש יותר זמן, זה גורם למחלות לחץ, כי הגוף עובד על פי איזון.

כולנו נירוטיים. נירוזה מטבע אדם זה נורמה, אך **ברמה** מסוימת. זה נותן לנו לראות דברים, לנבא מצבים במשך יום-יום.

Type A מגיבים יותר חזק. לכן, אנשים שהם **Type A** יכולים לחוות תקופות יותר אינטנסיביות של **סימפטטיק מערכת** של עצבים. זה לא טוב. החומרים האלו גורמים לשינויים שהם לא טובים לגוף. לדוגמה NE. זה תורם לתורשת עורקים.

יש צורך לנהל פרסונלטי.

איך מחליטים איזה אישיות?

על בסיס ראיון. שאלון, משחק, התנהגות מול תסכול.

דוגמה: מחסום –אין לאדם שליטה על המצב. זה גורם לתסכול. פרט לתשובות רואים איך האדם מגיב מעל בתשובות.

אתגר, התנהגות ספורטיבית.

Type A personality, Structured interview

Jenkins Activity Survey –JAS

אחר כך אנחנו משווים ראיון עם שאלון, האם הם מתאימים, אז מחליטים. שני כלים האלו מראים לנו **Type A** דוחף את עצמו קדימה, נחוש להתקדם, דגש על מהירות ביצוע מטלות, מאוד חסר סבלנות.

המטרה הטיפולית היא לשלב חלק של תכונות Type B ב Type A.

כאשר מדברים על **Type A** | **B** מדברים על נטייה לתכונות.

השאלה גם היא האם האנשים מתנהגים כמו שהם אומרים שהם מתנהגים.

במחקר

תוקפנות-זה התנהגות כתוצאה של תסכול. השארת התסכול-תוקפנות.

Frustration → Aggression

רואים את זה בעכברים, בילדים.

גם בסוג **Type A** | **B** יש את התגובות, אך **Type A** התגובה ויתר חמורה. אם אתה מגרה **Type A** מגיב יותר חמור. הערכת הזמן של אנשי **Type A** שונה מ' **Type B**. **הזמן עובר מהר יותר.**

כאשר יש פגישה **Type A** מגיע לפני הזמן.

התנהגות של Type A בזמן שהם מחכים.

אדם סטנדרטי לא אוהב אי-ודעות. אנו ממצאים תשובות אם אין תשובה.

Type A טוב בכל מיני מבחנים של מוטיבציה, ציונים יותר, הם לוקחים יותר קורסים, יש רבה יותר פעילויות מחוץ ללימודים, יותר בכתבי אט של אקדמאים, לא מתלוננים ללחץ.

איך זה שייך לחולה?

היה מחקר האם טיף א' שם פחות לב על הסימנים הבריאותיים. Symptom suppression. הסימפטום נדחק. לא מכירים את הסימפטומים. היינו חושבים שכן. וזה כך.

בדיקות- מבחן מאמץ, Type A הולך יותר מהר.

Type A דוחה את עצמו קדימה עד לסוף היכולת שלו. יש לו יותר סיכוי להגיע לסוף היכולת שלו. הוא שורף את המשאבים בגלל דחף שלו להמשיך קדימה. יש יותר תופעות של עייפות.

היה סקר של אוכלוסייה בישראל. אחוזים עצומים של עייפות. עייפות אחד האינדיקטורים של אירוע לב. לכן, **Type A** היי יותר זמן.

צריך לשנות הכוונה של כל הפעילויות **Type B**. לחסן, לדחוף לפעילויות האלו שעוזרות לחזק את הגוף בצורה כזאת שנלחמת עם בעיה של **Type A**.

פעולות גופניות, מדיטציה, טכניקות איך לבצע פעולות שאישיות שלך מונעת ממך לעשות אותן. שבירת מסגרת. זה יכול להשפיע איך הוא רואה דברים.

שיעור 5.

Type A מדווחים מאוחר על הסימפטומים. הם רואים אותם כחלק מהחיים. הם לא מרגישים את הקטע של עייפות, וזה יכול להיות סימפטום של מחלת לב. נדמה לנו שלהם תפיסת השליטה – גם התנהגות שלהם וגם תוצאות של ההחלטות שלהם. **לוקחים אחראיות** על אחרים. זה מפריעה, **הופכים להיות מתוסכלים**. השארת תסכול-**תוקפנות**-הם נוטים לתוקפנות כאשר גורם החיצוני מאיים עליהם. הם יכולים להיות יותר **אגרסיביים** מי **Type B**. זה ישפע לטווח הקצר, אבל הם ינסו לשלוט עוד פעם. אם השליטה לא חוזרת, **Type A מרימים ידיים יותר מהר**. הם מתאמצים מאוד כדי להחזיר את השליטה. אם לא נראה להם שהם יכולים להתגבר על המצב, הם מרימים ידיים מידית.

