

***ROCZNIK
OPIEKUNÓW
MEDYCZNYCH (7)
2021***

Sapere Aude!



Opiekun.com.pl
medyczny

ROCZNIK OPIEKUNÓW MEDYCZNYCH 2020, TOM VI

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. Zmiany w kształceniu opiekunów medycznych.....	5
3. Jak nowe umiejętności opiekunów medycznych mogą być wykorzystane w opiece nad pacjentem i w świadczeniu usług medycznych.....	8
4. Najczęstsze błędy fazy preanalizacyjnej.....	10
5. Opiekun medyczny w DPS – przykłady współpracy z pielęgniarką.....	12
6. Trening umiejętności poznawczych.....	13
7. Etyka zawodu opiekuna medycznego – przyczynek do dyskusji....	14
8. Publiczny Aktywny Defibrylator – PAD, czyli jak każdy z nas może uratować ludzkie życie.....	16
9. Starzenie się i starość - mity i stereotypy społeczne.....	22
10. Ogólnopolskie stowarzyszenie opiekunów medycznych.....	28

Słowo wstępu

Drodzy opiekunowie medyczni.

W tym roku, tak jak i w zeszłym, spotykamy się w szczególnych okolicznościach. Utrzymujący się stan epidemiologiczny uniemożliwia przeprowadzenie spotkania w formie stacjonarnej.

To był kolejny rok ciężkiej pracy. Opiekunowie medyczni wykazali się ogromem zaangażowania w walce z pandemią. Zarówno ci pracujący w systemie ochrony zdrowia, jak i ci w systemie opieki społecznej. Praca każdego z Was jest niezwykle cenna!

Wierzę, że dzięki Waszemu ogromnemu zaangażowaniu uda nam się spotkać za rok.

Rok ten obfitował też w zmiany w zakresie nauczania opiekunów medycznych. W momencie pisania tego tekstu podstawa programowa kształcenia w zawodzie nie została jeszcze opublikowana, jednak zmiany wejdą w życie od września tego roku. Wiele ze zmian to zmiany, o które zabiegali sami opiekunowie medyczni. Niewątpliwie zwiększy to prestiż zawodu.

Mam nadzieję, że w kolejnym roku coraz więcej osób zdecyduje się dołączyć do Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych, dzięki czemu znacznie łatwiej i szybciej pewne zmiany będą mogły wejść w życie. Pamiętajcie, Stowarzyszenie to nie jest jakieś obce ciało, które samo działa. Stowarzyszenie tworzą ludzie, którzy poświęcają dla innych swój własny czas. Stowarzyszenie realizuje też działania, zgłoszone przez członków, a zatem każdy ma wpływ na to, jak ono będzie działało.

W najbliższym czasie szykujemy wiele działań, zatem jeszcze wiele razy będzie głośno o opiekunach medycznych.

Do zobaczenia na kolejnej konferencji 14.05.2022!

mgr Bartosz Mikołajczyk

Prezes Zarządu Fundacji OpiekunMedyczny.com.pl

Zmiany w kształceniu opiekunów medycznych

Krzysztof Tłoczek

Wiceprezes Zarządu

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych

Od września 2021 wchodzi w życie zmiana w zakresie kształcenia opiekunów medycznych. Jest to dość duża zmiana, która jednak przynosi wiele korzyści. Poniżej przybliżę najważniejsze zmiany. Zmiana w zakresie kształcenia nie dotyczy obecnych opiekunów medycznych, ani tych w trakcie nauki.

Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 27 stycznia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych celów i zadań kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego (Dz.U. 2021 poz. 211).

Zmiana obejmuje:

- Zmiana nazwy kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie z „MED.03. Świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej” na: „MED.14. Świadczenie usług medyczno-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej”,
- Wydłużenie okresu nauczania z roku do półtora (trzy semestry),
- Wprowadzenie kształcenia w szkole policealnej wyłącznie w formie dziennej (5 dni w tygodniu) lub stacjonarnej (3/4 dni w tygodniu),
- Odstąpienie od możliwości prowadzenia kwalifikacyjnych kursów zawodowych i kursów umiejętności zawodowych w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie.

Zatem obecnie nauka będzie możliwa wyłącznie w szkołach policealnych, przez 1,5 roku. Możliwy będzie tryb piątek-niedziela. Aby podjąć naukę wymagane będzie wykształcenie średnie – matura nie jest niezbędna.

Kolejnym krokiem w zmianach jest nowa podstawa programowa. W momencie pisania tego tekstu podstawa programowa nie została jeszcze opublikowana, zatem poniższe informacje bazują na projekcie rozporządzenia, które może się jeszcze zmienić względem ostatecznego dokumentu.

Projekt Rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki zmieniający rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego.

KWALIFIKACJA WYODRĘBNIONA W ZAWODZIE

MED.14. Świadczenie usług medyczno-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej

i niesamodzielnej

CELE KSZTAŁCENIA

Absolwent szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie opiekun medyczny powinien być przygotowany do wykonywania zadań zawodowych w zakresie kwalifikacji MED.14.

