

ALIMENTAȚIA RAȚIONALĂ A OMULUI SĂNĂTOS ȘI BOLNAV

Alimentația rațională a omului sănătos.

A. Rația alimentară. Pentru a-și desfășura activitatea sa în condiții bune, organismul uman trebuie să primească zilnic:

- a. o cantitate de energie;
- b. și factori nutritivi (proteine, glucide, lipide, minerale, vitamine și apă).

Acestea sunt furnizate prin aportul de alimente.

Definim rație alimentară tocmai această cantitate de alimente ingerate, care satisfac, calitativ și cantitativ toate nevoile nutritive, ale individului pe o perioadă de 24 ore.

I. Nevoile energetice (calorice)

Toate procesele vitale din organism (circulația, respirația, excreția, contracția musculară, etc) se efectuează cu cheltuială de energie. Principalii furnizori energetici ai organismului sunt pricipiile nutritive calorigene: lipidele, glucidele, proteinele – provenite din alimentele ingerate, sau din arderea țesuturilor organismului (când alimentele lipsesc sau individual nu se poate alimenta). Prin arderea unui gram de lipide, se eliberează 9,3 calorii pentru fiecare gram. Există o cantitate minimă de energie calorică minimă indispensabilă organismului pentru menținerea funcțiilor sale vitale. Aceasta este numită metabolism bazal sau cheltuială minimă de energie, care înseamnă energia necesară unui individ aflat în stare de: veghe, repaus fizic și psihic (la 12 ore după ultima masă și la cel puțin 24 ore de la ultima ingestie de proteine; la temperatura mediului ambiant de 20 -21°C). Determinarea metabolismului bazal se face cu aparate speciale care măsoară direct sau indirect această cheltuială de energie a individului. Există mai multe moduri de a se exprima valoarea metabolismului bazal. De obicei la adultul normal se consideră a fi de o calorie pe kg/corp și pe oră. Deci un individ de 70 kg greutate, va avea nevoie pentru întreținerea funcțiilor sale vitale de 1600 calorii în 24 ore (cifră rezultată prin înmulțirea dintre 70 și 24).

Valoarea metabolismului bazal variază în funcție de o serie de factori precum: greutatea și suprafața corporală, vârstă, sex, stări fiziologice (sarcină, alăptare).

Nevoile energetice sunt mai crescute la copil (scăzând pe măsură ce individul înaintea în vârstă), la femeia gravidă (mai ales în a doua jumătate a sarcinii) și a femeiei care alăptează.

În stări patologice: crește în hipertiroidism (boala Basedow) și scade în hipotiroidism. Cheltuiala energetică bazală, exclude orice activitate musculară, orice ingestie de alimente și neutralitatea termică (20-21°C), însă travaliul muscular impune organismului, consumarea unui supliment de calorii, a cărui valoare variază în funcție de intensitatea și durata efortului depus. În mod schematic, în funcție de energia depusă, diverse profesii au fost împărțite în mai multe grupe (profesiograma), astfel:

a. Profesii care necesită o cheltuială minimă de energie:

- funcționarii de birou;
- dactilografi;
- cizmari;
- tipografi;

- ceasornicari;
- medici;
- ingineri;
- profesori;
- studenți;
- vânzatori;
- femei casnice.

b. Profesii care necesită o cheltuială moderată de energie:

- mecanici;
- tractoriști;
- zugravi;
- tinichigii;
- strungari;
- vopsitori;
- șoferi;
- militari.

c. Profesii care necesită o cheltuială mare de energie:

- dulgheri;
- turnători;
- lăcătuși;
- instalatori de apă;
- mineri;
- betoniști.

d. Profesii care necesită cheltuială foarte mare de energie:

- mineri;
- munci nemecanizate;
- fierari manuali;
- muncitori agricoli, care lucrează nemecanizat;
- înotători;
- canotori.

e. Profesii cu cheltuială exagerată de energie:

- tăietori de lemne;
- spărgători de piatră;
- coșari;
- săpători de pământ;
- alpiniști.

O posibilitate practică de a stabili nevoile calorice este aceea de a adăuga un plus de calorii peste valoarea metabolismului bazal al individului în funcție de intensitatea efortului depus astfel:

- pentru viață sedentară 800 – 900 calorii;
- pentru activitate ușoară 900 – 1400 calorii;
- pentru activitate moderată 1400 – 1800 calorii;
- pentru o activitate grea 1800 – 4500 calorii.

II. Nevoile de factori nutritivi

În afară de nevoile calorice, organismul pentru a-și desfășura o activitate normală (și mai ales pentru menținerea vieții), are și următoarele nevoi:

a. Nevoia de proteine (sau de material azotat).

Proteinele sunt elementul plastic indispensabil organismului pentru construcția celulelor și a țesuturilor uzate, precum și pentru formarea anticorpilor (apărătorii principali împotriva infecțiilor). Un adult normal are nevoie de aproximativ 1,2 – 1,5 g proteine / kg / corp; greutate ideală / zi. Deci un individ normal trebuie să primească zilnic o cantitate de 84 – 105 g proteine.

Sub aspect calitativ, pentru a asigura un aport al tuturor aminoacizilor esențiali trebuie ca 1/2 (iar în anumite situații: graviditate, alăptare până la 2/3, din cantitatea zilnică, să fie cu valoare biologică mare), de obicei de origine animală: carne, viscere, pește, crustacei, lapte, brânzeturi, ouă. Restul cantității de proteine (1/2 sau 1/3), vor fi reprezentate de proteinele vegetale din leguminoase uscate (soia, fasole, mazăre, linte, bob), cereale și derivatele lor.

b. Nevoia de lipide (elemente calorigene prin excelență). Roportat la valoarea globală a rației zilnice, acestea trebuie să reprezinte 20 – 30 % din ea, adică 1 – 2 kg / corp, greutate ideală. Într-o alimentație rațională se vor da 1/2 grăsimi sub formă de uleiuri vegetale și 1/2 reprezentate de grăsimi animale (la copii nevoia de lipide e mai crescută, scade însă în raport cu vârsta). Nevoia de lipide în caz de efort intens și la temperatură scăzută, e crescută și invers la temperatură crescută. Dintre alimentele mai bogate în lipide cităm: untul, untura, slănina, ficatul de pește, uleiurile vegetale, nucile, alunele, soia.

c. Nevoia de glucide. Reprezintă cam 55 – 60 % din valoarea calorică globală a rației zilnice a individului. Aceasta reprezintă cam 300 – 500 g / zi sau 4 – 8 g pe kg / corp greutate ideală. Glucidele sunt necesare, atât ca sursă de energie, cât și pentru arderea proteinelor și lipidelor în organism. Surse bogate în glucide sunt: zahărul, mierea, dulceața, gemurile, cerealele, pâinea, pastele făinoase, leguminoasele uscate, fructele uscate, cartofii și legumele.

III. Nevoia de elemente minerale.

O rație alimentară echilibrată, furnizează organismului toate elementele minerale de care acesta are nevoie, cu excepția clorurii de sodiu, care trebuie adăugată zilnic sub formă de sare de bucătărie. Sărurile minelale sunt necesare organismului pentru buna funcționare a tuturor componentelor care alcătuiesc corpul nostru, astfel:

- Sodiul este necesar organismului pentru păstrarea echilibrelor osmotice de la nivelul său.

- Calciul participă la fenomenele de coagulare a sângelui și intră în constituția scheletului și dinților și participă la buna funcționare a mușchilor și nervilor.
- Fosforul intră în alcătuirea scheletului alături de calciu și participă la metabolismul sistemului nervos și al mediului celular.
- Potasiul participă la metabolismul miocardului, influențând contractibilitatea acestuia.

Există însă și o serie de alte elemente minerale, aflate în cantități foarte mici (oligoelemente), care îndeplinesc funcții importante în organism, prezența în rația zilnică fiind indispensabilă, astfel:

- Fierul și cuprul intervin în sinteza hemoglobinei (cărăușul oxigenului la țesuturi).
- Florul este important în prevenirea cariilor dentare.
- Iodul este necesar formării hormonilor tiroidieni. Carența sa determină gușa (de aceea se folosește sarea iodată cu scop de prevenire a ei).
- Cobaltul intră în constituția vitaminei B₁₂ cu rol antianemic. Sursele importante de elemente minerale sunt: fructele, legumele, carnea, ouăle și laptele.

IV. Nevoia de vitamine.

O rație alimentară echilibrată, trebuie să asigure, în general, nevoia de vitamine a organismului adult normal, astfel:

- vitaminele liposolubile, se obțin prin consum de alimente de origine animală;
- vitamina A fiind furnizată prin consumul de pește, unt, produse lactate, caroten aflat în unele alimente de origine vegetală (morcovi, varză, pătrunjel, ardei);
- vitamina D – se găsește în: uleiul extras din diferite specii de pește, produse lactate, gălbenuș de ou;
- vitamina E în germenele de cereale și mușchi;
- vitamina K, este furnizată organismului prin consumul de legume verzi.

De reținut.

Unele vitamine sunt foarte sensibile la diversele tratamente termice (și de aceea iarna, când nu există legume verzi, la bolnavii care nu pot consuma legume conservate: varză murată, murături – trebuie un supliment de vitamine și multiminerale pe cale orală).

V. Apa

Nevoile hidrice ale organismului sunt de 2500 – 3000 ml / zi. O mare parte din această cantitate, este adusă prin apa conținută în alimente, cealaltă parte fiind adusă prin apa ingerată. Între aportul și eliminările de apă, există în mod normal un echilibru numit echilibru hidric, aportul fiind egal cu eliminările. Pierderile de apă se fac pe:

- cale renală (1300 ml);
- respiratorie (300 ml);
- cutanată (750 ml);
- fecale (150 ml).

La menținerea acestui echilibru, contribuie o serie de mecanisme nervoase și umorale de reglare.

VI. Substanțe de balast.

O rație normală trebuie să cuprindă și o anumită cantitate de substanțe de balast de tipul celulozei și al hemicelulozei, care au rol de a facilita favorizând formarea și eliminarea bolului fecal. În ultimul timp se atribuie acestor substanțe de balast un rol hipocolesteraleminat (scăderea colesterolului sangvin). Legumele și fructele, au un conținut ridicat, de astfel de substanțe. Putem aprecia eficiența rației administrate prin faptul că individul își menține o greutate normală constantă și este capabil să-și desfășoare activitatea în condiții normale, fără a interveni oboseala sau alte modificări patologice.

Alimentația femeii în perioada de sarcină și alăptare.

Cercetările privind metabolismul gravidei au dovedit că nevoile nutritive ale organismului acestuia cresc față de cele ale femeii adulte negravidă, mai ales în a doua perioadă a sarcinii și în cursul alăptării.

Nevoile calorice sunt în prima perioadă a sarcinii cu 5 – 10 % mai crescute, decât al femeii negravidă, pentru ca în a doua jumătate a gestației să ajungă la 20 %, iar în perioada lactației la 30 %.

a. Nevoia de proteine la femeia gravidă este de:

1,5 – 2 g / kg / corp / zi, din care 2/3 trebuie să fie cu valoare biologică ridicată din: lapte (în primul rând), brânzeturi, ouă, carne, pește.

De reținut.

➤ O rație săracă în proteine poate predispune la apariția unor complicații ale:

- gravidei: anemie, edeme, eclampsie;
- fătului, nașterea unor: imaturi, malformați, feți cu rezistență scăzută la infecții.

➤ Se vor evita proteinele vegetale din leguminoasele uscate: fasole, mazăre, linte, bob – fiind greu digerabile, datorită conținutului crescut în celuloză, determinând balonări post – prandiale greu suportabile de femeia gravidă.

b. Lipidele, se vor da în cantitate mică (deoarece în cantitate mare suprasolicitează funcțiile ficatului și totodată, predispun la acidoză):

- în prima jumătate a sarcinii 90 g / zi;
- în a doua jumătate a sarcinii 100 g / zi;
- în perioada de alăptare 110 g / zi.

Jumătate vor fi de origine animală și jumătate de origine vegetală.

c. Glucidele se vor da în proporție de 5 – 6 g / zi / kg / corp (350 – 400 g / zi → 500 g / zi în cursul alăptării), fără a se exagera aportul lor, pentru că pot determina: obezitate sau diabet zaharat. Se vor prefera cele din legume, fructe (pentru că au și elemente minerale) din cereale și produse, fără a se face abuz de făinoase. În cursul sarcinii și alăptării crește nevoia de calciu, fosfor, fier (în special) necesitând deci suplimentarea cu alimente care le conțin, precum: laptele, brânzeturile, ouă, carnea, ficatul, spanacul, roșiile. În ceea ce privește sodiul, acesta va trebui restrâns în ultima

perioadă a gestației. În toată perioada de gestație există o nevoie mai crescută a unor vitamine și anume:

- Vitamina E, care favorizează dezvoltarea normală a embrionului, care se găsește în: uleiuri vegetale, ouă, carne, cereale încolțite.

- Vitamina C, care va fi furnizată printr-un consum de: pâine, carne, lapte, ouă, legume verzi.

- Vitamina A din produse lactate, ouă, pește, caroten, care se vor transforma în organism în vitamină activă.

Acoperirea tuturor nevoilor nutritive la femeia gravidă și la cea care alăptează, se va face prin consumul alimentelor din toate grupele principale astfel:

a. Proteinele se vor asigura din:

- Carnea și produsele din carne, vor fi date în proporție de 200 – 250 g / zi.
- Laptele în cantitate de 600 – 1000 ml /zi.
- Brânzeturile cca 50 g / zi.
- Ouă cel puțin unul pe zi.

b. Grăsimile vor fi date astfel:

- untul 20 g / zi;
- uleiul 25 g / zi.

c. Glucidele vor fi asigurate din:

- Pâinea intermediară 250 – 300 g - aduce mai multe minerale și vitamine și nu predispune la constipație.

- Paste făinoase sau alte produse din cereale 30 – 40 g zi.
- Legume în cantitate de – 300 – 400 g / zi.
- Cartofi - 250 – 300 g / zi.
- Fructe în cantitate de 350 – 400 g / zi, proaspete sau în compoturi, sau coapte.
- Zahărul și produsele zaharoase în proporție de 40 – 50 g / zi.

Se preferă mesele de volum redus și mai frecvente, mai ales în prima parte a sarcinii, când tulburările disepitice (grețuri, vărsături) pot face dificilă alimentația.

De reținut.

Se v-a urmării curba ponderală. Creșterea în greutate trebuie să fie practic absentă în primele luni de sarcină, apoi va fi cca 1,5 kg / lună în ultimele 6 luni, (avându-se în vedere ca plusul ponderal să nu depășească 10 kg), în tot timpul sarcinii. După naștere se vor da alimente fortifiante, cu lapte, bulion de legume, bulion de carne, ouă, sucuri de fructe.

Alimentația la vârstnici.

La oamenii în vârstă se produc o serie de modificări ale organismului precum: alterarea danturii, scăderea secrețiilor digestive, atrofierea mucoaselor digestive, tulburări și modificări ale absorbției diversilor factori nutritivi, care concură la tulburarea procesului de digestie și asimilație. Se remarcă, o perturbare a metabolismului, astfel:

- o încetinire a metabolismului bazal;
- o scădere a toleranței la glucide;

- o creștere a colesterolului și a grăsimilor neutre din sânge (trigliceride) cu depunerea lor în vase și favorizarea producerii aterosclerozei;

- o accentuare a catabolismului proteic, cu scăderea funcției plastice (de regenerare și refacere a țesuturilor), în favoarea arderii lor, apărând fenomene de demineralizare a scheletului, întrucât calciul nu se mai fixează în oase.

De toate aceste modificări legate de procesul de îmbătrânirea organismului, trebuie să se țină seama, când se alcătuiește alimentația la astfel de indivizi. Este știut că între 65 -70 ani, aportul caloric al unui individ este de 2400 calorii pe zi, pentru bărbat și 2100 pe zi la femeie.

a. Nevoia de proteine se situează între 1 – 1,5 g/kg/corp/zi, având în vedere tendința la denutriție proteică a multor bătrâni.

- Jumătate vor fi cu valoare biologică mare – lapte, produse lactate, albuș de ou, carne de pasăre, pește și vită.

- Se vor elimina elementele bogate în purine pentru evitarea acceselor de gută.

b. Lipidele se vor da în cantități scăzute 70 – 80 g/kg/corp/zi.

c. Glucidele nu vor depăși 50 % din aportul caloric global al zilei și v-a consta în: cartofi, pâine intermediară, paste făinoase, legume și fructe. Vor fi evitate dulciurile concentrate care suprasolicită funcția endocrină a pancreasului, putând duce la epuizarea sa cu apariția unui diabet senil.

d. Fruitele și legumele consumate, ca atare sau sub formă de sucuri proaspete aduc cantități importante de minerale și vitamine, al căror rol este deosebit de important pentru organismul omului în vârstă, amenințat de dezechilibre metabolice importante. Prin substanțele de balast pe care le conțin, au un efect laxativ, ajutând formarea și avacuarea scaunului, la acești indivizi cu tendință frecventă la constipație.

Dăm în continuare o listă a alimentelor permisă la vârstnici:

- laptele degresat, iaurtul, brânza de vaci;
- carnea albă fără grăsime, peștele de orice fel;
- uleiul (de: floarea soarelui, soia, germene de porumb), margarina, unt (în cantitate limitată);
- albușul de ou;
- făinoase: pâine intermediară veche de o zi, prăjituri de casă - făcute cu ulei sau margarină;
- orez și griș – în limita glucidelor permise,
- legume preparate sub diferite forme: piureuri, soteuri, budinci;
- fructe proaspete (eventual rase), sucuri de fructe, compoturi, piureuri de fructe, alune coapte;
- băuturi: ceai de plante, vin (numai în cantități admise de medic).

Alimentația artificială a adultului.

Este folosită la bolnavii inconștienți (îndeosebi la comatoși), cum ar fi: coma hepatică, coma uremică și coma produsă prin accident vascular sau intoxicații medicamentoase. Acești bolnavi pierd mari cantități de lichide și consumă multă energie și de aceea de la internare trebuie luate măsuri pentru hidratarea bolnavilor. În lipsa administrării lichidelor bolnavul se deshidratează repede, obligând organismul să recurgă

la rezervele sale de apă tisulară, iar în lipsa alimentației se produce inaniția. Baza alimentației acestor bolnavi (în lipsa unor contraindicații) o formează hidratații de carbon, a căror utilizare este rapidă și nu necesită un consum mare de energie pentru metabolizare. În caz de prelungire a stării de inconștiență, trebuie asigurată o rație corespunzătoare de proteine, care se va administra prin sondă nazo – duodenală (pentru că reflexul de deglutiție nu mai este păstrat). Introducerea sondei se face printr-una din fosele nazale (nici o dată prin gură), cu mare precauție, deoarece bolnavul neavând, nici reflexul de tuse, sonda poate să pătrundă ușor în trahee. Medicamentele introduse prin sondă, trebuie bine sfărâmate, sau înmuiate în apă sau ceai, pentru a nu oblitera lumenul sondei. Dacă bolnavul varsă sau prezintă hemoragie gastroduodenală, hidratarea și alimentarea lui, se va face parenteral.

Alimentația copilului sănătos.

Rația alimentară a copilului trebuie să satisfacă toate nevoile sale nutritive (calorice, plastice și biocatalitice), atât pentru întreținere, cât pentru creșterea și dezvoltarea sa.

A. Alimentația sugarului.

Hrana ideală a sugarului o alcătuiește laptele de mamă, care reprezintă alimentul cel mai potrivit pentru nevoile nutritive ale acestuia. De aceea noi născuții și sugarii hrăniți la sân se dezvoltă mult mai bine și sunt mult mai rezistenți la diferite infecții. Punerea la sân a nou născutului se face după 12 – 24 ore de la naștere, în primele 6 – 12 ore, nu se administrează decât apă fiartă și răcită (eventual cu zahăr 5 %), cu lingurița la 2 – 3 ore, câte 2 – 3 lingurițe. Primul supt se face cu dificultate (cere multă răbdare din partea mamei), sugarul se v-a lăsa cca 2 minute la fiecare sân în prima zi, apoi se v-a crește progresiv durata suptului la 2, 3, 4, 5 minute. Din ziua a șasea alăptarea v-a dura 15 minute, iar la sfârșitul primei săptămâni 20 minute. Intervalul dintre supturi va fi la 3 – 3 și 1/2 ore, la orele: 6, 9, 12, 15, 18, 21 și eventual 24. În primele 10 – 13 zile sugarul se pune la ambii sâni la fiecare supt, apoi se v-a da numai câte un sân la fiecare masă (astfel se primește un lapte mai hrănitor). Sânul va fi golit bine după fiecare supt, pentru a stimula secreția lactată. Întrucât în timpul suptului, sugarul înghite aer, el va fi ridicat vertical după fiecare masă pentru a elimina aerul înghițit.

De reținut.

Administrarea meselor la ore fixe are importanță deosebită, pentru că influențează favorabil funcția digestivă și elaborarea reflexelor secretoare.

În cazul când mama nu are lapte suficient se trece la alimentație mixtă (care constă în completarea sânului, cu lapte de vacă sau lapte praf). Aceasta se poate face în două moduri:

- fie dând în completare la fiecare masă, o cantitate de lapte;
- fie înlocuind un supt cu lapte de vacă sau lapte praf.

În cazul când mama nu are lapte (sau este contraindicată alăptarea la sân), se v-a recurge la alimentația artificială cu lapte de vacă proaspăt sau lapte praf.

a. Laptele de vacă. Deși are aceleași componente nutritive ca și laptele de femeie, proporția fiind diferită impune modificarea prin: diluare sau zaharare, astfel:

- în prima lună diluarea este de 1/2;
- în luna a doua diluarea este de 2/3;
- în luna a treia diluarea este de 3/4;
- din luna a patra copilul poate suporta laptele integral nediluat.

Lichidul folosit pentru diluția laptelui poate fi: apă fiartă și răcită, ceai de diferite plante (mentă, mușețel), zeamă de orez, supă de morcov. Laptele de vacă se fierbe în clocot cel puțin 5 – 10 minute. După fierbere laptele se răcește brusc și se păstrează într-un vas acoperit la rece.

- De la două săptămâni la o lună sugarul v-a primi în 24 ore, 150 – 180 ml lapte de vacă pe kg/corp cu 5 % zahăr, în diluție de 1/2.
- În luna a doua v-a primi 150 – 160 ml / kg / corp, cu 5 % zahăr în diluție 2/3.
- În luna a treia aceeași cantitate, dar în diluție 3/4.
- Din luna a patra copilul poate suporta laptele de vacă integral nediluat.

De reținut.

Oricare ar fi greutatea copilului cantitatea de lapte nu va depăși 700 ml, iar cantitatea de lichide 1000 ml, în 24 ore. Pentru calcularea necesităților calorice se vor adăuga 10 calorii pe kg corp în plus față de necesitățile copiilor alimentați cu lapte de mamă.

Alimentația artificială poate fi realizată mai ușor cu unele produse dietetice, cum sunt: laptele praf Humana 1, care se dă: nou născuților și sugarilor în primele 8 – 10 săptămâni de viață, apoi cu Humana 2, cu care se poate continua alimentația până la 4 – 6 luni. În comerț există o mare varietate de preparate, unele de început – până la 4 luni și altele „de continuare”, ce se administrează până la 12 luni. Repartizarea meselor se face ca și cazul alimentației naturale. Între mese, începând cu luna a doua se dă de două ori pe zi suc de fructe. Necesitatea de vitamina C, B și D₂ se completează cu preparate sintetice, începând de la vârsta de 4 – 6 săptămâni.

De reținut.