Type A ב internal locus control. עקב כך חשוב להסביר ולתת איזה שהו שליטה. שהוא ינסה להילחם בזה.

חולים דווחו הרבה יותר אירועים מלחיצים בשנה שלפני שקרה להם אירוע.

חשוב לדעת מה המשפחה? המשפחה צריכה לעודד. חשוב לדעת מי החשוב במשפחה. אז גם משפחה צריכה לדעת שיש מה לעשות. ולדעת שאליו לעזור לחולה.

מי אחראי על הבריאות שלך?

שיפור "noaming causins". בן אדם היה מאוד חולה ב AS. אמרו לו שיש לו סיכוי 1 מי 500 בשל להבריא. הוא החליט שהוא רוצה להיות חלק מהפרוטוקולים של המחקר. הוא צחק את עצמו לבריאות. הוא הבריא תוך צחוק. מצווה הגדולה להיות בשמחה תמיד. זה לא פשוט. זה השתדלות לפסיכולוגיה חיובית. תנסה להדגיש את הדברים החיוביים.

יש קמה גישות לשאלה הזאת.

1. הרופא הוא האחראי.
2. אחראיות זה של אדם עצמו.
3. הכתוב-אף אחד לא אחראי. אם אתה חולה זה עונש, אם אתה בריא-מלמעלה.

כאן אנחנו מוסיפים שני מושגים ל locus of control, יותר נכון health locus of control -HLC.

PHLC

powerful-P, אנשים עם כוח
chance -CHLC

יש אנשים של internal locus of control I external.

מבחינת בריאות זה יכול להיות שונה. וגישה משתנה. צריך לבדוק מה קורה מבחינת בריאות.

Internal health locus of control

המאמר מתייחס למיקוד שליטה בריאותית ספציפית ומייחס אותם לתגובות של אותו החולה לטיפולים שהחולה מקבל.

אנשים עם מיקוד שליטה גבוה, הם מונעים מעצמם. Self motivated. אז אינדיקציה של שליטה עצמית היא גבוהה יותר אצל אותו בן אדם. אינדיקציה של מיקוד שליטה היא הרבה יותר רגישה בבריאות. מיקוד שליטה יותר גבוה **Type A**. יש יותר רצון להיות שבא לביטוי. מה עם אלו שאין להם ILC גבוה? יותר נטייה לדיכאון. חלק מהאנשים שואלים שאלות, אבל לא בצורה אקטיבית מחפשים אינפורמציה. אנחנו מצפים ש ILC יחפש מידע. ELC **לא כל כך יחפשו מידע**. גבוהים ב **HILC מתמידים** בטיפולים, ספורט. כל דבר שהם עושים למען בריאות, הם עושים. זה חוזר על עצמו. התנהגויות **עקביות**. זה תכונות אישיותיות.

שיעור 6.

לאנשים יש נטייה לחפש אינפורמציה לבד. אלו עם מיקוד שליטה פנימי הם יותר מחפשים אינפורמציה ויותר מודעים למצב להם. אלו שחושבים שהם לא שולטים, הם לא מחפשים. **פנימי לאומת הציאנס**. זה לגבי **התנהגויות בריאותיות**. התנהגויות שהן מונעות מחולות. אינטרנל יותר מתמידים עם התנהגויות בריאות. **אלו שעשנו, יש להם יותר צ'אנס להפסיק**.

C(chance)HLC | IHLC

מה היחס בין טיפוס שליטה וסימנים. אם בן אדם חלה. האם יש קשר בין סימנים ותגובות. בהתמדה להתנהגויות שהם אמורים לעשות מול הבעיות. האם מקפידים לעשות מה שרופא אומר. **IHLC הם מגיבים פחות לסימפטומים**. לא דואגים, לא מתלוננים, אבל **מתמידים** יותר. זה המימוש של התיאוריה בענייני בריאות. **הם חושבים שהם בשליטה**. יש הבדל בין מה שהם חושבים ומה שהם עושים. הרבה פעמים כוונות עשייה הן לא בהתאם לעשייה.

אינטראקציה בסביבה הרפואית.

