

Fundacja OpiekunMedyczny.com.pl

Rocznik Opiekunów Medycznych (4)

2019

"Wykonuje to, czego nikt inny nie wykona.
W sposób, w jaki nikt inny nie potrafi.
Pomimo wszystkiego tego,
co każdy z nas przechodzi w życiu.
To właśnie jest opiekun medyczny." (Anonim)

W numerze między innymi:

- * Opieka nad osobami zakażonymi HIV
- * Nowe technologie w pracy opiekuna medycznego
- * Mity i stereotypy starości
- * Flebotomia a opiekun medyczny
- * Aktywność fizyczna w profilaktyce upadków wśród osób starszych
- * Profilaktyka stopy cukrzycowej
- * i wiele innych...

W Roczniku znajdziesz również gotową do wypełnienia deklarację przystąpienia do Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych!

Wrocław, 2019

FUNDACJA
 **Opiekun**.com.pl
medyczny

ROCZNIK OPIEKUNÓW MEDYCZNYCH 2019, TOM IV

Redakcja

Fundacja OpiekunMedyczny.com.pl, Dzbenin 85, 07-410 Ostrołęka

E-mail: kontakt@opiekunmedyczny.com.pl

mgr Bartosz Mikołajczyk – red. naczelny

©Fundacja OpiekunMedyczny.com.pl

Czasopismo wpisane do sądowego rejestru dzienników i czasopism, prowadzonego w sądzie okręgowym w Ostrołęce (sygn. akt I NS REJ 3/16)

Spis treści

| | |
|---|-----------|
| 1. Słowo wstępu..... | 4 |
| 2. Opieka nad osobą zakażoną HIV..... | 5 |
| 3. Nowe technologie w pracy opiekuna medycznego..... | 14 |
| 4. Starzenie się i starość - mity i stereotypy społeczne..... | 15 |
| 5. Dieta łatwostrawna | 21 |
| 6. Flebotomista..... | 27 |
| 7. Poszukiwany opiekun medyczny..... | 29 |
| 8. Aktywność fizyczna w profilaktyce upadków wśród osób starszych. | 33 |
| 9. Mindfulness – remedium na skołatane serce opiekuna?..... | 36 |
| 10. Jednolite standardy jakości opieki w domowym otoczeniu. Elastyczne i nowoczesne metody kształcenia opiekunów w ramach Akademii Hausengel. | 38 |
| 11. Profilaktyka stopy cukrzycowej..... | 40 |
| 12. Ogólnopolskie stowarzyszenie opiekunów medycznych..... | 44 |

Słowo wstępu

Kolejny rok za nami. Dynamicznie rozwija się Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych, pojawiają się nowe propozycje skierowane do opiekunów medycznych.

W tym roku konferencja odbywa się łącznie z Walnym Zgromadzeniem stowarzyszenia. Obie inicjatywy są ważne dla opiekunów medycznych i stąd decyzja by odbywały się jednego dnia – tak by ułatwić udział w obu wydarzeniach wszystkim zainteresowanym.

Pojawiła się również inicjatywa powołania flebotomisty jako kompetencji, którą OM może zdobyć dodatkowo. Niewątpliwie takie rozwiązanie byłoby możliwością rozwoju jak również propozycją nowych miejsc pracy (punkty pobrań). Popieramy takie rozwiązanie i mamy nadzieję, że szybko zostanie zakończona ścieżka legislacyjna.

Na zakończenie chciałbym zaprosić wszystkich na kolejną konferencję, która odbędzie się już 09.05.2020. Więcej informacji zamieszczać będziemy na naszej stronie:

www.OpiekunMedyczny.com.pl/konferencjaom

mgr Bartosz Mikołajczyk

Prezes Zarządu Fundacji OpiekunMedyczny.com.pl

Czym jest HIV/AIDS

HIV (human immunodeficiency virus po polsku ludzki wirus niedoboru odporności) to wirus, który atakuje układ immunologiczny człowieka powodując zmniejszenie ilości komórek odpornościowych. Namnażanie się wirusa powoduje, że organizm po jakimś czasie nie jest w stanie chronić się przed chorobami. Zakażenie HIV nie daje specyficznych objawów, zdarza się, że nie ma żadnych objawów lub przypominają one objawy grypy, dlatego identyfikacja zakażenia w początkowej fazie jest niezwykle trudna. Z powodu braku specyficznych objawów lekarze rodzinni mogą nie kierować pacjentów na badanie pod kątem obecności przeciwciał anti-HIV, zwłaszcza, jeśli pacjent ukrywa przed nim możliwe sytuacje ryzykowne.

W przypadku niewykrytego i/lub nieleczonego zakażenia HIV może dojść rozwinięcia się AIDS (acquired immune deficiency syndrome) czyli zespołu nabytego niedoboru odporności. Choroba ta charakteryzuje się bardzo niskim poziomem komórek cd4 (w USA diagnozę stawia się jeśli ilość komórek cd4 spadnie poniżej 200 w 1 mikrolitrze krwi). W przeciwieństwie do HIV w przebiegu AIDS występują choroby wskaźnikowe, które spowodowane są brakiem możliwości walki z chorobami przez organizm. Wśród chorób tych można wymienić drożdżycę dróg oddechowych, nawracające bakteryjne zapalenia płuc, mięśniaka Kaposiego a także inne.

Obecnie dzięki terapii antyretrowirusowej ilość zgonów z powodu AIDS znacznie zmalała – w 2013 roku 36 osób zmarło na AIDS, z czego 76% nie było leczonych przed rozpoznaniem AIDS. Oznacza to, że jedynie dzięki leczeniu można uniknąć ostatniego stadium zakażenia HIV jakim jest AIDS. Leki uniemożliwiają replikację wirusa, jednak nie usuwają go całkowicie z organizmu. Osoba zakażona HIV, która rozpoczęła leczenie powinna brać leki regularnie, zgodnie z zaleceniami lekarza, dzięki czemu ich przewidywana długość życia jest podobna do osób zdrowych. Kuracja polega na przyjmowaniu kilku składnikowych leków (może to być w formie od jednego do trzech tabletek) oraz regularnym badaniu krwi. Jak każde leki tak i te mogą mieć skutki uboczne, jednak w przeciwieństwie do pierwszych leków nie tylko są one znacznie skuteczniejsze ale i mają mniej skutków ubocznych.

Jeszcze przez długi czas od wykrycia wirusa HIV i odkrycia dróg przenoszenia mówiło się o grupach ryzyka. Takimi grupami miały być osoby świadczące usługi seksualne, osoby homoseksualne i osoby przyjmujące narkotyki drogą dożylną. Takie uproszczenie jednak powodowało fałszywe poczucie bezpieczeństwa u osób spoza tych grup. W końcu nie byli oni w grupie ryzyka a więc problem ich nie dotyczył. Z racji tego, że zakażenie może spotkać każdego obecnie mówi się o ryzykownych zachowaniach, które mogą spowodować zakażenie.

Do zakażenia HIV może dojść podczas kontaktu z zakażonymi płynami zakaźnymi którymi są: krew, wydzieliny narządów płciowych, płyn mózgowo-rdzeniowy i mleko matki. Należy pamiętać, że wszystkie pozostałe płyny (np. ślina czy mocz) nie są zakaźne i w przypadku kontaktu z nimi nie ma możliwości zakażenia się HIV. Wyjątkiem jest sytuacja, w której płyn ten zmieszany jest z płynem zakaźnym (np. mocz wymieszany z krwią), jednak wciąż to płyn zakaźny zawiera HIV.

HIV przenosi się tylko poprzez kontakt z płynami zakaźnymi, drogą kontaktów seksualnych lub też drogą wertykalną (w trakcie ciąży, porodu i karmienia z zakażonej matki na dziecko). W przypadku par, w których jedna osoba (lub obie) jest zakażona HIV istnieje możliwość urodzenia zdrowego dziecka przy braku (lub niewielkim) ryzyku transmisji HIV na drugą osobę. W przypadku chęci posiadania dziecka pary te powinny otrzymać wsparcie informacyjne jak mogą to osiągnąć.

Chociaż wykrycie zakażenia HIV jest bardzo proste to nadal niewiele osób zdecydowało się wykonać taki test. W większości dużych miast istnieją bezpłatne i anonimowe punkty konsultacyjno-diagnostyczne, które oferują testy na HIV. Większość z nich oferuje tradycyjne badania krwi, chociaż coraz częściej spotykane są szybkie testy, którym wystarczy 15 minut by rezultat był widoczny. Zawsze testy te wymagają jednak potwierdzenia badaniem krwi. W przebiegu ciąży jednym z zalecanych testów, które ginekolog powinien zlecić jest test na HIV. Wiele organizacji pozarządowych prowadziło kampanie propagujące testowanie się, jednak wciąż odsetek osób testujących się regularnie jest niewielki, a wiele osób, które zostało zdiagnozowanych było pewnych, że wynik będzie negatywny.

Nie należy jednak straszyć HIV i osobami zakażonymi HIV – osoba zakażona może prowadzić taki sam tryb życia (lub delikatnie zmodyfikowany pod kątem leczenia) jak wcześniej, a w codziennym życiu z osobą zakażoną HIV nie ma ryzyka zakażenia, tak długo jak nie mamy kontaktu z płynami zakaźnymi. Chociaż często myśli się o HIV w kategoriach ciężkiej, nieuleczalnej choroby, którą można łatwo nabyć to należy zauważyć, że ryzyko zakażenia w przypadku zakłucia się zakażoną igłą wynosi 0,32%, a znacznie łatwiej jest zakazić się HBC lub HCV (wirusy te w dodatku łatwiej mogą przeżyć poza organizmem człowieka, a także potrzebna jest mniejsza ilość krwi by doszło do zakażenia).

Mity na temat HIV

Jako, że nadal wśród niektórych publikacji dostępnych w internecie znajduje się sporo nieprawdziwych informacji chcielibyśmy by opiekunowie medyczni potrafili odsiać nieprawdziwe informacje od tych prawdziwych. Poniżej wypisaliśmy niektóre z najpopularniejszych mitów i przekonania na temat HIV, które chcielibyśmy omówić, tak by każdy om miał tylko rzetelne informacje.

HIV można zakazić się dotykając osoby zakażonej.

Nie. HIV przenoszony jest tylko poprzez płyny zakaźne (krew, sperma, śluz z pochwy, śluz z odbytu, mleko matki, płyn mózgowo-rdzeniowy), nie jest możliwe zakażenie się

przez kontakt z moczem, kałem, śliną lub innymi płynami niezakaźnymi.

Opiekując się osobą zakażoną HIV muszę być ostrożniejszy niż zwykle.

Nie. Wszelkie czynności wykonywane podczas opieki nad pacjentem powinny być wykonywane z zachowaniem najwyższych standardów. Obecne standardy opieki są wystarczające by ryzyko zakażenia HIV nie istniało lub było minimalne, nie ma zatem konieczności podejmowania dodatkowych środków bezpieczeństwa, ponad te, które są stosowane przy opiece nad każdym pacjentem.

Osoby zakażone HIV nie żyją zbyt długo.

Obecnie długość życia osób zdiagnozowanych jest podobna do osób zdrowych.

Problem HIV już praktycznie nie istnieje.

Szacuje się, że 70% osób zakażonych nie wie o tym, wiele osób dowiaduje się o zakażeniu niejako przypadkowo lub gdy odporność jest już dość niska. Pomimo dużej świadomości na temat możliwości redukcji ryzyka nadal wiele osób podejmuje ryzykowne zachowania. Dzięki skutecznemu leczeniu zmniejsza się liczba osób chorych na AIDS, jednak coraz więcej osób diagnozowanych jest jako zakażonych HIV. Może to wynikać z większej świadomości pacjentów ale i również pojawianiem się objawów zmniejszonej odporności po dłuższym czasie od zakażenia.

Leki nie są skuteczne.

Pierwsza generacja leków wydłużała życie osób zakażonych o kilka miesięcy, jednocześnie miała wiele skutków ubocznych. Leki te nie były również skuteczne z powodu włączania ich przy niskim poziomie cd4. Obecne leki są znacznie bardziej skuteczne w zapobieganiu namnażania HIV i mają mniej skutków ubocznych, a ich rezultaty w postaci zmniejszenia ilości wirusa i zwiększenia ilości cd4 widać bardzo szybko. Jak każdy lek tak i te mogą mieć skutki uboczne, jednak oferują osobom zakażonym możliwość poradzenia sobie z zakażeniem i życia o znacznie lepszym komforcie niż bez nich.

Testy bardzo często nie wykrywają zakażenia.

Szybkie testy mają praktycznie 100% dokładność jeśli chodzi o odsiewanie osób niezakażonych. Może się zdarzyć, że ten test wypadnie fałszywie dodatni, dlatego zawsze jest potwierdzany badaniem krwi. Nie wykrycie zakażenia w teście może być związane z okienkiem serologicznym (wtedy w organizmie nie ma jeszcze przeciwciał, wykrywanych przez test, choć doszło już o zakażenia) lub zaburzeniami/chorobami które zafałszują wynik. Niewykrycie w teście zakażenia jest jednak bardzo rzadkie. Z uwagi na okienko serologiczne test należy wykonać po ok. 3 miesiącach od ryzykownego zachowania.