Ablactarea, poate să înceapă mai curând decât la sugarul alimentat natural.

Tehnica alimentației artificiale.

Preparatele de lapte se pot administra sugarului cu biberunul cu tetină, înainte de administrare alimentul se încălzește la 37°C), (introdu-când biberonul într-un vas cu apă caldă, iar copii cu vărsături frecvente vor primi lapte mai rece (22 – 24°C). Masa trebuie să dureze 10 -15 minute. După terminarea alimentației sugarul se v-a ține vertical până ce elimină excesul de aer înghițit, apoi se culcă la început 15 – 20 minute pe partea stângă, apoi pe partea dreaptă, metodă prin care se reduc regurgitațiile. Începând din luna a patra sau a cincea, când se introduce în alimentație și un preparat făinos (griș cu lapte), se vor utiliza tetine cu orificiul mai mare, care permit trecerea grișului. Din luna a șasea, poziția copilului în timpul alimentării, va fi șezândă. Fierturile făinoase, mai consistente (piureul de legume, de fructe și brânza de vaci), se vor administra cu lingurița. Sugarul alimentat artificial trebuie supravegheat și cântărit în mod regulat, curba ponderală fiind un indice prețios al devoltării și toleranței sale față de preparatele administrate. Supraalimentația și subalimentația sunt incidente care se produc de cele mai multe ori, datorită diluțiilor sau

cantităților necorespunzătoare. Uneori poate apărea intoleranță față de laptele de vacă. În aceste cazuri alimentația sugarului trebuie schimbată.

De reținut.

De la trei luni, laptele matern, numai satisface în mod optim nevoile nutritive ale copilului și de aceea este necesară diversificarea alimentației (introducerea și a altor alimente în afară de lapte), aceasta se face în următoarea ordine: supa de legume, piureul de legume, merele rase, carnea, supa de carne degresată, făinosul cu lapte, brânza de vaci, gălbenușul de ou, frișca, smântâna. Practic se va proceda astfel:

- La vârsta de trei luni, se înlocuiesc 20 g din laptele de la masa de prânz cu aceeași cantitate de supă de legume strecurate, la care se adaugă 3 – 5 % făinos (făină de orez, zeamil, griș) și 1 – 2 % ulei de porumb. După șapte zile se va înlocui întreaga masă de la ora 14 cu supa de legume, în cantitate de 170 ml.

- Între 3 ½ și 4 luni, se poate introduce carnea de pasăre slabă tocată fin și amestecată cu supa sau piureul de legume, câte o linguriță de două trei ori pe săptămână.

- De la 4 luni se va înlocui sugarului, masa de lapte de la ora 10 cu mere rase, piureul de mere (produs special în comerț pentru copii), piureul de piersici sau de banane date în fiertură de orez 5 %, sau mucilagiu de orez. De la această vârstă laptele se va da neacidulat.

- De la 4 ½ luni se înlocuiește treptat a treia masă de lapte, cu făinos cu lapte 5% (făină de orez, sau pesmet de franzelă).

- De la 5 ½ luni la 6 luni se înlocuiește cu grișul.

De reținut.

Pentru prepararea făinosului cu lapte se procedează astfel: se pun la fiert 200 ml lapte cu 50 ml apă și 10 g zahăr. Când clocotește se toarnă făinosul în ploaie (10 g dacă se face în concentrație de 5 % sau 4 g dacă se face în concentrație de 2 %), amestecându-se continuu, să nu se facă cocoloașe (se lasă să fiarbă la foc potrivit timpul recomandat pentru fiecare tip de făinos, apoi se răcește brusc amestecându-se continuu să nu se facă coajă).

De la 4 ½ - 5 luni se introduce treptat și supa de carne (de pasăre la început, apoi și de vită), care se va da de 2 – 3 ori pe săptămână, alternând cu cea de legume la masa de prânz.

De la 5 luni, se va introduce brânza de vaci proaspătă, câte o linguriță la început, apoi se va crește treptat până la 20-30 g, adăugându-se în piureul de legume sau în merele rase.

La 5- 5 ½ luni, se va permite în alimentația sugarului și gălbenușul de ou fiert tare (10 minute). Se va începe cu: un sfert, apoi cu o jumătate până se ajunge la întreg, care se va îngloba în piureul de legume (cartofi) de la masa de prânz, de 2 – 3 ori / pe săptămână (alternând cu carne și brânză de vaci).

De la 6 luni se poate da copilului și iaurt proaspăt preparat în casă (din lapte fiert la care se adaugă 1 – 2 linguri, din iaurtul preparat în ziua precedentă, lăsându-se 12 – 18 ore să se închege). Se adaugă zahăr 5 – 8 % și biscuiți în acei și concentrația. Se va da la masa de la ora 18, alternativ cu făinosul cu lapte (griș sau orez pasat).

Între 6 – 7 luni se vor introduce chiseurile de fructe și crema fosfarin cu sirop de fructe.

La 8 – 9 luni se vor da: perișoare de carne, șuncă slabă, borșuri, găluște de griș în supă, pâine albă, budincă de legume sau de făinoase, mămliguță pripită cu gălbenuș de ou și unt sau cu brânză de vaci și smântână.

De reținut.

La această vârstă copiii, alimentați la sân, vor fi înțărcați, fiind contraindicată alăptarea peste un an.

Între 10 – 12 luni, alimentația copilului se va îmbogăți treptat cu carne de vită tocată (fiartă bine), pește, creier, ficat, alternând cu brânză de vaci, și gălbenușul de ou. La prânz, supe cu zdrențe, tăitei cu carne, tocăniță cu sos alb, prăjituri de casă cu aluat proapăt, compoturi papanași fierți.

De reținut.

Începând din luna a 6-a, orele de masă, vor fi adoma cu ale copiilor peste un an, adică: 7; 10; 12,30; 17; 20,30.

Alimentația copilului antepreșcolar (1-3 ani).

Copilul între 1 și 3 ani, are nevoie de 1300 calorii pe zi (80 -90 calorii / kg / zi).

a. Proteinele se vor 3 – 4 g / kg / zi, sub forma celor cu valoare biologică ridicată de origine animală, precum:

- Laptele care se va da în cantitate de 500 – 600 ml / zi (fie ca atare fie în preparate).

- Ouăle, care se pot da întregi câte unul la 3 – 4 zile (în primul an) și câte unul pe zi, de la vârsta de 2 ani (fiert moale sau în preparate).

- Carnea se va da de 4 – 5 ori pe săptămână câte 30 – 50 g la un prânz sub formă de: carne de pasăre, pește alb slab, creier, ficat (la început tocat) apoi tăiat în bucățele mici. După 2 ani, se poate da în fiecare zi.

a. Proteinele vegetale din leguminoase (mazărea, fasolea, linte) se pot de după vârsta de 2 ani, în: supe, piureuri, dar în cantități mici pentru a nu produce indigestii.

b. Lipidele se vor da 4 – 5 g / kg / zi, sub formă de: gălbenuș de ou, unt, smântână, frișcă și uleiuri vegetale (undelemn, ulei de dovleac).

c. Glucidele se vor da 10 – 12 g / kg / zi, sub formă de făinoase: griș, paste făinoase, biscuiți, pâine (albă până la doi ani, apoi se poate da și intermediară veche de o zi), fructe, legume, zahăr.

Pâinea se va da în cantitate de 150 – 180 g / zi. Făinoasele se vor da în preparate cu lapte sau ca prăjituri de casă. Legumele se vor da zilnic, în cantitate de 300 g / zi (importante pentru aportul lor de vitamine și elemente minerale). Cele mai frecvente folosite sunt: morcovii, cartofii, dovleceii, conopida, roșiile, sfecla. Până la 2 ani, se vor da: fierte (ca: piureuri, soteuri, în supe) sau sucuri de legume crude, cu lămâie și ulei. Fructele, vor face parte din alimentația zilnică a copilului între 1 și 3 ani. Se vor da sucuri de fructe proaspete, rase, ca piureuri sau compoturi. Fructele cu sâmburi (cireșe, caise, piersici, vișine) se vor da întregi, însă scoțându-le sâmburii. Mesele pe zi vor fi în număr de cinci.

Alimentația copilului preșcolar (între 4 și 6 ani).

Între 4 și 6 ani, nevoile calorice ale copilului se ridică la 1600 – 1700 calorii, nu atât datorită creșterii, care se face mai lent în această perioadă, cât mai ales datorită activității intense pe care o desfășoară preșcolarul. Raportat la kilocorp, această nevoie calorică se ridică la 70 – 80 calorii / zi. Astfel:

a. Proteinele se vor da în cantitate de 3 – 2,5 g / kg / zi (în proporție de 2/3) – sub forma celor cu valoare biologică ridicată, precum:

- lapte în cantitate de 400 – 500 g / zi – ca atare sau în preparate;
- brânză 75 g / zi;
- carne 50 – 80 g / zi;
- ouă 50 g / zi fierte moi, sau în diferite preparate;

restul de 1/3 vor fi de origine vegetală (pâine, legume).

b. Lipidele (grăsimile) se vor da în cantitate de 2 – 3 g / kg / zi, sub formă de unt (15 – 20 g / zi), untdelemn 10 g / zi.

c. Glucidele se dau 10 g / kg / zi și se vor asigura din:

- pâine în cantitate de 150 – 200 g / zi,
- paste făinoase 75 g / zi,
- cartofi 100 – 150 g / zi,
- legume 200 g / zi,
- fructe 100 – 200 g / zi,
- zahăr 25 – 30 g / zi.

Se vor da 4 – 5 mese pe zi. Cu excepția câtorva interdicții, alimentația copilului preșcolar nu este diferită de cea a adultului, respectând însă câteva interdicții și anume:

- alimentele prea: iuți, sărate și codimentate;
- alimente prăjite în grăsime, mezelurile, murăturile în oțet, alcoolul și cafeaua naturală.

Alimentația școlarului (între 7 – 12 ani).

Nevoile energetice ale copilului școlar sunt de 60 – 70 calorii / kg / zi. Aceasta înseamnă că sunt 2100 calorii / zi (între 7 – 9 ani) și de 2500 calorii / zi între 9 – 12 ani.

a. Nevoia de proteine este de 2 – 2,5 g / kg / zi și va fi asigurată din alimente de origine animală:

- lapte 400 ml / zi;
- brânză 40 – 50 g / zi;
- carne 120 -150 g / zi;
- ouă (câte unul pe zi).

b. Lipidele 2 – 3 g / kg / zi – se vor asigura din alimentele consumate și se vor completa cu: unt 20 – 25 g / zi și untdelemn 15 – 20 g / zi.

c. Glucidele sunt necesare în cantitate de 10g / kg / zi și vor fi acoperite din: pâine intermediară 200 – 250 g / zi, făinoase 50 – 100 g / zi, cartofi 200 g / zi, legume verzi 200 – 300 g / zi, fructe 150 – 200 g / zi, rația fiind completată cu zahăr și produse zaharose în proporție de 20 – 25 g / zi. Alimentele vor fi repartizate în 4 – 5 mese / zi și vor fi

pregătite cât mai apetisant. Pentru cei care învață după amiaza masa, se va servi cu cel puțin ½ oră înainte de a merge la școală, pentru a păstra un minim de repaus ce asigură digestia. Copiii vor servi masa, împreună cu ceilalți membri ai familiei. Cu această ocazie vor fi deprinși cu o serie de reguli de comportare civilizată la masă, ce se va imprima în comportamentul copilului pentru tot restul vieții. Copiilor care în această perioadă învață, dimineața li se va acorda o deosebită atenție, privind gustarea de dimineață (ai lăsa să plece nemâncați – există pericolul hipoglicemiei), ce se manifestă prin: amețeli, emotivitate deosebită, dureri de cap.

Alimentația adolescenților.

Adolescența este o perioadă de trecere între copilărie și viață adultă. Ea se întinde pe o perioadă lungă de timp între 13 și 20 ani. Atât pentru băieți cât și pentru fete, ea se poate subîmpărți în două perioade: una cuprinsă între 13 – 15 ani (perioada de pubertate) și alta cuprinsă între 16 – 20 ani (perioada postpubertară). În această perioadă individul trece prin profunde transformări. Nevoile calorice raportându-se la greutate s-ar ridica astfel:

- 55 – 66 calorii / kgc / zi la băieți;
- 50 – 50 calorii kgc / zi la fete.

a. Proteinele se vor da în cantitate de 2 g / kgc / zi, predominând cele cu valoare biologică mare.

b. Grăsimile 2 – 3 g / kgc / zi din care 2/3 trebuie să fie de origine animală (care conțin vitaminele liposolubile).

c. Glucidele 8 – 10 g / kgc / zi se vor da sub formă de: cereale, legume și fructe (mai puțin dulciuri concentrate).

Nu se va face exces de făinoase, grăsimi găsite, mezeluri, conserve. Se vor interzice: cafeaua, tutunul, condimentele iuți, pentru că aceste obiceiuri greșite, pot duce în timp la boli degenerative precum: ateroscleroză, obezitatea, diabet zaharat, de aceea nutriția în această perioadă are o importanță deosebită.

Alimentația rațională a omului bolnav.

Alimentația rațională în bolile stomacului.

Stomacul este un segment important al tubului digestiv, unde are loc digestia alimentelor. Rolul său este reprezentat atât prin funcția sa secretoare, adică de elaborare a sucului gastric care conține acid clorhidric și enzimele de digestie (pepsina și labfermentul), cât și prin funcția motoare de amestecare, frământare și propulsoare a alimentelor spre segmentul următor al tubului digestiv, intestinul. În mod normal atât funcția secretoare cât și cea motoare se declanșează reflex în momentul pătrunderii alimentelor în stomac, ambele având un rol important în procesul de digestie gastrică. În anumite stări patologice, însă pot apărea tulburări a celor două funcții: secretoare (hipersecreție, hipoaciditate) și motoare (hipermotilitate sau hipomotilitate). Aceste tulburări patologice ale stomacului apar în: gastrite, boală ulceroasă cu complicațiile sale, cancer gastric.

Să le enunțăm pe rând:

a. Gastritele, sunt boli ale stomacului în care se produce o inflamație a mucoasei gastrice, pusă în evidență prin endoscopie. Bolnavii se plâng de dureri în regiunea epigastrică (în capul pieptului), însoțite de pirozis (senzație de arsură în aceeași regiune) și regurgitații acide (râgâeli). Aceste manifestări nu se produc la anumite ore, ci se manifestă în mod permanent, exagerându-se, după consumul unor alimente prea sărate, alimente prăjite, iuți, afumături, etc.

Gastritele în raport de evoluție pot fi: acute și cronice.

1. Gastritele acute pot apărea fie: în urma ingestiei unor substanțe toxice sau în cursul unor boli infecțioase. Prezintă o simptomatologie zgomotoasă ce se manifestă prin: febră, vărsături incoercibile, dureri epigastrice accentuate, stare generală alterată, necesitând internarea de urgență a bolnavului în spital. Tratamentul dietetic al acestor forme de gastrită constă în restrângerea alimentației și de aceea, timp de 1 – 2 zile, se dă bolnavului numai apă fiartă și răcită, infuzii de: mușețel, mentă, sunătoare. Din a treia zi se introduc: supe de legume limpezi sau cu puțin orez, făinoase cu apă și lapte, brânză de vaci proaspătă, caș, urdă proaspătă, pâine albă veche (de o zi), mere coapte (fără coajă), carne de vită fiartă și tocată. Bolnavul trebuie să mestecă îndelung alimentele în gură, să mănânce încet, în repaus absolut și nu va bea nici un fel de lichid în timpul mesei. După masă va sta culcat în pat cu o compresă caldută pe abdomen și să bea câte o ceașcă de ceai de mentă sau de mușețel, după fiecare masă. Acest regim durează 8 – 10 zile, după care se trece la o alimentație normală, evitându-se, în continuare alimentele cu efect iritant asupra mucoasei stomacului, adică: alimentele bogate în celuloză dură, prăjelile, sosurile și toate alimentele greu digerabile.

2. Gastritele cronice, după cum le arată și numele, au o evoluție de lungă durată, necesitând de aceea un tratament dietetic adecvat. De aceea din alimentația acestor bolnavi se vor scoate următoarele alimente:

- carnea grasă, vânatul, mezelurile, conservele nedietetice, moluștele, slămina;
- legumele tari bogate în celuloză (ceapa, castraveții, țelina, linte, fasolea uscată, mazărea uscată);
- dulciurile concentrate: bomboanele, prăjiturile de cofetărie, dulcețurile, ciocolata, siropurile concentrate;
- codimentele: ardei iuți, murăturile, piperul, muștarul, hreanul, boiaua iute;
- băuturile iritante: cafeaua, ceaiul tare, alcoolul;
- orice aliment prea sărat sau conservat cu sare.

Este interzis fumatul și administrarea de lichide în timpul mesei. Mesele se vor lua la ore regulate, lucru care trebuie respectat cu strictețe.

Se deosebesc două tipuri de gastrite cronice și anume:

➤ Gastrite cronice hipoacide, care se caracterizează prin inflamația cronică a mucoasei gastrice, concomitent cu existența unei secreții foarte scăzute sau chiar prin absența acidului clorhidric din sucii gastrici (ducând la tulburarea procesului de digestie a alimentelor).

De aceea în alimentația bolnavului cu gastrită hipoacidă sunt permise următoarele alimente:

- supe de carne, borșurile, supele creme de legume, supele de cereale (pentru că au un efect stimulator asupra secreției gastrice și se digeră ușor);
- carnea de: vacă, vițel, pasăre (slabă) fiartă sau friptă;

- peștele slab alb de râu, fiert, fript sau copt în pergament;
- ouăle sub formă de ochiuri românești sau în preparate, iaurt, lapte acidulat, kefir, unt, brânză de vaci;
- fulgi de ovăz, paste făinoase, griș, orez;
- pâine albă uscată sau pâine prăjită (care are un efect excitant asupra secreției gastrice, favorabil în această formă de gastrită);
- legumele tinere cu celuloză fină, fierte bine, preparate ca soteuri, piureuri, supe, creme – de legume, cartofi fierți sau copti;
- fructele se pot da sub formă coaptă (mere) fără zahăr sau ca sucuri de fructe proaspete nu prea concentrate; caisele, dacă sunt bine coapte;
- deserturile se vor da sub formă de preparate de brânză de vaci sau cu mere și biscuiți;
- sarea se va da în cantitate normală întrucât are proprietăți excitosecretoare, favorabile în aceste forme de gastrită. De aceea dacă bolnavul tolerează se permit și cantități mici de gogoșari sau murături.

➤ Gastritele cronice hiperacide, care se caracterizează, prin inflamația mucoasei gastrice, alături de o secreție crescută de suc gastric bogat în acid clorhidric. Alimentația bolnavilor cu acest fel de gastrită este asemănătoare, cu cea din ulcerul duodenal și de aceea va fi prezentă odată cu aceasta.

b. Boala ulceroasă este o suferință care se poate manifesta cu localizări gastrice sau duodenale. În etiologie sunt implicați multipli factori. De obicei la nivelul stomacului sau duodenului se produce o leziune (rană) mai mare sau mai mică, ceea ce a determinat și denumirea de ulcer (ulcerus - rană), care este pusă în evidență prin endoscopie. Dacă ulcerația este situată într-o regiune cu un vas de sânge digestivă, se manifestă fie sub formă de vărsătură (hematemeză), fie sub formă de scaun negru ca păcura (melenă). Când hemoragia nu se oprește se intervine chirurgical. Ulcerația dacă e profundă, poate duce la perforarea peretelui, evacuarea conținutului gastric în cavitatea peritoneală și apariția unei stări grave, numită peritonită. În acest caz bolnavul prezintă o durere intensă apărută brusc (ca împlântarea unui pumnal), în epigastru însoțită de contractura abdomenului (abdomen de lemn). În unele cazuri, ulcerația se cicatrizează într-un mod vicios, ducând la stenoza (stâmtorarea) pereților stomacului. În cazul când este situată la nivelul regiunii pilorice, determină stenoza pilorică, împiedicând evacuarea conținutului gastric către duoden – bolnavul prezentând: vărsături alimentare, cu alimente ingerate cu 24 – 48 ore înainte, slăbește rapid, ajungând în timp la denutriție accentuată.

Tabloul clinic

Ceea ce caracterizează ambele forme de ulcer (gastric sau duodenal), este durerea care diferențiază foarte puțin ulcerul gastric de cel duodenal. Tratamentul modern cu antisecretoarii moderne potente a schimbat și spectrul investigațiilor necesare diagnosticului de ulcer. Pe primul loc se situează acum, metodele care pun în evidență leziunea gastrică sau duodenală, adică endoscopia sau examenul radiologic (trecând pe primul loc diagnosticul infecției determinat de *heliobacter pylori*).

Alimentarea în puseul acut de ulcer va fi împărțită în trei faze în funcție de evoluția bolii:

a. În prima fază (în plină criză dureroasă) bolnavul va sta la pat și singura alimentație permisă este laptele dulce (fiert), câte un pahar de 200 ml la interval de două ore ziua și de patru ori în cursul nopții de câte ori se trezește bolnavul. La acesta, se poate adăuga frișcă proaspătă, zahăr, ceai, vanilie. În caz de intoleranță la laptele dulce se va adăuga o linguriță de carbonat de calciu la o cană de lapte (pentru că scade fermentația din intestin produsă de excesul de lactoză) sau adăugarea a 5 g de citrat de sodiu. La laptele integral (la 2 litri se pot adăuga 30 g zahăr) realizând în total 1520 calorii sau 500 g smântână la 1 litru lapte, realizând 1550 calorii, iar dacă se mai adaugă și 30 – 40 g zahăr se obțin 1650 calorii. Acest regim hipocaloric, nu se va menține mai mult de 5 – 7 zile. Dacă bolnavul se constipă bolnavul va ingera și 1 – 2 linguri ulei de parafină.

b. În faza a doua, se introduc o serie de alimente ușor de digerat: supele strecurate de orez, supele mucilaginoase preparate cu lapte și unt, grișul, fulgii de ovăz, ou fierte moi, arpacaș, frișca, piureurile de legume cu puțin unt sau untdelemn. Se va asigura 1600 – 1800 calorii / zi. Această fază durează 7 – 10 zile.

c. În faza a III-a la alimentele din faza a II-a se adaugă perișoarele dietetice, din carne sau pește slab, legate cu ou, fierte în supă, apoi piureul de cartofi, supe de zarzavat, biscuiți și apoi treptat carnea de vită sau pasăre slabă fiartă.

Alimentația în perioada de liniște a ulcerului duodenal.

De două ori pe an toamna și primăvara, bolnavul va respecta o dietă mai severă, prelungită câteva săptămâni, pentru a preîntâmpina apariția crizelor acute dureroase. Întrucât regimul în boala ulceroasă, se întinde pe o perioadă lungă de timp, ca principii generale se recomandă:

1. renunțarea la fumat și alcool sub orice formă, deoarece acești doi factori intervin în întreținerea cercului vicios al tulburărilor nervoase și endocrine, care stau la baza producerii leziunii ulceroase și de aceea trebuie în mod obligatoriu eliminați (cresc secreția și spasmele);

2. masticarea îndelungată a alimentelor;

3. bolnavul va fi calm la masă evitând discuțiile contradictorii;

4. se vor evita: codimentele, mesele prea abundente (peste 350 – 400 g), pentru că dilată stomacul – crescând secreția gastrică;

5. se vor interzice toate alimentele bogate în celuloză, carnea de asemeni alimentele prea reci sau fierbinti – întrucât au efect iritant;

6. în timpul mesei și nici imediat după mese nu se vor consuma lichide (pentru că diluiază secrețiile, îngreunând digestia);

7. bolnavii trebuie să respecte un repaus de cca ½ - 1 oră după masă.