האם תלויים, האם רוצים שיהיו תמיד לידם? **הם רוצים להיות עצמאים**. אימונה שאתה שולט דוחף אותך לשלוט. הם יותר מבקרים אצל רופאים. הם רגועים יותר. הם יותר אסרטיביים. אתה יכול לעזור לעצמך יותר. **במקרה כאשר אין איום חיים ומוות. חולים סופניים לא מרוויחים מי IHLC**. להיות IHLC יכול לגרום ליותר קונטרול. **מקבלים פחות המלצות**. היום המערכת בנויה בצורה שאנחנו לוקחים את השליטה מאדם, שמים את האחריות על צוות רפואית. זה יכול לגרום לנקודת חיכוך מהתחלה. **לשתול שאלה** במסגרת אחרת בשל לקבל רושם עם מי אנחנו מדברים. שאלות אישיות ואישיות. **מדווחים ותר, עקביים יותר. יותר מפריעים למערכת. יותר נותנים לעשות התערבויות. יותר התנהגויות בריאות**. עדיין יש הרבה קונפליקטים בתוצאות.

פסיכולוגיה של סימנים ותחושות.

78% טוענים באופן עקבי באיזה שהוא שלב חיים שיש להם איזה סוג של סימפטום/מחלה בחיים שלהם. אם אוכלוסייה הם סטודנטים הם מתלוננים על סימפטומים ככאבי ראש, הצטננות לפחות פעם בשנה. המסכנה שאולם המערבי מודה לסימפטומים להם. הם מבקרים אצל רופאים. משתמשים בתרופות ללא מרשם בצורה די שגרתית בחיים שלהם.

במנטליות מזרחית אומרים למה אני אלך לרופא. הרופא תמיד ימצא משהו. לא הולכים לרופא. השאלה, מה משפיע על תפיסה של בן אדם של סימפטומים פיזיים. מה יכול לשנות את התפיסה לגבי סימפטומים פיזיים.

יש 2 גורמים ראשיים. זאת אומרת אני חושב שהם מספיק חשובים בשל לדווח. קודם כל זה תופעות פיזיולוגיות. **צד פיזיולוגי וצד פסיכולוגי.**

אי-אפשר להסביר את מגוון הרחב של סימפטומים רק במסגרת פיזיולוגית.

יש סימפטומים שאין להם בסיס פיזיולוגי להסביר אותם.

מדווחים על סימפטומים מכיוון **רווח משני.** מש מדווח מקבל תשומת לב מהסביבה. לפעמים זה פוטר להם מצב חברתי, כעבודה. ואם זה עובד, הוא יעשה את זה עוד פעם. לכן יש הרבה דיווחים שאין להם בסיס פיזיולוגי.

איך אנשים מקבלים את הסימפטומים. חשוב לדעת. כי התנהגות לא מושפעת רק ממצב הפיזי, **אלא מפירוש שלהם מה הם מרגישים.** מכיוון שהדיאגנוזה לא מבוססת רק על בדיקה רפואית אלא גם על **תלונה של החולה.**

שיעור 7.

סימפטומים כחוויות פסיכולוגיות.

ישנם אינדיקציות שפירוש סימפטומים משפיע שונה מהמציאות. **בסיס המאמר פירוש הגירויים החיצוניים והפנימיים. המידע עוברת לזיכרון לטווח ארוך** ואז מוציא את זה **כאסוציאציה.** חלק מהמידע מעבירים לזיכרון קצר ל 30 שניות וחלק מעבירים לזיכרון ארוך. ואז **שולפים** את המידע. אם אין **חישה אין תפיסה. אם יש תפיסה, יש חישה.**

היום רופאים מסתמכים **לא רק על הסימנים** אלא גם **איך החולה מרגיש** אותם. על זה יש **השפעה** גם של **הסביבה,** גם של **אישיות החולה.**

לדוגמה סימנים בנוירוז, פנטום איבר.

הזעת ידיים, קצב הלב, קצב נשימה אנשים לא יודעים להעריך. 0.2, 0.3, כאשר צריך להיות 1. אנחנו לא טובים בזה. ניתן ללמד דרך פידבק. תחושת סימנים משקפת לא רק מצב פיזיולוגי אלא גם פסיכולוגי.

מה הבסיס לתחושה של סימנים.

פירוש של גירויים לחושים מסוימים הוא נכון כאשר אנחנו מקבלים **גירויים משני מקומות-מבחוץ ומבפנים.**

איך אנחנו מעבירים תחושה לתפיסה.

ניסיון עבר-מידע, קישורים בין גירויים שקבלנו פעם והתפיסה אז שלנו. זיכרון לטווח ארוך. יש גירוי-תפיסה, שמירה בזיכרון לטווח ארוך.

אם זה תחושה חדשה, איך נפרש את זה? בן אדם שולף משהו **הכי דומה.** אנחנו לא מסתדרים עם אי-ודעות ואז אנחנו מוציאים מה שרוצים.