Świadczenie usług medyczno-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej:

- 1) rozpoznawania problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych osoby chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;
- 2) świadczenia usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;
- 3) doboru procedur terapeutycznych odpowiednich dla określonego pacjenta;
- 4) współpracy z pielęgniarkami i lekarzami;
- 5) wykonywania czynności z zakresu pobierania krwi żyłnej i włósniczkowej oraz innych materiałów do badań laboratoryjnych;
- 6) wykonywania czynności z zakresu gimnastyki osiowo-symetrycznej w trzech płaszczyznach jednocześnie SOS 3D – Metoda Hoppe;
- 7) wykonywania wybranych czynności na rzecz pacjenta dializowanego;
- 8) wykonywania wybranych czynności asystujących przy operacji;
- 9) asystowania pielęgniarce oraz udzielania wybranych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad pacjentem leczonym hemodializą, dializą otrzewnową i technikami pokrewnymi.

Ostateczną wersję podstawy programowej powinniśmy poznać już niedługo. Możliwe, że pewne elementy z projektu zostaną usunięte w ostatecznej wersji.

Usunięcie możliwości nauczania w ramach Kwalifikacyjnego Kursu Zawodowego jest czymś, o co opiekunowie medyczni zabiegali od dłuższego czasu. Po pierwsze zwiększa próg wejścia (wymagane wykształcenie średnie), co pozwoli na zwiększenie prestiżu zawodowego i podniesienie jakości opieki. Obecnie KKZ mogą skończyć również osoby z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym/zawodowym – od 01.09.2021 nie będzie to jednak możliwe. Choć ogranicza to dostępność dla osób z niższym wykształceniem, to jak wynika z ankiet Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych, osób z wykształceniem poniżej średniego jest niewiele i tak naprawdę nie spowoduje to ograniczenia w kształceniu na jakąkolwiek skalę. Dodatkowo obecne rozwiązania prawne nie pozwalają na zatrudnienie opiekuna medycznego po KKZ w podmiocie leczniczym (wymagany jest Dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie, który wydawany jest wyłącznie osobom z wykształceniem średnim). Zatem zmiana ta ma dodatkowy pozytywny wymiar ujednociający możliwości zatrudnienia opiekunów medycznych. KKZ spowodowały również wysyp nieuczciwych ofert kursów opiekuna medycznego online, które nie nauczały we właściwy sposób.

Obecni opiekunowie medyczni mają mieć możliwość uzupełnienia wiedzy, jednak na ten moment nie są znane szczegóły.

Jak nowe umiejętności opiekunów medycznych mogą być wykorzystane w opiece nad pacjentem i w świadczeniu usług medycznych

dr. n. med. Michał Milczarek
dyrektor operacyjny
Alab Laboratoria

Streszczenie wystąpienia na Konferencji Opiekunów Medycznych 15 maja 2021

Diagnostyka laboratoryjna jest stosunkowo młodą ale dynamicznie rozwijającą się dziedziną medycyny. Jej działanie polega na wykonywaniu badań laboratoryjnych w laboratorium pod nadzorem specjalistów: diagnostów laboratoryjnych i lekarzy. W procesie diagnostycznym biorą udział także inne osoby, a sprawne współdziałanie pracowników ochrony zdrowia uczestniczących w procesie na wszystkich etapach jest warunkiem powodzenia: szybkiego otrzymania wiarygodnego wyniku i jego poprawnego zinterpretowania w kontekście danego pacjenta. Trzeba pamiętać, że wynik badania laboratoryjnego jest zawsze tylko badaniem dodatkowym, pomocniczym. Lekarz stawia diagnozę na podstawie całości objawów bierze też pod uwagę w różnym stopniu – w zależności od rodzaju schorzenia – badania dodatkowe. Różne badania pokazują, że wyniki badań laboratoryjnych brane są pod uwagę w ponad 70% decyzji lekarskich a zatem jest to bardzo istotna dziedzina dla poprawnej diagnozy i terapii.

Jak każda gałąź medycyny diagnostyka laboratoryjna przeszła i przechodzi wiele zmian technologicznych. Automatyzuje się procesy w laboratorium: maszyny i standaryzowane odczynniki zastąpiły probówki, mikroskopy i własnoręczne przygotowywanie chemikaliów, rozwój biotechnologii umożliwił pojawienie się szeregu nowych testów i usprawnił diagnostykę, wyniki są dostępne w Internecie a ich interpretacja wspomagana przez coraz to bardziej zaawansowane systemy informatyczne. Tylko jedno pozostaje klasyczne: trzeba pobrać materiał i musi to zrobić człowiek. Na dodatek większość badań możemy pobrać w ściśle określonym okienku czasowym. Stąd aby obsłużyć zwiększony popyt na diagnostykę potrzeba coraz więcej wyszkolonych osób w zakresie pobierania krwi. Niedostatek pracowników wysoko kwalifikowanych powoduje zapotrzebowanie na coraz większą specjalizację. Stąd pomysł na powierzenie

opiekunom medycznym, którzy już wspomagają pielęgniarki w ich pracy kolejnej kompetencji i odciążenie od pracy przynajmniej części pielęgniarek.