În perioada de liniște, bolnavul poate beneficia de cure de ape minerale, care ajută la vindecarea bolii. Cele mai recomandate stațiuni fiind: Sângeorz, Slănic și Olănești.

Ca regim în această perioadă se recomandă:

- laptele dulce amestecat sau nu cu: ceai, făinoase (fulgi de ovăz, orez, fidea, tăiței, spaghete, griș): brânză proaspătă de vaci, urdă, cașul dulce, untul proaspăt preparat fără sare;

- ouă fierte moi, ca ochiuri românești sau în preparate de lapte (lapte de pasăre);

- carnea de vițel, pasăre, pește slab (șalău, știucă, lin, păstrăv) fiartă, înăbușită;

- legumele: cartofii, dovlecii, conopidă, morcovi, carote (fierte pregătite cu unt sau untdelemn); ca: soteuri, sufleuri, budinci;

- biscuiți, prăjituri cu brânză de vaci, compoturi nu prea dulci (cu fructele trecute prin sită), sucuri de fructe sau coapte la cuptor;
- supe de legume sau supe creme de cartofi.

Alimentația rațională în suferințele stomacului operat (după 6 – 8 săptămâni – dureri tardive)

1. Sindromul post- prandial precoce (Dumping - sindrom) reprezintă un complex de simptome digestive și extradigestive, care survin precoce după ingestia de alimente, ca rezultat al golirii rapide a stomacului urmată de un tranzit intestinal accelerat. Fenomenele clinice ale S.D. se pot produce și la bolnavii fără rezecții gastrice, atunci când îndeplinesc condițiile de definiție.

Simptome. S.D. precoce se manifestă cu simptome digestive și sistemice, care apar în timpul ingestiei de alimente, fie la sfârșitul acesteia. Simptomele digestive constau în: distenia moderată sau marcată a abdomenului, durere și barborisme. Manifestările sistemice constau în: palpitații, tahicardie, transpirații profuze și uneori hipertermia tegumentelor faciale. Aceste fenomene nu apar, dacă bolnavul mănâncă culcat în poziție de decubit dorsal sau se ameliorează, dacă ia această poziție imediat după apariția simptomelor. Simptomatologia este favorizată de indigestia prânzurilor bogate în lichide sau dulciuri concentrate.

Tratamentul dietetic constă în: regimul sărac în hidrocarbonate concentrate, bogat în alimente solide și în ingestia unor cantități mici de lichide, la o oră după mese. Mesele trebuie să fie mici și repetate, iar bolnavul trebuie să se culce imediat după masă, în poziție dorsală, pentru a încetini evacuarea produsă de gravitate.

2. Sindromul post-prandial tardiv (Dumping sindrom tardiv). Se manifestă prin simptome de hipoglicemie: transpirații, tremurături, convulsii, confuzie; care apar după: 1 ½ - 3 ore, după mese (frecvența e mai redusă decât în S.D. precoce). Apare după alimentația bogată în hidrocarbonate, sau după dulciuri concentrate.

Tratamentul dietetic constă în reducerea consumului de hidrocarbonate.

3. Diareea care apare la bolnavii cu stomac operat este de două tipuri:

- Diareea episodică (post vagotomie), care apare la 25 % dintre pacienții care au suferit vagotomie tronculară cu antrectomie;

Clinic bolnavul prezintă emisiuni de scaune diareice la 2 – 3 ore după ingestia de alimente, cu senzație urgentă de defecație.

Tratamentul dietetic constă în: evitarea laptelui, a dulciurilor concentrate și a bananelor.

- Diareea continuă se datorează afecțiunilor preexistente intervenției chirurgicale, care devin simptomatice, postoperator precum: enteropatia glutenică și pancreatita cronică.

Alimentația rațională în cancerul esofagului și a stomacului

a. Cancerul esofagului, produce în cursul evoluției sale, o stenozare a lumenului esofagian în grade variate, în funcție de nivelul la care este localizat. Bolnavul prezintă

dificultate la înghițirea alimentelor care se accentuează treptat, îngreunând alimentarea bolnavului. În caz că stenoza nu e prea strânsă, se vor utiliza alimente pe cale bucală. Se vor da alimente lichide și semilichide moi, netraumatizante, în cantități mici și repetate, fiind prezentate cât mai atrăgător pentru a stimula apetitul bolnavului, care este scăzut. Vor fi permise: oule fierte moi, carne de vită bine fiartă și tocată de două trei ori prin mașina de tocat, legumele fierte, laptele integral sau în preparate semilichide, frișcă și sucuri de fructe sau legume proaspete. Dacă stenoza este foarte strânsă se vor da numai lichide. Când stenoza nu mai permite alimentarea, se va efectua de urgență gastrostomia, pentru a se introduce pe sondă alimentele direct în stomac. Pe sondă se vor introduce alimentele lichide și semilichide de consistență cât mai fluidă, bine pasate, pentru a suplini actul masticăției.

b. Cancerul stomacului, ridică probleme deosebite de alimentație în funcție de forma anatomo – clinică și anume:

- În cancerul stenozant, care poate interesa unul din cele două orificii: cardia sau pilorul se indică acelaș regim ca și în cancerul esofagian. Laptele va reprezenta unul din alimentele de bază pentru acești bolnavi.

- În formele în care nu se produce stenoza stomacului, regimul va fi mai larg, în funcție de toleranța bolnavului și va fi cât mai apetisant. Se vor interzice, însă toate alimentele iritante, condimentele iuți, alimentele acide, mesele trebuie să fie mici, nici prea fierbinți și nici prea reci.

Alimentele permise acestor bolnavi sunt: laptele ca atare sau în preparate, cu făinoase sau ouă și derivatele sale. Ouă fierte moi, gălbenușul proaspăt se poate da și crud, amestecat cu lapte și zahăr. Carnea fiartă fin tocată sub formă de perișoare, legume numai cele cu celuloză fină, bine fierte, iar fructele se vor da sub formă de compoturi pasate.

Alimentația rațională în bolile ficatului.

Ficatul deține un rol cheie în transformarea factorilor nutritivi, proveniți din alimentație și de aceea suferința sa se răsfrânge asupra întregului organism, provocându-i grave tulburări. De multe ori regimul alimentar reprezintă singura armă terapeutică, în unele boli ale ficatului. Dintre principalele afecțiuni hepatice în care dietetica joacă un rol important, amintim:

a. Hepatita acută virală, este o boală contagioasă, produsă de un virus, care poate fi transmisă pe cale digestivă (hepatita A) sau pe cale sanguină, prin tratamente parenterale cu instrumente nesterile (hepatita B și C). Alimentația bolnavului în cursul hepatitei virale va fi individualizată, în funcție de stadiul evolutiv al bolii, bolnavul fiind internat în spital în secția de boli infecțioase. Pe toată perioada evolutivă a bolii, repausul la pat va fi obligatoriu.

- În perioada preicterică, în care predomină tulburările dispeptice, se administrează un regim care cruțează la maxim funcțiile digestive, când se vor administra: compotul, sucuri de fructe, ceaiuri călduțe și jeleuri de fructe. În evoluție se vor da: supe de zarzavat strecurate, supe – creme de făinoase (grîș, fulgi de ovăz, fidea), cartofi și morcovi fierți. Dacă bolnavul suportă se poate da și laptele de vacă, sarea se dă însă în cantitate foarte redusă, iar mesele vor fi fracționate 5 – 6 zi.

- În perioada de stare, când icterul este evident, apetitul bolnavului de obicei revine parțial sau total, când e posibilă o mare varietate a regimului. Lipsa secreției biliare adecvate, face dificilă digestia lipidelor, de aceea aportul acestora se va reduce la minimumul 50 – 70 g pe zi, în condițiile în care se poate asigura un aport proteic adecvat. Grăsimile se vor da sub formă de uleiuri vegetale, frișcă, unt și smântână proaspătă, aportul proteic va fi de 60 – 80 g pe zi, putând ajunge până la 130 – 150 g pe zi, în cazul denutrițiilor accentuate. Aportul caloric va fi cca 2500 – 3000 calorii pe zi, fiind completat prin aportul de glucide, date sub formă ușor digerabilă (orez, fidea, fulgi de ovăz, griș). Mai târziu se vor introduce pesmeții, pâinea, piureurile de legume, salatele (verzi și de roșii), piureurile de fructe. Se contraindică excesul de glucide, care este dăunător întrucât surplusul lor se transformă în grăsimi, ce se depun la nivelul ficatului și pentru că duc și la o suprasolicitare a pancreasului care este și el afectat în cursul hepatitei virale. Regimul hiperglucidic necesită o creștere de insulină, putând determina un diabet zaharat.

- În perioada de declin a bolii, când are loc creșterea diurezei, diminuarea icterului și recolorarea scaunelor, se crește aportul de alimente, adăugându-se: carnea fiartă de pui, pește alb ca rasol și grătar, carne slabă de vită și vițel, ouă fierte sau ca ochiuri românești, pâine albă prăjită, prăjituri cu brânză de vaci, budinci de fructe, compoturi, ceaiuri de plante, lapte, sucuri de fructe și de legume, condimente aromate (pătrunjel, leuștean, mărar, cimbru, oțet de fructe slab și sucul de lămâie), supe de legume și de carne degresată.

b. Hepatitele cronice, apar după hepatite acute care nu au fost corect tratate sau după cele care au avut o evoluție severă, având o simptomatologie polimorfă. Hepatitele cronice în urma puncției biopsiei hepatice, se împart în:

- persistente în care alimentația este cea rațională pregătită dietetic,
- hepatite cronice agresive în care alimentația bolnavului reprezintă un adjuvant terapeutic prețios în împiedicarea evoluției bolii către ciroza hepatică sau insuficiență hepatică. Regimul va fi individualizat în funcție de starea bolnavului, astfel încât aportul caloric să fie normal la cei cu greutate ideală sau hipercaloric la cei cu denutriție concomitentă. Proteinele vor fi date în proporție de 1 – 2 g / kg / zi, lipidele 1 – 1,5 g / kg / zi, iar glucidele vor completa aportul caloric și se va asigura totodată aportul optim de vitamine și minerale în funcție de nevoile organismului. Alimentația va fi alcătuită din:

- carne slabă de vită, vițel, pui, găină, friptă sau fiartă;
- pește slab alb (șalău, știucă, lin);
- lapte dulce, bătut, iaurt, brânză de vaci, caș, urdă;
- ou fiert molae 2 – 3 săptămână;
- pâine albă sau intermediară veche de o zi;
- legume: dovlecei, morcovi, spanac, roșii, cartofi;
- fructe permise toate după toleranța individului, compoturi și coapte;
- plăcintă cu brânză dulce de vaci;
- grăsimi sub formă de unt proaspăt sau ulei crud adăugat la salate;
- condimente permise, cele aromate: cimbru, tarhon, mărar, pătrunjel, leuștean, scorțișoară;

- cantitatea de sare va fi normală.

Masele vor fi fracționate, cam 5 – 6 pe zi, date în volum mic, evitându-se consumul de lichide în timpul mesei.

c. Cirozele hepatice sunt afecțiuni foarte grave ale ficatului caracterizate prin sclerozarea acestora, datorită distrugerii celulelor hepatice de către inflamația cronică. Există două forme de ciroză:

1. Compensată în care bolnavul nu prezintă icter și ascită, regimul alimentar, fiind asemănător celui din hepatita cronică agresivă (alcoolul fiind, absolut, contraindicat).

2. În cazul cirozei decompensate cu ascită și edeme, regimul va fi obligatoriu hiposodat. Se vor permite următoarele alimente:

- carnea de vită, vițel, pui – în cantitate limitată 100 g / zi (carnea este interzisă în coma hepatică);
- lapte și brânză desodată;
- grăsimile sub formă de unt proaspăt și ulei crud;
- pâine fără sare;
- făinoase sub formă de budinci;
- legume sărace în sodiu – piureuri, soteuri fierte a la grec;
- fructe proaspete sub formă de compot, coapte, piureuri;
- băuturi permise: ceaiuri, sucuri de fructe, ape carbogazoase (nu și clorurosodice);
- sodiu 300 – 500 mg pe zi;
- codimente permise sunt cele aromate: vanilia, scorțișoara, piper și muștar fără sare.

În iminența apariției insuficienței hepatice (când apar tulburări de orientare în timp și spațiu) se va reduce aportul de proteine, care predispune la creșterea cantității de amoniac și a altor compuși toxici în sânge.

Tratamentul acestor bolnavi se va face numai în spital.

Alimentația rațională în bolile veziculei biliare.

Una dintre funcțiile cele mai importante ale ficatului este și cea de secreție a bilei. Care se colectează într-un rezervor sub formă de pară, numit vezicula biliară (colecist). Bila are o deosebită importanță în procesul de digestie și absorbție a grăsimilor, având și un rol laxativ, ajutând la evacuarea scaunului. Vezicula biliară se poate inflama, determinând colecistită.

Alimentația bolnavului în coleciste. Boala se poate manifesta fie sub forma de:

a. Colecistită acută, în care bolnavul prezintă: stare generală alterată, febră, frisoane, tulburări dispeptice (greață, vărsături alimentare și bilioase) însoțite de dureri puternice localizate în partea dreaptă sub marginea coastelor (regiunea colecistului). În primele 24 ore, bolnavul trebuie să stea la pat, păstrând un regim hidrozaharat: siropuri, ceaiuri de plante, sucuri de fructe. După 48 ore alimentația se va îmbogăți cu fulgi de ovăz, pireu de cartofi preparat cu lapte, făinoase cu lapte, iaurt. Pe măsură ce faza acută se estompează, alimentația se va îmbogăți treptat cu brânzeturi proaspete, pește slab de râu (șalău, știucă, păstrăv), sub formă de rasol, carne de pasăre slabă fiartă, pâine albă prăjită.

b. Colecistitele cronice, sunt urmarea unor inflamații acute sau a unor leziuni produse la nivelul veziculei biliare. Regimul alimentar idem ca în hepatita cronică.

c. Litiaza biliară, se caracterizează prin prezența calculilor în vezicula biliară sau în căile biliare. Prezența calculilor în vezicula biliară, poate fi perfect tolerată, fără ca bolnavul să prezinte vreo simptomatologie, uneori fiind descoperită întâmplător. Alteori însă în cazul existenței calculilor la nivelul căilor biliare, bolnavul prezintă dureri violente (colici biliare), mai ales prin mobilizarea acestora, însoțite fiind de: greață, vărsături alimentare și bilioase, uneori febră. Tratamentul dietetic este asemănător cu cel din colecistele cronice, antibiotice. Întrucât de multe ori natura chimică a calculilor biliari este de origine colesterolică, regimul alimentar va implica, reducerea alimentelor bogate în colesterol (creier, rinichi, ficat, ouă, carne de porc, unt, brânzeturi grase, icre, slănină). În afara perioadelor dureroase se pot indica cure de ape minerale în stațiunile: Olănești, Slănic, Moldova, Borsec, Vlcele.

d. Alimentația bolnavilor cu diskinezii biliare.

În grosimea pereților căilor biliare se găsesc fibre musculare care asigură mișcările ritmice, ale acestora, favorizând propulsia și evacuarea bilei spre intestin. Acest sistem muscular bogat enervat, este capabil a se dereglă, ducând la apariția așa numitelor diskinezii biliare. Dereglarea poate fi în sensul accentuării: hipertonie (hiperkinezie), sau în sensul scăderii: hipotonie, hipokinezie.

Diskinezia biliară hipertona, se caracterizează printr-o accentuare a funcțiilor motoare, ale veziculei biliare, ceea ce se traduce prin spasme la nivelul acestuia. Bolnavii în aceste cazuri se plâng de dureri apărute brusc, după mese sau după supărări, în regiunea colecistului, de intensitate crescută, însoțite uneori de diaree, vărsături bilioase, acestea ușurând de multe ori suferința bolnavului. Examenul radiologic al veziculei biliare (colecistografia), pune în evidență tulburarea funcțională a acesteia. Alimentația în aceste cazuri este cea indicată bolnavilor cu colecistită cronică. Întrucât componența nervoasă are un rol important în producerea suferinței bolnavului, se vor administra, în afară de antispastice: sedative, evitarea emoțiilor negative, a oboselii fizice și intelectuale, a meselor neregulate, a discuțiilor în timpul mesei.

Dischinezia biliară hipotona. Se caracterizează prin pierderea sau scăderea funcției motoare a diferitelor părți a căilor biliare. În cazul când tulburarea interesează numai vezica biliară, boala se numește colecistatomie (atomia veziculei biliare) și se caracterizează prin: lipsa contracțiilor peretelui veziculei biliare, ce duce la împiedicarea eliminării bilei, cu stagnarea ei în veziculă, producând distensia pereților ei și în final crescându-i considerabil volumul. Bolnavul simte permanent o jenă în regiunea colecistică. Tubajul duodenal efectuat la acești bolnavi, duce de multe ori la o ameliorare marcată a simptomatologiei, fiind indicat uneori în scop terapeutic repetat la 6 – 7 zile, producând o adevărată gimnastică a căilor și veziculei biliare. Alimentația acestor bolnavi, va trebui să asigure stimularea musculaturii veziculei biliare, cu favorizarea evacuării sale. În acest scop se vor administra alimente cu efect colagog, deci care favorizează contractarea și evacuarea veziculei biliare. În acest sens se recomandă: uleiul de măsline, gălbenușul de ou, smântâna, margarina.

Se recomandă cură zilnică dimineața pe nemâncate cu ulei de măsline.

Se vor interzice ca și în hepatitele și colecistitele cronice, alimentele: prăjite în grăsime, sosurile nedietetice, conservele de carne sau pește, mezelurile, peștele gras,

carnea de porc, de rață, de gâscă, brânzeturile fermentate, alimentele bogate în celuloză grosolană (care cresc meteorismul), fructele oleaginoase, patiseriile, prăjiturile cu cremă, ciocolată.

e. Alimentația bolnavilor operați de veziculă biliară. Există situații în care este necesară îndepărtarea veziculei biliare prin intervenție chirurgicală (colecistectomie) – în caz de litiază biliară (cu colici repetate), colecistită acută sau piocolicist (puroi în colecist).

În aceste situații funcția de rezervor a veziculei biliare, va fi preluată de căile biliare. Astfel canalul coledoc se va dilata mult, permițând acumularea bilei în interiorul său după intervenția chirurgicală, determinând uneori: diaree, jenă sau chiar durere în hipocondrul drept și de aceea acestor pacienți li se recomandă o alimentație asemănătoare, celor cu litiază biliară, cu mese de volum redus și frecvente (5 – 6 pe zi), grăsimile se vor administra în cantități mici, sub formă de ulei vegetal sau unt proaspăt (o linguriță adăugată la servire). Alimentele interzise sunt aceleași care au fost enunțate la colecistite. Permise sunt: laptele diluat cu ceai (când provoacă diaree se va administra o linguriță de carbonat de calciu la 200 ml lapte), carne slabă fiartă (pui, vacă, vițel), pește alb slab, pâine albă prăjită, făinoase preparate cu lapte (orez, griș, macaroane, fulgi de ovăz), legume sub formă de piureuri. Codimente permise sunt cele aromate (pătrunjel, dafin, mărar, tarhon, cimbru, vanilie, scorțișoară). Supe leguminoase strecurate, supe pasate, borș cu perișoare, borș de legume.

Alimentația rațională în bolile intestinului.

Intestinul cuprinde două porțiuni: intestinul subțire și intestinul gros. Inflamația celui subțire dă enterită, iar cea a intestinului gros dă colită.

a. Enterita acută apare ca rezultat al unei:

- infecții;
- intoxicații;
- parazitoze intestinale.

Clinic bolnavul prezintă: numeroase scuune apoase (diaree) fapt ce duce la o pierdere de lichide cu stare de deshidratare marcată. Concomitent cu pierderea de apă se pierd și săruri minerale. Deasemeni bolnavul mai poate prezenta: febră, dureri abdominale, amețeli, astenie, somnolență. Alimentația bolnavului diferă însă în raport cu stadiul evolutiv al bolii.

În primele două zile se administrează, apă fiartă și răcită din 15 minute în 15 minute, până dispar vărsăturile, apoi ceai de mentă, mușetel (fără zahăr), sucuri de fructe diluate (mai ales cele cu efect astringent: afine, carne, mere). Lichidele vor fi călduțe, întrucât cele reci accelerează peristaltismul.

Din a treia zi se suplimentează alimentația cu supe de legume limpezi (cu sare), supe mucilaginoase, mucilagii de orez, orez pasat, supă de morcovi pasati.

Dacă evoluția bolnavului cu făinoase fierte în apă, supe creme de legume (fără cartofi), este bună, se pot încerca alimente bogate în proteine: telemea desărată, brânză proaspătă de vaci, urdă (care pot fi adăugate în făinoase).

În continuare se pot adăuga: merele rase, merele coapte, apoi carnea slabă fiartă, ca rasol sau tocată (sub formă de perișoare dietetice), peștele slab fiert, budincile de

făinoase preparate (de o zi), albușul de ouă în preparate, mai târziu legumele fierte date prin sită.

Rămân excluse pentru mai multă vreme: alimentele bogate în celuloză grosolană, cele cu efect excitant pe tubul digestiv, cele prea sărate, afumăturile, codimentele iuți, conservele.

De reținut.

Un preparat din comerț este „Humana H” care se poate prepara în diverse concentrații (ca supă sau pireu), fiind utilizată la copii sau adulți.

b. În enteritele cronice, pe lângă diaree, tulburări dispeptice, bolnavii prezintă o stare de denutriție marcată, concomitent cu deficiența de absorbție a unor factori ca: vitamina C, complexul B, vitaminele E, K, D și unele minerale: fierul, calciul ș.a. Alimentația în aceste cazuri va urmări să asigure un tranzit normal și un aport de factori nutritivi echilibrat (pentru refacerea stării de nutriție).

Alimente permise:

- carnea slabă (vițel, vită, pasăre), pește slab de apă dulce, brânzeturi nefermentate, ouă fierte tari, pâine albă prăjită în cantitate limitată, făinoase sub formă de budinci;
- legumele se vor da sub formă de piureuri sau soteuri, fructele ca sucuri diluate, iar dulciurile sub formă de peltea de gutui sau de afine și biscuiți;
- grăsimile permise: untul și uleiul fiert adăugat la preparatele de legume.

Mesele vor fi de volum redus și frecvente.

c. Colitele sunt inflamații ale intestinului gros (de cele mai multe ori însoțesc inflamația intestinului subțire, adică enteritele devenind enterocolite). Din punct de vedere clinic se caracterizează prin:

- modificări de scaun, constipație sau diaree, alternanță de constipație cu diaree;
- balonări post-prandiale;
- dureri abdominale de-a lungul colonului.

Aceste manifestări se accentuează mai ales în cazul consumului unor alimente bogate în celuloză, țesut conjunctiv sau în cazul celor fermentescibile. În mod normal în intestinul gros există două tipuri principale de floră microbiană: de putrefacție și de fermentație aflate într-un echilibru astfel să asigure formarea unui scaun normal. Acest echilibru poate fi tulburat de afecțiuni: microbiene, parazitare, după tratamente cu antibiotice, în cazul unor tulburări endocrine, alergice sau în cursul unor avitaminoze.

În aceste cazuri vorbim de colite de: fermentație sau putrefacție (în funcție de flora microbiană afectată).

În faza acută se vor administra o dietă hidrică alcătuită din ceaiuri bogate în tanin.