יחס בין חישה לתפיסה. אם אין חישה, אין תפיסה. אם יש תפיסה, יש חישה.

זיכרון לטווח קצר. אם לא השתמשנו, נשאר ל 30 שניות מידע. או שלחים לזיכרון ארוך. עושים אסוציאציות.

אז שומרים יחד עם אסוציאציות.

לא הולכים לרופא בגלל שמוכר לי.

אנחנו עושים השארות. זו עושה אופציות. עושים את זה תוך אי-ודעות. **האשרה היא תוצאה של תפיסה.**

מה אנשים אומרים, איך מגיבים. רק על סימנים שאתה ציינת.

פירוש של סימנים מבוסס על ציפיות של זיכרון. ציפיות זה אומר זיכרון.

משמפרש את התחושות שלו הוא נוטה לקלוט ולקבל את כל המידע זמינה. ככל שהמידע יותר זמינה כך היא **לוקחת את הקשב לאומת מידע פחות זמינה.** אנו **מיצרים השארות.** אנחנו סומכים על הזיכרון ועל המידע, ומשם מפרשים שורש מה קורה לנו.

אנשים מעדיפים מידע שלא שייכת לרפואה אלא של חברים.

צריך להבין את הכוח של ההצעה, מה יש לך. יש **מחקר** שמדבר על ההצעה הזאת. לקחו **3 קבוצות** של נבדקים. הם היו צריכים **לחתום על הסכמה להשתתף במחקר**. ההסכמה הייתה הסכמה **לחוות חוויה** של מחקר. כולם הסכימו. כיוונו את המחקר לדברים שונים.

לקבוצה אחת אמרו-אתם הולכים לחוות **כאב**. קבוצה שניה-אתם הולכים לחוות חוויה של **תענוג**. קבוצה שלישית **לא עברו כלום**, אתם המחקר.

כולם עברו אותה חוויה ניטראלית.

אלו שחתמו על כאב, חשו כאב,

אלא שחתמו על הנאה, עברו הנאה, אלו שלא אמרו כלום, לא עברו כלום.

ציפיות חשובות לחוויית סימנים.

שמודיעים שיש מחלה, אנשים מתחילים לחוות את הסימנים. ומדווחים אליהם.

הם מתמקדים באותם הסימנים ועושים את הקשר. או ההתנהגות של אחרים בסביבה.

מחקר מפורסם.

שמים אדם **בחדר עם משהו שמשתעל.**

אפקט פלסיבה. זה עקבי, זה מובחן.

לקחו פקידות והחליפו לקבוצה אחת מינורות לאותן המינורות ולשנייה לא החליפו. אלו **שהחליפו דיווחו על שיפור** בתאורה. אפס השפעה פיזית. מטופל בונה השארה למה שהוא אמור להרגיש.

תופעה MPI- קבוצה גדולה של אנשים שמדווחים על סימנים למרות שאין סימנים אמיתיים.

בקבוצות גדולות שהן קשורים למשהו. אחד מהסברים, שאנשים ממאירים את הסימנים

של **לחץ** לסימנים פיזיים. הסבר אחר, שאנשים מרגישים משהו **לא ברור ואחד מהעובדים**

מפיץ השארה, הוא מרגיש לא טוב בגלל. או שהוא יודע שהוא חלה, זה **מתפשט כמו אש.**

Medical scool disease. זה מתחיל בתקופה מאוד לחוצה. זה נותן מידע שהוא חשוף לכל

מיני דבררים. זה דומה למשהם קוראים בספרים. לימוד מביא כל מיני סיבות. עם הסיבות

מגיעים לודעות. וזה יכול להתהפך למחלה אמיתית.

מערכת פסיכולוגית משפיע על סימנים ביולוגיים.

הסביבה שלנו לא יציבה ותוך האי-יציבות אנשים מוציאים פירושים. גם אם מידע היא כוזבת

לחלוטין. מפה מתחילות הבעיות.

מאמר.

Social comparence and perceptio of health.

איך אנחנו מפרשים את האי-ודעות? לא רואים ולא שומעים. איך דבר שאין לו גירוי משפיע?

אם התפיסה מבוססת על פירוש של גירויים, אמרנו אין גירוי, אין תפיסה. אבל יש תפיסה על

בסיס גירויים שלא חווים. אז מחליפים את האי-ודעות למשהו אחר. עובדה שאנחנו לא

יודעים משפיע עלינו. עם גרגירים שניכנסים קטנים אנחנו בונים משהו. אפילו שזה קטן ולא

נכון. למצוא לפחות משהו. הולכים לסביבה חברתית, לפחות למצוא משהו. אי-ודעות יורדת.