Aby dobrze wykonywać pracę polegającą na pobieraniu materiału do badań należy dobrze opanować manualną technikę pobierania ale także zapoznać się z pracą laboratorium, do jakich próbek na jakie badania należy pobierać materiał, jak zabezpieczyć materiał po pobraniu, jak go oznakować i wreszcie: jak postępować z pacjentem. Regularne szkolenie praktyczne i powtarzanie wiedzy przyczynia się do poprawy jakości pracy całego laboratorium. 60% wszystkich błędów jakie tylko mogą wystąpić w laboratorium zdarza się na etapie pobrania a zatem postępowanie wg. instrukcji i staranność są kluczem do sukcesu.

Nabywanie nowych umiejętności przez opiekuna otwiera nowe możliwości na rynku pracy. Staje się on nie tylko dużo bardziej uniwersalnym pracownikiem i lepiej może wspierać działalność oddziału szpitalnego czy też placówki opieki otwartej. Dla podopiecznych chorych obłożnie, u których odbywane są wizyty domowe lub w domach opieki oznacza to daleko większą dostępność do badań laboratoryjnych. Wreszcie: opiekunowie zyskują nowe możliwości zatrudniania w placówkach prowadzących punkty pobrań i wyrażających duże zapotrzebowanie na personel mający uprawnienia do pobierania krwi.

Miejmy nadzieję, że szybko opiekunowie powiększą swoje kwalifikacje i będą mogli odgrywać jeszcze ważniejszą rolę w systemie ochrony zdrowia, który pilnie potrzebuje wykształconych w dziedzinie pobierania materiału do badań pracowników.

Najczęstsze błędy fazy preanalizycznej

dr n. med. Iwona Kozak- Michałowska

Dyrektor ds. Nauki i Rozwoju
Synevo

W diagnostyce laboratoryjnej wyróżnia się trzy grupy błędów: przedanalizyczny, analityczny oraz postanalizyczny. Badanie laboratoryjne jest złożonym procesem, a na jego wynik końcowy ma wpływ prawidłowe postępowanie na wszystkich etapach. Większość niezgodności wyników badań laboratoryjnych ze stanem klinicznym pacjenta nie jest związane bezpośrednio z procesem analitycznym, ale z postępowaniem przed wykonaniem badania i w istotny sposób może wpływać na wynik. Błędy fazy przedanalizycznej mogą obejmować nawet 70% wszystkich błędów w całym procesie analitycznym. Często są niemożliwe do wykrycia w laboratorium medycznym, szczególnie jeśli błąd będzie dotyczył pomylenia pacjentów lub wpisania nieprawidłowych danych na zleceniu albo błędnego oznakowania pobranego materiału i zlecenia.

Źródłem błędu może być także niewłaściwe pobranie materiału (np. nieodpowiednie próbówki), niewłaściwy transport i przechowywanie materiału, a także zbyt późne oddzielenie surowicy lub osocza od elementów morfotycznych, niewłaściwe warunki wirowania i wiele innych.

Niezwykle ważne jest także przygotowanie pacjenta do badania. Pacjent powinien być poinformowany, że zarówno niewłaściwa dieta (głodzenie albo spożycie posiłku bezpośrednio przed badaniem) jak i stosowane leki oraz palenie papierosów i spożywanie alkoholu mają istotny wpływ na wyniki badań laboratoryjnych. Parametry laboratoryjne podlegają również zmianie w okresie cyklu menstruacyjnego oraz w ciąży, a także w ciągu doby. Wynik badania może być różny w zależności od wieku, płci i wielu innych czynników.

Podczas pobierania krwi żyłnej należy zwrócić uwagę na czas trwania stazy (zbyt długie zaciśnięcie opaski spowoduje zagęszczenie krwi), hemolizę (najczęstszy błąd przedanalizyczny), zanieczyszczenie płynami infuzyjnymi. Inne czynniki, które wpływają na oznaczenia składników krwi, a nawet mogą uniemożliwić ich wykonanie to jest lipemia (silne zmętnienie surowicy) oraz hiperbilirubinemia.

Opiekun medyczny w DPS – przykłady współpracy z pielęgniarką

Agnieszka Rucińska
Sekretarz Zarządu
Ogólnopolskie Stowarzyszenie
Opiekunów Medycznych

Opiekun Medyczny w Domu Pomocy Społecznej, a dlaczego nie?

Braki personalne wśród personelu w DPS bardzo doskwierają w całej Polsce. Doraźna pomoc medyczna to jeden z ważniejszych elementów zapewniających mieszkańcom opiekę i bezpieczeństwo. Niestety jak można zauważyć, znacznie podupadł system, brakuje ludzi do pracy, a ci, którzy są pracują za niską płacę.