Jeżeli dowiem się, że na oddziale leży osoba zakażona HIV to muszę przekazać tę informację wszystkim współpracownikom.

Jeżeli dowiesz się, że na oddział trafiła osoba zakażona HIV to po pierwsze nie panikuj.

Opieka nad nią nie wymaga dodatkowych środków bezpieczeństwa a może tylko spowodować dyskomfort. Upewnij się, kontaktując się z pielęgniarką przełożoną, że mają taką informację, jednak na tym ogranicz komu przekazujesz tę wiadomość. Ryzyko transmisji wirusa w przypadku osób zakażonych, świadomych zakażenia i przyjmujących leki na opiekuna medycznego praktycznie nie istnieje. W dodatku jak potwierdziły badania sama świadomość opieki nad osobą zakażoną HIV sprawiła, że częściej dochodziło do zakłuc. Stosuj zawsze takie same środki bezpieczeństwa w stosunku do każdego pacjenta – to jest wystarczające. Pamiętaj, że jest wiele innych typów wirusa, którymi można się łatwiej zakazić, a które są tak samo (jeśli nie bardziej) groźne. Traktuj każdego pacjenta, jak by był zakażnie chory i stosuj te same środki bezpieczeństwa (rękawiczki, mycie rąk, dezynfekcja sprzętu).

Osoby zakażone HIV nie mogą mieć dzieci.

Osoby zakażone HIV, jeśli nie miały problemów z płodnością przed zakażeniem, nie będą miały ich również po. Problemem może być chęć urodzenia zdrowego (niezakażonego HIV) dziecka jak i uniknięcie transmisji wirusa na drugiego partnera. W przypadku zakażonej matki należy brać leki przez całą ciążę, poród powinien być przeprowadzony poprzez cesarskie cięcie i nie należy karmić piersią. W przypadku zakażonego mężczyzny można skorzystać z zabiegu wirowania nasienia które oddzieli plemniki od wirusa, co poprzez zapłodnienie pozaustrojowe, umożliwi dalszy rozwój dziecka. Jeśli para w której jedna lub obie osoby są zakażone chce posiadać dziecko powinna skonsultować się z ginekologiem lub seksuologiem, którzy będą mogli ją wesprzeć w doborze możliwości zminimalizowania ryzyka transmisji HIV.

Tylko homoseksualiści, prostytutki i narkomanie mogą się zakazić.

Chociaż pierwotnie odnotowywano przypadki zakażenia HIV wśród mężczyzn mających stosunki z mężczyznami to obecnie, dzięki większej świadomości na temat mechanizmu zakażenia wiemy, że zależy to bardziej od trybu życia i podejmowania ryzykownych zachowań bardziej niż przynależności do grupy społecznej. W niektórych krajach obserwuje się najwięcej nowych zakażeń wśród osób heteroseksualnych, niektóre przypadki spowodowane są ryzykiem zawodowym (kontakt z krwią lub zakłucia), dzieci matek zakażonych HIV mogą urodzić się zakażone. Tworzenie „grup ryzyka” i przypisywanie tylko im możliwości zakażenia się tworzy piętno, którego osoby zakażone chcą uniknąć, a także poczucie, że osoba nie należąca do tej grupy nie może się zakazić (co może skutkować podejmowaniem ryzykownych zachowań i zwiększeniem ryzyka zakażenia się). Osoby zakażone HIV pochodzą z wielu grup społecznych.

Jedynym sposobem na uniknięcie zakażenia jest bycie wiernym partnerowi/partnerce.

Po części jest to prawda. W przypadku par, które tworzą monogamiczne związki i przed stworzeniem związku nie były zakażone ryzyko zakażenia drogą seksualną nie będzie istniało. Należy jednak pamiętać, że do zakażenia HIV mogło dojść przed stworzeniem tego związku lub też w inny sposób (choćby zakucie w pracy).

W przypadku kontaktów seksualnych ryzyko zakażenia jest takie samo w przypadku kobiety jak i mężczyzny.

Ryzyko zakażenia zależy od wielu czynników. W przypadku stosunku waginalnego ryzyko zakażenia jest wyższe dla kobiet – wynika to między innymi z długości kontaktu z zakażonym płynem. Na ryzyko wpływ ma nie tylko to jak długo mamy kontakt z zakażoną substancją, ale i możliwość tworzenia się otarć i mikrouszkodzeń, tego czy kontakt z płynem zakaźnym był poprzez błony śluzowe (większe ryzyko) czy naskórek.

Komary mogą przenosić HIV wraz z krwią osoby zakażonej.

Nie jest to możliwe. Nie tylko ilość krwi jest zbyt mała by doszło do zakażenia, ale i HIV nie ma możliwość powielania się w ciele zwierząt lub owadów. Nie należy zapominać, że aparat gębowy komara jest tak skonstruowany by zasysać krew.

Nie ma ryzyka podczas niezabezpieczonego stosunku dwóch osób zakażonych HIV.

Istnieje kilka rodzajów HIV. W przypadku niezabezpieczonego stosunku dwóch osób zakażonych HIV istnieje ryzyko nadkażenia – czyli zakażenia się inną odmianą HIV. Niektóre odmiany mogą być odporne na część leków co w dalszej perspektywie może spowodować mutacje wirusa oraz uniemożliwić skuteczne leczenie.

Można zakazić się HIV podczas pocałunku.

Zakażenie przez kontakt ze śliną jest niemożliwe. Ślina musiałaby być wymieszana z krwią, w dodatku w jamie ustnej drugiej osoby musiałaby być uszkodzenia umożliwiające wniknięcie wirusa do organizmu. Jednym słowem przy pocałunku obie osoby musiałaby krwawić z ust, i to dość obficie, a to raczej nie sprzyja pocałunkom.

Prezerwatywy mają mikropory i nie chronią przed zakażeniem.

Jest to mit, który jest bardzo niebezpieczny nie tylko w kontekście HIV, ale i wszelkich chorób przenoszonych drogą płciową. Prezerwatywa jest nieprzepuszczalna (wystarczy napęczyć ją wodą i samemu sprawdzić) i na obecną chwilę jest najskuteczniejszym sposobem redukcji ryzyka zakażenia HIV. Należy jednak pamiętać, że nieodpowiednio przechowywana (zbyt ciepłe pomieszczenie) lub nieodpowiednio użyta (za duża lub też źle nałożona) może pęknąć lub zsunąć się, co uczyni ją bezużyteczną.

By uniknąć ryzyka zakażenia każdy sprzęt powinien być zdezynfekowany.

Każdy sprzęt jednorazowego użytku powinien być wyrzucony, a wielokrotnego użytku odpowiednio zdezynfekowany, niezależnie czy pacjent jest zakażony HIV czy nie.

Do zakażenia HIV może dojść podczas transfuzji.

W przypadku zakażenia przez przetoczenie krwi od osoby zakażonej HIV ryzyko zakażenia jest bardzo wysokie. Jest to związane z ilością krwi która zostaje podana. Jednak dzięki procedurom, przez które musi przejść pobrana krew jest niemożliwe by doszło do zakażenia w ten sposób. Każda krew po pobraniu jest badana, dzięki czemu nie

ma możliwości by została podana krew osoby zakażonej HIV. W Polsce nie odnotowano przypadku zakażenia w wyniku transfuzji krwi.

Do zakażenia HIV może dość podczas wizyty u dentysty.

Każdy dentysta powinien sterylizować sprzęt wielokrotnego użytku i wyrzucać jednorazowy. Dzięki stosowaniu się do tych procedur nie ma ryzyka transmisji wirusa.

Do zakażenia HIV może dość podczas wizyty u kosmetyczki.

Chociaż może się zdarzyć, że kosmetyczka nie zdezynfekuje czy też nie umyje narzędzi to na ogół nie mają one kontaktu z płynami zakaźnymi. Ryzyko zakażenia HIV nie istnieje.

Do zakażenia HIV może dość podczas wizyty u tatuażysty.

W przypadku chęci wykonania tatuażu należy zwrócić uwagę czy sprzęt jest jednorazowy (najlepiej jeśli zostanie otwarty i założony przy nas) na ogólne warunki higieny. W przypadku korzystania ze sprzętu jednorazowego nie ma ryzyka zakażenia HIV.

Stosunek oralny jest bezpieczny i nie można się zakazić HIV podczas niego.

Stosunek oralny jest bezpieczniejszy niż waginalny lub analny, jednak istnieje ryzyko zakażenia się HIV. Wszystko zależy ponownie od stanu naszej jamy ustnej i języka, długości kontaktu z zakaźnym materiałem i innych.

Test na obecność HIV należy wykonać jak najszybciej.

Test należy wykonać po 3 miesiącach od potencjalnie ryzykownej sytuacji. Wynika to z tego, że test nie bada obecności wirusa a przeciwciał, które są tworzone do ok. 12 tygodni od zakażenia. Wcześniej wykonany test może wykazać negatywny wynik pomimo zakażenia.

W trakcie okienka serologicznego (ok. 3 miesiące od zakażenia) nie ma ryzyka transmisji HIV.

HIV namnaża się już w momencie wniknięcia do organizmu, co oznacza, że może dojść do transmisji wirusa, chociaż test jeszcze nie jest w stanie go wykazać. W takiej sytuacji najlepiej wstrzymać się z niezabezpieczonymi kontaktami seksualnymi do czasu kiedy test będzie mógł być wykonany.

Osoba która bierze leki nie może zakazić innej osoby.

Ryzyko transmisji wirusa zależy również od poziomu wirusa w organizmie. W przypadku, gdy dzięki lekom poziom wirusa zmniejszony został do niewykrywalnego poziomu ryzyko zakażenia jest niewielki. Pomimo tego, że jest niewielkie to nadal istnieje ono.

Osobę zakażoną HIV da się poznać po wyglądzie.

Nie. Są pewne choroby wskaźnikowe w przypadku AIDS, jednak w przypadku osoby niezorientowanej nie spowoduje to wykrycie choroby. Osoby zakażone HIV nie mają cech wyglądu, dzięki którym da się ich poznać.

Można brać leki, które chronią przed zakażeniem.

Coraz częściej mówi się o profilaktyce przedekspozycyjnej (PREP) – osoby niezakażone biorą leki, które uniemożliwiają replikację wirusa, co uniemożliwia nabycie wirusa. Podobne leki stosowane są w profilaktyce poekspozycyjnej (np. w przypadku zakłucia zużytą igłą). W niektórych krajach partnerzy osób zakażonych HIV, które same nie są zakażone mogą otrzymać leki, tak by zmniejszyć ryzyko zakażenia w związku. Należy jednak zwrócić uwagę, że leki te zmniejszają ryzyko zakażenia, na które ma wpływ również długość i częstość ekspozycji.

Osoby zakażone HIV ukrywają swój status.

Zgodnie z prawem osoba zakażona musi ujawnić swój status tylko i wyłącznie partnerowi/partnerce seksualnej. Powiadomienie innych osób to wyłączna decyzja pacjenta, którą należy szanować. Zdarza się, że osoby nie informują innych lekarzy (np. dentystów) o swoim statusie, jeśli nie ma to wpływu na leczenie a może spowodować odmowę świadczenia opieki. Wciąż jeszcze HIV jest pewnym stygmatem i nie mówi się o nim jak o chorobie przewlekłej, dlatego osoby zakażone HIV raczej unikają informowania innych o swoim statusie serologicznym.

Opieka nad osobą zakażoną HIV/AIDS

Osoby zakażone HIV/AIDS w większości przypadków nie potrzebują dodatkowej lub specyficznej opieki. Przede wszystkim warto tworzyć taką atmosferę, w której nie stygmatyzujemy takiej osoby. Osiągnąć to można w prosty sposób – traktując takiego pacjenta jak każdą inną osobę i stosować te same zasady higieny i bezpieczeństwa pracy jak u każdej innej osoby. Nie traktuj HIV jako czegoś przed czym musisz się dodatkowo chronić – ryzyko zakażenia HIV jest niewielkie, a szacuje się, że 70% osób zakażonych HIV nie wie o zakażeniu. Osoba świadoma zakażenia najczęściej bierze leki, które powodują, że ryzyko zakażenia jest wirtualne i praktycznie nie istnieje. W codziennej pracy warto pamiętać, że pacjenci mogą o wielu swoich chorobach nie wiedzieć i każdego należy traktować jako potencjalnie chorego, przy czym obecne standardy opieki są wystarczające w większości przypadków. Zdarza się, że osoby świeżo zdiagnozowane potrzebują opieki psychologa – jeśli spotkasz taką osobę to postaraj się pokierować ją do miejsc, które mogą ją wspomóc. Dodatkowa opieka nad osobą zakażoną HIV jest z reguły potrzebna w przypadku schorzeń nie związanych z zakażeniem, które mogą dotyczyć każdego, niezależnie od statusu serologicznego. Wszelkie wątpliwości dotyczące opieki konsultuj z pielęgniarką lub przełożonym, którzy poradzą ci jak realizować swoje zadania. Należy jednak pamiętać, że chociaż opiekun medyczny nie wykonuje iniekcji to jeśli dojdzie do zakłucia zużytą igłą, należy niezwłocznie poinformować o tym przełożonych, tak by włączyć procedurę profilaktyki poekspozycyjnej.