În a doua fază regimul va fi îmbogățit cu: brânzeturi nefermentate, carne fiartă sau friptă, pește slab fiert, unt proaspăt (adăugat la alimente), jeleuri de fructe pasate, prăjituri din aluat nedospit, frișcă. Se interzic : legumele și fructele verzi sau uscate, sub orice formă, pastele făinoase, pâinea și alimentele ce conțin celuloză grosolană.

În colitele cronice sunt permise următoarele alimente:

- carnea slabă de: vițel, vacă, pui – fiartă ca rasol, friptură înăbușită, tocată și preparată ca chiftele dietetice, fierte în aburi, mititei dietetici, perișoare, musaca dietetică, pește slab fiert rasol;
- brânză telemea desărată, urdă, caș dulce, cașcaval, brânză de vaci;
- oulele în preparate (budinci) ca spume de albuș, omletă dietetică;
- grăsimile sub formă de: unt, frișcă, ulei, margarină;
- făinoasele: orez, griș, fidea, tăiței (bine fierte sub formă de budinci), mămliguță pripită bine fiartă;
- legume cu celuloză fină (morcovi, dovleci) bine fierte, preparate ca: soteuri, piureuri, budinci;
- ca salate, se permit: salata de sfeclă coaptă, salata verde fragedă bine mărunțită sau opărită, roșii fără coajă și semințe;
- fructele vor fi permise ca: sucuri, piureuri, compoturi moderat îndulcite, coapte la cuptor, fără sâmburi și coji (mere, pere, gutui);
- băuturi: ceai (de mentă, mușețel), cacao cu apă, sucuri de fructe;
- dulciuri: aluat de biscuiți, gelatine cu brânză de vaci, peltea de gutui;
- codimente tăiate mărunț în cantitate mică: mărar, pătrunjel, leuștean, cimbru, dafin, vanilie, scorțișoară, coajă de lămâie sau portocală;
- supe slabe de carne degresată, supe de oase strecurate cu găluște de griș, cu perișoare de carne, sau zdrențe de ou, supe creme de legume, date prin sită (preparate cu zeamă de carne sau de oase), supe creme de făinoase (orez, griș).

Bonavul va consuma mese de volum redus, fracționate în 5 – 6 mese / zi și nu va bea lichide în timpul lor.

Diareea

Diareea de fermentație, apare ca urmare a tulburării florei iodofile caracterizându-se prin lipsă de toleranță la glucide (mai ales celuloza și amidon), care ajungând în colon în cantitate crescută și incomplet transformate (producând diareea). În scaun apar granule de amidon parțial digerate și abundentă floră de fermentație.

Regimul are ca obiectiv, eliminarea alimentelor, bogate în celuloză, care produc fermentație.

În cazurile cu diarei frecvente, tratamentul se începe cu:

Dietă hidrică (1-2 zile), alcătuită din: ceaiuri calde de mentă, mușețel îndulcite cu zaharină, bulion de carne degresat, supă limpede de morcovi.

Apoi se vor da alimente cu conținut proteic crescut:

- brânză de vaci,
- telemea desărată,
- perișoare fierte în aburi,
- pește slab de râu,
- supe mucilaginoase,
- supe creme de orez,
- supe de dovleci cu adaos de făinoase.

Se poate încerca, peltea de: carne, gutui, afine.

Se vor da biscuiți și pâine albă prăjită în cantități mici.

După ce diareea a încetat (3 – 4 săptămâni), se introduc piureurile bine coapte, legume cu celuloză fină, untul în cantitate mică, făinoasele cu lapte.

Aportul de vitamine și săruri minerale, se va realiza prin administrarea sucurilor de legume și citrice.

Diareea de putrefacție. Apare ca urmare a insuficienței digestiei proteinelor, în etajul superior al intestinului. Ajunse astfel în colon, irită peretele colic, prin procesul de putrefacție crescut și produc diaree. Regimul va fi alcătuit din alimente sărace în proteine și bogate în glucide. În caz de diarei frecvente, 1- 2 zile dietă hidrică ca și în diareea de fermentație. Apoi supe mucilaginoase; decoct de cereale și în continuare legume sub formă de piureuri, carote, spanac, fasole verde, salată verde, fructe – mere coapte (fără coajă și sâmburi), piureuri de fructe, compot cu fructe pasate.

Excesul de legume și fructe va realiza transformarea putrefacției în fermentație, etapă necesară întrucât ușurează introducerea în continuare a alimentelor, cu conținut proteic, crescând toleranța, pentru acestea.

Odată realizată această transformare se pot introduce cantități mici de alimente cu conținut proteic, precum: ou fiert moale (sau în preparate), peștele de râu proaspăt – fiert sau rasol, gelatinele, iaurtul. Apoi carnea fiartă și tocată, ca perișoare dietetice și mai târziu friptă.

Constipațiile

Reprezintă suferințe ale intestinului gros, în cursul cărora materiile fecale sunt eliminate cu întârziere și greutate. Acesta au la origine:

- o alimentație defectoasă – săracă în legume și fructe;
- neprezentarea la scaun, când vine nevoia pentru defecație;
- folosirea îndelugată și excesivă a purgativelor.

Tratamentul constipațiilor îmbracă pe lângă o reeducare a reflexului de defecație și o alimentație corespunzătoare.

a. Regimul în constipația simplă va fi compus din:

- carne de orice fel, preparată sub formă de mâncăruri cu legume și pește;
- ouă sub formă de ochiuri românești, omletă sau în preparate;
- grăsimile sunt permise toate;
- pâine neagră sau intermediară;
- legume în cantitate abundentă – salate crude, fierte ca piureuri (fasole verde, conopidă, morcov, spanac, cartofi, dovleci);
- fructele de orice fel care se vor consuma cu coajă;
- prunele uscate înmuiate de cu seară, sau sub formă de compot dau rezultate bune și nucile;
- dulciuri sub formă de: marmeladă, miere, dulceață, prăjituri cu fructe;
- borșuri de legume, supe reci de legume cu carne;
- băuturi reci, luate dimineața pe stomacul gol, sucuri de fructe și de legume, lapte bătut, ulei de parafină în salate.

b. În cazul constipației complicate cu colită cronică, tratamentul este destul de dificil, întrucât regimul de colită este opus celui din constipații. În general se va da un regim de cruțare a colonului, precum:

- iaurt, caș, brânză de vaci proaspătă, urdă, telemea desărată;
- carne slabă de: vițel (preparată ca perișoare dietetice) și pește de râu;
- ou preparat ca omletă;
- grăsimi, precum: unt, margarină, ulei;
- făinoase cu lapte;
- legume cu celuloză fină (morcovi, dovlecei, cartofi, sfeclă coaptă);
- fructe: sucuri sau piureuri;
- supe de carne slabă și de oase strecurate cu adaus de făinoase;
- codimente aromate fine: vanilie sau lămâie.

Alimentația rațională în bolile cardio-vasculare

Sub numele de boli cardio-vasculare sunt grupate bolile inimii și ale vaselor. Trecem în revistă alimentația rațională numai în cele mai frecvente boli și anume:

a. Insuficiența cardiacă, care reprezintă un stadiu avansat al majorității bolilor cardio - vasculare, caracterizat prin incapacitatea cordului de ași îndeplini funcția de alimentare a țesuturilor și viscerelor organismului cu sânge.

Se deosebesc următoarele tipuri de insuficiență cardiacă:

1. Insuficiență cardiacă stângă, caracterizată prin dispnee (sete de aer), ce apare la efort sau în poziție culcat, prin creșterea întoarcerii venoase.

2. Insuficiența cardiacă dreaptă ce apare ca urmare a hipertensiunii din mica circulație (hipertensiunea pulmonară), determinată de enfizemul pulmonar și sclerozele pulmonare, care se caracterizează prin: hepatomegalie dureroasă, cianoza tegumentelor și mucoaselor și edeme reci albastre ale gambelor.

3. Insuficiența cardiacă globală (congestivă), reprezintă o asociere a celor două tipuri, stângă și dreaptă.

Regimul alimentar trebuie să asigure necesarul de calorii și factori nutritivi în funcție de nevoile organismului, iar diureza trebuie să fie crescută spre a elimina edemele. Se vor evita mesele voluminoase, preferând mesele de volum redus și mai frecvente, evitându-se alimentele greu digerabile ca și cele care au fost supuse unei pregătiri laborioase. Regimul va fi hiposodat, asezonat, bogat cu codimente permise, pentru a nu deveni monoton.

Alimente indicate:

- laptele, brânzeturile proaspete nesărate (caș, urdă, brânză de vaci, brânză desodată);
- carne de: vacă, pasăre slabă (100 – 150 g/zi), peștele slab de râu (șalău, lin, crap, știucă, păstrăv) fiert sau fript;
- grăsimile: untul nesărat, smântâna, frișca, uleiul vegetal, margarina nesărată;
- pâinea albă fără sare;
- fructele sub formă de: compot, coapte ca piureuri, gelatine, rase pe răzătoare, sucuri de fructe;

- legumele ca: salate, piureuri, budinci, mâncăruri de legume, cu excepția celor care sunt bogate în sodiu (varza, țelina, spanacul, leguminoasele uscate, sfecla) și acelor care produc meteorism;

- făinoasele sunt permise toate, fierte fără sare (grișul, orezul, pastele făinoase, fulgii de ovăz, mămliga prăjită);

- dulciurile permise: aluatul de biscuiți cu: fructe sau cu brânză de vaci proaspătă, budinci de făinoase, miere, dulceață preparată în casă, gemuri sau marmeladă, toate fără conservant;

- băuturi: ceaiuri de plante și sucuri de fructe;

- codimente aromate: pătrunjel, mărar, tarhon, leuștan, chimen, cimbru, muștar fără sare și varză murată fără sare;

- sosuri: sos alb, sos de smântână, sos caramel;

- supe de: legume, cereale, fructe și supe creme îngroșate cu făinoase.

Interzis: fumatul, consumul de băuturi reci și orice fel de lichide în timpul mesei.

b. Regimul alimentar în infarctul miocardic.

Infarctul miocardic se produce prin obstrucția unui vas coronarian, datorită unui chag sau unui spasm al arterei coronare, bolnavul prezentând o durere puternică sfâșietoare în regiunea inimii (care poate dura mai multe ore), transpirații, scăderea tensiunii arteriale, care poate merge până la starea de colaps și pierderea cunoștinței. Regimul alimentar va fi hidric alcătuit din: ceaiuri, sucuri de fructe și apă, în primele 24 – 48 ore. În următoarele zile se indică un regim hipocaloric (800 – 1000 calorii pe zi), format din 50 g proteine, 20 g lipide, 150 g glucide, regim care va fi strict hiposodat, alimentele vor fi date sub formă semilichidă (pasate), pentru a cruța organismul de efortul masticăției și va fi reprezentat de: supe creme de legume, iaurt, budinci preparate din făinoase cu lapte (orez, griș, tăiței, fidea), piureuri de legume preparate cu lapte. Din a doua săptămână regimul va fi hipocaloric, hipolipidic, hiposodat (300 mg sodiu) și normoglicemic. Apoi se va administra carnea fiartă și tocată, friptă, salatele de sfeclă, morcovi, salată verde, asezonate cu ulei și zeamă de lămâie. Din a treia săptămână se acceptă regimul din insuficiența cardiacă compensată. După șase săptămâni se administrează 1,5 – 3 g NaCl.

c. Regimul alimentar în H.T.A.

Tensiunea arterială este presiunea care rezultă din contracția inimii datorită careia sângele este împins prin sistemul circulator. Cifrele tensionale normale sunt considerate 120mm sistolica și 60 mm mercur diastolica. Cifrele care depășesc aceste valori se încadrează în boala numită hipertensiune arterială, care se împarte în:

1. esențială (a cărei cauză nu se cunoaște și reprezintă 85 % din cazuri);

2. secundară (de cauză cunoscută renală, endocrină, etc.), care reprezintă 15 % din cazuri.

Bolnavii cu h.t.a. se plâng de cefalee, amețeli, tulburări de vedere și amorțeli ale membrelor inferioare. Tratamentul h.t.a. urmărește modificarea regimului alimentar al bolnavului, evitarea emoțiilor, a efortului fizic și intelectual exagerat, precum și păstrarea orelor de odihnă. Alimentația recomandată va fi în raport cu starea de nutriție al bolnavului.

La bolnavii cu surplus ponderal se va da un regim hipocaloric, pentru a reduce greutatea pacientului la cea ideală. Ca alimente permise se recomandă: laptele degresat,

brânza de vaci, cașul nesărat, urda dulce, carnea numai de trei ori pe săptămână (vită, vițel, găină, pui, pește slab de râu), fiartă sau friptă.

Grăsimile permise sunt numai cele vegetale, adăugându-se crude la salate sau fierte în mâncăruri, cca 60 g pe zi. Se recomandă, pâinea albă sau intermediară, fără sare, veche de o zi sau prăjită. Făinoasele sunt permise în cantitate limitată (grîș, orez, fulgi de ovăz, fidea), fierte, fără sare. Legumele indicate sunt cele sărace în sodiu și celuloză (morcovi, dovlecei, fasole verde tânără, salată verde, ardei, vinete), rase mărunț ca salate, fierte ca soteuri, piureuri, budinci de legume. Fructele vor fi permise sub orice formă, fie crude fie sub formă de compoturi. Dulciurile vor fi preparate fără bicarbonat de sodiu și fără sare, fie din aluat fiert sau din biscuiți cu brînză de vaci sau cu fructe. Băuturile permise sunt: ceai de plante, măces, sucuri de fructe și legume, lapte bătut, iaurt. Ca supe se recomandă cele de legume și roșii, iar ca sosuri: sosul alb și cel de legume. Mesele vor fi date de volumul redus și frecvente (5 – 6 pe zi), iar masa de seară se va servi cu 2 – 3 ore înainte de culcare.

Alimentația rațională în hipoavitaminoze

Hipoavitaminozele (carențe vitaminice) sunt tulburări nutriționale, caracterizate prin scăderea concentrației uneia sau mai multor vitamine din organism, ce determină o serie de manifestări clinice și biologice specifice fiecărei vitamine. Cele mai frecvent întâlnite hipovitaminoze, menționăm:

a. Hipoavitaminoza A (în funcție de gradul ei), poate determina:

- tulburări distrofice la nivelul tegumentelor și mucoaselor;
- tulburări digestive – diaree (scaune mucosangnolente), colorația albăstruie a buzelor, îngroșarea mucoasei bucale;
- alte tulburări: respiratorii, urinare, auditive, vizuale (orbul găinilor - vedere slabă în întuneric).

Tratamentul, poate fi:

- profilactic, se face: printr-un regim alimentar variat și echilibrat, care cuprinde o proporție suficientă de factori liposolubili;
- tratamentul curativ, prin: administrarea unui regim bogat în factori liposolubili, ușor asimilabili, sub forma vitaminei A și a carotenului, precum: lapte, ouă, unt, ficat de vițel, fructe și legume verzi.

Vitamina A este termostabilă (rezistentă în cursul pregătirii culinare a alimentelor). Se găsește în următoarele produse: unt, lapte, ouă, brînză, ficat, carne (vită, miel), carote, legume verzi, roșii, banane, cartofi, ulei de pește, sardele, somn, heringi.

b. Hipoavitaminoza D, se caracterizează prin apariția deformațiilor membrelor inferioare în X: gambe arcuite, mărirea epifizelor, malformații ale toracelui, întârzierea dentiției. Boala apare mai ales în primii doi ani de viață, oasele fiind moi, flexibile, având un conținut scăzut în calciu și fosfor. Osteomalacia se caracterizează printr-un defect de osificare asemănător cu rahitismul, care apare însă la vârsta adultă. Tratamentul hipoavitaminozei D constă în administrarea orală sau prin injecții cu vitamina D. Concomitent se va asocia și o alimentație bogată în vitamina D: untură de pește, gălbenuș de ou, ficat de vițel, unt, lapte.

c. Hipoavitaminoza B₁, Vitamina B₁ este un factor activ indispensabil bunei desfășurări a metabolismului glucidic. La adult nevoia de vitamina B₁ este de 1,5 – 2 mg /

zi și de 0,5 – 1 mg / zi la copil. Această nevoie crește în: stările febrile, toxice, hipertiroidism, diaree, tulburări de filtrare glomerulară, diabet, sarcină. Manifestările carentiale în vitamina B₁, sunt întâlnite în Extremul Orient, fiind specific consumatorilor de orez decorticat cunoscute sub numele de boala beri – beri (expresia indiană pentru anemie). În țările europene boala nu se cunoaște. O carență de vitamine B₁, poate apare însă secundară unor boli precum:

- în tulburări digestive – vărsături incoercibile, dispepsii de fermentație, sprue, fistule gastro-colice – regimuri dietetice monotone, alcoolici cronici, în subalimentație și supra-alimentație glucidică, fără aport corespunzător de vitamina B₁;
- hipovitaminoza B₁ se evidențiază prin tulburări din partea sistemului nervos central ce se manifestă prin: astenie, iritabilitate, insomnie, scăderea capacității de atenție și oboseala.

Tratamentul este:

1. profilactic – se face prin regim alimentar echilibrat și prin combaterea alcoolismului, bolilor infecțioase, a celor gastro intestinale și hepatice;

2. curativ – prin administrarea alimentelor care conțin vitamina B₁: drojdia (proaspătă și uscată), germeni de grâu, ficat de vită, carne de vită, jambon, rinichi, soia și chiar asocierea vitaminei B₁, sub formă medicamentoasă.

d. Hipovitaminoza B₂ (ariboflavinoza) se manifestă prin leziuni ale mucoaselor și tegumentelor (fisurarea unghiurilor gurii: cheilita angulară sau zăbăluța). Leziunile buzelor, mucoaselor bucale și linguale sunt dureroase, dând senzația de arsură, jenă la înghițire sau la mișcarea limbii. Leziunile pot interesa și mucoasa gastrică și intestinală. Tratamentul constă în administrarea alimentelor bogate în riboflavină: ficat de vită, rinichi de vită, carne și pâine integrală. Se va administra și vitamina B₂ pe cale medicamentoasă.

e. Hipovitaminoza PP determină boala numită pelagră, care este o boală cronică cu episoade acute, datorită unor carențe complexe care interesează: vitaminele complexului B, unii aminoacizi și unele substanțe minerale. Se manifestă prin:

- tulburări cutaneo-mucoase – care apar pe părțile expuse la soare: fețele dorsale ale mâinilor și pe față;
- tulburări digestive – gastrita hipoacidă sau anacidă, care se exprimă prin dureri și arsuri epigastrice;
- tulburări neuro – psihice – amețeli, cefalee, stări de depresie, anxietate, tristețe nemotivată, dorința de izolare, astenie marcată, diminuarea memoriei și a atenției, care pot merge până la stadiu de demență pelagrosă. Regimul va fi hipercaloric, cu cantitate crescută de proteine, 1,5 – 2 g/kg/zi: carne, lapte, ouă, brânzeturi, care au valoare biologică mare.

Grăsimile 2 g/kg corp/zi în proporție ½ animală și ½ vegetală. Drojdie de bere uscată în cantitate de 60 – 80 g/zi, ce va fi amestecată cu lapte cald și împărțită în trei prize. Laptele în cantitate de 800 – 1000 ml pe zi, previne accesul acut. Dintre alimentele bogate în vitamina PP menționăm: varza, spanacul, fasolea verde, roșiile și soia.

f. Hipovitaminoza C. Vitamina C are un rol important în procesul de oxidoreducere celulară. Nevoia zilnică este de 25 – 60 mg. Nu se sintetizează în organism și de aceea aportul exogen este indispensabil. Cele mai bogate alimente în vitamina C sunt: fructele și legumele. Printre manifestările hipovitaminozei C, menționăm: astenia, indispoziția, starea de depresie, sângerări gingivale, inapetența, paloarea și uscăciunea

tegumentelor. Alte alimente bogate în vitamina C, sunt: varza, ridichiile de lună, conopida, roșiile, sparanghelul, fasolea verde, căpșunile, zmeura, citricile, piersicile, pepenii, cireșele. În perioada de iarnă se suplimentează cu 100 mg, vitamina C la adult și 50 mg la copil zilnic.

Alimentația rațională în unele boli infecțioase

Aforismul lui Hipocrate potrivit căruia în cursul bolilor infecțioase febrile, regimurile dietetice severe, cât și cele în care alimentația se face în mod excesiv sunt la fel de dăunătoare pentru bolnav rămâne un principiu de bază al dieteticii de azi. De aceea în alcătuirea regimului alimentar, la bolnavii cu afecțiuni infecțioase acute, se va ține seama de câteva principii generale, privind tulburările profunde ce au loc în organismul invadat de agentul microbial și anume: de febră, care se însoțește de următoarele tulburări generale: amețeli, inapetență, greață, cât și de tulburările ale aparatelor: cardiovascular, respirator, renal. Temperatura ridicată antrenează intrarea în acțiune a mecanismelor de termoreglare, care declanșează eliminarea marcată de apă și electroliți, pe cale respiratorie și cutanată. Dacă se mai adaugă diareea și vărsăturile se accentuează pierderile hidroelectrolitice, ajungând la deshidratare. Aceste tulburări vor trebui corectate cât mai rapid, pentru ca organismul să poată face față agresiunii microbiene. Regimul va fi de cca 2500 – 3000 calorii pe zi și va consta în:

- glucide, care se vor da sub formă de: zahăr, siropuri, ducețuri, sucuri de fructe, făinoase și fructe crude;
- proteine, care se vor da sub formă de: lapte, iaurt, carne slabă de pasăre, vită și pește slab;
- lipidele nefiind bine tolerate de bolnavii febrili, se vor da în cantitate mică, sub forma celor fin emulsionate: unt, friscă, smântână;
- nevoile hidrice ale organismului se vor acoperi prin administrarea de băuturi sub formă de: ceaiuri, limonade, citronade, oranjade, compoturi, supe de legume și lapte – acestea vor împiedica deshidratarea și vor asigura în același timp o bună diureză;
- se va asigura un aport adecvat de vitamine și elemente minerale din sucurile de fructe și legume, din crudități sau fierte (dacă nu permite toleranța digestivă) – dieta trebuie însă individualizată și adaptată la fiecare bolnav în parte.

Prezentăm în continuare alimentația recomandată în principalele boli infecțioase:

1. Hepatita epidemică (vezi bolile ficatului)

2. Febra tifoidă, este o boală acută, febrilă, ce se manifestă prin astenie, oboseală, vărsături, diaree, alternând cu constipație, inapetență, hepatosplenomegalie și uneori apărând ulcerații la nivelul intestinului, de aceea se vor evita alimentele fermentescibile, care măresc peristaltismul, putând produce hemoragii sau perforații intestinale.

- La început se va da un regim hidro-lacto-zaharat compus din: sucuri de fructe, supe de legume limpezi, ceaiuri, lapte, iaurt. Lichidele se vor da în cantități crescute, dar fracționat.

- După 4 – 5 zile de la scăderea febrei (în funcție de toleranța bolnavului), se poate adăuga: brânza de vaci, cremele de lapte și ou cu zahăr, biscuiți cu lapte și lapte cu făinoase.

- În convalescență regimul va fi îmbogățit cu: supa de carne degresată, carne de pasăre tocată fin și fiartă, peștele rasol, budincile de făinoase, piureul de cartofi. Dacă apare diareea se scoate laptele din alimentație.

3. Toxiinfecțiile alimentare se manifestă sub formă de: gastrite acute și gastroenterite, care debutează brusc cu: febră, cefalee, dureri musculare și abdominale, grețuri, vărsături, diaree cu scaune apoase. Aceste fenomene sunt produse de toxinele unor germeni din alimentele contaminate.