W DPSach bardzo duży procent personelu to opiekunowie medyczni zatrudniani jako zwykły opiekun. Ludzie po ukończeniu szkoły, nie mogą znaleźć pracy w podmiotach leczniczych korzystają z wolnych wakatów w ośrodkach pomocy społecznej.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że kilka lat temu “odgórnie” padło już stwierdzenie, że w DPSach etat medyka jest zbędny. Każdy kto zna klimat pracy w ośrodkach wie, że niemożliwym jest aby nie było doraźnej pomocy medycznej. Musi być osoba, która poda leki, zaopiekuje się mieszkańcami w razie pogorszenia stanu zdrowia, osoba, która będzie w stanie określić kiedy należy wezwać zespół ratownictwa medycznego i będzie w stałym kontakcie z lekarzem POZ. Medyk musi posiadać umiejętność prawidłowego opisywania stanu każdego mieszkańca, dostrzec przyczyny pogorszenia samopoczucia by móc przekazać właściwe informacje pod 112 lub w poradni. I jak to wszystko ma wyglądać? Pielęgniarek w DPSach prawie nie ma, opiekuna medycznego wykorzystującego swoje kompetencje też nie ma....i jak tu zapewnić pensjonariuszom właściwą opiekę i poczucie bezpieczeństwa?

W kilku znanych mi ośrodkach ale tylko prywatnych, znalaziono sposób: tam gdzie jest tylko jedna pielęgniarka zatrudniona na etacie, braki uzupełniane są właśnie poprzez zatrudnianie opiekunów medycznych. Pielęgniarka jest na oddziale w godzinach 8 - 15, zaś opiekunowie na dyżurach 7 - 19 i na dyżurach nocnych. Pielęgniarka pełni tu rolę koordynatora pracy zespołu, przygotowuje leki, dba o zaspokojenie potrzeb mieszkańców i dysponuje potencjałem kadry. Bardzo prosty przykład, a jakże oczywisty, bo widać jednak, że da się to zorganizować.

Dlatego też ja osobiście widzę dużą rolę opiekuna medycznego w zespole opiekuńczo-pielęgnacyjnym DPS.

Bardzo cieszy fakt, że z biegiem czasu udaje się stopniowo pokazać istotę tego zawodu.

Rozszerzenie kompetencji niesie za sobą poprawę jakości opieki nad osobą niesamodzielną oraz lepszą pracę całego zespołu. Jedynym problemem jaki pozostanie w przyszłości do rozwiązania to uznanie zawodów medycznych w DPS jako należnych do Ministerstwa Zdrowia, a nie systemu budżetowego. Od kilku lat tworzą się plany i rozmowy na temat finansowania medyków w DPS ale pozostaliśmy w pozytywnym nastawieniu i działamy. Jestem dobrej myśli, bo Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych poprzez swoją działalność sukcesywnie idzie do przodu. Podniesienie kompetencji, poszerzenie wiedzy opiekuna medycznego oraz włączanie tego zawodu w coraz szerszym zakresie do zespołu powoduje, że w środowisku medycznym zaczynamy być bardziej dostrzegani. "Zaczynamy" - tak, bo ja też wywodzę się z opiekunów medycznych.

Większa wiedza i uprawnienia jednak zobowiązują do poszerzania swoich horyzontów. Nie bójcie się czytać, pytać, poznawać nowe źródła wiedzy, brać udział w różnych warsztatach czy webinarach. Zdobytej wiedzy nikt Wam nie zabierze, a dzięki temu można zaprezentować się ze strony profesjonalnej. Większa wiedza daje też możliwość poprawy jakości pracy. Zupełnie inaczej pracuje się z ludźmi w zespole gdzie każdy wie co ma robić, bez rywalizacji i z pełną współpracą. Zdaję sobie sprawę, że w życiu bywa różnie ale wiercie mi: kiedy pielęgniarka czy lekarz widzą opiekuna medycznego, który ma duży zasób wiedzy i można z nim profesjonalnie rozmawiać na tematy medyczne, to zupełnie inaczej dostrzegają taką osobę, budzi to szacunek, który działa w obu kierunkach. Nieporozumienia na ogół biorą się z niewiedzy o drugim człowieku więc dajcie się poznać z tej profesjonalnej strony. Ten zawód jest w pełni przygotowany do świadczenia usług pielęgnacyjno - opiekuńczych i wykorzystywania swojej wiedzy w Domach Pomocy Społecznej. Mam nadzieję, że Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej będzie jeszcze bardziej przychylnie Opiekunom Medycznym w sposób rozwojowy, a ku temu to zmierza. Coraz częściej OM brany jest pod uwagę w różnych rozporządzeniach, planach ministerialnych czy dyskusjach. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych (OSOM) reprezentując ten zawód, godnie wypełnia wszelkie założenia tej grupy zawodowej. Już sam fakt, że przez kilka ostatnich lat Opiekun Medyczny zyskał prestiż w świecie zawodów medycznych, pokazuje prężną pracę Stowarzyszenia. Nic nie może się odbyć bez wiedzy osób, których to dotyczy i nad tym czuwają, a są nimi Prezes Bartosz Mikołajczyk i Wiceprezes Krzysztof Tłoczek. Ja i wiele osób ze środowiska medycznego jesteśmy pełni uznania dla ich działalności.

Nie bójcie się działać z OSOM, włączcie się we wspólną pracę, bo razem możemy więcej.

Opiekun Medyczny w DPS powinien jak najbardziej znaleźć się wśród członków zespołu, w pełni popieram tę inicjatywę i myślę, że wiele osób jest tego samego zdania.