Rola opiekuna medycznego w profilaktyce HIV/AIDS?

Czy opiekun medyczny może mieć rolę w profilaktyce zakażeń lub też w zmniejszaniu ilości nowych zakażeń i wykrywaniu już istniejących? Jak najbardziej. Wokół HIV narosło wiele mitów, które nadal krążą w społeczeństwie. Opiekun medyczny powinien ciągle doskonalić swoją wiedzę, dzięki czemu jest w stanie lepiej reagować na wyzwania codziennej pracy. Zdarza się, że personel medyczny pomimo wysokiej wiedzy nie miał do tej pory styczności z osobami zakażonymi HIV i kieruje nim lęk lub też zwyczajnie niewiedza. W takiej sytuacji widząc zagrożenie możliwością wykluczenia takiej osoby z systemu ochrony zdrowia opiekun medyczny może edukować współpracowników – odsyłając do fachowej literatury. Opiekując się pacjentem daje też przykład, że zagrożenie zakażeniem nie istnieje i nie należy traktować takiej osoby w specjalny sposób czy z większą dozą ostrożności. Większe dbanie o bezpieczeństwo pracownika tak naprawdę powoduje odwrotny skutek – zwiększenie ilości zakażeń – dlatego też należy stosować wszelkie zasady bezpieczeństwa, ale tylko takie jak w przypadku każdego innego pacjenta lub też stosowne do sytuacji. Warto mieć świadomość tego jak można się zakazić by lepiej walczyć z mitami na temat HIV.

Opiekun medyczny może mieć też swoją rolę w profilaktyce nowych zakażeń – szerząc wiedzę na temat tego w jaki sposób chronić się przed zakażeniem HIV (i wieloma innymi wirusami lub chorobami). Chociażby poprzez promocję zdrowia seksualnego obejmując m.in. korzystanie z prezerwatyw (zwłaszcza w przypadku przygodnego seksu), testowanie pod kontem HIV przed rozpoczęciem współżycia czy też wierność w związku. W przypadku osób, które mogły mieć pozazawodowe narażenie na zakażenie HIV (gwałt, zakłucie igłą niewiadomego pochodzenia) należy jak najszybciej poprosić osobę o zgłoszenie się do szpitala zakaźnego prowadzącego terapię antyretrowirusowa.

Na ostatnim polu, czyli wykrywanie istniejących zakażeń, opiekun medyczny może też wiele zdziałać - chociażby informując gdzie można wykonać bezpłatne badania na obecność HIV (można to sprawdzić na stronie krajowego centrum ds. AIDS), zwłaszcza jeśli wie, że osoba mogła mieć ryzykowne zachowania w swojej historii.

Wsparcie może się też wyrazić w kierowaniu osób zakażonych do miejsc, w których mogą uzyskać wsparcie – organizacje pozarządowe, szpitale. Przede wszystkim opiekun medyczny najwięcej dobrego zdoła podchodząc z szacunkiem do osoby zakażonej HIV. Szacunkiem, który należy jest każdemu pacjentowi, niezależnie od stanu zdrowia i historii życiowej. W opiece nad pacjentem należy zawsze stosować środki bezpieczeństwa (jednorazowe rękawice, mycie i dezynfekcja rąk oraz sprzętu, wyrzucanie materiałów potencjalnie zakaźnych do odpowiedniego worka itp.)

Jak opiekować się osobą zakażoną HIV?

Podstawową zasadą jest stosować te same zasady opieki do każdego pacjenta – zakładanie rękawiczek, mycie i dezynfekcja rąk to wystarczające sposoby, które minimalizują ryzyko zakażenia HIV. W praktyce szpitalnej dowiedziono że pielęgniarki opiekujące się osobami zakażonymi HIV znacznie częściej zakłuwają się, jeśli wiedzą o pozytywnym statusie serologicznym pacjenta. Wyjaśnienie jest proste – pielęgniarki w

obawie o możliwość zakażenia starały się podejmować dodatkowe działania, stresowały się, chociaż wykonywały te czynności wielokrotnie a w wyniku tego były bardziej roztargnione i skłonne do pomyłki. A wystarczyłoby postępować tak samo jak z każdym pacjentem by uniknąć zakłóć. Obecnie stosowane procedury skutecznie chronią przed możliwością zakażenia HIV (jak i wieloma innymi chorobami zakaźnymi) i nie ma potrzeby podejmowania dodatkowych działań, wręcz jest to szkodliwe dla pacjenta (stygmatyzacja, niechęć do podjęcia opieki i traktowanie pacjenta jako gorszego) ale i dla personelu (większe ryzyko zakłóć). Dodatkowe działania należy podejmować wyłącznie jeśli wymaga tego stan pacjenta – tak samo jak u każdego innego pacjenta. Należy również pamiętać, że przy obecnym poziomie leczenia najlepszym sposobem na zminimalizowanie ryzyka transmisji jest testowanie się jeśli podejmujemy ryzykowne zachowania lub mamy kontakt z krwią. Świadomość zakażenia i podjęcie leczenia pozwoli na zmniejszenie ilości kopii wirusa do niewykrywalnego poziomu przy którym ryzyko zakażenia praktycznie nie istnieje.



HiDone zmienia rynek pracy opiekunów medycznych

Lada moment na polskim rynku pojawi się aplikacja mobilna, która odpowie na potrzeby opiekunów medycznych i ich klientów. HiDone umożliwi Twoim obecnym i potencjalnym klientom szybkie i proste znalezienie Twoich usług. Płatność odbywa się w aplikacji, dzięki czemu pieniądze wysyłane są na Twoje konto w przeciągu 24 godzin od wykonania usługi. To tylko niektóre z opcji HiDone - darmowej aplikacji. Tak, darmowej.

W zawodzie opiekuna medycznego, tak jak w innych zawodach, możesz zetknąć się z pewnymi niezależnymi od Ciebie przeszkodami. Ograniczenia prawne w marketingu usług medycznych powodują brak zleceń od nowych klientów. Brak reklamy lokalnej powoduje, że nie wiesz czy ktoś w Twojej okolicy nie potrzebuje właśnie pomocy opiekuna medycznego. Na te wszystkie potrzeby odpowiada HiDone - pierwsza na rynku aplikacja stworzona z myślą o opiekunach medycznych.

- Do niedawna wiele podróżowałem. Będąc w delegacji często dostawałem “emergency call” od moich bliskich, zwłaszcza rodziców. To były różne sytuacje, z reguły natury zdrowotnej - mówi Mirosław Janik, pomysłodawca i twórca HiDone - Gdy samemu nie mogłem im pomóc, pomyślałem że brakuje aplikacji, która szybko znalazłaby taką pomoc. Tak zrodziła się idea HiDone.

HiDone to prosta w obsłudze darmowa aplikacja na urządzenia mobilne, która po prostu łączy ludzi. Z jednej strony znajdują się ci, którzy potrzebują pomocy. Z drugiej strony znajdujesz się Ty - opiekun medyczny, który jest w stanie tej pomocy udzielić. Klienci sami znajdują Cię na podstawie ustawionej w telefonie lokalizacji. Wyszukiwać mogą zarówno po kategoriach, jak i podkategoriach oraz słowach kluczowych: jeśli jako opiekun medyczny specjalizujesz się w arteterapii, klienci znajdą Cię po słowach kluczowych z nią związanych.

Przygodę z HiDone zaczynasz od stworzenia swojego profilu pracownika. Ustalasz cenę swoich usług oraz dostępność czasową. To wystarczy, by klienci mogli umówić Cię na wizytę. Cała płatność dokonywana jest online i pieniądze trafiają na Twoje konto w przeciągu 24 godzin.

- Aplikacja powstała z myślą o opiekunach medycznych, ponieważ to wyjątkowo istotny zawód, który wymaga zaufania i dużej dawki empatii. Bez tego łączenie ze sobą ludzi, którzy potrzebują takiej pomocy z tymi, którzy jej udzielają jest niemożliwe. Planujemy otworzyć się na inne zawody, w tym związane z opieką. Chcemy w ten sposób dać opiekunom możliwość zarobienia dodatkowych pieniędzy w czasie wykonywania swojego podstawowego zawodu - dodaje Mirosław Janik.

Premiera aplikacji HiDone na urządzenia mobilne z systemem Android planowana jest na czerwiec 2019 roku



HIDONE

Starzenie się i starość - mity i stereotypy społeczne

dr n. hum. Joanna Kliszc

Psycholog,
autorka książki „Psychologia w
zawodzie i w pracy opiekuna
medycznego” wyd. GWP

Mity, stereotypy, a także uprzedzenia są to silnie ugruntowane, pokoleniowo uwarunkowane przekonania na temat osób, zjawisk, grup społecznych. Dotyczą płci, rasy, koloru skóry, światopoglądu, orientacji seksualnej, mniejszości etnicznych, również etapów rozwojowych, a w tym aspekcie szczególnie wieku, który jest utożsamiany ze starością, choć prawdę mówiąc, młode pokolenie też bywa wciskane w ramy stereotypu „rozwydrzonej młodzieży”, „ludzi pozbawionych zasad”, „jednostek wychowanych bezstresowo, nienauczonych szacunku dla starszych” etc. W jaki sposób negatywne postrzeganie kogoś lub czegoś może utrudnić funkcjonowanie i wykorzystanie własnego potencjału? Odpowiedzi na to pytanie odnajdziemy w licznych badaniach, którymi może się poszczycić psychologia społeczna. Jedno z nich ukazuje różnice w wynikach egzaminu, do którego przystąpili biali i czarnoskórzy studenci. Jedni i drudzy radzili sobie bez większych trudności z zadaniami, ale...do czasu. Wyjątek pojawił się w sytuacji, w której przed rozpoczęciem egzaminu studenci mieli zaznaczyć swoją przynależność rasową. Zwrócenie uwagi na różnice rasowe spowodowało, że czarnoskórzy zdający uzyskali gorsze wyniki niż biali. W ten sposób potwierdzili kulturowy stereotyp, iż Murzynów¹ charakteryzuje niższy poziom inteligencji niż przedstawiciele rasy białej. (Kenrick, Neuberg, Cialdini, 2002). Uprzedzenia i stereotypowe postrzeganie innych ras i narodowości, na przykład Latynosów w społeczeństwie amerykańskim dało się zaobserwować w traktowaniu klientów agencji nieruchomości. Niezależnie od zasobów finansowych potencjalnych nabywców pośrednicy namawiali Latynosów do zakupu mieszkań i domów na terenach uznawanych za gorsze i zamieszkałych przez mniejszości latynoamerykańskie. Klientom rasy białej, niejednokrotnie uboższymi niż latynosc, proponowali natomiast dzielnice uchodzące za bardziej prestiżowe. Stereotypy narodowościowe, eksponujące bądź piętnujące określone cechy funkcjonowały od zawsze i nic nie wskazuje, by ta tendencja miała się zmienić. W dzisiejszych czasach nadal mówi się o Niemcach ceniących porządek i dyscyplinę, Żydach – zamożnych bankierach i sprytnych lichwiarzach, Arabach - terrorystach posiadających wiele żon i nieskończone zasoby ropy. My Polacy to także obiekt uproszczonych, często złośliwych opinii ze strony innych nacji. Uchodzimy za pieniaczy z ułańską fantazją, nie stroniących od alkoholu, przy tym niezbyt rozgarniętych. Czesi uważają nas za naród o wysokim mniemaniu, przekonany o swojej wyjątkowości. Stereotypy narodowościowe trafnie ilustruje dowcip o

¹ Cytowane badania pochodzą z czasów (lata sześćdziesiąte i siedemdziesiąte), kiedy osoby czarnoskóre nazywano Murzynami. Obecnie określenie to nabrało charakteru zdecydowanie pejoratywnego i bardziej „poprawne politycznie” jest słowo Afroamerykanin

różnicy pomiędzy rajem i piekłem: *raj jest tam, gdzie policja jest brytyjska, kucharze – włoscy, kochankowie – francuscy; mechanicy to Niemcy, a zarządzają wszystkim Szwajcarzy. Piekło natomiast tam, gdzie kucharze to Brytyjczycy, mechanicy to Francuzi, kochankowie – Szwajcarzy, porządku pilnuje niemiecka policja, a organizacją całości zajmują się Włosi*. Walter Lippmann – autor klasycznej definicji stereotypu zwraca uwagę na typowo ludzką potrzebę szukania prawidłowości w ogromnej złożoności świata zewnętrznego, na odwoływanie się do tego, co nasza kultura zdążyła już zdefiniować. Współczesny człowiek nie ma czasu ani możliwości, by zaznajomić się ze wszystkim, co go otacza, dlatego spostrzega cechy, które odzwierciedlają coś dobrze znanego, a resztę obrazu wypełnia tym, co nosi w swojej głowie. Zachodzi tu zjawisko pewnej kategoryzacji, czyli łączenia podobnych do siebie przedmiotów i zjawisk w określone całości, wobec których jednostka ma określone oczekiwania (Nowak, 1999). Stereotyp społeczny oznacza zatem tendencję do uproszczonego, zdeformowanego spostrzegania grup ludzi, których wyodrębnia się ze względu na jakąś ważną cechę, określającą ich tożsamość. Najczęściej chodzi tu o płeć, pochodzenie społeczne, rasę, zawód, wyznanie oraz wiek. Stereotyp jest odporny na zmiany, dziedziczony kulturowo, nie różnicuje jednostek w danej grupie, traktując wszystkich jak jednolitą masę. Stereotypowego myślenia uczymy się, naśladowując innych, co w rezultacie prowadzi do uproszczonego sposobu szufladkowania wiedzy, a najprościej rzecz ujmując – myślenia „na skróty” lub umysłowego lenistwa (Hamer, 2005). W taki właśnie sposób powstały powszechnie znane stereotypy głupiej blondynki, wrednej teściowej, dobrotliwej starszej pani, czy oddanego bez reszty swoim wnukom dziadka.