- În formele severe se suprimă alimentația orală pentru 24 – 48 ore, sau se administrează o dietă hidrică alcătuită din: băuturi reci, sub formă de ceai de mentă, zeamă de orez, supă de morcovi, sucuri de citrice, sifon rece. Concomitent se face o hidratare parenterală masiv, bolnavul fiind obligatoriu internat în secția de infecțioase.

- După încetarea vărsăturilor se va relua progresiv alimentarea cu: supe de legume (strecurate și sărate), orez fiert, brânză de vaci, iaurt, biscuiți, apoi se introduce, supă de carne degresată, carnea fiartă tacată și făinoasele.

4. Dizenteria este o boală infecțioasă acută care debutează relativ brusc, cu: febră, greață, dureri abdominale și scaune diareice muco – sanghinolente.

- Bolnavul va fi supus 24 – 48 ore, unei diete hidrice alcătuită din apă fiartă și răcită, sau ceaiuri de plante, supă de legume strecurată și sărată, supă de morcovi, zeamă de orez.

- După încetarea vărsăturilor și a semnelor de intoleranță gastrică, dieta se îmbogățește cu: orez și griș (fierte în apă), morcovi, iaurt, brânză de vaci, mere rase, fulgi de ovăz, supă cu griș. În evoluție cu supe de carne, pâine prăjită, carne fiartă, piureu de cartofi.

- După 7 – 8 zile, se revine la un regim normal. Rămân contraindicate pentru o perioadă mai lungă de timp, dulciurile, grăsimile, sosurile și alimentele bogate în celuloză.

5. Scarlatina este o boală infecțioasă acută, ce se caracterizează subiectiv, prin: febră mare, cefalee, frisoane, vărsături, durere în gât și obiectiv prin: angină și erupție generalizată pe tot corpul. După 7 zile erupția pălește, tegumentele încep să se descuameze și starea generală se îmbunătățește simțitor.

- Regimul cât există febră, va fi hidrozaharat.

- După scăderea febrei și când erupția începe să pălească se vor adăuga: făinoasele preparate cu lapte sau brânză de vaci, apoi se va adăuga pâinea albă prăjită, biscuiții, legumele sub formă de soteuri, fructele crude sau coapte, prăjiturile de casă.

6. Rujeola (pojarul) este o boală infecțioasă acută, care se caracterizează prin: febră (care crește treptat), cefalee, inapetență, astenie și prin apariția unei erupții generalizate.

- Alimentația va fi hidrozaharată în timpul perioadei febrile.

- Apoi se vor adăuga supele de legume cu paste făinoase, făinoasele cu lapte, brânza de vaci, untul și supele de carne.

- După 10 zile se trece la alimentația normală.

7. Tusea convulsivă (măgărească) se caracterizează printr-o perioadă febrilă, urmată de tuse ușoară la început, care devine frecventă sub formă de crize, mai ales noaptea, însoțite de vărsături.

- Se va evita administrarea de lichide seara, pentru a scădea frecvența acceselor în cursul nopții.

- Mesele vor fi de volum redus și frecvente, alcătuite din alimente semilichide (concentrate) bogate în calorii și vitamine.

8. Parotidita epidemică (oreionul) debutează lent, cu: febră mică, astenie. După câteva zile apare tumefacția glandelor parotide (salivare situate în dosul urechii), care face dificilă alimentarea bolnavului.

- În prima etapă alimentația, va fi deci, alcătuită din lichide și semilichide.
- Apoi se trece la un regim lacto – făinos – vegetarian și fructarian.
- După 7 – 8 zile dacă nu au apărut complicații se trece la un regim normal.

9. Gripa este o boală virotică cu debut brusc, stare generală alterată dureri musculare, cefalee, stranut, răgușeală. Uneori pot apărea și manifestări digestive: vărsături, greață, diaree. Alimentația în gripă este asemănătoare celorlalte boli infecțioase.

Alimentația rațională în unele boli alergice

Alergia reprezintă o stare de reactivitate modificată a organismului determinată de un mecanism imunologic, atunci când asupra lui acționează în mod repetat diferite substanțe cu acest efect. Alergenul poate ajunge în organism prin: contact direct (tegumente, mucoase) pe cale: sanghină, digestivă, sau parenterală (injecții). În urma producerii reacției antigen – anticorp sunt eliberate o serie de substanțe răspunzătoare de leziunile și simptomatologia clinică din diversele stări alergice: urticarie, astm bronșic și diaree. Alergenii pot fi:

a. De origine alimentară:

- animală: carnea conservată, crustacei, peștele, vânatul, ouăle, laptele și derivatele, ciocolata;

- vegetală: cereale și derivate, legume (roșii, ceapă, mazăre, spanac), fructe (căpșuni, zmeură, coacăze, portocale), condimente (hrean, muștar, piper).

b. De origine chimică: coloranții, conservanții, edulcoranții, aromatizanții, încorporați în alimente.

Indiferent de natura alergenului, care determină reacție alergică, se impune un tratament dietetic, care să respecte următoarele reguli: să fie suficient cantitativ, corect echilibrat în principii nutritive, să nu fie monoton, prea strict restrictiv (pentru că are un rol nefast asupra psihicului bolnavului). Mesele vor fi luate la ore regulate în liniște, fiind precedate și urmate de o perioadă de repaus.

Alimentația rațională în obezitate

Obezitatea reprezintă o boală metabolică, caracterizată prin acumularea grăsimii în organism într-o proporție crescută, realizând un exces ponderal de peste 20%, din greutatea ideală a individului. La producerea acesteia participă doi factori:

- unul exogen (abuzul alimentar);

- altul endogen (genetic) o predispoziție constițională la care uneori se adaugă și sedentarismul.

În afară de forma comună generalizată de obezitate există încă două forme de obezitate segmentară: de tip android, în care țesutul gras se dispune mai ales la nivelul trunchiului și care determină frecvent: arteroscleroză, diabet zaharat, sau litiază renală și forma de tip ginoid, cu localizarea țesutului adipos, pe: șolduri, fese, coapse, ce determină frecvent atroza. În obezitatea generală în afară de excesul ponderal, apar și complicații respiratorii, cardio-vasculare, digestive (litiază biliară, colecistite, colite). Tratamentul obezității constă în primul rând în reducerea aportului alimentar printr-un regim hipocaloric, cu un aport de cca 1200 – 1300 calorii în condiții obișnuite de activitate.

- Proteinele vor fi date în proporție de 1-1,5g/kg corp, greutate ideală pentru rolul lor plastic, și pentru că prin arderea lor stimulează metabolismul.

- Rația lipidică va fi scăzută la cca 40-50g/zi(deoarece ele furnizează un aport caloric crescut)

Regimul va fi sărac în glucide fiind știut că factorul principal în constituirea obezității, e determinat prin dezechilibrul alimentar produs, prin consumul exagerat de dulciuri concentrate, făinoase. În general un regim hipocaloric, cu proteine suficiente, bogat în legume verzi și fructe acoperă nevoile de vitamine hidrosolubile și de minerale ale obezului.

Într-un regim hipocaloric sunt permise următoarele alimente:

- Produsele lactate, laptele smântânit, iaurtul degresat, brânza de vaci dietetică, urda.
- Carnea de: vacă slabă, vițel, miel, pește
- Peștele slab de râu(șalău, știucă, lin)
- Ouălele fierte tari și albușul de ou
- Legume: ciuperci, roșii, ridichii, salată verde, ardei grași, castraveți, conopidă, spanac, lobodă, dovlecei, varză albă, fasole verde(proaspete sau sote de legume)
- Fructe: mere crețești, lămâi, portocale, mandarine, pepene verde, coacăze, fragi, afine, vișine, cireși timpurii.
- Grăsimi: grăsimi vegetale, margarină.
- Băuturi: sucuri de legume și fructe, lapte degresat.
- Sare în medie 5g/zi.

Alimentația rațională în arterioscleroză și dislipidemii

• Arterioscleroza este o boală cronică degenerativă caracterizată prin depunerea în pereții arterelor a colesterolului și a altor lipide, ce duce la îngroșarea și sclerozarea acestora. Vasele sanguine devin rigide, își pierd elasticitatea, lumenul se îngroșază, determinând hipertensiunea arterială.

Producerea arteriosclerozei are drept factori etiologici:

- sedentarismul,
- supraalimentația,
- stresul,

Complicațiile reprezintă una din cauzele cele mai frecvente de deces (existând o corelație strânsă între alimentația bogată în grăsimi, în special animală și apariția arteriosclerozei). Întrucât odată constituit procesul patologic este greu de combătut, problema profilaxiei, rămâne pe primul plan.

- măsurile profilactice urmăresc: combaterea sedentarismului, stresului, supraalimentației și dezechilibrele în general.

Alimentația în arterioscleroză urmărește:

- să corecteze creșterile anormale ale depunerilor lipidice din sânge (care intervin în producerea ei).

- să evite apariția complicațiilor (când deja sindromul umoral este instalat)

- să evite repetarea unor accidente vasculare (când acestea s-au produs).

În ceea ce privește influența factorilor nutritivi o influență favorabilă o au:

- reducerea aportului de lipide la circa 60-80g/zi (acordând prioritate grăsimilor de origine vegetală). Un procent de grăsimi animale e necesar pentru vehicularea vitaminelor liposolubile indispensabile nutriției.

- proporția de glucide va fi scăzută la 30-40% (evitând dulciurile rafinate)

- proteinele se vor da în proporție de 20-30% (sub forma celor cu valoare biologică mare). Aportul de calorii se va aprecia în funcție de greutate, talie, vârstă, sex și activitatea depusă de individ. În componența regimului alimentar se indică următoarele alimente:

- carne slabă fiartă (rasol), grătar, friptură înăbușită.

- peștele slab de apă dulce (șalău, știucă, lin).

- lapte: degresat, bătut, iaurt (din lapte smântânit, brânză de vaci dietetică).

- ouă: permis albușul, gălbenușul (numai în proporție de 2-3 pe săptămână).

- grăsimile în cantitate redusă (uleiurile vegetale bogate în acizi grași polisaturați)

- pâine integrală 200-250g/zi.

- făinoasele în cantitate limitată (griș, fulgi de ovăz, orez).

- legumele vor fi permise fără restricție sub formă de sote.

- cartofii în cantitate moderată (150-200g/zi); fierți, copti, ca piureuri

- fructele fără restricție: crude, coapte, sucuri de fructe, compoturi.

- dulciurile: biscuiți de albuș, bezele, papanași fierți, gelatine de fructe.

- băuturi permise: ceaiuri de plante, sucuri de fructe și legume, lapte degresat, ape carbogazoase.

- supe permise: de legume, borșul de perișoare, bulionul de carne degresat.

- condimente permise cele aromate: mărar, tarhon, cimbru, pătrușel, țelină, chimen, scorțișoară, lămâie, oțet.

- sosurile permise, numai cele dietetice.

b) Dislipidemiile Sunt afecțiuni caracterizate prin tulburări ale metabolismului lipidic, cu apariția în cantități anormale ale fracțiilor lipidice în sânge și uneori cu modificări calitative ale acestora.

În funcție de fracțiunile lipidice sanguine (interesate în procesul patologic), pot fi grupate în următoarele tipuri:

a) tipul I hipertrigliceridemie, ce se caracterizează prin apariția unor creșteri anormale a grăsimilor neutre din sânge (trigliceride). Boala se manifestă din copilărie, având un caracter familial; bolnavul prezentând: dureri abdominale, hepatomegalie, splenomegalie. Cantitatea crescută a grăsimilor în sânge, dă acestuia aspectul lactescent.

În această afecțiune regimul va urmări în primul rând scăderea lipidelor sanguine, prin administrarea unui regim sărac în grăsimi alimentare, a ceaiului de vintrilică, de 3 ori pe zi înainte de mese și bogat în vitamina A (ce se va asigura din alte surse decât cele animale). Regimul alimentar va fi asemănător celui din diabet și arterioscleroză.

b) Tipul II se numește hipercolesterolemia familială și se caracterizează prin: creșterea anormală a valorilor colesterolului. Concomitent apar depuneri de colesterol la nivelul pleoapelor numite xantelasme, ca și în jurul corneei sub forma unui arc numit gerontoxon. Boala prezintă un interes major (duce la apariția precoce a arteriosclerozei). În această afecțiune regimul alimentar are ca obiectiv principal reducerea colesterolului sanguin prin administrarea alimentelor sărace în lipide. Va fi asemănător celui din arterioscleroză.

c) Tipul III se cunoaște sub numele de dis-beta-lipoproteinemie și se caracterizează printr-o anomalie calitativă a lipidelor sanguine, cu apariția unor fracțiuni de aspect deosebit față de cele normale; plus creșterea colesterolului sanguin, uneori asociindu-se cu scăderea toleranței la glucide. Bolnavul poate prezenta: xantelasme și gerontoxon. Regimul va fi: hipoglucidic, normoprotidic și hipocaloric în obezitate; asemănător celui din diabetul zaharat și arterioscleroză.

d) Tipul IV este dislipemic indus prin glucide; care se caracterizează clinic prin existența hepatomegaliei și splenomegaliei. Bolnavul poate fi obez și de multe ori prezintă un diabet zaharat, cu scăderea toleranței la glucide. În sânge se constată prezența unor valori crescute ale colesterolului și trigliceridelor în special. Regimul în acest caz va fi hipocaloric (în caz de obezitate), normoprotidic, hipoglucidic, normolipidic, asemănător celui din diabet.

e) Tipul V, se numește hiperlipemie mixtă (exo-endogenă) și se caracterizează clinic prin prezența: hepatosplenomegaliei și durerilor abdominale iar în sângele bolnavilor apar valori crescute ale trigliceridelor și colesterolului (serul fiind de multe ori lactescent). Uneori există o toleranță scăzută la glucide. În această formă eficacitatea regimului alimentar este mai scăzută, deoarece nu poate influența decât componenta exogenă și deloc pe cea endogenă, de aceea la regimul alimentar se asociază și medicamente hipolipemice și ceaiul de vintrilică înainte de mese de 3 ori pe zi (250ml pe zi). Regimul în această formă de dislipidemie va fi hipolipidic, normoprotidic și normoglucidic (vezi arterioscleroză, obezitate și diabet).

Alimentația rațională în denutriție

Denutriția este o entitate clinică, ce presupune o scădere progresivă la un individ considerat până la un anumit moment normoponderal, (spre deosebire de individul slab care prezintă o insuficiență ponderală cronică, constituțională instabilă la sfârșitul perioadei de creștere). O pierdere în greutate care depășește 15% poate fi considerată denutriție, ce poate rezulta prin:

1) Reducerea ingestiei alimentare în unele cazuri:

- cancer, infecții, alcoolism, tabagism, anorexie toxică.

- colită, rezecții gastrice, afecțiuni hepatice.
- stări de anxietate, deprimare psihică, anorexie nervoasă.

2) Creșterea pierderilor de elemente nutritive pe diferite căi: diaree, arsuri supurații cronice, exudate seroase, albuminurii, glicozurii.

3) Creșterea nevoilor nutritive în: febră, hipertiroidie, sarcină, perioadă de convalescență, activitate fizică crescută, perioadă de creștere rapidă. Dintre simptomele și semnele întâlnite frecvent la acești bolnavi menționăm: astenia, scăderea rezistenței la efort și la frig. Topirea depozitelor adipoase duce la ptoze viscerale și la hernii prin pierderea tonusului muscular. Pielea este infiltrată, faciesul modificat cu proeminența arcadelor, obraji scofâlciți, urechi transparente, globi oculari înfundați.

Alimentația rațională în bolile renale

- Rinichii îndeplinesc în organism funcția de excreție a substanțelor toxice și a deșeurilor rezultate din metabolism. Ei sunt formați dintr-o multitudine de unități anatomo-funcționale numite nefroni, iar aceștia la rândul lor sunt alcătuiți din glomeruli. Inflamația glomerulilor determinată de o infecție cu streptococ plecată dintr-un focar: amigdalian, otic, faringian, sinusal, determină glomerulonefrită acută care apare la un interval de 3 săptămâni, de la infecție dacă nu a fost tratată. Bolnavul cu G.N. A. va fi obligatoriu internat în spital, dietetica ocupând un loc important în cazul tratamentului. Bolnavul aflat în repaus absolut la pat, va primi:

- În primele 24-28h, un regim hidric (desodat), cuprinzând: ceaiuri diuretice, siropuri (în care cantitatea de lichide trebuie să fie egală cu diureza).

- După 48-72h, dacă evoluția bolii este favorabilă, se vor introduce în dietă, alimente bogate în glucide: paste făinoase, orez, zahăr și fructe (în caz că diureza este peste 1000ml/zi).

- Apoi se va îmbogăți cu : supe de zarzavat (din legume sărace în sodiu), cartofi, pâine fără sare, gălbenușul de ou, marmeladă, sos alb. Progresiv se vor introduce alimente cu conținut proteic mărit: lapte desodat, brânză de vaci, caș, urdă, pește alb de râu (fiert sau fript), carne degresată, fiartă sau friptă (în limita cantității proteice permise).

- făinoase sub formă de budinci(cu laptele permis, cu nuci,și zahăr).
- legume sub formă de: salate, crudități, (pregătite cu ulei), piureuri, soteuri cu unt.
- dulciuri: tarte de fructe, ecleruri, clătite cu dulceață.
- grăsimi: unt proaspăt, ulei, smântână, frișcă.
- băuturi: sucuri de fructe, ceaiuri de plante(cu efect diuretic).
- condimente: coajă de lămâie, vanilie.
- supe de: legume, făinoase și fructe.
- sosuri: preparate dietetic, asezonate cu condimente permise. Mesele vor fi frecvente 5-6/zi.

B)Glomerulonefrita cronică

Apare după o G.N.A. incorect tratată, sau după cele cu evoluție severă. Îmbracă 2 forme: 1) cu hipertensiune (forma hipertensivă) și 2) cu edeme mari (forma nefrotică). Glomerulonefrita cronică evoluează treptat către insuficiență renală cronică

(ce reprezintă un stadiu în care vindecarea nu mai este posibilă); rinichii nu mai au posibilitatea să-și îndeplinească funcția de eliminare a deșeurilor din organism, bolnavul ajungând în stadiul de uremie când prezintă o stare generală alterată, acuzând următoarele simptome: cefalee (dureri de cap), inapetență (lipsa poftei de mâncare), somnolență progresivă, apatie, halenă amoniacală (aerul expirat are miros de amoniac), oligurie (cantitate redusă de urină).

1) În glomerulonefrita cronică, forma hipertensivă, regimul alimentar este asemănător cu cel din hipertensiunea arterială.

În glomerulonefrita cronică, forma nefrotică, se administrează un regim alimentar normocaloric bogat în proteine (hiperproteic) hiperglucidic, hipolipidic și hiposodat; folosind ca alimente:

- carnea: slabă de vită, pui, pește de râu, fierte(ca rasol), friptă, sau coaptă la cuptor.

- brânză, lapte, urdă, toate desărate.

- ouălele sunt admise numai în cantitate limitată și numai în preparate.

- făinoasele sunt admise, preparate ca budinci (cu zahăr, unt, nuci, lapte) în limita sodiului permis.

- Legumele sunt permise (cu excepția leguminoaselor uscate), spanacul, țelina, ștevia, etc. sunt permise ca salate, piureuri, soteuri, mâncare cu sos dietetic.

- Fructele se pot întrebuința: crude, coapte, compoturi, jeleuri și gelatine de fructe.

- Dulciuri preparate cu aluat fără sare sau bicarbonat, cu fructe sau brânză de vaci.

- Grăsimi în cantități reduse (5 g unt și 15ml ulei).

- Băuturi permise: sucuri de fructe, ceaiuri diuretice, lapte desodat,limonade.

- Condimente admise cele aromate.

- Supe de: legume, făinoase, borș de legume

Mesele vor avea volum redus, fiind repartizate în 5-6 porții pe zi.

Regimul în I.R.C. (insuficiența renală cronică)

În cazul când bolnavul ajunge în acest stadiu, apar o serie de tulburări hidroelectrolitice și a produșilor toxici ce rezultă din metabolismul protidic, ce nu mai pot fi eliminați de rinichiul bolnav. În această situație regimul alimentar va fi adaptat stării pacientului, fiind:

- Hipercaloric (împiedicând folosirea țesuturilor proprii, în scopul obținerii caloriilor necesare).

- Normo sau hiperlipidic (moderat) pentru a asigura aportul de calorii necesare.

Alimente permise:

- Făinoase: orez, griș, fidea (preparate cu unt, zahăr, nuci).

- Pâine albă sau intermediară – fără sare.

- Fructe: crude, compoturi, coapte sau preparate cu zahăr.

- Dulciuri: frișcă, marmeladă, miere, făinoase cu zahăr și nuci.
- Legume permise: salate de crudități sau ca piureuri, soteuri, mâncăruri cu sos dietetic, budinci.
- Dacă nu există edeme 2 – 3 g NaCl / zi.
- Codimente permise, cele aromate.
- Supe: de legume sau de făinoase în limita lichidelor permise (egale cu diureza).
- Grăsimi: unt, smântână, frișcă, ulei, margarină.
- Carnea, laptele și derivatele (în limita proteinelor permise).
- Ouăle numai gălbenușul.

În ceea ce privește aportul de proteine, acestea se vor da: 60 – 80 g / zi, când ureea sanguină, este sub valoarea de 80 mg%, când crește puțin peste, se reduc la 60 – 40 g / zi (nimai din lactate) au avantajul unei bune digestibilități și matabolizării. Când ureea crește foarte mult peste valorile normale se restrâng la 20 – 25 g / zi.

Alimentația rațională în hiperuricemii (gută) litiază urică

Guta (podraga) este o afecțiune metabolică, caracterizată din punct de vedere clinic prin inflamațiile metacarpo-falangiene (mai ales al halucelui), care devin foarte dureroase, se înroșesc, se tumefiază, datorită depunerii cristalelor de urați în cartilaje și tendoane (țesutul conjunctiv având afinitate mare pentru acidul uric). Creșterea concentrației acidului uric în sânge este cunoscută sub numele de hiperuricemie.

Alimentația are un rol important în hiperuricemii

1. În pușeul acut de gută se va da bolnavului o alimentație săracă în calorii (cca 1800 calorii).

- În primele două zile, va fi alcătuită mai ales din glucide: paste făinoase, orez, supe, creme de legume, piureuri (fără grăsime și sare), legume fierte, soteuri, fructe coapte, compoturi.

- Ca băuturi pot fi folosite: sucurile de fructe, laptele dulce degresat, apele alcaline. Se vor da 2 – 3 litri / zi, pentru a stimula diureza, a diminua formarea de acid uric și a realiza alcalinizarea urinei.

2. La bolnavii cu gută cronică, alimentația are drept scop, scăderea hiperuricemiei prin:

- administrarea unei alimentații săracă în purine;
- asigurarea unei bune diureze;
- alcalinizarea urinei (pentru a împiedica precipitarea acidului uric și a formării cristalelor).

Regimul va fi alcătuit din:

- lapte: dulce, bătut, iaurt;
- brânzeturi nesărate slabe;
- carne de: vacă, găină, pește în cantitate redusă 100 g, fiartă, rasol și numai de trei ori pe săptămână;
- ouă în cantitate redusă (pentru prepararea mâncărilor cu uleiuri vegetale);
- pâine albă veche de o zi;

- făinoase: orez, griș, fidea, macaroane, mămligă;
- legume permise: cele verzi, fierte ca supe – creme de legume, piureuri fierte fără grăsime, sucuri de legume, cartofi;
- fructe permise toate, sub formă de: crude, coapte sau compoturi;
- dulciuri indicate: mierea, dulceața, gelatinele de fructe;
- ca băuturi, se recomandă: sucurile de fructe și legume, apele alcaline, laptele degresat, supe de legume;
- sosurile sunt permise numai cele din legume (preparate dietetic).