Serdecznie wszystkich pozdrawiam

Pielęgniarka DPS
Agnieszka Rucińska

Trening umiejętności poznawczych

Bartosz Mikołajczyk
Psycholog

Czy kiedykolwiek spotkaliście się z takim sformułowaniem jak „umiejętności poznawcze”? Czym są i dlaczego warto je trenować?

Umiejętności poznawcze to wszystkie te zdolności, które umożliwiają nam poznawanie otoczenia i tworzenie jego obrazu w umyśle. Czyli wszystkie te umiejętności, dzięki którym poznajemy świat.

Zaliczamy do nich:

- Procesy sensoryczne,
- Uwagę,
- Pamięć,
- Myślenie logiczne

Regularne ćwiczenie tych umiejętności pozwoli na zmniejszenie deficytów i poprawę funkcjonowania pacjenta jak również na opóźnienie procesów starzenia. Ważne jest przy tym, by ćwiczenia te były systematyczne. W przypadku pracy z pacjentem wiele tych ćwiczeń można włączyć do codziennych rozmów i przedstawiać je w formie zabawy czy rozmowy bardziej niż konkretnego treningu.

Przykłady ćwiczeń:

- Sensoryczne: worki z grochem, drewniane klocki o różnej fakturze, tajemnicze pudełka, masa sensoryczna,
- Pamięć: Przerysuj/odtwórz obrazek, krzyżówki, wyrazy na literę,
- Uwagi: Znajdowanie różnic, gdzie jest Wally?, czytanie i odpowiadanie na pytania, puzzle, zadania matematyczne, odnajdywanie błędów w tekście, liczenie figur, rozsypanki wyrazowe, sudoku,
- Myślenie logiczne: kategoryzacja, znajdowanie podobieństw i różnic, szukanie ciągów logicznych

Etyka zawodu opiekuna medycznego – przyczynek do dyskusji

Krzysztof Tłoczek

Wiceprezes Zarządu
Ogólnopolskie Stowarzyszenie
Opiekunów Medycznych

Zanim rozpocznie się dyskusję nad tym, czym jest etyka zawodu opiekuna medycznego, warto przypomnieć, czym etyka jest a czym nie jest, a przede wszystkim wskazać różnicę między etyką a moralnością.

Etyka (zwana niekiedy filozofią moralną) z definicji, to dział filozofii, który bada moralność i tworzy określone systemy myślowe, z których można wyprowadzać zasady moralne. A zatem w odróżnieniu od moralności, etyka to nie zbiór zasad w formie nakazów lub zakazów, a raczej określone teorie, z których można takie zasady wywieść.

Bardziej szczegółową dziedziną etyki jest etyka zawodowa, która bada normy postępowania poszczególnych grup zawodowych, pełniąc funkcję normatywną wskazując drogi postępowania, formułując kryteria oceny i uzasadnienie dla konkretnych działań zawodowych.

W przypadku zawodu opiekuna medycznego etyka zawodowa w dużej mierze pokrywać będzie się z pokrewnymi mu zawodami opiekuńczymi (np. Opiekunka środowiskowa) czy medycznymi (np. Pielęgniarka) a w niektórych aspektach łączyć obie te grupy.

W większości zawodów odnaleźć możemy mniej lub bardziej złożony kodeks etyczny. Rolą jego jest nie tylko zwrócenie uwagi wykonujących dany zawód na zagadnienia etyczne, ale także stanowienie swoistego źródła, do którego można odwołać się w przypadku powstających dylematów etycznych. Zagadnienia poruszane w takim kodeksie w kontekście zawodu opiekuna medycznego będą zagadnieniami:

1. Zawodowymi – m.in. warunki pracy, relacje ze współpracownikami, cele zawodowe, kształcenie po dyplomie.
2. Dot. Pacjenta –przede wszystkim prawa pacjenta

3. Społecznymi – np. rola w promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej

W określaniu tych norm nie może również zabraknąć spojrzenia na cechy osobowościowe oraz intelektualne opiekuna medycznego. Z uwagi na szczególne miejsce pracy, jakim jest szpital czy zakład opiekuńczo-leczniczy lub w innym wypadku mieszkanie chorego, a także szczególną sytuację odbiorcy usług opiekuna medycznego takich jak choroba czy niepełnosprawność, opiekun medyczny musi posiadać nie tylko ściśle określone kompetencje zawodowe, ale również społeczne, ludzkie. To wszystko ma na celu zagwarantowanie nie tylko wysokiej jakości opieki i uniknięcia błędów w sztuce ale przede wszystkim tak ważnego budowania profesjonalnej a zarazem pełnej życzliwości i zrozumienia relacji z pacjentem.

Bardziej szczegółowo etyka zawodu opiekuna medycznego opisywać będzie zasady postępowania podczas wykonywania poszczególnych czynności higienicznych i pielęgnacyjnych, uwzględniając przede wszystkim zachowanie godności i prawa do podejmowania decyzji przez pacjenta.