Wspomniana powyżej, charakterystyczna dla stereotypowego podejścia tendencja do traktowania ludzi jak niezróżnicowanej, homogenicznej grupy szczególnie jaskrawo uwidacznia się w odniesieniu do osób, które weszły w wiek starości, okres później dojrzałości, czy w tak zwaną jesień życia (eufemizmów określających ten etap egzystencji jest całe mnóstwo, oprócz wymienionych starość to trzeci wiek, wieczór życia, wiek emerytalny, złoty wiek i wiele innych). Wraz ze zwiększaniem się średniej długości życia, wydłuża się etap starości, który zaczynając się po 60. roku życia, trwa kilkadziesiąt lat. Gdy dodamy do tego fakt ustawicznie powiększającej się populacji ludzi starych, których odsetek w Europie na rok 2025 szacowany jest na 25%, to okaże się, że mamy do czynienia z grupą jednostek o zróżnicowanym statusie społecznym, pochodzeniu, różnych poglądach, religii, wykształceniu, wykonujących rozmaite zawody, mających różne zainteresowania, nie zapominając nadto o ich zróżnicowanej pozycji materialnej, stanie zdrowia, sytuacji rodzinnej i typie osobowości. Mając to wszystko na uwadze, aż trudno uwierzyć, że ta nader heterogeniczna społeczność jest, jako zunifikowana całość, częstym tematem przedzeń, niechęci, odrzucających postaw, negatywnych i pozytywnych stereotypów.

Jak przedstawia się stereotypowy obraz człowieka starego? Jest on „produktem” zjawiska dewaluacji starości, czyli traktowania jej jako katastrofy, a w wymiarze indywidualnym jako stanu niepożądanego. Człowiek stary to osoba cierpiąca na liczne choroby, niedołężna, niezdolna do żadnej pracy, żyjąca na skraju ubóstwa, niesamodzielna, a więc wymagająca stałej opieki i pomocy w codziennym życiu.

Podeszły wiek to równocześnie stan samotności i osamotnienia, potęgowany izolowaniem się od życia, procesem marginalizacji, stygmatyzacji, zakończony wykluczeniem społecznym. W ten schemat wpisane jest również przekonanie o wrogim nastawieniu ludzi starych wobec młodych, o niemożności zrozumienia współczesnego świata, nienadążaniu za zmianami, w szczególności w odniesieniu do nowoczesnej technologii, o cofaniu się w rozwoju, życiu przeszłością, narastającym konserwatyzmie i definitywnym przejściu na „seksualną emeryturę”. I jak ten smutny obraz ludzi starych ma się do rzeczywistości? Czy faktycznie wszyscy oni cierpią na przewlekłe choroby, są zależni od pomocy innych osób lub instytucji? Czy człowiek w podeszłym wieku nie jest w stanie nadążyć za zmieniającym się światem? Czy jego sytuacja finansowa plasuje go zawsze na granicy ubóstwa? Niestety, w taki sposób starość i starych ludzi postrzega społeczeństwo. Za przykład mogą służyć wypowiedzi studentów medycyny oraz młodzieży klas maturalnych. Respondenci zapytani o skojarzenia ze starością wymieniali przede wszystkim chorobę, ból, samotność i śmierć oraz ubóstwo, niedołążność i zależność od pomocy z zewnątrz. Jeżeli zatem tak wygląda stereotypowa starość i przedstawiciel tej grupy wiekowej, to – konsekwentnie – musi on ubierać się stosownie do wieku, wystrzegając się wszelkiej ekstrawagancji, czas spędzać w parku na ławce, ewentualnie uprawiać działkę i chodzić do kościoła. Raczej nie do pomyślenia jest, że społecznie, a więc stereotypowego punktu widzenia, senior bawiący się w nocnych klubach, noszący młodzieżowe stroje, posługujący się slangiem, a w dodatku, i tu stereotyp starości osiąga apogeum, aktywny w sferze seksualnej (Kliszcz, 2019a). Zunifikowany, uproszczony i zdeformowany obraz starości uzyskamy opierając się na przekazach medialnych. Znajdziemy w nich informacje o starych ludziach żyjących w warunkach urągających godności ludzkiej, wykorzystanych przez oszustów wszelkiej maści, żerujących na naiwności seniorów (w myśl zasady starość = łatwowierność i obniżona sprawność intelektualna), odrzuconych przez biurokratyczną machinę i pozostawionych na łasce losu przez urzędniczą bezdusność. Z drugiej zaś strony media serwują nam obraz szczęśliwej starości, gdzie zadbane babcie i sprawni pod każdym względem dziadkowie spędzają czas na zabawie z wnukami, wspólnym przyrządzaniu posiłków, pieczeniu ciast i rodzinnych obiadach. Pomarszczonej, schorowanej i zaniedbanej starości w telewizji nie ujrzymy, bo nawet gdy starsze osoby skarżą się na dolegliwości kardiologiczne, gastryczne, bóle kręgosłupa, reumatyczne, czy osłabienie pamięci, to po zażyciu reklamowanych specyfików odzyskują zdrowie i na powrót stają się zadbany starszymi paniami, cieszącymi się życiem, uprawiającymi sport i zwiedzającymi świat panami, i ogólnie ludźmi, którzy powrócili do dawnych aktywności, z randkowaniem włącznie. Starość jako brzydka w odbiorze, ale niestety dotykająca wszystkich ludzi, skoro już musi być prezentowana, to przynajmniej w łagodniejszej, odmłodzonej i wygładzonej wersji (Stefaniak-Hrycko, 2012). Większą niż stereotypy siłą rażenia uchodzą się uprzedzenia. Wobec osób w wieku podeszłym przybierają formę stygmatów zdzioczenia, infantylizacji. Ze względu na niesamodzielność, bezradność, obniżoną sprawność umysłową stary człowiek upodabnia się do dziecka i, w konsekwencji, traktowany jest jak dziecko. Jest to bardzo krzywdzące i nad wyraz szkodliwe podejście, odbierające osobom starszym prawo do godności. Negatywny stereotyp o obniżaniu się sprawności

poznawczej wraz z wiekiem powoduje liczne przykre następstwa. Przybierają one postać protekcjonalnego zwracania się do starszej generacji (*złotko, kochaniénka, babciu, dziadku*), utrwalają przekonanie, że starość jest równoznaczna z nieuleczalną chorobą (*na starość nie ma lekarstwa, na coś trzeba umrzeć, starość nie radość*) i oczekiwanie na nieuchronne osłabienie sprawności psychofizycznej organizmu. Stereotypowo wiąże się ten okres z zawężeniem zainteresowań, tendencją do patrzenia w przeszłość, obawą przed wszystkim, co nowe. Mitem jest, jak się okazuje, przekonanie, że możliwości poznawcze ludzi w wieku późnej dojrzałości uniemożliwiają im zrozumienie zjawisk współczesnego świata, a zatem, że na przykład technologie informacyjno-komunikacyjne nie wchodzą w zakres ich zainteresowań. Rzeczywiście, najmniejszą wszechstronność w korzystaniu z nowych technologii wykazują emeryci i renciści, przy czym poziom zainteresowania i umiejętności w tej dziedzinie zmniejsza się wraz z wiekiem, nie można jednak pominąć danych wskazujących na coraz większą motywację starszych osób do poznawania możliwości komputera z dostępem do Internetu i wykorzystywania ich w codziennym życiu (zakupy online, komunikatory, portale społecznościowe, bankowość elektroniczna, załatwianie spraw w e-urzędach, a nawet prowadzenie blogów). Gloryfikacja przeszłości również nie wytrzymuje konfrontacji z wynikami badań, które wśród osób między 65. i 74. rokiem życia wykazały, że większość z nich za najszcześniejsze i najbardziej satysfakcjonujące uznała lata pięćdziesiąte swojego życia lub wybrała odpowiedź wskazującą na „właśnie teraz”. Jednakże najbardziej ugruntowanym wydaje się mit aseksualności ludzi, którzy weszli w etap starości. Wszechobecny kult młodości, sprawności i pięknego ciała nawiązuje do antycznych wzorców i klasycznych proporcji, które zdają się sugerować, że pewne sfery aktywności człowieka są przynależne jego młodym latom, a zakazane, lub przynajmniej niewskazane w późniejszym okresie życia. Chodzi tu szczególnie o kwestię seksualności i podtrzymywaniu aktywności seksualnej w późnym wieku. W społecznym odczuciu częsta jest negacja seksualności – dziedziny życia zarezerwowanej dla ludzi młodych, zgrabnych, o pięknych, sprawnych ciałach, aktywności niejednokrotnie utożsamianej z wiekiem zdolności prokreacyjnych, przy tym nie akceptowanej u osób po 60., a niekiedy nawet po 50. roku życia. Dorosli młodzi ludzie postrzegają zachowania seksualne osób starszych jako dewiacyjne, nienormalne, wzbudzające niechęć i odrazę. Seks, miłość, romans są dla młodych – takie przekonania wyrażają nie tylko przedstawiciele młodszych pokoleń, ale również sami seniorzy, którzy godzą się z tym stereotypem i uznają go za własny. Tym samym uwewnętrzniają społeczne zakazy, które nieprzychylnym okiem patrzą na przejawy aktywności seksualnej własne lub innych starszych osób. Mitem nadal funkcjonujący to przeświadczenie, że seks powyżej 60. roku życia jest, ze względu na towarzyszący mu wysiłek, niebezpieczny dla zdrowia. Wiele badań wskazuje, że zależność ta ma charakter odwrotny. Stwierdzono bowiem pozytywny wpływ seksu na układ nerwowy, oddechowy, krwionośny, udowodniono łagodzenie bólu towarzyszącego zapaleniu stawów, działanie uspokajające i przeciwdepresyjne. A czy wysiłek fizyczny związany ze współżyciem jest szkodliwy dla starszych ludzi? Odpowiedzią nich będzie pytanie, czy w takim razie zabronić seniorom uprawiania sportu, aktywności, podróżowania? Wszak każda z tych czynności obciążona jest mniejszym lub większym wysiłkiem fizycznym. Stereotyp jednakże jako sztywny,

niepodatny na zmiany schemat myślowy, nie uwzględnia aktualnych danych empirycznych (Kluszcz, 2019b).

Na koniec warto uzmysłowić sobie „oczywistą oczywistość”: ONI – seniorzy, przedstawiciele starszego pokolenia, osoby w wieku późnej dorosłości, ludzie przeżywający jesień życia, to MY za kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt lat, bo stereotyp starości to stereotyp zwrotny, wcześniej czy później dotknie każdego z nas

Bibliografia:

Hamer H., Psychologia społeczna. Teoria i praktyka, Wydawnictwo DIFIN, Warszawa 2005

Kenrick D.T., Neuberg S.L., Cialdini R.B., Psychologia społeczna, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2002

Kluszcz J. (a), Psychologia w zawodzie i w pracy opiekuna medycznego, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2019

Kluszcz J. (b), Psychologia potrzeb osób starszych. Potrzeby psychospołeczne po 65. roku życia, Wydawnictwo DIFIN, Warszawa 2019

Nowak W., Teoretyczne i metodologiczne problemy badań stereotypów, cz. I, Roczniki Socjologii Rodziny 1999, t. 11, s. 101-112

Stefaniak-Hrycko A., Starość w reklamie telewizyjnej – śmiesz czy przeraża?, Nowiny Lekarskie 2012, t. 81, nr 1., s. 89-95

Dieta łatwostrawna

Renata Cichocka

Dietetyk, psychodietetyk

Dieta lekkostrawna jest modyfikacją żywienia podstawowego. Jest podstawą do konstruowania wielu diet leczniczych.

Ilości energii i składników odżywczych w diecie ustala się zgodnie z indywidualnym zapotrzebowaniem dla danej osoby, uwzględniającym wiek, płeć, aktywność fizyczną oraz stan fizjologiczny (np. ciąża, okres laktacji).

Planowana dieta powinna w pełni pokrywać zapotrzebowanie na makroskładniki, składniki mineralne i witaminy zgodnie z polskimi normami i zaleceniami

Wyróżnia się 3 rodzaje diety łatwostrawnej :

dieta łatwostrawna

dieta łatwostrawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego

dieta łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu

Diętę łatwostrawną z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego stosujemy w chorobach układu pokarmowego gł. wrzody żołądka, stany zapalne błony śluzowej żołądka i dwunastnicy , refluks.