ירידה אי-ודעות מרגיע. אנשים מסתכנים בזה שמחפשים בכל כך מאמץ שיש להם סיכון

מהותי לקבל מידע לא נכון. מה יותר טוב? שאין מידע בכלל או מידע כוזבת.

אז מה טוב? בכלל לא מידע או מידע לא מנוון? ממקומות לא מוסמכים? כמה באמת אנשים

עושים את זה? למה מחפשים דעות שהם לא מהמומחים? למה מחפשים? איך זה משפיע

על המטופל. רעיון כבסיס, שאנשים לא מבינים את המצב הבריאותי שלכם. יש אי-בהירות

על המצב. לא כל הפרטי פרטים ברורים. טבעי לחפש את המידע. אנחנו לומדים מבית ספר

להשלים את המידע. אין בזה דבר לא טוב. הדבר המקופקק מאיפה הוא מוצאי את המידע.

כי המידע הרפואית היא לא מדויקת.

עג כמה שכיח שאנחנו מחפשים את המידע בחברה? הרבה. אנשים מדווחים שהם הושפעו

יותר מהסביבה מרופאים. שכיח מאוד. כנגד דעה רפואית.

יש לזה מוסג- lay referral- המלצות מעמך. המחבר שואל שאלה מאוד מעניינת? אם יש לך בעיה בבית, בחשמל, אתה תבקש ממהו מעמך? מה נותן לבן אדם את הביטחון להמליץ? תיאוריה של השוואה חברתית אומרת שכאשר אין דרך להעריך לצורה חברתית, אז אנחנו מתבססים על מקורות חברתיות. לנסות לגבות עם המלצות של עמך. פרקטי. יותר זול לשאול חברים. לוקח פחות זמן. יותר קל מאדם שהוא קרוב אליך או מזר. לא חד משמעי. לפעמים להפך. חברים הימנעו להמליץ על תהליכים כואבים לעומת אנשים מקצועיים. פחות סיכוי לשמוע חדשות לא טובים. אם בן אדם נוטה לא לבצע את ההמלצה, יותר קל לבטל על המלצה של מכיר מי מקור מוסמך. ולמה אנשים ממליצים? אם משהו בא להתייעץ, יש התחייבות לענות, לתת דעה. ההרגשה שמהו בא אליך, מגיע לו. כבוד. פיטויים, שקשה לעמוד מולם. מסכנות. צוות רפואי חייב לדעת שיש נטיעה לאנשים לשאול לא מומחים. אם אתה משאיר אדם בחושך, האי-ודעות, אתה דוחף אותו לעולם לא רפואי. אי-אפשר להגיד אני אטפל, על תדאג. הפרדה נפשית מהמטופל מביא את המטופל לתפיסה שלרופא לא שואלים כל כך. לא מראה אמפתיה, לא מתייחס, יותר מקצוען. עדיף לא לשאול. חשוב מי שואל? יש כאלו שקל להם לדבר על עניינים אישיים מאשר אחרים. מש פחות מוכן לחשוף את עצמו, הוא יותר יחפש את המידע מאחרים. אנשים שיש להם פחות ביטחון עצמי צריכים המלצות של אנשים אחרים, אישור חברתי. מוחצנים יותר ישאלו. אנשים דומיננטיים פחות פתוחים, כמו מיקוד שליטה פנימי. יותר יחפשו ייעוצים. התנהגות של רופא. לשאול מאיפה שמעת? לא לדחות. שכנוע הדו-צדדית. אתה שומע, אומר שיש בזה משהו. ואם אתה רוצה לדחות, לבטל, לדבר בעדינות, בגובה עיניים ולהסביר את הדעה שלך כהסבר אלטרנטיבי

שיעור 8.

שחיקה. Burnout.

עד כמה זה מעבודה.

חוסר רצון/יכולת ליהנות או לתפקד כמו שצריך מעבודה. תשישות נפשית אמוציונלית. בנוסף מציינים תופעה שנקראת די-פרסונליזציה. זה לא אישיות. זה קשר בין האדם והמקצוע שלו. אני מזדהה עם העבודה, העבודה היא שלי. קשר בינו אישית והמהות שלו. זה פרסונליזציה. דה-פרסונליזציה-זה איבוד את הקשר. בן אדם כבר לא נהנה, לא מזדהה עם העבודה שלו.