W rozważaniach etycznych napotkamy także nie mniej istotny aspekt roli w zespole terapeutycznym, relacji z innymi jego członkami (pielęgniarkami, lekarzami) oraz zależności z nich wynikające.

Podsumowując, etyka w zawodzie opiekuna medycznego jest bardzo ważnym elementem, który nie powinien być pomijany zarówno w trakcie nauki zawodu jak i w codziennej praktyce. Pozwala na rozwiązywanie nie tylko dylematów etycznych, mogących w każdej chwili powstać w trakcie z wymagającym pacjentem, ale także przede wszystkim zapewnić, że wszystkie społeczne i zawodowe oczekiwania od osoby opiekuna medycznego będą zaspokojone z korzyścią dla obu stron, w sposób obiektywny i wolny od uprzedzeń lub niedomówień. Warto zadbać o spisany kodeks etyczny także dla tego zawodu, który powinien znaleźć się w biblioteczkę każdego opiekuna medycznego.

Publiczny Aktywny Defibrylator – PAD, czyli jak każdy z nas może uratować ludzkie życie

Piotr Zuziak

opiekun medyczny
ratownik kwalifikowany

Ty także możesz uratować komuś życie! Mając dostęp do odpowiedniego sprzętu i pomocy, każdy z nas może uratować życie drugiemu człowiekowi. Defibrylatory AED zostały wyposażone w takie funkcje, które krok po kroku prowadzą osobę udzielającą pomocy przez wszystkie czynności ratujące życie. Dodatkowo defibrylator posiada szereg inteligentnych czujników, umożliwiających automatyczne zastosowanie odpowiedniej terapii.

Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny (AED – ang. Automated External Defibrillator) jest to bezpieczne, proste w obsłudze, zautomatyzowane urządzenie medyczne o niewielkich rozmiarach, które analizuje rytm pracy serca (EKG) i zaleca wykonanie defibrylacji wyłącznie w przypadku, gdy jest ona konieczna. Od momentu włączenia aparat prowadzi użytkownika komendami głosowymi i wspiera skuteczne udzielanie pierwszej pomocy. Automatyczne defibrylatory zewnętrzne zostały skonstruowane w taki sposób, aby mogli z nich bezpiecznie korzystać zarówno ratownicy, jak i osoby postronne nie posiadające wykształcenia medycznego. Wystarczy tutaj tylko podstawowe przeszkolenie.

Szacuje się, że np. w Stanach Zjednoczonych liczba zgonów wskutek NZK przewyższa łączną liczbę zgonów spowodowanych rakiem prostaty, pożarami domów, wypadkami komunikacyjnymi i wirusem HIV. To niewątpliwie zła wiadomość. Dobra natomiast jest taka, że życie ponad połowy osób, u których dochodzi do NZK (nagłego zatrzymania krążenia), można ocalić, podejmując wczesną RKO (resuscytację krążeniowo-oddechową) oraz wczesną defibrylację. NZK może wystąpić u osoby w

każdym wieku i przydarzyć się w każdej sytuacji. Prawdopodobieństwo wystąpienia NZK zwiększa się w zależności od wielu uwarunkowań zewnętrznych i wewnętrznych, takich jak: choroby cywilizacyjne, dysfunkcje układu krążenia, zaburzenia rytmu serca (także w wyniku nadmiernego wysiłku fizycznego, silnego stresu lub przedawkowania leków), wady serca (chory może nie być świadomy, bo są ukryte od urodzenia lub nabył je np. po przebytej grypie), zakrzuszenie lub zardławienie, a u małych dzieci przy podrażnieniu nerwów łączących układ bódźcotwórczy serca, urazy, zwłaszcza klatki piersiowej i głowy, zachłyśnięcie lub uduszenie, silne reakcje alergiczne czy porażenie prądem.

Serce dorosłego człowieka bije w spoczynku ze średnią częstotliwością od 60 do 100 uderzeń na minutę. Rytm ten zapewnia dostarczanie bogatej w tlen krwi do całego ciała i nazywany jest rytmem zatokowym. Nadrzędnymi ośrodkami, które wspólnie utrzymują prawidłowy rytm serca są węzeł zatokowo-przedsionkowy, którego wyładowania elektryczne rozpoczynają każdy cykl serca oraz węzeł przedsionkowo-komorowy, do którego przenosi się depolaryzacja z węzła zatokowo-przedsionkowego. Podobnie jak w domowej instalacji elektrycznej, w sercu również może dojść do zwarcia. Powoduje ono ostre zaburzenie rytmu zwane migotaniem komór, a w konsekwencji nagłe zatrzymanie krążenia.

Wbrew powszechnej opinii, zatrzymanie pracy serca nie oznacza, że zawsze pozostaje ono nieruchome. Serce w takiej sytuacji może zacząć funkcjonować nieprawidłowo. Dochodzi do rozkojarzenia impulsów elektrycznych, które kontrolują jego skurcze. Komórki mięśnia sercowego kurczą się bardzo szybko, jak w częstoskurczu komorowym bez tętna lub chaotycznie, jak w migotaniu komór. W obu tych przypadkach serce nie jest w stanie skutecznie pompować krwi.