Alimentația rațională în litiaza renală

Litiaza renală este o boală care se caracterizează prin prezența de calculi (pietre) la nivelul rinichiului sau căilor urinare.

Clinic se manifestă la bolnav prin colica renală, ce se exprimă prin: dureri în regiunea lombară cu iradierea de-a lungul căilor urinare: modificări ale micțiunii (polakiurie) eliminarea de hematii în urină (hematurie) și de cristale.

În funcție de compoziția chimică a calculilor deosebim, litiază:

1. urică;
2. fosfatică;
3. calcică;
4. mixtă (frecvent).

1. Alimentația bolnavilor cu litiază urică este asemănătoare cu cea din hiperuricemii și gută, adică:

- săracă în calorii;
- lacto – fructo vegetariană și alcalinizată (urații pentru că precipită în mediul acid, favorizând formarea calculilor).

2. Alimentația în litiaza oxalică, trebuie să fie săracă în: calorii, lipide și glucide, bogată în lichide și acidifiantă, cu scopul de a împiedica sau a reduce fermentațiile intestinale (blocând astfel formarea acidului oxalic). Dintre alimentele permise menționăm:

- legumele: conopida, varza albă, ciupercile, salata verde, mazărea, ridichiile, țelina;
- fructele: merele, perele, piersicile, caisele, strugurii, gutuile;
- dulciuri: siropurile, dulceața și cele preparate cu albuș;
- băuturi: ceaiuri de plante (mentă, mușetel, mătase de porumb), sucuri de fructe și legume;
- supe: bulionul de carne;
- ouă (cu moderație), numai în preparate;
- laptele și brânzeturile în cantități mici;
- carne de: vacă slabă, pasăre.

Se vor da 5 – 6 mese / zi, de volum redus.

3. Alimentația în litiaza fosfatică, va fi: săracă în calorii, în lipide, bogată în proteine, acidifiantă și cu lichide în cantitate crescută.

Alimentele permise:

- carnea și peștele slab (fierte sau fripte) și la cuptor în diferite preparate;

- făinoasele de orice fel;
 - dulciuri: zahărul, biscuiții, prăjituri cu albuș de ou;
 - băuturi: ceai slab (de: cozi de cireșe, coji de mere, mătase de porumb), cacao cu apă;
 - codimente aromate: mărar, pătrunjel, tarhon, leuștean, oțet;
 - supe de: făinoase, bulionul de carne și cele din legumele permise;
 - sosurile, cele preparate dietetic;
 - pâinea albă sau intermediară;
- Se vor da alimente bogate în vitaminele A și D, ca: untul, untura de pește, drojdia de bere.

Alimentele permise, dar în cantitate limitată:

- laptele (datorită aportului de calciu crescut);
- oulele în preparate;
- legumele permise (numai cele cu conținut scăzut în calciu și care aduc puține balențe alcaline), ca: sparanghelul, dovleacul, varza de bruxelles, mazărea, fasolea verde.

Alimentația rațională a bolnavilor cu diabet zaharat

Diabetul zaharat este o boală de metabolism cu evoluție cronică, transmisă ereditar sau câștigată în timpul vieții, caracterizată prin perturbarea metabolismului glucidic, însoțită sau urmată de perturbarea metabolismelor lipidic, protidic și mineral, care se datorează insuficienței absolute sau relative de insulină. Boala se manifestă din punct de vedere clinic, prin:

- Sete accentuată (polidipsie);
- Creșterea cantității de urină eliminată concomitent (poliurie);
- Foame accentuată (polifagie).

De multe ori însă diabetul trece neobservat, fiind descoperit întâmplător, cu ocazia efectuării unor analize în alt scop.

Diabetul zaharat îmbracă mai multe forme și anume:

- 1) Diabetul zaharat juvenil; care apare în copilărie și la tineri, necesitând administrarea de insulină pentru reechilibrare
- 2) Diabetul zaharat de maturitate; care se instalează în general după vârsta de 40 ani; fiind în general insulino-independent (nu necesită insulină pentru echilibrare).
- 3) Diabetul zaharat care debutează peste vârsta de 65 ani (care este de multe ori insulino-independent).

Tratamentul diabetului zaharat se face prin:

- a) regim alimentar
- b) administrare de insulină
- c) terapie orală

a) Regimul alimentar are o mare importanță în tratamentul bolii neputând fi înlocuit de nici un tratament medicamentos.

1. La copilul diabetic, este obligatoriu să se asigure toate principiile nutritive, în raport cu nevoile sale energetice și plastice într-o proporție echilibrată.

Pentru obținerea unor valori normale ale glicemiei, pe lângă insulinoterapia aplicată corect, trebuie calculată și nevoia de: glucide, lipide și proteine. Regimul se va adapta continuu în funcție de vârsta copilului, având în vedere ca 50-60% din proteine să fie de origine animală.

2. La adultul diabetic se va ține seama de principiile alimentare raționale ale omului normal, ca și de toleranța individuală la glucide a bolnavului. Stabilirea toleranței la glucide (diabet) se va face zilnic, administrând o cantitate fixă de glucide timp de 2-3 zile, perioadă în care se va recolta zilnic urina din 24 ore, pentru determinarea glicozuriei (zahărul eliminat prin urină), dozându-se concomitent și glicemia (zahărul din sânge). Bolnavul va primi 200 g hidrați de carbon care se obțin din:

1000 ml lapte (40 gHC) = 680 calorii

250 g cartofi copti (50 gHC) = 230 calorii

200 g pâine (100 gHG) = 510 calorii

200 g salată verde (10 gHG) = 40 calorii

În total = 1400 calorii.

La acest regim se va putea adăuga și o cantitate de 200 g carne și 10-15 g unt. Dacă media glicozuriei calculată pe 3 zile este de 80 g, toleranța la glucide este de 120 vgHC; (200g-80g=120g) adică cele administrate minus cele eliminate. Dacă bolnavul primește și insulină (exemplu 30 ui), știind că 1ui (insulină ordinară) echilibrează 2 g glucoză, se va scădea și aceasta din cantitatea administrată și atunci toleranța va fi numai de 60 g. (dacă urina conține și corpi cetonici se va alcătui un regim din fructe).

De reținut

Un bolnav care în urma acestui regim nu prezintă glicozurie, sau are valori sub 10g/24h, se consideră a avea o toleranță bună la glucide și se va echilibra numai cu regim.

După calcularea toleranței la glucide se va alcătui regimul bolnavului în funcție de greutate, sex, vârstă, condiții de viață și mîncă. De obicei se administrează, un regim care cuprinde:

- 150 – 200 g glucide zilnic (cantitatea de 150 g se recomandă la: supraponderali, sedentari și la vîrșnici). Glucidele permise vor fi cele din: (cereale, legume, fructe) contraindicate fiind cele din produse zaharoase și zahăr.

Alimentele cu conținut glucidic permise, pot fi grupate astfel:

1. Alimente ce conțin 5 % glucide:

- legume: varza, conopida, sparanghelul, lăptucile, spanacul, păpădia, ștevia, ardeii grași, vinetele, dovleceii, roșiile, bamele, castraveții, fasolea verde, ridichiile, ciupercile;

- fructe: pepenele verde, coacăzele, fragii, portocalele, grefurile, mandarinele, lămâile, afinele.

2. Alimentele ce conțin 10 % glucide:

- legume: morcovii, ceapa, prazul, sfecla, țelina, zmeura, murele, merele, piersicile, vișinile, cireșele, nucile, alunele.

3. Alimente ce conțin 15 % glucide:

- fructe: merele ionatane, caisele, cireșele pietroase.

4. Alimente ce conțin 20 % glucide:

- legume: cartofii, fasolea uscată, linte și mazărea uscată;
- fructe: bananele, perele bergamote, prunele, strugurii.

5. Alimente bogate în glucide utilizate în mod curent:

- pâine ce conține 50 g glucide la 100 g cantitativ;
- pastele făinoase fierte ce conțin 20 g glucide la cantitatea de 100 g;
- laptele și brânza de vaci, ce conțin 4 g la 100 g.

Deci putem împărți alimentele în trei categorii:

a. Alimente interzise:

- zahărul și produsele zaharoase;
- fructele uscate (curmalele, stafidele, smochine);
- prăjiturile;
- leguminoasele uscate;
- castanele;
- înghețata;
- vinul dulce;
- mustul;
- siropurile;
- strugurii;
- prunele.

b. Alimente ce se pot consuma în cantitate limitată (cântărite):

- pâinea;
- cartofii;
- pastele făinoase;
- fructele;
- legumele cu peste 5 % glucide;
- laptele;
- iaurtul;
- brânza de vaci.

c. Alimente ce se pot consuma fără restricții (toate celelalte alimente), adică:

- carnea și derivatele din carne;
- peștele;
- oulele;
- brânzeturile,
- smântâna,
- untul;
- uleiul;
- legumele cu 5 % glucide.

Indiferent de cantitatea de glucide prescrise, se consideră, că un bolnav are nevoie zilnic de:

- 250 ml lapte – 10 g HC

- 30 g fructe cu 10 % glucide – 30 g HC
- 800 g legume cu 5 % glucide – 40 g HC
= 80 g HC

Restul necesarului de glucide va fi completat din: pâine, cartofi, brânză de vaci.

Alimentele ce conțin o proporție mică de glucide și au un volum mare (legume cu 5 % g HC), se pot da și fără cântar, pentru completarea regimului zilnic al diabetului.

În cazul în care bolnavul face insulină ordinară, glucidele vor fi repartizate în cantitate mai mare la mesele la care se administrează insulina și în cantitate mai mică la celelalte, fiind repartizate în 5 – 6 mese / zi. Fructele și legumele vor ocupa un loc important în alimentația diabeticului datorită bogăției lor în potasiu și vitamine.

În cazul complicațiilor renale pâinea va fi înlocuită cu cartofii.

Proteinele se vor da în cantitate de 1,5 – 2 g / kg / corp / zi, din aceste 50 % trebuie să fie de origine animală.

Restul caloriilor vor fi asigurate din grăsimile saturate și nesaturate în cantitate de maxim 140 – 160 g / zi. Exemplu de alcătuire a unui regim la un diabetic cu talia de 170 cm, greutatea 70 kg. Toleranța la HC – 120 g, pe o zi.

- Dimineața – 200 ml lapte și 20 g pâine.
- Ora 11 – 50 g parizer și 20 g pâine.
- Ora 14 – supă de legume și un ou cu ulei, 150 g carne fiartă, 150 g cartofi (piureu cu 15 g unt), 150 g mere, 60 g pâine.
- Ora 17 – 200 g brânză de vaci, 20 g pâine.
- Ora 20 – 100 g carne, sote de legume cu ulei, 40 g pâine, 150 g mere.

În sarcină regimul va fi mai bogat în proteine 2 g / kg /corp greutate ideală, iar în perioada de alăptare cantitatea de glucide se va crește la 300 – 350 g / zi.

Boala Alzheimer: îngrijirea pacientului

Boala Alzheimer este cea mai întâlnită formă de demență, cuprinzând o serie de simptome cum ar fi pierderea progresivă a memoriei, pierderea raționamentului și a capacității decizionale, schimbări ale stării de spirit și comportamentului. Alte forme de demență sunt: demența vasculară, boala Creutzfeldt-Jakobs, demența fronto-temporală, demența din cadrul bolii Parkinson, demența toxică, forme ce au simptome asemănătoare,

cauzate de degenerarea progresiva si ireversibila a celulelor nervoase de la nivelul creierului.

Una din 8 persoane care au trecut de varsta de 65 ani sufera de boala Alzheimer, o forma grava de dementa. Ingrijitor este faptul ca afectiunea nu este diagnosticata din timp, deoarece prietenii si familia nu recunosc semenele si simptomele caracteristice bolii. Prin ce se diferentiaza comportamentul persoanelor in varsta care sufera de Alzheimer fata de comportamentul celor in varsta dar sanatoase.

Boala Alzheimer progresa treptat, in evolutia sa distingandu-se trei stadii:

Stadiul usor in care simptome precum dezorientarea in zone necunoscute, tulburarile de memorie de scurta durata, scaderea concentrarii la serviciu, trec neobservate sau sunt puse pe seama varstei. Acest stadiu este cel mai important pentru punerea diagnosticului si pentru inceperea tratamentului in vederea maximizarii succesului terapeutic.

Stadiul intermediar este cel in care bolnavul devine retras social, neaga boala, apar dezorientarea in locuri familiare, tulburarile de limbaj, semnul "intoarcerii capului" (la intrebari la care nu poate raspunde, bolnavul intoarce capul spre insotitor), etc.

Stadiul sever-avansat caracterizat prin indiferenta sociala, apatie, dependenta de ingrijire, necesita deseori internarea in centre speciale de ingrijire. Pot aparea tulburari severe de comportament precum agresivitate, agitatie, vagabondaj. In aceasta faza se intampla frecvent ca bolnavii sa se rataceasca iar riscul de deces cauzat de accidente rutiere, insolatie, inanitie, deshidratare, inghet creste exponential.

- Semne de avertizare, care ajuta la diagnosticarea din timp a bolii.

Tulburari de memorie si limbaj

De regula, in primele stadii ale boli amintirile vechi raman intacte in timp ce amintirile recente devin vagi, astfel, pacientul poate uita o conversatie purtata recent sau poate repeta intrebarile la care deja a primit un raspuns. Totodata, aceasta boala afecteaza capacitatea de a vorbi, astfel pacientii se straduiesc sa isi aminteasca cuvinte comune, utilizate frecvent in vorbirea curenta.

Tulburari comportamentale

Pe langa pierderile de memorie, boala Alzheimer poate determina confuzie si schimbari de comportament. O atitudine melancolica si o gandire pesimista sunt caracteristice specifice bolii. De asemenea, bolnavii pot avea o igiena precara, astfel, persoane care, candva, se imbracau cu stil, vor purta haine murdare si vor fi avea aspect neingrijit.

Desi este dificil sa acceptati ca o persoana draga sufera de Alzheimer, in cazul in care exista vreo suspiciune, cea mai buna solutie este solicitati un consult medical de specialitate. De asemenea, trebuie sa tineti cont de faptul ca exista posibilitatea ca pacientul sa nu sufera de Alzheimer, ci de o alta problema de sanatate care poate fi tratata, ca de exemplu o afectiune a tiroidei. In cazul in care diagnosticul stabilit de medic este Alzheimer trebuie sa stiti ca in prezent exista tratamente eficiente, mai ales daca boala este depistat din timp.

- Diagnosticarea bolii Alzheimer

Diagnosticarea bolii este dificila deoarece medicul se bazeaza in principal pe informatiile oferite de persoanele apropiate pacientului, referitoare la schimbarile de

comportament, apoi se vor aplica o serie de teste care au rolul de a obiectiva informatiile oferite de anturaj.

Un test care verifica starea psihica a pacientului este mini-cog, care alaturi de alte teste de screening ajuta la evaluarea sanatatii mentale si a memoriei pe termen scurt. In plus, examenele neurologice si RMN-ul vor contribui la excluderea altor diagnostice, cum ar fi accident vascular cerebral sau tumoare cerebrala si totodata, pot furniza informatii despre sanatatea pacientului.

Alzheimer si creierul

In boala Alzheimer se altereaza ireversibil intelectul, celulele nervoase se distrug progresiv si se subtiaza tesutul din creier. Pe masura ce boala progresa, se micsoreaza tesuturile din creier (atrofie corticala) si se largesc ventriculele (zonele din componenta creierului care contin lichidul cefalo-rahidian); acest lucru intrerupe comunicarea dintre celulele creierului determinand deficiente de memorie, de exprimare si intelegere.

- Evolutia bolii

Evolutia bolii Alzheimer difera de la un pacient la altul. La unele persoane, simptomele se agraveaza rapid, ducand la pierderi grave de memorie si confuzie; la altele, transformarile apar lent, si boala avanseaza treptat pe parcursul a 20 ani, sau mai mult.

Durata medie de supravietuire a unui pacient care sufera de boala Alzheimer este de 3-9 ani.

- Boala Alzheimer si viata cotidiana

Deoarece boala Alzheimer afecteaza capacitatea de concentrare, pacientii isi pot pierde abilitatea de a gestiona sarcini simple, cum ar fi plata facturilor sau gatitul. Cand simptomele se agraveaza pacientul nu mai recunoaste membrii familiei sau locurile familiale si nu mai stie sa foloseasca corect anumite obiecte (furculita, pieptan etc). Incontinenta urinara, pierderi de echilibru, deficiente de limbaj sunt simptome comune in stadiile avansate ale bolii.

- Capacitatea de a sofa

Slaba coordonare, pierderile de memorie, confuzia sunt o combinatie periculoasa pentru cel care se afla la volanul si nu numai. In cazul in care suspectati ca o persoana sufera de Alzheimer trebuie sa o ajutati sa inteleaga ca nu trebuie sa conduca, deoarece isi pune viata in pericol. Daca este necesar apelati la un medic pentru a reusi sa convingeti pacientul de pericolul la care se expune daca intentioneaza sa conduca un autovehicul.

Dupa ce treceti de aceasta etapa, impreuna cu pacientul construiti un plan alternativ care sa acopere toate necesitatile de transport.

- Exercitii recomandate

Sunt recomandate exercitiile fizice eficiente in mentinerea fortei musculare si care contribuie la imbunatatirea capacitatii de coordonare. Totodata, acestea au rolul de a imbunatati starea de spirit si de a reduce anxietatea. Solicitati ajutorul medicului pentru a realiza un program de exercitii fizice eficient unui pacient cu Alzheimer. Activitatile repetitive, cum ar fi mersul pe jos sau gradinaritul, contribuie la instalarea unei stari de liniste a pacientului.

- **Tratament**

Pana in prezent nu a fost descoperit un tratament pentru vindecarea bolii, insa exista o varietate de medicamente care ajuta la mentinerea functiei mentale si amana evolutia bolii. Daca afectiunea este depistata din timp, iar tratamentul este administrat corespunzator, pacientul isi poate pastra independenta prin indeplinirea sarcinilor uzuale, zilnice pentru o perioada mai lunga de timp.

- **Rolul unui insotitor**

Ca insotitor (ingrijitor) al unui pacient cu Alzheimer aveti de indeplinit mai multe sarcini: bucatar, sofer, contabil, menajera etc., insa trebuie sa stiti cum sa implicati pacientul in toate aceste activitati. Astfel, acesta poate pune etichete pe sertare, dulapuri pe care sa mentioneze continutul fiecaruia sau poate scrie memento-uri cu sarcinile zilnice. De asemenea, insotitorul unui pacient trebuie sa se asigure ca tratamentul este achizitionat si administrat corespunzator.

- Ingrijirea unui pacient cu Alzheimer presupune solicitari fizice si psihice, motiv pentru care de multe ori insotitorul poate manifesta:

- furie, tristete, schimbari de dispozitie;
- dureri de cap sau dureri de spate;
- dificultati de concentrare;
- tulburari de somn.

Ingrijirea pacientilor

In stadiile incipiente ale bolii Alzheimer, pacientii inteleg cum evolueaza boala si prezinta sentimente de rusine si anxietate. Totodata, deoarece bolnavii inteleg gravitatea bolii pot trece prin stari de depresie, care pot fi ameliorate prin tratament medicamentos si psihoterapie. Principala preocupare este ca pacientul sa-si pastreze cat mai mult timp o oarecare independenta si un sentiment de incredere in sine, ceea ce nu este o sarcina usoara. Ingrijirea pacientilor care sufera de dementa se diferentiaza de cea a celor cu alte afectiuni sau a varstnicilor prin faptul ca, in cazul bolii Alzheimer, are loc o scadere progresiva a capacitatii bolnavului de a conlucra si colabora. Persoana care acorda ingrijirea trebuie sa poata intelege trairile pacientului, sa gandeasca impreuna cu acesta si in final sa decida ce este mai bine pentru el. In acest sens trebuie avute in vedere atat nevoile psiho-emotionale ale pacientului, cat si aspectele practice legate de ingrijire.

In principiu, ar trebui depus tot efortul pentru a-i asigura pacientului o viata intr-un mediu cunoscut, cu un program zilnic regulat si pe cat posibil interactiunea cu aceleasi persoane. Aceasta este o premisa importanta pentru asigurarea sentimentului de siguranta si de stabilitate emotionala.

In stadiile avansate ale bolii, pacientul poate deveni violent. Aceste tulburari de personalitate si comportament ii afecteaza pe cei dragi; dar nu uitati boala este responsabila de aceste schimbari. Anuntati medicul de fiecare data cand intervin modificari esentiale de comportament.

Unele persoane care au boala Alzheimer cunosc o exacerbare a tulburarilor de comportament si devin melancolici si tristi in cea de-a doua parte a zilei. Aceasta stare de agitate poate dura pe timpul noptii, cand se poate instala si insomnia.

Strategii de ameliorare a tensiunii:

- camerele trebuie bine luminate, iar inainte de apusul soarelui este indicat ca ferestrele sa fie acoperite;
- bolnavii trebuie sa practice lucruri care le fac placere: emisiunea preferata la tv, conversatii, diverse activitati;
- se recomanda reducerea consumului de cafeina.

Majoritatea persoanelor cu Alzheimer prezinta tulburari de memorie, motiv pentru care nu isi mai amintesc nici numele persoanelor apropiate. O solutie temporara este sa ii aratati pacientului poze cu prieteni si rude iar numele acestora sa fie scris dedesubt. Insa, la un moment dat pacientul nu mai recunoaste nici chipurile celor dragi si nu va mai exista nicio deosebire intre reactiile manifestate atunci cand vede pe cineva drag sau un strain. Acest lucru poate fi dureros pentru membrii familiei, mai ales pentru partenerul de cuplu.

Prevenirea accidentelor

Prevenirea accidentelor in cazul pacientilor cu dementa reprezinta un aspect important si de prima prioritate in cadrul acordarii ingrijirii, deoarece, prin pierderea progresiva a capacitatii de a-si desfasura activitatile zilnice, apare un risc crescut de accident. In stadiile doi si trei ale bolii cele mai frecvente accidente care pot aparea sunt cazaturile, arsurile sau oparirile.

Igiena corporala si imbracamintea

Igiena corporala zilnica ar trebui efectuata o perioada cat mai indelungata de catre persoana afectata. Asistenta partiala, respectiv sprijinul substantial, devin necesare in momentul in care bolnavul nu mai poate urma succesiunea activitatilor de igiena personala. Ingrijitorul trebuie sa se asigura ca apa folosita la baie are temperatura potrivita, ca in cada nu exista pericolul de accidentare, prin utilizarea covoraselor speciale, sa foloseasca scaune speciale de baie pentru bolnavii care nu mai colaboreaza deloc.

In ceea ce priveste imbracamintea, respectiv actiunea de imbracare, pot aparea dificultati intr-un stadiu relativ timpuriu al bolii. De aceea, este nevoie sa i se asigure bolnavului haine cat mai usor de imbracat/ dezbracat, care sa ii fie asezate la indemana in ordinea in care le va imbraca, astfel incat imbracarea sa nu ii creeze o stare de disconfort sau agitate.

Alimentatia

Deoarece persoanele confuze uita sa manance, mananca prea mult sau nu mai pot constientiza daca se alimenteaza corect sau nu, persoanele ce ingrijesc bolnavii cu Alzheimer trebuie sa acorde o atentie speciala acestor aspecte.

O alta problema o constituie lipsa poftei de mancare. Aceasta poate avea multe cauze: pacientul crede ca a mancat deja, nu are pofta de mancare din cauza lipsei de miscare, exista probleme de masticatie si deglutitie sau pacientul nu mai este in masura sa utilizeze tacamurile.