Dieta łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu przeznaczona jest dla osób chorych na ostre zapalenie pęcherza żółciowego, przewlekłe schorzenia wątroby oraz trzustki .

Kiedy i Dla kogo stosować dietę łatwostrawną ?

Ogólnym założeniem diety jest zaspokojenie potrzeb organizmu w energię i składniki odżywcze ochraniając chory narząd np. żołądek oraz poprawę stanu zdrowia lub procesu zdrowienia np. po operacji. Dietę tą wykorzystuje się również przy trudnościach w przyjmowaniu pewnych pokarmów.

Tab.1. Wykorzystanie diety łatwostrawnej w wybranych chorobach

| Jednostki chorobowe | |
|-------------------------------|---|
| Schorzenia układu pokarmowego | <ul style="list-style-type: none">• Stany zapalne błony śluzowej żołądka i jelit• Zespół jelita drażliwego• Biegunki• W nowotworach układu |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <p>pokarmowego</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zatrucie pokarmowe |
| Okres rekonwalescencji | Po zabiegach i operacjach |
| Żywnienie os. starszych | |
| Źle tolerowane żywnienie podstawowe | Np. trudności z przyjmowaniem pewnych pokarmów, trudności z połykaniem i gryzieniem |
| W stanach gorączkowych | Np. Po zakażeniach wirusami |

Charakterystyka diety łatwostrawnej

- Posiłki powinny być nieduże i spożywane w regularnych odstępach czasowych ok. 5 posiłków co 3 godz. Ostatni posiłek 3 godz. Przed snem.
- Należy spożywać posiłki świeżo przygotowane (przyrządzane tego samego dnia)
- Należy ograniczyć sól i ostre przyprawy;
- Płyny nawadniające należy podawać małymi porcjami, lekko schłodzone (lepszą tolerancją smaku) od chwili wystąpienia objawów biegunkowych.
- Często, zwyczajowo stosowane w nawadnianiu doustnym, soki owocowe, coca-cola i rosół z kury nie powinny być stosowane, ze względu na dużą zawartość sacharozy oraz hiperosmolarność, ponieważ może to powodować biegunkę osmotyczną .
- Sok jabłkowy i niektóre napoje zawierają znaczne ilości fruktozy. Fruktaza jest cukrem prostym, naturalnie występującym również w miodzie i owocach (wiśnie, gruszki, banany, jabłka, suszone śliwki). Spożycie 50-70 g fruktozy może spowodować wystąpienie skurczów jelit i biegunki u osób zdrowych

Należy zwracać uwagę na indywidualną tolerancję pokarmów i potraw przez pacjenta. Niektóre produkty tradycyjnie ograniczane w diecie łatwostrawnej mogą być przez niektóre osoby dobrze tolerowane i wtedy można dołączyć je do jadłospisu.

W diecie łatwostrawnej ogranicza się spożycie produktów i potraw :

- Tłustych
- Produktów wzdymających
- Zawierających dużo błonnika
- Potraw smażonych

- Ostro przyprawionych
- Używki i marynaty

Tab.2. Produkty niewskazane w diecie łatwostrawnej

| Produkty niewskazane w diecie | Przykłady |
|--------------------------------------|--|
| Nasiona roślin strączkowych | Groch, soja , soczewica |
| Rośliny kapustne | Kapusta, kalafior, brukselka |
| Napoje | Napoje gazowane, mocna kawa |
| Produkty zbożowe | Ciemnoziarniste pieczywo, grube kasze |
| Grzyby | Wszystkie rodzaje grzybów, grzyby marynowane |
| Rośliny cebulowe | Czosnek, cebula, szczypior |

Ilość błonnika pokarmowego w diecie łatwostrawnej powinna wynosić ok. 25g dziennie. Należy uczynić go mniej drażniącym dla układu pokarmowego przez odpowiednie techniki kulinarne.

Zawartość błonnika można zmniejszyć w diecie poprzez:

- Wybór młodych i delikatnych warzyw
- Wybór dojrzałych owoców
- Usuwanie drobnych pestek poprzez przecieranie przez sito niektórych warzyw i owoców (pomidory, truskawki)
- Usuwanie skórki z warzyw i owoców
- Gotowanie, tarkowanie
- Stosowanie prod. zbożowych zawierających mało błonnika (drobne kasze, białe pieczywo)
- Wykorzystywanie soków i przecierów zamiast całych warzyw i owoców

Ważnym aspektem w tej diecie jest odpowiedni wybór techniki kulinarnej tak aby przyjmowany pokarm nie był obciążający chory narząd np. wątrobę , żołądek lub jelita.

Tab.3. Techniki kulinarne w diecie łatwostrawnej

| Wskazane techniki kulinarne | Niewskazane techniki kulinarne |
|---|---------------------------------------|
| Gotowanie na parze | Smażenie |
| Gotowanie w wodzie często połączone z przecieraniem, miksowaniem, rozdrabnianiem | Pieczenie na tłuszczu |
| Duszenie bez wcześniejszego obsmażania produktów w tłuszczu | Grillowanie |
| Pieczenie w folii, pergaminie, rękawie foliowym- obróbka taka nie wymaga dodatku tłuszczu | |
| Do zagęszczania potraw stosuje się zawiesinę mąki w wodzie lub w mleku, ewentualnie w słodkiej śmietance; można również stosować dodatek żółtka | |

Tab.4. Produkty wskazane w diecie łatwostrawnej

| Grupa produktów zalecanych | Przykładowe produkty |
|-----------------------------------|---|
| Produkty zbożowe | Pieczywo jasne (czasem pieczywo typu graham), sucharki, bułki, biszkopty; drobne kasze: manna, krakowska, jęczmienna łamana, kuskus, ryż; drobne makarony |
| Mleko i produkty mleczne | Jogurt, kefir, biały ser, mleko słodkie (jeżeli jest tolerowane) |
| Jaja | Gotowane na miękko lub ścięte na parze w formie jajecznicy, jaj sadzonych czy omlotu |
| Mięso, wędliny, | Mięso chude: cielęcina, wołowina, mięso z królika, kurczaka, indyka (chuda |

| | |
|-------------------|--|
| ryby | wieprzowina w ograniczonej ilości); ryby chude: dorsz, pstrąg, leszcz, sandacz, szczupak, płastuga; wędliny chude: szynka, polędwica, chuda kielbasa szynkowa |
| Tłuszcze | Masło, słodka śmietanka, oleje roślinne: sojowy, rzepakowy, słonecznikowy, arachidowy, oliwa (margaryny miękkie i miks masła z olejami roślinnymi w ograniczonej ilości) |
| Warzywa | Gotowane, rozdrobnione, z dodatkiem świeżego masła: ziemniaki, marchew, buraki, szpinak, dynia, kabaczek, młoda fasolka szparagowa, zielony groszek; na surowo: zielona sałata, cykoria, pomidor bez skórki, utarta marchewka z jabłkiem |
| Owoce | Dojrzałe (bez skórki i pestek): jabłka, morele, brzoskwinie, pomarańcze; soki i przeciery owocowe |
| Cukier i słodycze | Cukier (dozwolony, ale nie preferowany), miód, dżemy bez pestek |

Tab.5. Potrawy wskazane w diecie łatwostrawnej

| Grupa potraw | Przykładowe potrawy |
|------------------------|---|
| Zupy | Kleiki; zupy na słabych wywarach: krupniki z dozwolonych kasz, zupy czyste (barszcz czerwony, pomidorowa), zupy jarzynowe z dozwolonych warzyw (zupa ziemniaczana) oraz zupy mleczne; zupy zagęszczane zawiesiną mąki w wodzie, mleku |
| Potrawy mięsne i rybne | Gotowane, pieczone w folii aluminiowej czy pergaminie (pulpety, potrawki, budynie |
| Potrawy z mąki i kasz | Kasze gotowane na sypko, przecierane lub rozklejane, budynie z kasz z dodatkiem mięsa, warzyw i owoców, kluski lane, leniwe pierogi |

| | |
|------|---|
| Sosy | O smaku łagodnym, zaprawione słodką śmietanką, masłem lub żółtkiem, zagęszczone zawiesiną mąki w wodzie lub mleku: koperkowy, cytrynowy, sosy owocowe |
|------|---|

Dodatkowe modyfikacje dietetyczne

W różnych schorzeniach konieczne jest zastosowanie dodatkowych zaleceń dietetycznych :

- We wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego dodatkowo może występować nietolerancja laktozy, wówczas należy wyeliminować mleko z diety
- W zapaleniu wątroby może istnieć konieczność zwiększenia ilości białka w diecie
- W przewlekłym zapaleniu trzustki może istnieć konieczność większego ograniczenia tłuszczu w diecie, gdy przy dotychczasowym ograniczeniu ilości tłuszczu występują biegunki tłuszczowe.

Przykładowy jadłospis

- **Lekkostrawne śniadanie:**

bułka pszenna czerstwa z łyżeczką masła, jajko na miękko, miseczka musu z jabłka, kawa zbożowa

- **Lekkostrawne II śniadanie:**

2–3 sucharki ze słodkiej bułki, szklanka soku marchewkowego

- **Lekkostrawny obiad:**

zupa jarzynowa przecierana, ziemniaki puree, 2 pulpety z mięsa drobiowego, gotowana marchewka, szklanka soku pomidorowego

- **Lekkostrawny podwieczorek:**

szklanka kompotu z jabłek, 2–3 herbatniki

- **Lekkostrawna kolacja:**

10 pierogów leniwych, słaba herbata

Forum Medycyny Prywatnej działa w ramach Pracodawców.RP i zreszta największe firmy prowadzące niepubliczne medyczne laboratoria diagnostyczne w Polsce. Występujemy z inicjatywą wprowadzenia do systemu opieki zdrowotnej w Polsce nowych osób wykonujących czynności okołomedyczne jakimi jest pobieranie krwi żyłnej i włóścikowej oraz innych materiałów do medycznych badań laboratoryjnych (flebotomia). Aktualnie w Polsce uprawnienia do pobierania krwi do badań laboratoryjnych posiadają lekarze, pielęgniarki i położne, diagnosty laboratoryjni, technicy analityki medycznej oraz ratownicy medyczni.

Proponujemy aby rozszerzyć uprawnienia opiekuna medycznego do ww. czynności poprzez stworzenie dodatkowych kursów dla opiekunów w zakresie flebotomii. Kursy takie organizowane byłyby przez obecne szkoły opiekunów medycznych. Stworzenie systemu szkoleń przygotowującego opiekunów medycznych do wykonywania czynności z zakresu flebotomii służyłoby co najmniej kilku celom, z których każdy jest godny urzeczywistnienia.

Po pierwsze, zastąpienie zanikającej grupy zawodowej jaką są technicy analityki medycznej. Kilkanaście lat temu zostały zlikwidowane pomaturalne szkoły kształcące w zawodzie „technik analityki medycznej” i od tej pory następuje systematyczne zmniejszanie się liczby osób wykonujących ten zawód. W punktach pobrań krwi do badań laboratoryjnych, przede wszystkim przylaboratoryjnych występuje narastający brak personelu.

Po drugie, dopuszczenie dodatkowej grupy osób do czynności medycznych obecnie wykonywanych przez wysokokwalifikowany personel medyczny (lekarzy, pielęgniarki, diagnostów laboratoryjnych) umożliwi zwolnienie tegoż personelu od konieczności wykonywania czynności, które są czasochłonne, a przy tym stosunkowo proste i mechaniczne. Obserwowana jest niechęć (rosnąca wraz ze stopniem specjalizacji personelu medycznego) do wykonywania czynności związanych z pobieraniem materiału do badań (również ze względu na świadomość wykonywania czynności znacznie poniżej swoich możliwości i kompetencji). W praktyce, czynności tych niemal w ogóle nie wykonują lekarze (co jest ze wszech miar słuszne z punktu widzenia racjonalności wykorzystania kadr w służbie zdrowia). Również pielęgniarki, zarówno z uwagi na swoje wysokie kompetencje, jak i na ich narastający, dotkliwy niedobór, warto odciążyć od zadań związanych z pobieraniem materiału biologicznego (zwłaszcza krwi). Wreszcie,

także diagności laboratoryjnej – zwłaszcza w kontekście ich aspiracji do bycia partnerem lekarza, a nie personelem pomocniczym – nie powinni w normalnych warunkach poświęcać swego czasu na pobieranie materiału, ale raczej skupić się na skrupulatnym wykonywaniu badań laboratoryjnych i autoryzowaniu ich wyników. Warto także zwrócić uwagę na zwiększające się niedobory kadrowe także w tej grupie zawodowej.

Po trzecie, umiejętność i możliwość pobierania krwi uatrakcyjni zawód opiekuna medycznego. Ustanowienie dodatkowego modułu nauczania po uzyskaniu tytułu opiekuna medycznego w standardowym trybie nauczania, umożliwi także doszkolenie się obecnych opiekunów medycznych w nowej dziedzinie i uzyskanie dodatkowych kompetencji.