W powyższej sytuacji prowadzona resuscytacja krążeniowo-oddechowa (składającej się z uciskania klatki piersiowej i oddechów ratowniczych) nie jest w stanie przywrócić normalnej akcji serca. Jedynym znanym sposobem przerwania tych zaburzeń jest zastosowanie

odpowiedniego wstrząsu elektrycznego, czyli defibrylacji. Wczesna defibrylacja ma kluczowe znaczenie dla zwiększenia przeżywalności osób, które dotknęło NZK. Przeżywalność w przypadkach NZK jest najwyższa, gdy defibrylacja nastąpi w okresie pierwszych kilku minut. Ofiara ma największe szanse w ciągu pierwszych 3 minut od wystąpienia zatrzymania krążenia. Każda minuta opóźnienia defibrylacji zmniejsza prawdopodobieństwo przeżycia do czasu wypisu ze szpitala o 10-12% nawet jeśli RKO została natychmiast rozpoczęta.

Przeżywalność wśród ofiar NZK wynosi średnio mniej niż 2% jeśli opóźnienie w defibrylacji wynosi powyżej 10 minut. Aby móc efektywnie pomóc osobie poszkodowanej trzeba zadbać aby zadziałał tzw. „łańcuch przeżycia”. Łańcuch przeżycia (ang. chain of survival) jest umownym określeniem stosowanym w medycynie ratunkowej odnoszącym się do działań mających na celu zwiększenie przeżywalności u osób po NZK.

Na łańcuch przeżycia składają się:

- wczesne rozpoznanie osoby/osób będących w stanie zagrożenia życia i wezwanie służb ratowniczych;
- wczesne rozpoczęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- wczesna defibrylacja;
- szybkie wdrożenie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych i odpowiednia opieka poresuscytacyjna.

Skuteczność tych interwencji zależy od wytrzymałości najsłabszego ogniwa łańcucha. Doskonałe przygotowanie w zakresie RKO i gęsta siatka osób, które potrafią udzielić pierwszej pomocy przy jednoczesnym braku dostępu do wczesnej defibrylacji powodują, że łańcuch działa mało skutecznie. Podobnie może być, gdy mamy do czynienia z gęstą siatką AED przy deficycie osób znających zasady BLS. Dlatego bardzo istotnym szczegółem w tym całym łańcuchu odgrywa właśnie rolę program publicznego dostępu do automatycznych defibrylatorów zewnętrznych AED, który realizowany jest przy pomocy trzech głównych celów:

1. Podniesienie standardów bezpieczeństwa w przestrzeni publicznej w celu ochrony zdrowia i życia mieszkańców
2. Budowanie i wzmacnianie relacji społecznych mieszkańców oraz wspieranie świadomej i aktywnej postawy odpowiedzialności

obywatelskiej.

3. Budowanie i wzmocnianie wizerunku samorządu, jako nowoczesnego, przyjaznego i spełniającego światowe standardy bezpieczeństwa.

Program realizuje cele główne poprzez następujące inicjatywy:

- **SIEĆ AED** - zainstalowanie automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED – ang. Automated External Defibrillator) w miejscach publicznych umożliwiając wszystkim osobom potrzebującym skorzystanie z urządzeń w krótkim czasie (w czasie poniżej 3 minut). Instalacja sieci AED realizuje ideę publicznego dostępu do defibrylacji (PAD – ang. Public Access to Defibrillation). Programy PAD są krytycznie ważnym elementem systemu, który wspiera ratowanie życia. Rozwój PAD wspierają Europejska Rada Resuscytacji (ERC – ang. European Resuscitation Council), Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (AHA – ang. American Heart Association) i międzynarodowy komitet ILCOR (ang. International Liaison Committee on Resuscitation). Zalecenia tych organizacji dotyczące PAD zostały zawarte w Wytycznych Resuscytacji Krążeniowo- Oddechowej oraz Doraźnego Postępowania w Zaburzeniach Krążenia opublikowanych w 2010 roku, potwierdzonych i zaktualizowanych dzięki badaniom w 2015 roku. Potrzebę wczesnego dostępu do AED podkreślają najnowsze wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji i Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego: „istnieją wyraźne i spójne dowody naukowe wskazujące na zwiększenie przeżywalności po nagłym zatrzymaniu krążenia, w przypadku gdy świadek zdarzenia podejmie RKO (resuscytację krążeniowo-oddechową) i niezwłocznie zastosuje AED. W związku z tym natychmiastowy dostęp do defibrylatora stanowi podstawowy element systemu opieki.” Cyt. za AHA Guidelines 2015 CPR & ECC.

- **SZKOLENIA** - budowa kompetencji z zakresu pierwszej pomocy (RKO AED) wyselekcjonowanych pracowników (Samarytanie) instytucji publicznych. Dzięki nim i sieci AED pracownicy Ci są zdolni nieść szybką i skuteczną pomoc przedmedyczną, zanim na miejsce zdarzenia przybędzie zespół ratownictwa medycznego.

- **ZARZĄDZANIE ONLINE** - stworzenie systemu interaktywnego zarządzania informacjami o zdarzeniach, lokalizacji AED, ich monitorowaniu i zintegrowanie go z istniejącym systemem bezpieczeństwa

i nadzoru.