Aportul de lichide

Ca si in cazul mancarii, pacientul uita deseori sa bea lichide, ceea ce agraveaza situatia in cazul varstnicilor cu o senzatie de sete oricum redusa. In consecinta, controlul si supravegherea aportului de lichide sunt esentiale, necesarul zilnic fiind de cel putin 1,5 litri.

Probleme cu somnul si plimbarile nocturne

La persoanele cu dementa "ceasul intern" pare sa functioneze inversat: in cursul zilei acestea manifesta deseori somnolenta dar in timpul noptii sunt treze. Insomnia este deseori insotita de o plimbare agitata si confuza, care nu poate fi influentata de pacient. Trebuie verificat daca pacientul nu doarme prea mult in timpul zilei si, daca este posibil, este recomandat sa se faca plimbari prelungite in a doua parte a zilei, spre seara.

Apartinatorii trebuie consiliati si asistati corespunzator

In cadrul familiilor, fie ca este vorba de sot/ sotie sau de copii, ingrijirea bolnavului presupune multiple sacrificii si produce mult stres, care deseori poate ajunge dincolo de limitele suportabilitatii. Consilierea si asistarea persoanelor care asigura ingrijirea unui bolnav de dementa reprezinta astfel o componenta indispensabila a fiecarui program de ingrijire si asistenta.

Relationarea cu bolnavii de dementa

Cele mai importante aspecte in relatia cu bolnavii de dementa sunt intelegerea, acceptarea, bunatatea si multa rabdare. Lipsa de rabdare manifestata de persoana care acorda ingrijirea ii transmite bolnavului senzatiea ca a gresit cu ceva, ceea ce poate duce la nemultumire si tristete, dar si la o stare de rau si de comportament agresiv. In plus, trebuie stiut ca bolnavii de dementa, din cauza tulburarilor mentale, au doar o capacitate conditionata de invatare, aceasta capacitate diminuandu-se progresiv pe parcursul evolutiei bolii.

Complicatii in cazurile grave de dementa

Escarele

Avand in vedere faptul ca bolnavii de dementa in stadiul terminal manifesta o apatie pronuntata care le reduce capacitatea de miscare, se amplifica si riscul aparitiei escarelor (rani deschise care se formeaza in urma imobilizarii indelungate). Trebuie redus

in special riscul foarte ridicat de formare a escarelor pe timpul noptii prin masuri profilactice corespunzatoare, cum ar fi repositionarea la intervale de maxim 2 ore sau utilizarea dispozitivelor speciale de indepartare a presiunii (saltele antiescara, blanite, perne).

Alte complicatii ce pot aparea sunt:

- atacuri convulsive,
- dureri, pneumonie,
- slabire accentuata, in aceste cazuri fiind necesar consultul medical.

Incontinenta

Pe masura ce boala progreseaza, apar probleme si in ceea ce priveste capacitatea de control constient al procesului de urinare si defecatie. Deseori incontinenta nu este exclusiv legata de dementa, fiind implicate si alte cauze specifice varstei inaintate.

Incontinenta care insoteste o forma de dementa este de regula incontinenta de urgenta, care poate fi inca puternic influentata in stadiile incipiente ale bolii. Ca masuri adecvate mentionam in special exercitiile de mers la toaleta si de mictiune la ore si intervale clar stabilite. In plus, prin medicamente care influenteaza simptomatologia de urgenta, senzatia permanenta de urinare dispare, pacientului usurandu-i-se simtitor situatia.

Capacitatea de a controla mersul la toaleta, exersata de-a lungul vietii, se pierde succesiv abia in stadiile tarzii ale dementei. Practic, acest lucru este demonstrat prin faptul ca bolnavul merge la toaleta independent si din proprie initiativa pana in stadiul terminal pe baza unei rutine cu care era obisnuit dinaintea aparitiei bolii.

Si persoanele care sufera de dementa isi pastreaza multa vreme sentimentele de rusine, incercand sa nege incontinenta. In cazul in care persoanei i se atrage atentia asupra acestui fapt, reactiile agresive nu sunt rare. In cazul in care pe parcursul evolutiei maladiei apare o nesiguranta din partea pacientului, care duce la o incapacitate de a controla urinarea si defecatia, devine indispensabila utilizarea de produse igienice specifice, de unica folosinta. Produsul absorbant cel mai indicat in aceasta faza este scutecul de unica folosinta, utilizarea lui oferind numeroase avantaje atat pentru pacient cat si pentru cel care il ingrijeste. Scutecele de noua generatie au partea laterala din material netesut, permitand pielii sa respire si diminuand astfel riscul iritatiilor. In acelasi timp corpul absorbant asigura o absorbtie rapida si sigura a urinei, astfel incat pielea pacientului sa fie in permanenta uscata, diminuandu-se astfel riscul aparitiei escarelor. Complementar, dupa efectuarea toaletei pacientului, se poate folosi o crema de protectie care sa protejeze pielea de contactul cu substantele agresive din componenta urinei.

Hotarari legale

Cand pacientul se afla intr-o faza incipienta a bolii si este inca capabil sa ia decizii importante trebuie sa consultati un avocat pentru a elabora directivele in avans, astfel, se

poate stabili preferinta pacientului cu privire la tratamentul medicamentos, modul de ingrijire si persoana care va gestiona finantele.

Ingrijirea la domiciliu

Majoritatea pacientilor doresc sa ramana in casele lor, atata timp cat este posibil. Din pacate, pe masura ce boala avanseaza pacientul nu isi mai poate purta singur de grija, motiv pentru care are nevoie de un insotitor permanent. In cazul in care pacientul nu are nevoie de asistenta medicala permanenta, caminele pentru ingrijirea bolnavilor pot reprezenta o alternativa potrivita.

Stadiul final al bolii Alzheimer

Persoanele aflate in stadii avansate ale bolii isi pierd abilitatea de a merge, de a vorbi sau de a interactiona cu ceilalti. In cele din urma, boala impiedica functionarea optima a functiilor vitale, cum ar fi capacitatea de a inghiti. Pacientii aflatii in faza terminala pot beneficia de ingrijire in spital sau institutii specializate, care ofera tratament si confort pentru bolnavii cu Alzheimer.

Prevenire

Daca ingrijiti o persoana care sufera de boala Alzheimer cu siguranta v-ati intrebat ce puteti face pentru a reduce riscul aparitiei acestei afectiuni. Cu toate ca cercetarile in domeniu sunt in curs de desfasurare, se pare ca alimentatia sanatoasa si exercitiile fizice sunt factorii principali care previn aparitia acestei afectiuni. Potrivit studiilor, persoanele care au adoptat o dieta mediteraneana, bogata in legume, peste, alune si nuci (fructe cu coaja lemnoasa) prezinta un risc scazut de a dezvolta Alzheimer.

POLITICI ȘI STRATEGII PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE DIN ROMÂNIA , CONTEXT ACTUAL, NEVOI ȘI SOLUȚII 2009-2010

Ong-urile au facut lobby pentru ca serviciile de ingrijire la domiciliu si serviciile medicale acordate la domiciliu sa fie finantate de catre institutiile de stat ca o solutie alternativa la internarea in spital si in caminele de batrani. Astfel ca in anul 2000 a aparut legea 17 privind asistenta sociala a persoanelor varstnice si republicata in 2007. Legea 17

prevede ca finantarea serviciilor de asistenta sociala si a prestatiilor prevazute de prezenta lege, sa se asigure pe principiul impartirii responsabilitatii intre administratia publica centrala si cea locala.

In lege nu este prevazuta obligativitatea acordarii serviciilor sociale pentru persoanele varstnice si nici o linie de finantare in acest sens. Astfel ca autoritatile centrale sau locale decid daca acorda fonduri pentru astfel de servicii sau nu.

Dezvoltarea serviciilor pentru varstnici ar ajuta nu numai persoana varstnica aflata in nevoie ci si comunitatea din care face parte varstnicul prin crearea unor locuri de munca pentru persoanele active.

In ceea ce priveste serviciile medicale acordate la domiciliu drumul a fost ceva mai lung astfel ca in anul 2003 au fost introduse serviciile medicale de ingrijire la domiciliu acordate de catre asistentul medical la recomandarea medicului specialist. Nici aici nu au fost acoperite nevoile persoanelor care au nevoie de astfel de servicii si nici costurile legate de ingrijirea acesteia.

Astfel ca de-a lungul timpului preocuparea pentru nevoile si interesele varstnicului a suportat modificari si o evolutie. Astfel, acceptiunea asupra varstei a treia s-a schimbat radical si a devenit mai profunda si umanitara asa cum este ea perceputa la nivel mondial in epoca noastra.

Totodata, perceptia asupra ingrijirii varstnicului s-a modificat radical si s-a nuanțat. Calitatea ingrijirii persoanei varstnice a devenit parte integranta a politicilor de bunastare si a fost constientizat faptul ca problematica varstnicilor este complexa si trebuie privita dintr-o dubla perspectiva: demersul specialistilor trebuie suplinit de o formatie caritabila, umanista, asociata cu sentimente de respect, afectiune si empatie.

Populatia Romaniei este in declin inca din 1990, natalitatea a inceput sa scada (in prezent: 1,3 copii la o femeie, in loc de 2,1, care ar asigura inlocuirea populatiei) din cauza unor factori multipli precum migratia, schimbarea modelelor de viata profesionala, liberalizarea avorturilor, problemele sociale si economice, etc.

Populatia Romaniei se va reduce cu 2,3 milioane de persoane pana in anul 2025, iar ponderea locuitorilor cu varste de peste 65 de ani va creste continuu, se arata intr-un studiu al Bancii Mondiale (BM) privind situatia demografica din Europa de Est si fosta Uniune Sovietica.

Varstnicii propriu-zisi, adica cei care au implinit cel putin 65 ani ii vom considera ca fiind „varsta a treia”. Aceasta populatie a crescut constant in ultimii 17 ani cu peste 30%, de la un efectiv de 2,4 milioane la unul de 3,2 milioane (la mijlocul anului 2007). Rata medie anuala care corespunde acestei cresteri este de 8 persoane la fiecare 1000 persoane de varsta a treia in fiecare an. Rata cresterii a fost chiar mai mare la varstnicii batrani de peste 75 ani si mai ales a celor foarte batrani care au depasit 80 ani. Ultima din categorii o vom considera in cele ce urmeaza „varsta a patra”. Astfel intre 1990 si 2007 numarul batranilor peste 75 ani a crescut de la aproape un milion la 1,3 milioane (cu o rata medie anuala de 9 la mie) iar a celor peste 80 ani de la 410 mii la 587 de mii (cu o rata medie anuala de 10 la mie).

Evident, trendul va continua si in anii care urmeaza conform proiectarilor Eurostat Astfel scenariul convergenta EUROPOP2008, arata ca in 2060 Romania ar urma sa aiba o treime din populatia ei in varsta peste 65 ani (mai exact 35%), iar segmentul de populatie foarte varstnic (80 ani si peste) ar fi deja o optime (mai exact 13%) din efectivul total.

Este de tras un semnal de alarma ca populatia in mediul rural este imbatranita motiv pentru care serviciile sociale pentru varstnici trebuiesc dezvoltate aici in mod special.

Speranta de viata in Romania este mai mica decat in celelalte tari europene. In intervalul 1995 -2000 tendinta generala este de crestere a sperantei de viata in tarile Europei, inclusiv in Romania, exceptie facand totusi statele apartinand fostei Uniuni Sovietice. Se observa de asemenea ca cresterea sperantei de viata este mai mare in statele Europei Occidentale (intre 3 pana la 7 ani) fata de fostele tari comuniste unde cresterea este intre 0,6 si 4,2 ani (Republica Ceha inregistrand cea mai semnificativa crestere). In intervalul 2000 - 2005 datele atesta faptul ca in toate statele foste socialiste, speranta de viata la nastere depaseste 70 ani. Totusi, acest indicator ramane mai scazut in aceasta parte a Europei.

Desi in crestere constanta, in anul 2007 speranta de viata la nastere in Romania este mai mica comparativ cu restul statelor membre UE, pentru ambele sexe.

Se poate observa ca evolutia pe zone din Romania confirma evolutiile din statele europene in ceea ce priveste speranta de viata la nastere mai mare la femei decat la barbati, pe toate intervalele luate in discutie. Sursa: INS, 2005

Se observa ca pentru sexul masculin speranta de viata la nastere este mai scazuta in toate regiunile in intervalul 1993-1995, pe cand pentru femei cresterea este progresiva, in toate zonele, valorile cele mai ridicate ale sperantei de viata la nastere inregistrandu-se in intervalul 1999-2001 pentru ambele sexe. In zonele de nord-est si de centru speranta de viata la nastere pentru sexul masculin este mai ridicata in toate intervalele luate in studiu decat speranta de viata pe tara, la sexul masculin. Speranta de viata la nastere cea mai scazuta, pentru ambele sexe este in Regiunea de Nord-Vest.

In ceea ce priveste distributia pe medii de rezidenta, urban versus rural, in Romania, speranta de viata la nastere este mai ridicata in urban decat in rural, disparitatea urban/rural mentinandu-se si pentru speranta de viata la nastere pe sexe. In Romania, persoanele in varsta de 60 de ani si peste reprezentau in anul 1990 un procent de 10,3% din totalul populatiei Romaniei, in anul 2000 reprezentau un procent de 18,7%, in 2003 reprezentau un procent de 19,9%, iar pentru anul 2030 se preconizeaza un procent care se apropie de 25%.

Numai in ultimii 8 ani populatia varstnica a inregistrat o crestere de peste doua procente. Analiza sperantei de viata in Romania a evidentiat ca nivelul atins in anii 1976-1978 si anume, 69,8 ani, a fost nivelul sperantei de viata cel mai ridicat inregistrat in tara noastra, barbatii avand o speranta de viata de 67,4 ani, mai mica comparativ cu a femeilor care aveau 72,1 ani, cu o diferenta intre sexe care a crescut progresiv in ultimii ani, si anume de 6,6 ani in anul 1992 comparativ cu anul 1978 cand a fost de 4,7 ani.

Prin urmare, odata cu fenomenul general de imbatranire a populatiei societatea va trebui sa faca fata; unui numar crescut de pensionari, unui numar crescut de persoane care traiesc singure, unui numar crescut de varstnici de sex feminin, incapacitatii familiei de a-si rezolva singura problemele legate de ingrijirea acelor membri aflati la varste inaintate, nevoii crescute de servicii sociale si medicale destinate ingrijirii personale. Prin aderarea la Comunitatea Europeana si prin insusirea Cartei Sociale Europene statul roman a ales sa promoveze sase valori fundamentale si anume:

- demnitatea;
- solidaritatea;

- justitia;
- libertatea;
- egalitatea;
- drepturile cetatenesti.

Carta Sociala Europeana revizuita, reglementeaza un set de drepturi sociale fundamentale, printre care:

Art. 13. Dreptul la asistenta sociala si medicala.

Art. 14. Dreptul de a beneficia de servicii sociale.

Art. 23. Dreptul persoanelor varstnice la asistenta sociala.

Art. 30. Dreptul la protectie impotriva saraciei si a excluderii sociale

Principalele categorii de persoane identificate ca posibile grupuri tinta ale sistemelor de servicii sociale privesc copiii, tinerii in dificultate si delincventii juvenili, persoanele cu dizabilitati, persoanele varstnice, persoanele dependente de consum de droguri, alcool sau alte substante toxice, victimele violentei in familie, persoanele si familiile fara venituri, unele categorii de genul refugiatilor, imigrantilor, populatia roma, detinuti pe perioade indelungate, s.a.

Alaturi de sistemul de prestatii sociale, sistemul de servicii sociale a fost creat ca o forma de suport activ si sprijin profesionalizat pentru individul, familia si comunitatea aflate in dificultate. Serviciile sociale, prestatiile sociale, precum si sistemele de securitate sociala intervin pentru solutionarea unor probleme potential generatoare de excluziune sociala.

Schimbarile demografice si sociale au implicatii majore asupra sistemelor de servicii sociale. Cele mai mari consecinte sunt datorate reducerii ratei natalitatii si fenomenului accentuat de imbatranire a populatiei.

Una din provocarile carora trebuie sa le faca fata un sistem de servicii sociale, se refera la capacitatea de a asigura servicii de ingrijire, suficiente si de calitate, apte sa raspunda nevoilor unui numar crescut de persoane varstnice. De asemenea, trebuie luat in considerare si aspectul legat de schimbarile de atitudine in cadrul familiei, disponibilitatea copiilor de a avea grija de generatiile mai varstnice reducandu-se continuu.

Serviciile sociale reprezinta o componenta a sistemului de protectie sociala, aceasta din urma fiind un obiectiv impus atentiei in cadrul proceselor de promovare a incluziunii sociale.

Prioritatile mentionate si recomandate prin Planul International de Actiuni privind Imbatranirea sunt urmatoarele:

- persoanele varstnice si dezvoltarea,
- cresterea bunastarii si a starii de sanatate pana la varste inaintate,
- asigurarea si generarea unui mediu suportiv pentru varstnici.

Teme centrale ale planului:

- realizarea deplina a drepturilor si libertatilor fundamentale ale populatiei varstnice
- realizarea sigurantei varstei, aspect care implica reafirmarea scopurilor de eradicare a saraciei varstnicilor (aspecte mentionate si in Planurile de incluziune sociala)
- imputernicirea varstnicilor de a participa la viata economica, politica si sociala a societatilor, inclusiv la activitati care sa genereze venituri, dar si activitati de voluntariat

- furnizarea oportunitatilor de dezvoltare individuala, independent de varsta
- garantarea exercitarii drepturilor economice, politice, culturale, civile si sociale ale persoanelor varstnice si eliminarea tuturor formelor de violenta si discriminare impotriva acestei categorii de populatie
- garantarea egalitatii de gen in randul populatiei varstnice si eliminarea discriminarii bazate pe gen
- recunoasterea si afirmarea rolului important al familiilor in sprijinirea populatiei varstnice, dar si a importantei intergenerationale, a solidaritatii si reciprocitatii pentru o dezvoltare sociala efectiva
- furnizarea ingrijirilor de sanatate, a suportului si protectiei sociale a persoanelor varstnice,
- facilitarea parteneriatului intre autoritatile centrale si locale, societate civila, sector privat, persoane varstnice in transpunerea in practica a Planului de actiune
- utilizarea cercetarii stiintifice, a expertizei si asigurarea tehnologiei centrate pe individ si implicatiile sociale si de sanatate aferente varstei

Scopul final al directiilor de actiune stipulate in acest document este de a promova o societate inclusiva pentru toate varstele. Planul incurajeaza dialogul efectiv intre generatii.

Romania are 41 de judete plus municipiul-capitala Bucuresti, care are un statut similar cu acela de judet.

Sub aspect administrativ, acestea sunt impartite in comune si orase:

- ◇ 263 de orase, dintre care 82 sunt municipii
- ◇ 2.685 de comune insumand 13.285 de sate

In anul **2009** in Romania au fost furnizate urmatoarele servicii sociale acreditate:

A. CENTRE DE ZI PENTRU PERSOANE VARSTNICE

In Romania sunt 78 de centre de zi pentru persoanele varstnice, din care 51 sunt in subordinea DGASPC – urilor si consiliilor locale, iar 27 in subordinea ONG-urilor.

Tinand cont ca in romania sunt 263 de orase si 2.685 de comune acest lucru ar insemna ca numarul centrelor de zi pentru varstnici raportata la numarul unitatilor administrative teritoriale este de 0,026 centre de zi/ comuna sau oras.

In ceea ce priveste sumele alocate de la bugetul de stat pentru functionarea centrelor de zi infiintate de catre ONG-uri constatam ca acestea sunt finantate in proportie de 36,45% de la bugetul de stat diferenta de 63,55% fin din fonduri externe, fonduri proprii si contributi beneficiari.

Centrele de zi aflate in subordinea DGASPC-urilor si consiliilor locale functioneaza cu fonduri de la bugetul judetean/ local in proportie de 91,7 % si fonduri externe, fonduri proprii si contributi beneficiari in proportie de 8,3%.

B. LOCUINTE PROTEJATE PENTRU PERSOANE VARSTNICE

In Romania sunt 8 locuinte protejate pentru persoanele varstnice, din care 3 sunt in subordinea DGASPC-urilor si consiliilor locale si 5 in subordinea ong-urilor.

Tinand cont ca in romania sunt 263 de orase si 2.685 de comune acest lucru ar insemna ca numarul locuintelor protejate pentru persoanele varstnice raportata la numarul unitatilor administrative teritoriale este de 0,0027 locuinte protejate/ comuna sau oras.

In ceea ce priveste sumele alocate de la bugetul de stat pentru functionarea locuintelor protejate infiintate de ong-uri constatam ca acestea sunt finantate in proportie de 47,68% de la bugetul de stat diferenta de 52,32% fin din fonduri proprii si contributi beneficiari. Locuintele protejate aflate in subordinea DGASPC-urilor si consiliilor locale functioneaza cu fonduri de la bugetul judetean/ local si contributi beneficiari.

C. CAMINE PENTRU PERSOANE VARSTNICE

In Romania sunt 149 camine pentru persoane varstnice, din care 98 sunt in subordinea DGASPC-urilor si consiliilor locale si 51 in subordinea ong-urilor.

Tinand cont ca in Romania sunt 263 de orase si 2.685 de comune acest lucru ar insemna ca numarul caminelor pentru persoanele varstnice raportata la numarul unitatilor administrative teritoriale este de 0,051 camine/ comuna sau oras, iar daca ne raportam la judet avem 3,63 camine/ judet.

In ceea ce priveste sumele alocate de la bugetul de stat pentru functionarea caminelor infiintate de ong-uri constatam ca acestea sunt finantate in proportie de 19% de la bugetul de stat diferenta de 81% fin din fonduri proprii si contributi beneficiari. Locuintele protejate aflate in subordinea DGASPC-urilor si consiliilor locale functioneaza cu fonduri de la bugetul judetean/ local si contributi beneficiari in proportie de 98% si din alte surse in proportie de 2%..

D. SERVICII DE INGRIJIRE SI ASISTENTA LA DOMICILIU

In Romania se acorda servicii de ingrijire la domiciliu pentru persoane varstnice in 27 de judete din 41 si Municipiul Bucuresti. Toate serviciile au fost asigurate si finantate din bugetele organizatiilor neguvernamentale.

Si din aceasta analiza reiese ca pentru ingrijirea unei persoane varstnice la domiciliu s-a cheltuit in medie 1237,874 lei / an. Deci ingrijirea la domiciliu este de cel putin 11 ori mai ieftina decat in oricare serviciu rezidential.