עוד תופעה במסגרת השחיקה זה ירידה בהישגים שלו. כאשר כל השנים שאנחנו בונים את הקשר שלנו. אנחנו בונים כל מיני הישגים בעבודה, אשר נקראים סיפוק בעבודה. גם לטובת התחום וגם לטובתו. בשלב של השחיקה הרצון להשיג את זה יורד. כאשר אין כבר קשר אמוציונלי, אין כבר קשר הדוק, אין מוטיבציה, זה מוגדר כשחיקה. זה הרבה יותר מעייף. המאמר מתייחס לשחיקה מתוך מערכות בריאות.

1. לחץ ומטח גבוה. Pressure and stress. זה מיוחד כי מדובר על חיים ומוות. אם להשוות עם מקצועות לחוצים אחרים, לדוגמה, פקחי אוויר. מותר להם לעבוד רק 4 שעות. קשר, הרבה מטרות. תנאי עבודה לא כל כך טובים. עומס עבודה מעל ונעבר לשעות. עומס פיזי-אחיות-הולכים ברגל. אי-ודעות. אין ביטחון מה לעשות. מחסור ביכולת/כוח להחליט.
2. כתוצאה מכך, ירידה באיכות הטיפול. מוטיבציה יורדת.

שחיקה מזווית של פסיכולוגיה חברתית. מציאה המחבר שמרכז בעיית השחיקה זה היחס בין המטפל והחולה. בין המטפל והסביבה החברתית שלו ולא מעבודה עצמה. של כמה מימדים של הבעיה.

1. מימד של הצלחה וכישלון וההשפעה של ההצלחה והכישלון בין היחסים מטפל ומטופל. ההצלחה ביחס מביא למוטיבציה, לסיפוק. ההצלחות עובדות כמגד השחיקה.

כישלונות הן בעיה הרבה יותר חמורה. מכון שהמטפל מצפה להצליח והרבה פעמים הם לא מצליחים. שכן אדם שם מטרה ורוצה להצליח. אם הוא לא מצליח, יש השלכות. הכל תלוי עד כמה הוא רוצה להצליח. הנושא המרכזי זה ציפיות. חשוב תיאום ציפיות. ככל שהציפיות יותר גבוהות. כאשר המוטיבציה חזקה גם הציפיות הן גבוהות, כך האכזבה היא גבוהה יותר. Learned Helplessness. חוסר עונים נלמד. אין לי מה לעשות. אני לא יכול, אני לא מסוגל. זה חוסר עונים שאנחנו לומדים אותו. כישלונות חוזרות. בן אדם לא מסוגל. כאשר מצב חדש עולה אותו אדם מתחיל כבר נכות מבחינת הביצוע. הוא לא מצפה להצליח ולכן הוא לא מצליח. דיכאון בא מחוויות של כישלון אחרי כישלון. בן אדם לא מצפה להצליח. בן אדם שוכח שיש מצבים שהוא יכול להצליח. אבל הוא עושה הכללות. מה אנחנו עושים עם זה? אנחנו מזינים אותם עם טעם של הצלחות. כדי לתת להם רק את הטעם של הצלחה. הצלחה גוררת הצלחה. אין טעם יותר טוב מהצלחה. מאוחר יותר, ובמיוחד שהם יזמים בעצמם, אומרם אני מאמין. הכישלונות האלו הם רבים ברפואה. זה אחד מהגורמים המרכזיים.

2. עוד מימד זה חוסר השליטה. האם היכולת שלך לשלוט על המהלכים? אתה במערכת או מקצוע שיש לך הזדמנות להשפיע על הסביבה. אתה במצב שהרבה פעמים אתה יכול לנבא. אתה במצבים שחוזרים על עצמם לנבא תוצאות. זה מספק. חשבת, הצלחתי. אני משפיע. זה נותן סיפוק בעבודה מאוד גבוה וסיפוק אישי. אתה מרגיש טוב. אין פסול בזה. כאשר אתה לא בשליטה, לא יכול לנבא מה קורה, יש לזה מכיר פסיכולוגי והמחיר הפיזי. יש חולה שלא מסכים לטיפול הנכון. הרופא לא יכול לשלוט. זה מביא למטח, תסכול, תוקפנות. תסכול מוגדר שיש לך מטרה, אתה יודע איך להגיע, אבל יש מחסום. אחיות מדווחות על תשישות נפשית גבוהה מאוד מהר. לאחיות יש יותר אפשרות לשחק עם העבודה.

3. מימד השלישי זה אי-ודעות. Ambiguity. זה מקור מרכזי לביצוע כושל וללחץ פסיכולוגי. זה בא מחוסר אינפורמציה אמינה. משהוא צריך לבצע מטלה, אבל המידע היא לא אמינה. למצב אי-ודעות יש קורלציות גבוהות עם לחץ דם גבוה, תחלופה במקצוע, חוסר סיפוק, סימנים של סטרס, חוסר משוב-Feedback.