Po czwarte, w związku ze starzeniem się społeczeństwa oraz brakiem wydolnego systemu zorganizowanej opieki pielęgnacyjnej nad osobami starszymi, coraz powszechniejsze jest zjawisko opieki domowej nad osobami starszymi, wymagającymi stałej pielęgnacji i co najmniej monitorowania ich stanu zdrowia. Oczywistym jest, że podstawowym wyznacznikiem do takiego monitorowania są wyniki badań krwi. Nie mniej oczywiste jest, że w przypadku takich osób korzystanie z pomocy medycznej świadczonej w stacjonarnych placówkach jest nieosiągalne (z uwagi na brak mobilności i związane z tym trudności logistyczne). Muszą one zatem korzystać z usług pobrania materiału w domu, co dodatkowo angażuje pielęgniarki do zadań w ramach których przez kilka minut wykonują nieskomplikowaną pracę o charakterze medycznym (pobranie materiału), a znacznie większy czas spędzają na dojazdach. Także z tego punktu widzenia, następuje swoiste marnotrawienie umiejętności i wiedzy personelu pielęgniarstwa, podczas gdy zadania tego rodzaju mogliby wykonywać właśnie opiekunowie medyczni. Naturalne wydaje się w takim wypadku zdobywanie dodatkowych uprawnień z zakresu flebotomii przez coraz liczniejszą grupę opiekunów medycznych osób starszych.

Po piąte, „wielozadaniowość” pielęgniarek (podobnie jak również uprawnionych do pobierania krwi ratowników medycznych) w niektórych przynajmniej sferach działania służby zdrowia przekłada się na pokusę do takiego organizowania udzielania świadczeń zdrowotnych, które powoduje konkurencję pomiędzy zadaniami pielęgniarek.

W konsekwencji powyższego, często wydłuża to okres oczekiwania pacjentów na pobranie krwi do badań a także lekarza na wyniki badań. Powoduje to nie tylko frustrację pacjenta i wynikającą z niej obniżoną ocenę całego systemu ochrony zdrowia, ale również opóźnienie w otrzymaniu wyniku a w dalszej konsekwencji w postawieniu diagnozy i rozpoczęciu leczenia. W skrajnych wypadkach przedłużeniem czasu pobytu pacjenta w szpitalu. Wprowadzenie dodatkowego medycznego personelu uprawnionemu do pobrania materiału do badań, może takim zjawiskom przeciwdziałać.

Braki kadrowe to poważny problem polskich placówek medycznych. Remedium okazuje się zawód opiekuna medycznego, który nabiera coraz większego znaczenia. Wykwalifikowany personel pomocniczy wykonuje część czynności pielęgnacyjnych związanych z higieną, transportem czy karmieniem pacjenta.

Zbyt mała liczba pracowników to obecnie poważny problem na rynku pracy, z którym borykają się także placówki ochrony zdrowia. W szpitalach brakuje personelu medycznego, głównie pielęgniarek. Zawód pielęgniarstwa już kilka lat temu stał się mniej poważany i doceniany, przez to zmalała liczba chętnych osób do jego wykonywania. Wiele pielęgniarek emigrowało za granicę, głównie do Wielkiej Brytanii, pozostawiając po sobie lukę, którą do dziś trudno jest wypełnić. Niemalże podczas każdej wizyty w szpitalu widać, że kilka etatów jest niezapełnionych. W ubiegłym roku wykazały to zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych powołane przez NIK. Z tym ogromnym problemem borykają się kadry zarządzające, które mają obowiązek zapewnić ciągłość opieki nad pacjentem. Jeżeli tej ciągłości brakuje, to najbardziej odbija się to na pacjentach. Taka sytuacja generuje wiele zagrożeń wynikających ze świadczonych wobec nich procedur medycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgniarstwa czy rehabilitacyjnych. Przy ograniczaniu ryzyka istotna jest wysoka jakość usług świadczonych przez personel pomocniczy. Są to kompleksowe działania mające na celu zapewnienie wymaganego, bezpiecznego stanu sanitarno-epidemiologicznego środowiska szpitalnego dla pacjentów, personelu i osób odwiedzających. Są to także nieodłączne elementy świadczeń realizowanych przez personel medyczny na rzecz pacjentów m.in. wsparcie pielęgniarek w opiece nad pacjentami przy wykonywaniu czynności opiekuńczych, higienicznych i pielęgnacyjnych, w tym związanych z potrzebami fizjologicznymi pacjentów (np. pomoc przy ubieraniu, karmieniu, toalecie, transport pościeli i ścielenie łóżek) czy transport pacjentów na terenie placówki medycznej.

Rosnące potrzeby i dynamiczny rozwój

Poważne braki kadrowe wśród pielęgniarek niewątpliwie przyczyniają się do rosnącego zapotrzebowania na opiekunów medycznych, którymi placówki powinny wspierać działania personelu zasadniczego. Pomocne w tym zakresie są działające na rynku firmy zewnętrzne. Zapewniają one świadczenia zdrowotne realizowane przez doświadczony personel pielęgniarstwa, położnictwa, opiekuńczy, lekarski oraz diagnostyczny m.in. dla szpitali, instytucji opieki społecznej, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i placówek diagnostycznych. Płyną za tym wymierne korzyści, takie jak:

- zapewnienie ciągłości pracy dzięki zastępstwu pracowników w okresie urlopów,
- przyjmowanie dodatkowych dyżurów,
- optymalizacja zatrudnienia kadr,
- zmiana struktury kosztów,
- zapewnienie wyższej płynności organizacji struktur szpitala.

Braki kadrowe w polskich placówkach medycznych powodują delegowanie kompetencji pielęgniarских na opiekuna medycznego. Niestety wciąż jest to zawód młody, a kadry zarządzające nie do końca wiedzą, jakie zadania i obowiązki im powierzać. Inaczej jest w domach opieki, gdzie zapotrzebowanie jest jeszcze większe. Tam jednak pojawia się inny problem. Domy opieki często zatrudniają osoby bez odpowiedniego wykształcenia i kwalifikacji. Prawo do wykonywania zawodu opiekuna medycznego uzyskuje się natomiast po skończeniu rocznego kursu w szkołach policealnych i zdaniu egzaminu państwowego. W których typach placówek wykształceni opiekunowie są szczególnie potrzebni?

- w domach opieki,
- w dziennych domach opieki,
- w domach seniora,
- w szpitalach,
- w zakładach rehabilitacyjnych,
- w zakładach rehabilitacyjno-opiekuńczych,
- w innych placówkach związanych z długoterminowym pobytem pacjenta.

Przejmowanie obowiązków

Pojawienie się wykwalifikowanych opiekunów medycznych w placówkach ochrony zdrowia zmniejszyłoby zapotrzebowanie na pielęgniarki, które mogłyby koncentrować się na konkretnych czynnościach zleconych przez lekarza, a których opiekun wykonywać nie może – chodzi o podawanie leków i iniekcje. Rolą opiekunów medycznych jest przejmowanie części obowiązków pielęgniarских w zakresie opieki nad pacjentem, higieny, załatwiania potrzeb fizjologicznych, karmienia czy transportu. Opiekun może odciążyć pielęgniarkę w obserwacji ciała chorego i sygnalizować pojawienie się symptomów mogących świadczyć o dolegliwościach. Można powiedzieć, że pełni rolę asystenta pielęgniarki, wyręczając ją w wielu zadaniach. Niezmiernie ważne jest przy tym, aby grupa personelu pomocniczego, do którego zaliczają się opiekunowie medyczni, posiadała wysokie kwalifikacje i świadomość roli, jaką spełniają w obszarze zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i zapobiegania działaniom niepożądanym. Utrzymanie przez personel pomocniczy wymaganego stanu sanitarno-epidemiologicznego w placówce medycznej powinno być kompleksowym, dobrze przemyślanym, zaplanowanym, przygotowanym i realizowanym procesem, dostosowanym indywidualnie do potrzeb danej placówki.

Opiekunowie medyczni są bardzo potrzebni w domach opieki, gdzie są w stanie wykonać znacznie więcej czynności niż pielęgniarki. Niestety, tylko placówki z kontraktem NFZ

mają obowiązek zatrudniać dyplomowanych opiekunów. Prywatne kliniki, szpitale czy domy opieki mogą zatrudniać osoby bez odpowiednich kwalifikacji i bez wskazanego wykształcenia. Oczywiście empatia, chęć opieki i doświadczenie są bardzo ważne, ale to nie wystarcza. Niezbędne są także odpowiednie umiejętności oraz wiedza zdobyta w trakcie nauki i doskonalenia zawodowego. W Ministerstwie Zdrowia i w Naczelnej Izbie Lekarskiej toczą się rozmowy mające na celu większą aktywację zawodu opiekuna medycznego. Cały proces wspierają działania firm zewnętrznych. Na przykład firma Sanpro od kilku miesięcy realizuje zadania rekrutacji wykwalifikowanych opiekunów medycznych do placówek ochrony zdrowia. Inną możliwością, którą oferujemy jest skorzystanie z zatrudnionych przez nas opiekunów. Placówka określa, kogo i w jakim wymiarze czasu potrzebuje, a my delegujemy do pracy odpowiednie osoby. Sanpro w niedalekiej przyszłości zamierza uruchomić własną szkołę kształcenia opiekunów medycznych, aby na rynek trafiał kompetentny personel, przygotowany do wykonywania tego niezwykle ważnego zawodu. Mamy do tego odpowiednie zaplecze i ekspertów. Na chwilę obecną współpracujemy ze szkołami kształcącymi w zawodach opiekuńczo-medycznych. Chcemy edukować i dostarczać jakość, wypełnić placówki ochrony zdrowia kompetentnymi opiekunami medycznymi z dyplomami. Staramy się zmieniać myślenie i mentalność klientów. Tłumaczymy im, że tylko zawodowy opiekun medyczny może wykonywać część czynności pielęgniarских, aby poprawiać jakość usług i zwiększać bezpieczeństwo i komfort pacjenta. Warto zwrócić uwagę, że czas kształcenia opiekuna medycznego jest trzy razy krótszy niż czas edukacji pielęgniarek, co również zmniejsza problem braków kadrowych. Co więcej, w polskiej służbie zdrowia pojawia się miejsce dla pielęgniarek z Ukrainy, które nie mogą w Polsce wykonywać wyuczonego zawodu, ale mają umiejętności, wiedzę oraz kompetencje, które pozwalałyby im wykonywać zawód opiekuna medycznego do momentu uzyskania dyplomu.

Opieka indywidualna i senioralna

Jedną z form opieki jest opieka indywidualna w domu pacjenta. W tym przypadku opiekun sprawując pieczę, bardzo zbliża się do całej rodziny, wkraczając w ich prywatne życie. W związku z tym zaufanie i empatia są wówczas bez wątpienia najważniejszymi cechami opiekuna. Obowiązki takiego pracownika sprowadzają się zazwyczaj do pielęgnacji pacjenta, karmienia oraz spędzania z nim wolnego czasu. Niekiedy też do robienia zakupów czy przygotowania posiłków.

Z kolei w dziennych domach seniora opiekun medyczny bardzo często pełni funkcję terapeuty zajęciowego. Oprócz podstawowych czynności takich jak pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych, karmieniu itp., praca ta obejmuje również uczestnictwo w różnego rodzaju zajęciach organizowanych dla podopiecznych, spacerach czy wycieczkach. W tego typu placówkach opieka sprowadza się głównie do organizacji czasu wolnego, treningu pamięci, zajęć ruchowych. Podopieczni po odbytych zajęciach wracają na noc do domu do rodziny. Tutaj trzeba podkreślić, że starzejące się społeczeństwo wymaga coraz więcej liczby opiekunów medycznych, m.in. dlatego ten zawód wkracza w fazę dynamicznego rozwoju.

Powszechnie uważa się, że opieki nad pacjentem może nauczyć się każdy. Trzeba jednak zwrócić uwagę na cechy osobowościowe. Idealny kandydat powinien mieć w sobie dużo empatii, opiekuńczości, cierpliwości i asertywności. Opiekun medyczny to zawód wymagający dużo osobistego zaangażowania w czynności, które wykonuje na co dzień przy pacjencie. Od osoby na stanowisku opiekuna wymaga się dużego doświadczenia, dobrej organizacji i wyrozumiałości.

Liczbę opiekunów medycznych w Polsce szacuje się na około 20 tysięcy. Tymczasem opieka nad setką pacjentów wymaga zespołu od 20 do 30 opiekunów medycznych. Potrzeby są ogromne, szczególnie w sektorze senioralnym, ale także w szpitalnym. W placówkach medycznych koniecznym staje się wprowadzenie nowego modelu obsadzania personelu w poszczególnych jednostkach organizacyjnych. Należy wprowadzić system oparty na podejściu zadaniowym, który będzie realizowany przez personel o zróżnicowanych, dostosowanych do typu zadań kwalifikacjach. Dlatego też szpitale i inne placówki, którym zależy na podniesieniu jakości usług, zapewnieniu wykwalifikowanych i stale dostępnych zasobów pracowniczych, powinny korzystać z wyspecjalizowanych usług firm zewnętrznych. Zatrudnianie wykwalifikowanej kadry opiekunów medycznych przyczyni się do wzrostu efektywności funkcjonowania placówek i realizowanych w nich usług medycznych.