- KOMUNIKACJA – przygotowanie kampanii informującej opinię publiczną o wdrożonym programie, jego pozytywnym wpływie na bezpieczeństwo i wartość społeczną i marketingową spółki.

Struktura programu to sieć ogólnodostępnych jednostek AED zintegrowanych w system PAD, zlokalizowanych w ogólnodostępnych miejscach w przestrzeni publicznej, optymalnie w granicach dostępu do 3 minut od miejsca potencjalnego wystąpienia Nagłego Zatrzymania Krążenia. Punkt dostępu do AED (PAD) skonstruowany jest w taki sposób, by zapewnić ochronę defibrylatora przed czynnikami zewnętrznymi, zmiennymi warunkami atmosferycznymi i aktami wandalizmu oraz umożliwić jego natychmiastowy dostęp bez potrzeby weryfikowania tożsamości osoby, która sięga po AED. Defibrylator może zostać wyposażony w moduł GPS/GPRS umożliwiający precyzyjne zlokalizowanie aparatu w przypadku jego użycia lub kradzieży oraz możliwość nawiązania kontaktu głosowego z dyspozytorem Centrum Powiadamiania Ratunkowego. Defibrylatory umieszczone w miejscach publicznych zostają umieszczone na interaktywnej mapie aplikacji (www.stayingalive.org) dostępnej w całej Europie.

AED Map to interaktywny system zarządzania informacjami o zdarzeniach, siecią AED i Samarytanami. AED Map może zostać zintegrowana z Centrum Powiadamiania Ratunkowego (CPR). Aplikacja umożliwia przekazywanie i zarządzanie w czasie rzeczywistym informacjami o zdarzeniach, lokalizacji AED i lokalizacji Samarytan.

Z tego powodu w Polsce, podobnie jak na całym świecie, powszechny dostęp do automatycznych defibrylatorów zewnętrznych staje się obowiązującym standardem. Zgodnie z wytycznymi międzynarodowych organizacji (ILCOR/AHA/ERC) defibrylatory powinny znajdować się tam, gdzie prawdopodobieństwo NZK jest największe ze względu na duże skupisko ludzi lub występowanie czynników ryzyka: w obiektach komunikacji, w urzędach, halach sportowych, biurach etc.

Modelowy program Publicznego Dostępu do AED (PAD – ang. Public Access Defibrillation) zakłada takie rozmieszczenie urządzeń, by umożliwić skorzystanie z nich w czasie poniżej 4 minut. W krajach wysoko rozwiniętych, które przeprowadziły szczegółowe badania nad problemem NZK wdraża się tysiące lokalnych programów PAD (ang. Public Access Defibrillation – publicznego dostępu do defibrylatorów), których celem jest stworzenie gęstej siatki AED, by każda osoba potrzebująca mogła w krótkim czasie skorzystać z urządzenia. W Japonii w ciągu ostatnich 5 lat zainstalowano ponad 300 tysięcy defibrylatorów, w Holandii jest ich ponad 90 tysięcy.

Polska podąża za światowym trendem i AED coraz częściej pojawiają się w przestrzeni publicznej. Stają się zauważalne. W praktyce defibrylatory instalowane są w wielu zakładach pracy, urzędach, szkołach, na lotniskach, dworcach kolejowych, w hotelach, w centrach handlowych i pływalniach. Powinniśmy być zadowoleni, że coraz więcej osób firm i instytucji włącza się w tworzenie takiego programu i zarazem możemy stwierdzić, że wzrasta nasza świadomość, iż w bardzo prosty sposób możemy pomóc drugiemu człowiekowi i tym samym wzrasta nasze poczucie bezpieczeństwa.

Artykuł opracowano na podstawie informacji zebranych od głównego dystrybutora defibrylatorów marki Philips w Polsce firmy MaxHarter oraz na podstawie materiałów firmy RatownictwoLife.

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 uboższym niż latynoscy, 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 piniaczy z ułańską fantazją, nie stroniących od alkoholu, przy tym niezbyt rozbudowanych. Czesi uważają nas za naród o wysokim mniemaniu, przekonany o swojej wyjątkowości. Stereotypy narodowościowe trafnie ilustruje dowcip o 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 umyślowego 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 uprzedzeń, 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, niedołączna, 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, niedołężność 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 społecznego, 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 bezduszość. 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 zadbanymi 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 cechują się uprzedzenia. Wobec osób w wieku podeszłym przybierają formę stygmatów dzieciennienia, 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 protekcyjnego zwracania się do starszej generacji (złotko, kochanieńka, 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. Mit 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 obarczona jest mniejszym lub większym wysiłkiem fizycznym. Stereotyp jednakże jako sztywny, niepodatny na zmiany schemat myślowy, nie uwzględnia aktualnych danych empirycznych (Kliszcz, 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
Kliszcz J. (a), Psychologia w zawodzie i w pracy opiekuna medycznego, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2019
Kliszcz 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

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

kontakt@opiekunmedyczny.org

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych

 **Opiekun**.com.pl
medyczny