המאמר מציין כמה תכונות אישיותיות שיכולות לתרום לסביבה. האם כל אחד סובל משחיקה באותה רמה? לא. אחד מהדברים זה תגובת ה MeaColpa - אני אשם. זה תכונה אישיותית. זה בעיה שלי, הייתי צריך להצליח. לא הולכים באופן אובייקטיבי לנושא. הייתי צריך לדעת. בעיה. איך לטפל בזה. אישיות זה לא דבר גנטי, אפשר לשנות אותה. אישיות זה מקבץ יחסית קבועה של התנהגויות. הצד השני- Actor Observer effect,

שיעור

המשך של שחיקה.

שחיקה ניתן להסביר ע"י גורמים חברתיים.

למרות כך, יש נטיה להתייחס לשחיקה כגורם אישי או אישיותי. זה שייך לאדם

אצמו אלא גם מבחינה אישיותית לאנשים שהוא מטפל בהם.

סביבה-סוג עבודה, אווירה בעבודה.

פנימי-סוג אישיות של בן אדם וסוג מטופלים. אישיות של אותו אדם שמטופלים בו. יש נטייה טבעית לחשוב אם הטיפול לא 100% שאני אשם. להרגיש אחראי יש גם העולמות אחרים.

לאומת זאת יש גם תופעה שנקראת אפקט השחקן צופה. Effector observer. כאשר משהו נפל, אנחנו אומרים הוא נפל. כאשר אנחנו נופלים, אנחנו אומרים שמהו דחף אותנו. משהו אשם.

למה תחום הבריאות אנחנו עדיין מסבירים את השחיקה ע"י גורם עצמי. כנראה יש משהו מיוחד בתחום. הדבר הראשון זה נטיה מוגזמת, מנופחת לייחס סיבתיות של הצלחות וכישלונות לעצמם. טוען המחבר שכאשר מערכת הבריאות הנושא כל כך גורלי והרצון להיות במקצוע הזה זה רצון של אשם שרוצה לתרום לעזור לחיים של אחרים. אתה מתחיל במקצוע הזה בהקדשה להצלה של חיי אדם. לכן, ההרגשה כאשר אתה מצליח חריפה, וכאשר אתה לא מצליח, היא גרועה. הכל מופנה לאדם עצמו. להתנהגות של מטפל. לכן, יש מין הערכת יתר של התנהגות של מטפל והערכה פחות ממש צריך של הגורמים החיצוניים. ולכן הנטייה זה יותר לקחת האחריות באופן אישי.

אנשים במערכת הבריאות בדרך כלל לא מחלקים את החוויות האישיות שלהם ונוטים לא להביע את המחשבות האישיות שלהם ואת האמוציות שלהם. לעמיתים בעבודה. ולמה זה? כי זה נראה לא מקצועי. אסור גם להביע רגש שאתה בא למטופל. שלא מחלקים פסיכולוגי, זה גבר שהוא כבד מאוד. יום אחרי יום אתה עובר חוויות שלא ניתן לחלק אותם. זה נתפס כלא מקצועי. האם זה צריך להיות כך? זה לעט משתנה. אובייקטיביות זה מה שמרחיק את בן אדם מכל מה שלא אובייקטיבי. לדוגמה אמוציות.

איך האדם מתפטר מהרגשה של אחריות אישית? שפורקים את ההול הזה, את האחריות. המטפל מתיר את האשמה לא על עצמו אלא על המטופל. כלומר, המדויקל מודול. המיקוד על אינדיבידואל עצמו. יותר או פחות האדם הוא אחראי. כל המערכת ממוקדת על הפרט. נפתח פה במבט הקיצוני על הפרט. לפעמים זה גורם למטפל להסתכל על המטופל בצד השלילי. הפרט המטופל מתחיל להיות די-חיומניזד. לא רוצה לטפל, מתעלם מכל המלצה.

יש 4 גורמים ראשיים לגישה השלילית והבט על המטופל. גורם אחד-זה מיקוד על הבעייתיות. האדם החולה הוא חולה, הוא חסר אונים, הוא לא יכול לשמור על עצמו. אותו מטופל הוא לא במסגרת הפרט הטיפוסי. הוא מי חוץ לתחום, הוא שונה מכולם.

הגורם השני זה משאוב שלילי.

הגורם השלישי סוג המגע בין מטפל ומטופל או מגע או חוסר מגע. הגורם השלישי זה שאין מגע אנושי בין מטפל ומטופל. מה קורה בטיפול נמרץ, ICU. הוא נראה פחות אנושי ממטופל גריל.