Sanpro to spółka należąca do Grupy Impel zajmująca się organizacją zatrudnienia oraz rekrutacją, proponując najlepszym kandydatom pracę, a klientom kompleksową obsługę w obszarze HR management.



Aktywność fizyczna w profilaktyce upadków wśród osób starszych.

dr n. o zdr. Domoślawska-Żylińska Katarzyna
mgr Krysińska Magdalena

Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
PZH

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia upadki dotyczą około 30% osób po 65 roku życia a ryzyko upadku znacząco wzrasta wraz z wiekiem. Zgodnie z definicjami WHO i ONZ za osoby starsze uznaje się osoby powyżej 60. roku życia. W tej grupie osób upadki i ich konsekwencje stanowią pierwszą przyczynę śmierci wśród nieszczęśliwych wypadków oraz siódmą przyczynę zgonu w ogóle. Najczęstsze następstwa upadków to złamania i stłuczenia. W Polsce szacuje się, że rocznie upada co czwarta osoba, a około 10% wszystkich upadków powoduje hospitalizację. [1] Dość często dochodzi do wystąpienia zespołu poupadkowego, który charakteryzuje się spadkiem aktywności i obniżeniem jakości życia [2-4].

Ważnym elementem profilaktyki przeciwupadkowej są ćwiczenia fizyczne, opisywane jako najbardziej skuteczny sposób zapobiegania upadkom i urazom związanym z upadkiem [5].

Zaburzenia równowagi są głównym czynnikiem ryzyka upadków oraz lęku przed upadkiem [6]. Istotnym elementem w kontroli postawy jest wzrok, który wraz z wiekiem ulega pogorszeniu. Ostrość widzenia oraz wrażliwość na kontrast zmniejsza się. W badaniach zaobserwowano, iż u osób starszych istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko upadków, jest osłabienie siły mięśniowej kończyn dolnych. Zmiany pojawiające się wraz z wiekiem zaburzają kontrolę równowagi doprowadzając do zwiększenia częstotliwości upadków. [7] Ćwiczenia fizyczne, które poprawiają poczucie równowagi i wpływają na wzrost siły mięśniowej kończyn dolnych, wykazują najskuteczniejszy efekt w zapobieganiu upadkom [6] Jak pokazują badania już 30-minutowa seria prostych ćwiczeń (np. marsz, przechodzenie przez przeszkodę np. laska lub próg, ćwiczenia wzmacniające mięśnie nóg, wstawanie z krzesła bez pomocy rąk) wykonywanych w domu, aby w ciągu roku zmniejszyć liczbę upadków o 40%. [6]

Skutecznym treningiem poprawiającym równowagę oraz siłę nóg jest Tai Chi. Są to ćwiczenia wykonywane w spokojnym tempie, wykorzystujących pracę z własną masą ciała z częstym zastosowaniem pozycji półprzysiadu, obrotów i rotacji tułowia. Ze względu na swoją charakterystykę i efektywność stanowi skuteczny system ćwiczeń dla seniorów, zmniejszający ryzyko upadków. [8]

Dynamiczne marsze lub marsze z wykorzystaniem kijów nordic walking na powietrzu należą do najczęściej zalecanych ćwiczeń. Dla większości osób starszych są one łatwo dostępne i mogą być podejmowane przez osoby o zróżnicowanym poziomie sprawności i wydolności. Wykorzystanie kijów nordic walking: zwiększa zaangażowanie mięśni całego ciała do 90% (włączając do aktywnego ruchu górną część tułowia), odciąża

łędźwiowy odcinek kręgosłupa i kończyny dolne oraz zwiększa poczucie równowagi, poprzez dodatkowe punkty podporu (kije).

Ważnym elementem sprawności fizycznej jest wydolność tlenowa jest, a trening wytrzymałościowy powinien stanowić część rutynowych ćwiczeń dla osób starszych. [10,11] Zaś ćwiczenia rozciągające zwiększają zakres ruchomości stawów dzięki czemu m.in. powodując wzrost ukrwienia mięśni, ułatwiają wykonywanie czynności dnia codziennego, zmniejszają ryzyko urazów [12,13]. Według badań ćwiczenia rozciągające kończyn dolnych wpływają na poprawę równowagi w populacji geriatrycznej i tym samym zmniejszają liczbę upadków.

Analizując wyniki badań można stwierdzić, iż program aktywności fizycznej powinien zawierać ćwiczenia równowagi, rozciągające, siłowe i wytrzymałościowe. Odpowiednio zaplanowany trening powoduje poprawę przewodnictwa nerwowo-mięśniowego, wzrost masy mięśniowej, wzmocnienia funkcji układu sercowo-naczyniowego, poprawę równowagi i zdolności chodu. Ma to bezpośredni wpływ na wzrost możliwości wykonywania codziennych czynności domowych, jak również na wzrost niezależności osób starszych oraz poprawy jakości życia. W sposób pośredni przekłada się to na zmniejszenie prawdopodobieństwa hospitalizacji, przeniesienia do domu opieki oraz przedwczesnego zgonu.

Wydaje się, iż wieloskładnikowe programy ćwiczeń stanowią najbardziej skuteczną interwencję mającą na celu zapobieganie upadkom i poprawę ogólnego stanu zdrowia osób starszych.

W 2017 roku Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego- Państwowy Zakład Higieny przeprowadził badania fokusowe, z którego wynika iż polscy seniorzy zwracają uwagę na brak informacji na temat programów profilaktyki przeciwapadkowej. Deklarują oni chęć uczestnictwa w zajęciach ruchowych, natomiast nie mają informacji odnośnie możliwości wykonywania ćwiczeń i zalecanych form aktywności ruchowej kierowanej do grupy wiekowej powyżej 60. roku życia. W odpowiedzi na wyniki badania NIZP-PZH w ramach realizacji projektu pt.: „Edukacja zdrowotna w profilaktyce urazów i w promocji bezpieczeństwa” finansowanego ze środków NPZ na lata 2016-2020, przygotowano 20 zestawów ćwiczeń usprawniających.

Bibliografia

1. Buczak-Stec E, Goryński P. Hospitalizacja z powodu upadków osób starszych w Polsce w 2010 roku. *Przeegl Epidemiol* 2013;67:141-4.
2. Kamińska M. The role of family nurse in prevention of falls in elderly people. *Fam Med & Prim Care Rev* 2013;15(1):21-6.
3. Gill TM, Williams CS, Tinetti ME. Environmental hazards and the risk of nonsyncopal falls in the homes of community-living older persons. *Med Care* 2000;38(12):1174-83.
4. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski JT. Upadki osób starszych–przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hygeia Public Health* 2011;46(3):313-8.
5. Petridou ET et al. What works better for community-dwelling older people at risk to fall? A meta-analysis of multifactorial versus physical exercise-alone interventions. *Journal of aging and health* 2009;21(5):713-29.
6. Thiamwong L, Suwanno J. Effects of Simple Balance Training on Balance Performance and Fear of Falling in Rural Older Adult. *Int J of Gerontology* 2014; 8: 143-6.
7. Guccione AA, Wong RA, Avers D. *Fizjoterapia kliniczna w geriatrici, wyd. 1. Elsevier Mosby, Wrocław 2014.*
8. Yu-Ning Hu et al. Effect of Tai Chi Exercise on Fall Prevention in Older Adults: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J of Gerontology* 2016;10:131-6.
9. Li Z et al. Effects of the visual-feedback-based force platform training with functional electric stimulation on the balance and prevention of falls in older adults: a randomized controlled trial. *PeerJ* 2018 (doi: 10.7717/peerj.4244).
10. Cadore E et al. Effects of Different Exercise Interventions on Risk of Falls, Gait Ability, and Balance in Physically Frail Older Adults: A Systematic Review. *Rejuvenation Res* 2013;16(2):105–114.
11. Chęcińska-Hyra: Ocena sprawności kończyn górnych osób z chorobą Parkinsona uprawiających Nordic walking, *Rozprawy Naukowe AWF Wrocław* 2012; 39(4):110-2
12. Mayo Clinic. Stretching: Focus on flexibility. <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/fitness/in-depth/stretching/art-20047931> (dostęp: 07.02.2018).
13. Stathokostas L et al. Flexibility Training and Functional Ability in Older Adults: A Systematic Review. *Journal of Aging Res* 2012;1-30.

Mindfulness – remedium na skołatane serce opiekuna?

Krzysztof Tłoczek

Opiekun medyczny

Mindfulness to termin oznaczający uważność, czyli umiejętność skoncentrowania się na bodźcach odczuwanych w danej chwili. Umiejętność ta może być osiągnięta, jak postuluje “ojciec chrzestny” tej techniki, prof. John Kabat-Zinn, poprzez medytację i stosowanie różnych ćwiczeń, np. związanych z oddechem. Prof. Kabat-Zinn jest również prekursorem tzw. MBSR czyli opartej na Mindfulness metodzie redukcji stresu. Zarówno on jak i wielu innych naukowców, głównie lekarzy i psychologów, zaczęło wykorzystywać tę, nawiązującą do dalekowschodnich tradycji buddyjskich, lecz pozbawionych aspektów religijnych, metodę do zmniejszania u pacjentów wielu niekorzystnych zjawisk psychologicznych jak depresja, gonitwa myśli, lęk czy nawet w terapii uzależnień.

Niezależnie czy potraktujemy mindfulness jako uzupełnienie psychoterapii lub po prostu trening relaksacyjny, warto zwrócić uwagę na podstawą technikę, jaką jest medytacja. Ta, jak już zostało wspomniane, technika wywodząca się z buddyzmu, pozwala na lepszą kontrolę emocji, wzmacnia samoświadomość i przyczynia się do uzyskania korzystnego wpływu na zdrowie psychiczne i fizyczne. Jon Kabat-Zinn wyodrębnił natomiast 7 podstawowych zasad, które budują fundament dla praktyki mindfulness. Są to: nieosądzanie, cierpliwość, umysł początkującego, ufność, niedążenie, akceptacja, puszczenie.

Choć może to brzmieć skomplikowanie, przygoda z Mindfulness jest dostępna praktycznie dla każdej zainteresowanej tym osoby. Jak łatwo się domyślić, mindfulness może stanowić wspólną odpowiedź na potrzeby osób pracujących pod presją, z drugim człowiekiem, zwłaszcza cierpiącym. Mindfulness jako sposób na radzenie sobie ze stresem, może być także sposobem na zmniejszenie czy spowolnienie wypalenia zawodowego. I choć wiele badań potwierdza pozytywny wpływ medytacji, należy mieć świadomość, że jest ona raczej dodatkową formą pomocy i nie musi okazać się skuteczna w każdym przypadku. Niemniej jednak z pewnością warto podjąć taką próbę.

Mindfulness jest obecne w wielu nurtach psychoterapii ale także wykorzystywane jest w ośrodkach szkolących w technikach relaksacji. Na rynku jednak nie ma warsztatów mindfulness dedykowanych konkretnie pracownikom służby zdrowia a w tym szczególnie opiekunom medycznym.

Dlatego też nasza Fundacja wraz z Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Opiekunów Medycznych przygotowuje formułę warsztatów Mindfulness dla opiekunów, dzięki któremu w sposób dopasowany do charakteru pracy i poziomu stresu oraz jego najczęstszych konsekwencji, będziecie mogli poznać te techniki i ćwiczenia, które pomogą Wam praktykować z korzyścią Mindfulness w Waszym życiu.

Pierwsza edycja tych warsztatów odbędzie się jeszcze w tym roku, dlatego gorąco zachęcamy do śledzenia aktualności na naszych stronach [www](#) i portalu [Facebook](#).

Jednolite standardy jakości opieki w domowym otoczeniu. Elastyczne i nowoczesne metody kształcenia opiekunów w ramach Akademii Hausengel.

Karolina Kasperek

Kierownik Akademii Hausengel

Wykształcenie Opiekunów ma kluczowe znaczenie dla właściwej opieki nad pacjentami w domowym otoczeniu. Jako agencja współpracująca z opiekunami, Hausengel utworzył własną placówkę edukacyjną: Akademię Hausengel. W ramach szkoleń oferowanych przez Akademię, opiekunowie mogą podnosić swoje kompetencje zawodowe i językowe. Akademia przeszkoliła już od momentu swojego założenia ponad 13.000 opiekunek i opiekunów z kilkunastu europejskich krajów w zakresie opieki domowej i ambulatoryjnej.

Akademia Hausengel jest placówką spełniającą wymogi niemieckiego rozporządzenia akredytacyjnego i licencyjnego AZAV Federalnego Urzędu Pracy.

Oferta Szkoleń Akademii Hausengel skierowana jest przede wszystkim do opiekunek i opiekunów, pracujących w domowym zaciszu. Opracowane kursy dokształcające wyznaczają nowe europejskie standardy jakości dla opieki domowej nad osobami chorymi i starszymi. Nasi kursanci otrzymują możliwość skorzystania z innowacyjnego kursu – e-learningowego „Opiekunka w domowym otoczeniu”. Kurs obejmuje 23 moduły z 230 godzinami wykładów o opiece i pielęgnacji. W ramach kursu opiekun zdobywa gruntowną wiedzę ze wszystkich istotnych zagadnień z zakresu opieki i pielęgnacji we wspólnocie domowej. Oprócz niewykwalifikowanych opiekunów z kursu mogą skorzystać wszyscy, którzy prywatnie lub niezawodowo opiekują się członkami rodziny, sąsiadami lub innymi osobami wymagającymi opieki domowej. Kurs jest również skierowany do doświadczonych opiekunów, pragnących odświeżyć i poszerzyć swoją wiedzę. W Akademii Hausengel mile widziany jest każdy zajmujący się tzw. „opieką całodobową”. Celem szkolenia jest podniesienie kwalifikacji opiekunów, umożliwiając im bliższą współpracę i fachową konsultację z pracownikami opieki pielęgniarstwa, co przyczynia się do zapewnienia wysokiej jakości życia podopiecznych.

Dzięki współpracy z Izbą Przemysłowo-Handlową Kassel-Marburg wszyscy uczestnicy szkolenia mają możliwość otrzymania certyfikatu IHK po jego pomyślnym ukończeniu. Ten rodzaj certyfikacji stanowi absolutną nowość i jest wyjątkowy w branży opiekuńczej.

Podstawowa znajomość języka niemieckiego jest niezbędnym narzędziem do wykonywania zadań związanych z opieką w domowym otoczeniu i istotnym komponentem w pełni profesjonalnej pielęgnacji. Dlatego poza możliwością szkoleń z zakresu tematów dotyczących opieki, Akademia Hausengel oferuje także różne

możliwości rozwoju umiejętności językowych. Współpracujemy z dowolnymi szkołami językowymi, w których dofinansowujemy koszt kursów. Dodatkowym narzędziem jest aplikacja do nauki j. niemieckiego dedykowana opiekunom pracującym z podopiecznymi w domowym otoczeniu. Aplikacja umożliwi naukę języka w każdym miejscu i o każdej porze.

Dzięki technologii cyfrowej wykorzystywanej w edukacji opiekunowie mogą uczyć się i rozwijać swoje kompetencje zdalnie, w dowolnym czasie i okolicznościach, niezależnie od miejsca, w którym przebywają, kiedy tylko mają ochotę. Kwalifikacje i umiejętności na odpowiednim poziomie pozwalają na otrzymywanie dobrych zleceń, godnych wynagrodzeń, na wysokie poczucie własnej wartości i satysfakcji z wykonywanej pracy. Mając do dyspozycji elastyczną i innowacyjną ofertę edukacyjną, opiekunowie mogą nieustannie i niezależnie od okoliczności poszerzać swoje kompetencje, a poprzez to wpływać na polepszenie jakości opieki i życia podopiecznych.

Profilaktyka stopy cukrzycowej

Katarzyna Bednarczyk

Lekarz diabetolog

Wraz z rosnącą zachorowalnością na cukrzycę w społeczeństwie obserwujemy też większą częstość jej powikłań. Wśród nich jednym z poważniejszych jest zespół stopy cukrzycowej.

Według definicji Polskiego Towarzystwa Diabetologii mianem tym określamy: „zakażenie i/lub owrzodzenie i/lub destrukcję tkanek głębokich stopy spowodowane uszkodzeniem nerwów obwodowych i/lub naczyń stopy o różnym stopniu zaawansowania.”

Głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia zespołu stopy cukrzycowej jest nasilenie i czas trwania glikemii i w tym zakresie decydująca jest rola diabetologa w prowadzeniu leczenia pacjenta. Jednakże u niektórych osób możemy obserwować to powikłanie pomimo dobrego wyrównania glikemii co związane jest ze skłonnością osobniczą.

Chociaż procesem chorobowym zajęte są liczne tkanki należy pamiętać że jest to jedyne powikłanie, którego możemy uniknąć.

Zarówno w profilaktykę jak i w leczenie musi być zaangażowany zespół osób opiekujących się chorymi począwszy od osób z najbliższego otoczenia pacjentów (członkowie rodziny, sami chorzy) na personelu medycznym kończąc.

Edukacja

Podstawą każdej profilaktyki i opieki nad chorym jest właściwa edukacja zarówno osób chorujących jak też i personelu medycznego. Powinny w niej uczestniczyć wszystkie osoby z cukrzycą i ich opiekunowie. Każda zmiana w obrębie stopy wymaga konsultacji z lekarzem bowiem należy pamiętać iż nawet z pozoru „błache” uszkodzenie (otarcie, zaczerwienienie naskórka) może zakończyć się późniejszą amputacją.

Higiena

Odpowiednia pielęgnacja obejmuje codzienne dokładne obejrzenie stóp również od strony podeszwy w celu wykrycia wczesnych zmian.

Skóra chorego na cukrzycę cechuje się nadmierną suchością dlatego tak ważne jest regularne stosowanie preparatów nawilżających i natłuszczających. Zalecane są kremy z mocznikiem, które zmniejszają rogowacenie naskórka. Bardzo ważne jest utrzymywanie odpowiedniej długości paznokci przy czym należy je skraćcać pilnikiem papierowym „na prosto” by uniknąć ich wrastania. Stopy myjemy codziennie unikając ich długotrwałego moczenia. Zalecana temperatura wody powinna wynosić maksymalnie 37 stopni i trwać 5 minut. Upřednio należy sprawdzić temperaturę wody ręką lub termometrem gdyż czucie temperatury u chorych jest osłabione (z tego samego powodu pacjent nie powinien

ogrzewać stóp kocem elektrycznym, termoforem czy butelką z gorącą wodą). Po zakończeniu stopy należy dokładnie osuszyć, szczególnie między palcami. Wszelkie zgrubienia naskórka powinny być dokładnie usunięte, nie powinno się stosować powszechnie dostępnych preparatów do usuwania odcisków, gdyż mogą one wywołać powstanie owrzodzenia. Część zabiegów może wykonać osoba opiekująca się chorym bądź sam chory a część należy powierzyć lekarzowi, pielęgniарce bądź podologowi.

Obuwie

Pamiętając iż obuwie pełni funkcję ochronną stopy przed urazem, zabrudzeniem oraz wahaniami temperatury. Obuwie u osób które mają zachowane czucie (w odróżnieniu od chorych z neuropatią) może być kupione w każdym sklepie jednakże ma być wygodne, dostatecznie szerokie w początkowej części. Należy unikać wkładania butów na gołe stopy, zawsze powinny być na nich skarpety z odpowiedniego oddychającego materiału (bawełna) .Nie zalecane jest też stosowanie plastrów bezpośrednio na skórę. Przed włożeniem buta należy sprawdzić czy nie zawiera ono ciał obcych (kamyków, szkła, metalowych części) które mogą prowadzić do uszkodzenia stopy. U części osób konieczne będzie indywidualne dobranie obuwia. W przypadku nowych butów należy je zmieniać kilka razy w ciągu dnia aby nie powodowały one ucisku na zmiany kostne (np. haluksy) w obrębie stopy. Chorzy by uniknąć urazów nie powinni chodzić boso.

Odciążenie

Chociaż odciążenie chorej kończyny stosujemy już w pełnej postaci zespołu stopy cukrzycowej to niewątpliwie zapobiega ono dalszemu pogłębianiu powikłania. Należy o tym przypominać pacjentom z cukrzycą gdyż w tej grupie osób występują zaburzenia czucia, które u zdrowych pełnią funkcję ochronną zapobiegając dalszym uszkodzeniom. Odciążenie należy stosować zarówno w ciągu dnia jak i w nocy. Oprócz wyżej wymienionych aspektów kluczowym jest dobre wyrównanie metaboliczne cukrzycy, uzyskanie optymalnych wartości ciśnienia tętniczego, normalizacja poziomu lipidów. Te zadania powinny być realizowane we współpracy z lekarzem zarówno diabetologiem jak i podstawowej opieki zdrowotnej. Ochrona stóp, usuwanie zgrubień naskórka, odpowiednia pielęgnacja paznokci, właściwe obuwie to zasadnicze elementy programu profilaktyki. Indywidualnie dostosowana do pacjenta edukacja o czynnikach ryzyka zespołu stopy cukrzycowej zmniejsza częstość tego powikłania.

Bibliografia

- 1.Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2019 – Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego
- 2.Cukrzyca Pod redakcją Jacka Sieradzkiego t.2. 2016 Viamedica
- 3.Zespół Stopy Cukrzycowej – Sieradzki J., Koblik T. - VM Media 2008
- 4.Zespół stopy cukrzycowej – praktyczne porady – M. Pawłowski, N. Szyłło - Diabetologia po Dyplomie 01.2017
- 5.Stopa cukrzycowa W. Karnafel 2008 Wydawnictwo Czelej.

Ogólnopolskie stowarzyszenie opiekunów medycznych

Co to?

Ogólnopolskie stowarzyszenie opiekunów medycznych to inicjatywa mająca na celu jednoczenie opiekunów medycznych i działanie na rzecz zmian podnoszących jakość opieki w placówkach ochrony zdrowia jak i warunków pracy opiekuna medycznego.

Jak mogę wspierać stowarzyszenie?

To sami członkowie stowarzyszenia decydują o działaniach stowarzyszenia. Jeśli masz swoje pomysły podziel się nimi! Chętnie je zrealizujemy. Ale potrzebujemy również „obserwatorów” - im będzie nas więcej w stowarzyszeniu tym więcej będziemy mogli zadziałać.

Kto może zostać członkiem?

Każda osoba która jest w trakcie nauki na kierunku opiekun medyczny lub też już zdobyła dyplom.

Jak zostać członkiem?

To proste! Pobierz i wypełnij deklarację członkowską dostępną na stronie stowarzyszenia. Deklarację można wysłać pocztą lub mailem na kontakt@opiekunmedyczny.org przy składaniu deklaracji należy opłacić wpisowe (10 zł) oraz składkę członkowską za obecny rok (100 zł). Wszystkie wnioski muszą być zatwierdzone przez zarząd, jednak jeśli wszystkie warunki zostały spełnione to jest to tylko formalność.

Dołącz do nas – razem możemy więcej!

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA
OGÓLNOPOLSKIEGO STOWARZYSZENIA OPIEKUNÓW MEDYCZNYCH

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych, zwanego dalej Stowarzyszeniem.

Oświadczam, że znane mi są cele, zadania i działania Stowarzyszenia ujęte w jego statucie. Zobowiązuję się do ich przestrzegania oraz aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia, regularnego opłacania składek i sumiennego wypełniania uchwał Władz, a nadto strzec godności Członka Stowarzyszenia.

Oświadczam, że podane poniżej dane są zgodne z prawdą i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji w celach realizacji założeń statutowych Stowarzyszenia (zgodnie z ustawą z dn. 28.08.1997 o ochronie danych osobowych, Dz. Ust. nr 133, poz. 883). Przysługuje mi prawo wglądu w te dane, ich poprawianie lub uzupełnianie. Przekazane dane nie będą udostępniane innym organizacjom czy podmiotom zewnętrznym bez uzyskania dodatkowej zgody, chyba, że wynika to z zapisów prawa.

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

PESEL:.....

Telefon:.....

E-mail (w przypadku braku proszę przekreślić pozycję):.....

Miejsce pracy (pełna nazwa i adres):.....

.....

.....

Stanowisko:.....

Poniższe pytania są dobrowolne, jednak pozwolą lepiej zobrazować sytuację opiekunów medycznych. Informacje te będą wykorzystywane anonimowo i nie zostaną przekazane innym osobom.

Rodzaj zawartej umowy:.....

Wynagrodzenie zasadnicze (wpisane na umowie) brutto:.....

Deklarację należy wypełnić, podpisać i przesłać skan na adres e-mail kontakt@opiekunmedyczny.org lub wysłać pocztą na adres: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych, ul. Nałkowskiej 7A, 26-930 Garbatka-Letnisko.

Do formularza należy dołączyć kopię dyplomu zawodowego lub zaświadczenie o nauce na kierunku opiekun medyczny. Wpisowe (10 zł) wraz ze składką za obecny rok (100 zł) należy uiścić w momencie składania wniosku, na konto Stowarzyszenia: Nest Bank 25 2530 0008 2018 1027 5563 0001, tytułem: Składka członkowska za rok.

.....
miejscowość, data

.....
podpis

Jeśli chcesz zamieścić swój artykuł lub reklamę skontaktuj się z nami.

Fundacja opiekunmedyczny.com.pl
Www.OpiekunMedyczny.com.pl/fundacja

Kontakt@opiekunmedyczny.com.pl

Numer krs: 0000593754

Regon: 363420070

Nip: 7582358794

Numer konta nest bank 66 2530 0008 2018 1028 2174 0001

Więcej o naszych działaniach i o tym jak nas wesprzeć znajdziesz na naszej stronie.



[Www.opiekunmedyczny.org](http://www.opiekunmedyczny.org)

Kontakt@opiekunmedyczny.org

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych

 **Opiekun**.com.pl
medyczny