הדבר הרביעי זה חוסר תגובתיות של המטופל.

מה עושים אלו שסובלים משחיקה.

מתמקדים במצב. עשיתי הכל. זה לא עובד. נטול אמוציה.

הגישה האחד זה שאתה זוכר מה זה להיות רגוע, מה זה להיות בלי אחריות גישה שנייה אתה נקשר יותר לאנשים שניתן להתחבר איתם. אנשים שאתה לא רואה אותם כל יום. ידידים קרובים.

שני דרכים שונים. להתנתק מהאנושות ולהתחבר לאנושות. ניתוק מהשגרה.

Flexibility

Power nape-Siesta

מאמר

אוכלוסייה קשישה.

מבחינים בין מעמד קשישים היום ומה שהיה פעם.

בריא, עשיר ונבון.

הגישה היא גישה חיובית. בעל ניסיון, מחבבים בני משפחה, בדרך כלל מעריכים. רואים אותם כמאוד חשובים. למרות כל החיוביות אף אחד מאתנו לא מצפה להיות במקום הזה. לא מצפים מי הנאה גדולה מהזקנה.

3 הנחות קטלניות שעליהם מבוססת טיפול בקשישים.

1. מעט מאוד ניתן לעשות כדי להקל על הקושי של הקשישות.

2. קשישים יודעים שהשעה שלהם מתחת לשמש כבר עברו והם יכולים רק לשרוד, כי אני כבר עשיתי את שלי.

3. המערכת הבריאות במצב כל כך גרוע שזה לא משתלם להשקיע באוכלוסייה הזאת, אין לזה חזרה על ההשקעה.

והמסכנות של כל ההערכות האלו זה לא רק שמעט ניתן לשות לקשישים אלא גם לא כדאי.

יש השלכות לכך. אנשים מוכשרים לא נמשכים לטיפול בקשישים. לא נחמד.

מעבר לכך, מחקר על טיפולים למען האוכלוסייה הזאת לא מקבלת מימון.

אי-ודעות של קשישים שרואים את העתיד לא כזוהר לעודד ע"י חברה שלנו.

אנחנו לא הצלחנו לשנות את הגישה לקשישים במשך שנים. הגיל השלישי. זה תומך במרחק בין האוכלוסייה הצעירה ובין הקשישים. מדיה גם הכל לצעיר.

מה חושבים כאשר חושבים על זקנה-כאבים, חולשה, אבטלה, בעיות פיננסיות, בצל של המוות.

הקשישים של היום לא מתאימים לזה. יש רפואה לקשיש. הטיפול בקשישים זה הטיפול לאורך זמן. ההשקעה היא לטווח ארוך.

הבדל בין ציפיות למציאות.

במציאות לא כל כך נוחה. יש יותר ויותר זקנים. בגלל הטכנולוגיות האוכלוסייה הזאת רק תגדל. יש כבר תחרות בין אוכלוסיות האלו ובין אוכלוסיות צעירות יותר.

ציפיות של קשישים עצמם השתנו. הם כבר טעמו מה זה היה שהם היו צעירים. לוקחים עבודות שמביא אותם לקשר עם הצעירים יותר.

איפה אנחנו רואים תוצאות של זה? בכפר גמלאים.

מחקר שנעשה בהשוואה בין כפרים כאילו ואלו שגרים בדירות שאין להם שום קשר לדירות של קשישים. אבל הכל מתוכנן לקשישים. כל האווירה היא שונה.

ההרגשה שחיים בין צעירים. הם בדקו במשך 5 שנים. בין 80 ל 85.

ממצאים.

פחות אנשים מתו.

פחות היה צורך להיכנס לדיור מוגן.

יש תכניות לטווח ארוך במוסדות האלו. היו בתכניות חצי מהזמן יחסית אנשים בדיור מוגן. חצי הזמן להבראה מי דיור מוגן.

בשאלות סובייקטיביות ההבדלים היו מובהקים ועקביים.

זה הבדל בתפיסה.

מה לעשות? אנחנו, האוכלוסייה הכללית צריכה לגרום לכך שתופעה שנקראת גרונטופוביה יעלם. לחשוב על מה אנשים קשישים היום עושים. שלנות את

החשיבה. לשנות בשר של קוגניציה. צריך לחנך על צמצום הפערים

הפסיכולוגיים.

מבחן אמריקאי-התשובה בולטת. אפשר לבקש הסבר. לא להגיד מתלבטת. לא להגיד אתה אמרת כך.