Nevoi / probleme comune

Printre nevoile regasite la toate esantioanele , enumeram, in ordinea importantei acordate de beneficiari, urmatoarele:

- insuficienta veniturilor raportate la preturi foarte mari la produsele de baza si preturi mari la utilitati (gaze/lemn, energie electrica etc) si impozite si taxe mari;
- probleme de natura sociala: conflictul dintre generatii, nepasarea autoritatilor, coruptia, nerespectarea legii, neacordarea drepturilor cuvenite;
- probleme de natura medicala: cardiace, neurologice, digestive, respiratorii, vedere, auz, mintale, cancer etc. care ii fac sa devina dependenti de cei din jur;
- lipsa/ insuficienta serviciilor sociale in comunitati : servicii de ingrijire la domiciliu sau asistent personal;
- Probleme ale sistemului medical care ii afecteaza: medicamente scumpe, rețetele compensate ce nu pot fi onorate, accesul limitat la medicamente mai bune, acestea

fiind foarte scumpe si de cele mai multe ori nu se compenseaza; insuficienta serviciilor de recuperare

- probleme cu locuinta: igienizare, sunt deteriorate etc
- alimentatia precara;
- relatiile din familie si cu vecinii
- singuratatea;
- nevoia de implicare in activitati sociale:
 - recreative, de petrecere a timpului liber, de socializare
 - civice, utile societatii, de implicare in problemele cotidiene;
 - aducatoare de profit.
 - locuri de munca pentru pensionari
- lipsa sau insuficienta informatiilor
- ajutor in procurarea si schimbarea unor piese de schimb casnice
- siguranta pe strazi;
- serviciile stomatologice nu sunt decontate de stat
- obtinerea protezelor (necesare la deplasare, aparate auditive, ochelari etc.);
- obtinerea biletelor de recuperare in statiuni;
- lipsa locuintei

Se constata o diferenta între nevoile persoanelor din mediul rural si cele din mediul urban.

Populatia vastnica din mediul *rural* , resimte urmatoarele nevoi/ probleme specifice:

- ◇ distantele mari de parcurs (in special in mediul rural)
- ◇ au mult pamant si nu-l mai pot munci
- ◇ plecarea copiilor la oras si in strainatate
- ◇ acces greoi la mijloacele de informare
- ◇ acces greoi la serviciile publice

Populatia vastnica din mediul *urban* , resimte urmatoarele nevoi specifice:

- ◆ nevoia de socializare intr-un cadru organizat (centre de zi)
- ◆ nevoia de a participa la activitati culturale si artistice

Specialistii in domeniu au enumerat urmatoarele nevoi prioritare ale populatiei varstnice:

- venituri insuficiente pentru un trai decent
- nevoia dezvoltarii serviciilor socio-medice la domiciliu
- nevoia dezvoltarii serviciilor de recuperare
- nevoia dezvoltarii serviciilor de socializare in centre de zi
- ajutor financiar
- alimentatie deficitara
- asistenta in caz de urgenta
- recuperare la domiciliu si in centre specializate pentru persoanele deplasabile
- nevoia de reprezentare din partea autoritatii (in special in cazul incheierii de contracte)
- accesul limitat la informatiile specifice
- accesul in centrele rezidentiale
- probleme privind onorarea retetelor compensate si gratuite

- ingrijire rezidentiala
- lipsa personalului calificat
- legislatia deficitara
- neimplicarea in activitati de socializare (voluntariat, centre de zi etc)
- costul transportului prea ridicat
- consumul de alcool
- violenta in familie

SOLUTII COMUNE

Beneficiarii au sugerat urmatoarele solutii:

- recorelarea pensiilor; se considera ca statul ar trebui sa se ocupe de acest lucru, banul reprezentand in viziunea majoritatii, un element important in solutionarea multora dintre problemele lor; chiar si starea de sanatate ar putea fi imbunatatita si intretinuta mai usor daca ar avea mai multi bani;

- acces la medicamente gratuite si mai bune pentru bolile cronice; tratament si analize gratuite; imbunatatirea sistemului de acordare a medicamentelor gratuite sau compensate;

- scutiri/ diminuari ale facturilor la plata intretinerii, taxelor, impozitelor in raport cu veniturile fiecaruia (de la un anumit prag al veniturilor in jos, sa se faca scutirea);

- posibilitatea unei alimentatii mai bune, fie prin magazine cu reduceri pentru pensionari, fie prin infiintarea unor cantine unde sa poata lua masa intr-un mod avantajos; infiintarea unui serviciu care sa asigure masa la domiciliu pentru persoanele nedepasabile;

- dezvoltarea serviciilor de asistenta sociala in centre de zi sau in camine: de recreere, divertisment, socializare; accentul este pus, in special, pe acele activitati desfasurate in afara unei cladiri, institutii, pana acum rare sau inexistente, precum excursii organizate in grup, in special, la manastiri, iesiri la iarba verde, la teatru etc.

- implicarea activa in activitati civice, utile: implicare in problemele sociale prin existenta unui ziar in care varstnicii sa publice articole specifice problemelor lor; discutii cu elevii in scoli in scopul imbunatatirii relatiilor dintre cele doua generatii etc.;

- activitati aducatoare de profit: batranii sa creeze diferite obiecte: goblenuri, tablouri etc. pe care sa le poata vinde in magazine si acei bani sa se intoarca pentru ajutorarea mai departe a beneficiarilor;

- consiliere psihologica si consultanta;

- infiintarea mai multor farmacii, special pentru persoanele varstnice sau acestea sa poata lua medicamentele direct de la medicul de familie, care ar asigura in viziunea lor o onorare mai mare a retetelor gratuite/ compensate;

- dezvoltarea serviciilor de ingrijire (inclusiv ajutor in deplasare, mici plimbari) si asistenta sociala, aplicarea tratamentului medical, la domiciliu si in centre de zi;

- ajutor pentru transportul lunar al materialelor de dializa;

- imbunatatirea conditiilor in spitale

- pensionarii sa aiba prioritate la consultatiile medicale in spital/policlinica;

- facilitarea procurarii ieftine/gratuite si repede a protezelor (ochelari, aparat auditiv sau proteze care sa le usureze deplasarea) si ajutor in realizarea unor operatii;

- facilitarea obtinerii biletelor de recuperare in statiuni

- crearea unui fond de solidaritate de unde sa fie ajutati pensionarii cu probleme, in functie de gravitatea si urgenta problemelor

- dezvoltarea serviciilor prin care se asigura ajutorul beneficiarilor in activitati casnice, menajere (ajutor la curatenia generala, la varuit etc.); la persoanele imobilizate. Acest serviciu este si mai imperativ, ei aflandu-se in imposibilitatea permanenta de a nu putea desfasura activitati casnice simple, precum a spala vase sau a merge sa-si cumpere o paine;

- linie telefonica de urgenta, unde sa poata apela persoanele varstnice abuzate/ aflate in situatii de risc sau persoane care doresc sa sesizeze astfel de cazuri;

- vizite la domiciliu din partea autoritatilor prin serviciile de asistenta sociala pentru a vedea la fata locului care este situatia reala a persoanelor varstnice;

- dezvoltarea relatiei cu familia – prin consiliere psihologica, inclusiv cu membrii familiei; acest lucru este dorit in special de cei institutionalizati in camin care se simt izolati de familiile lor;

- infiintarea a cel putin unui azil de noapte;

-dezvoltarea/ multiplicarea locurilor din camine; asigurarea unui loc al celor care nu au locuinta sau nu au familie si nu se pot ingriji si intretine, si al celor care nu au resurse financiare; sa creasca calitatea vietii in camine, sa se asigure toata gama de servicii de care are nevoie o persoana varstnica: igiena, confort, medicamente, asistenta medicala, chiar si farmacie si cabinet stomatologic, activitati sociale, iesiri organizate, excursii etc.; pentru persoanele care doresc sa locuiasca singure intr-o camera, sa fie posibil acest lucru, pentru a li se asigura intimitatea atat de necesara la aceasta varsta;

- colaborare inter-institutionala;

- publicitate mai mare serviciilor de asistenta, socio-medicale existente;

- mai multa solidaritate umana ar fi binevenita;

- imbunatatirea legislatiei in domeniul sponsorizarii

- dezvoltarea serviciilor de recuperare, in special in mediul rural unde aceste servicii lipsesc cu desavarsire dar si in mediul urban unde acestea sunt insuficiente, cu aparatura putina si specialisti insuficienti.

- asigurarea hranei la domiciliu pentru persoanele dependente.

- asistenta medicala la domiciliu (ajutor in aplicarea tratamentului medical, kinetoterapie, masaj);

- infiintarea unui camin medico-social pentru cei care necesita supraveghere permanenta.

- Transport gratuit, in special in mediul rural unde distantele sunt mari, iar acestia nu au nici macar reduceri;

- Crearea unor locuri de munca pentru pensionarii care doresc sa isi suplimenteze venitul.

- Infiintarea unor ferme care sa lucreze pamantul intensiv, in acest fel poate vor avea si ei ceva de castigat.

• ***Dezvoltarea unui sistem coerent de asistenta socio-medicala a persoanelor varstnice imobilizate la domiciliu***

a) servicii integrate socio-medicale la domiciliu, in functie de gradul de dependenta si nevoile identificate in urma evaluarii socio-medicale efectuate la domiciliul clientului:

- ingrijire la domiciliu
 - asistenta medicala
 - asistenta sociala
 - servicii de recuperare (kinetoterapie, logopedie)
 - b) extinderea/ crearea serviciilor sociale rezidentiale pentru persoane varstnice pe termen scurt si lung, in functie de afectiunile suferite.
 - c) serviciu de “masa pe roti” care sa deserveasca populatia varstnica imobilizata (care datorita starii de dependenta/ situatiei materiale precare nu poate sa-si asigure hrana)
 - d) acordarea unor ajutoare materiale (accentul a fost pus pe alimentatia insuficienta a persoanelor varstnice): alimente (pachete sau masa calda), materiale de curatenie, materiale incontinenta
 - e) Servicii de acompaniere a ingrijirii varstnicului in familie prin crearea grupurilor de suport;
 - f) recuperare la domiciliu
- ***Reducerea sentimentului de singuratate si izolare resimtit de persoanele varstnice prin crearea si dezvoltarea de servicii adecvate care sa-i integreze activ in viata comunitatii.***
 - a) extinderea/ crearea unor centre de zi care sa ofere servicii de socializare – ar mai trebui deschise:
 - b) obtinerea unor facilitati care sa le permita participarea la viata sociala si culturala a comunitatii:
 - gratuitate pentru transportul public pentru pensionarii cu venituri mici
 - gratuitate pentru a participa la spectacole culturale: teatru, filarmonica (pensia sub 500 lei)

- ***Imbunatatirea asistentei medicale asigurate persoanelor varstnice***
 - a) facilitarea accesului la medicamente
 - b) crearea unui centru de asistenta medico-sociala spital pentru bolnavi cronici.
 - c) numarul de zile de ingrijire si tehnicile, pentru serviciile medicale la domiciliu, sa fie acordate in functie de problemele medicale ale pacientului (conform legislatiei actuale un pacient care necesita servicii de ingrijire la domiciliu poate beneficia de maxim 90 zile/an in conditiile in care nu sunt institutii socio-medicale pentru bolnavi cronici, care sa acorde servicii complexe de lunga durata, iar ONG-urile primesc din ce in ce mai putine fonduri din exterior pentru continuarea serviciilor);
 - d) acordarea de servicii medicale specializate in geriatrie, complementare celor oferite de spitale (unde accesul este limitat si greoi)
 - e) servicii de recuperare de lunga durata prin gimnastica in centre specializate (pentru bolnavii cu sechele post AVC, bolnavii cu probleme locomotorii etc) in cadrul centrelor de zi in toate comunele si orasele din tara;
 - f) imbunatatirea accesului la informatii medicale prin organizare de intalniri cu specialistii din domeniu in cadrul centrelor de zi, pliante, afise, emisiuni TV etc;

- g) facilitarea accesului pentru obtinerea biletelor de recuperare in statiuni.
- h) Farmacie mobila in zonele izolate
- i) Acordarea serviciilor medicale la domiciliu in toate comunele/ orasele/ municipiile

• ***Extinderea ofertei de servicii sociale, oferta care sa raspunda nevoilor persoanelor varstnice.***

Recomandari:

- a) locuinte protejate pentru varstnicii semidependenti
- b) centre de ingrijire temporara (tip "respite care)
- c) numar de urgenta
- d) adapost de urgenta - crearea unui sistem integrat de servicii si prestatii sociale destinate persoanelor varstnice fara adapost
- e) locuri de munca pentru persoanele varstnice apte de munca care doresc sa isi completeze veniturile
- f) Promovarea participarii persoanelor varstnice la viata sociala prin sustinerea implicarii active a acestora in viata comunitatii si sustinerea voluntariatului cu si pentru persoane varstnice.

• ***Imbunatatirea legislatiei privind protectia sociala a persoanelor varstnice.***

- a) programe coerente pentru contractarea/ sub-contractarea serviciilor sociale pentru persoanele varstnice
- b) asigurare obligatorie pentru servicii la varsta a treia : orice persoana sa fie obligata sa plateasca aceasta asigurare pe toata perioada cat este salariata, urmand ca la varsta a treia sa poata beneficia de servicii in functie de nevoie. Serviciile sa fie asigurate in regim rezidential sau la domiciliu, in functie de dorinta persoanei varstnice si de recomandarile facute de o comisie special constituita formata din medic geriatru, asistent social si psiholog.
- c) numarul de zile de ingrijire medicala sa fie acordate in functie de problemele medicale ale fiecarei persoane;
- d) in cazul oricarei forme de abuz, instanta sa fie sesizata de Serviciul Autoritate Tutelara din cadrul Consiliilor Locale, iar persoana varstnica sa fie reprezentata din oficiu de un avocat;
- e) urgentarea aparitiei normelor de aplicare a Legii 17/2000 , privind protectia sociala a persoanei varstnice;
- f) imbunatatirea Lg 17/2000 cu urmatoarele prevederi:

Pierderea dreptului de mostenire pentru copiii care nu isi ingrijesc parintii, in situitiile in care acestia nu se mai pot ingriji singuri. In acest caz bunurile persoanei varstnice vor fi luate de stat si date in folosinta cazurilor sociale fara locuinta, iar persoana varstnica sa fie ingrijita in centre specializate sau de ingrijitori platiti din bugetul statului. In cazul in care din motive obiective copilul (adult) nu-si poate ingriji parintii, poate angaja un ingrijitor.

Evaluarea medicala sa fie facuta de medicul de familie. In prezent sunt putine localitati din tara care au medic geriatru, iar consiliile locale nu au posibilitatea financiara de a angaja un medic geriatru pentru a evalua medical persoanele varstnice la domiciliu; deasemeni trebuie subliniat ca in afara medicului de familie nici un alt medic specialist din spital sau policlinica nu realizeaza vizite la domiciliu.

g) Stabilirea pachetului minim de servicii sociale de care trebuie sa beneficieze toti locuitorii

h) dezvoltarea unui sistem de instruire si calificare a ingrijitori la domiciliu pentru personae varstnice

i) modificarea metodologiei de atestare a ingrijitorilor la domiciliu:

- contractul de munca sa fie incheiat in functie de nevoia institutiei angajatoare, fara a fi conditionata de contract de munca pe perioada determinata. In acest fel putem incuraja persoanele sa ramana sa lucreze in acest domeniu.

- Ingrijitorul la domiciliu sa fie evaluat o data la trei ani in vederea reatestarii.

j) Reglementarea unei autoritati care sa fie monitorizeze sistemul de ingrijire la domiciliu la nivel national;

k) Elaborarea si implementarea unei metodologii de lucru pentru derularea programelor de servicii sociale in regim de urgenta - interventie in caz de criza - la nivelul serviciilor publice de asistenta sociala ale autoritatilor locale;

l) Infiintarea unui serviciu de monitorizare a asistentei sociale a varstnicilor la nivel national, care sa dispuna de o baza de date referitor la numarul de solicitanti si numarul de beneficiari, in scopul evaluarii nevoii de servicii sociale pentru a elabora o strategie in acord cu realitatea cu care se confrunta sistemul national de asistenta sociala.

• ***Crearea unui fond special pentru cazurile sociale grave/ urgente a persoanelor varstnice.***

a) Reamenajarea locuintei si echipament adaptat nevoilor specifice persoanei varstnice, in cazul unor afectiuni care le-a afectat partial sau grav capacitatea de a-si satisface nevoile vietii de zi cu zi;

b) Curatenie generala si deparazitarea locuintei , in cazul persoanelor varstnice care sunt gasite intr-o stare avansata de mizerie deoarece nu se pot ingriji singuri si au fost parasiti de familie, sau nu au familii care sa ii ajute (paraziti, boli contagioase etc.);

c) Reparatii la instalatia sanitara, gaz, electrica etc. (costuri suplimentare la apa, pericol de explozie, incendiu).

ALTE PROPUNERI

asigurarea accesului persoanelor cu handicap / varstnice si a familiilor lor la programele guvernamentale de securitate sociala, sanatate si de reducere a saraciei; includerea nevoilor persoanelor cu handicap si a familiilor acestora in toate politicile, strategiile si programele de dezvoltare, judetene si locale

Evaluarea globala a sistemului de asistenta sociala pentru varstnici, fundamentata de o diagnoza a nevoilor de asistenta;

Infiintarea, dezvoltarea si diversificarea de servicii care sa acopere intreaga paleta de nevoi sociale si la care sa aiba acces toate persoanele varstnice;

Cresterea capacitatii institutionale a autoritatilor publice locale in solutionarea problemelor sociale a persoanelor varstnice;

Crearea cadrului de dezvoltare a parteneriatului public-privat (institutiile statului, organizatii neguvernamentale) in domeniul protectiei persoanelor varstnice;

Sensibilizarea si informarea opiniei publice asupra drepturilor persoanelor varstnice, imbunatatirii comportamentului general privind problematica specifica;

- Stabilirea unei metodologii cu privire la instrainarea bunurilor de catre persoanele varstnice si respectarea clauzelor de intretinere prin responsabilizarea directa a autoritatilor publice locale;
- Sustinerea costurilor pentru programele de ingrijire la domiciliu prin subventii de la bugetul de stat deoarece descentralizarea a avut efecte negative asupra asistentei sociale in mediul rural si in zonele defavorizate ale tarii unde bugetul local este mic.

CONCLUZII

Atat ONG-urile cat si institutiile de stat au realizat studii, analize, strategii in vederea imbunatatirii calitatii vietii persoanelor varstnice. Odata cu aderarea României la Uniunea Europeana si insusirea Cartei Sociale Europene statul roman si-a luat obligatia de a reglementa un set de drepturi sociale, iar ca persoane vizate sunt si persoanele varstnice. Din pacate legislatia romana nu a prevazut ca in fiecare an sa fie o suma minima necesara pentru serviciile sociale acordate persoanelor varstnice la domiciliu, in centre de zi etc.

Este imperios necesar ca serviciile pentru varstnici sa existe in toate orasele si comunele tarii, sa fie alocate sume de la bugetul de stat in vederea finantarii acestor servicii conform Legii 17/ 2000.

Persoanele varstnice se confrunta cu nevoi complexe sociale si medicale ce cer o abordare integrata a serviciilor, de aceea institutiile care acorda aceste servicii trebuie sa aiba echipe multidisciplinare care sa aiba in componenta minim: ingrijitor la domiciliu, asistent medical si asistent social. Evaluarea socio-medicala (conform Grilei nationale de evaluare) sa fie facuta de medicul de familie iar legea sa prevada si modalitatea de decontare a acestui serviciu. Exista un numar foarte mare de persoane varstnice aflate in nevoie si pentru care trebuie dezvoltate servicii de asistenta sociala.

Persoanele varstnice se confrunta cu boli specifice varstei care determina o serie de nevoi speciale si oferirea de servicii specializate (ingrijire medicala, gimnastica medicala etc). Exista foarte multe comunitati in care persoanele varstnice nu au acces la nici un serviciu social si medical.

Nevoile persoanelor varstnice nu sunt identificate corect de catre o parte din personalul angajat in domeniul social deoarece nu are pregatire adecvata (in domeniul social). In tara noastra trebuie accentuata necesitatea dezvoltarii si profesionalizarii activitatilor de ingrijire la domiciliu, care, in prezent, sunt neacoperitoare si se rezuma la ceea ce priveste menajul si alimentatia si mai putin in ceea ce priveste nursing-ul, terapia ocupationala, kinetoterapia etc.

De asemenea, serviciile medicale si socio-medicale nu sunt suficient sustinute pentru a se dezvolta la nivel national incat sa acopere nevoia si sa substituie asistenta in spitale si centre rezidentiale, mai costisitoare si insuficiente.

Demersurile in beneficiul persoanelor varstnice trebuie sa fie astfel concepute incat sa respecte drepturile fundamentale ale persoanelor varstnice dintre care amintim:

- dreptul la ingrijire medicala;
- dreptul la prevenirea dependentei;
- dreptul de a alege locul si modul de viata;
- dreptul la sustinere familiala si comunitara;
- dreptul la ingrijiri paliative;
- dreptul la ocrotire legala etc.

Procesul de recuperare psihosociala si de evitare a izolarii sociale a persoanelor varstnice trebuie sa cuprinda masuri deopotriva pentru bunastarea fizica, psihica si sociala.

In plan institutional aceasta presupune coordonarea reformei la nivel medical cu cea la nivel social pentru ca interventia sa fie simultana si coerenta. Centrarea pe integrarea serviciilor prin comunicarea intre institutii si colaborare intre profesionisti contribuie la realizarea scopului major de mutare a ingrijirii de lunga durata din institutii spre comunitate.

Reteaua geriatrica la nivel national este insuficient dezvoltata. Platforma gerontologica preconizata a se implementa nu se regaseste in practica institutiilor publice si a organizatiilor societatii civile decat partial, fara a exista continuitatea si complementaritatea pe care o poate asigura sistemului parteneriatul public – privat.

O problema cu care se confrunta sistemul de ingrijiri la domiciliu este lipsa medicilor geriatri, care ar trebui sa evalueze persoanele varstnice initial si periodic si sa faca recomandari pentru intocmirea planului individual de interventie. In compensare ar putea fi implicati medicii de familie care cunosc polipatologia pacientilor de varsta a treia pe care ii au sub observatie si care pot de asemenea organiza activitati de ingrijire medicala la domiciliu.

Echipe multidisciplinare nu functioneaza astfel incat de cele mai multe ori evaluarea, decizia si implementarea ingrijirii sunt fractionate fara ca specialistii sa comunice.

Structura de personal a unitatilor publice si private este incompleta, lipsind cel mai adesea specialisti precum: ingrijitori, asistenti medicali, medici, kinetoterapeuti etc. Lipsa acestora ne-a fost semnalata deopotriva de catre furnizorii cat si de catre beneficiarii serviciilor de ingrijire la domiciliu, in corelatie cu categoriile de servicii care ar mai fi necesare.

Furnizorii de servicii socio-medicale la domiciliu sesizeaza ca principale greutati cu care se confrunta: lipsa spatiilor in care sa isi desfasoare activitatea si lipsa fondurilor pentru sustinerea programelor.

Din perspectiva beneficiarilor, persoane varstnice, ingrijirea la domiciliu ar trebui sa se realizeze alocandu-se mai mult timp pentru fiecare bolnav, fapt care in prezent este limitat de numarul redus de personal de ingrijire de care dispun unitatile de ingrijire la domiciliu.

Serviciile sociale, socio-medicale si medicale oferite in prezent persoanelor varstnice beneficiare cuprind un pachet de baza care ar putea fi largit in functie de nevoile identificate in randul populatiei varstnice.

Repartizarea furnizorilor la nivel national este inegala - in detrimentul beneficiarilor din mediul rural - oferta de servicii fiind mult mai redusa pentru localitatile mici si pentru cele rurale, in care sunt active doar organizatiile neguvernamentale iar institutiile publice nu au decat in mica masura organizate servicii de ingrijire la domiciliu. Aceasta discrepanta trebuie avuta in vedere la elaborarea strategiilor de politica sociala si la distribuirea fondurilor de la bugetul de stat si local pentru a se acorda asistenta la domiciliu si varstnicilor din mediul rural care au ramas singuri prin migratia generatiei tinere catre mediul urban.

In Romania nu au fost inca dezvoltate programe care sa vizeze pregatirea pentru pensionare si identificarea posibilitatilor de mentinere a unei vieti active si unei

participari sociale semnificative a persoanelor varstnice. Din acest punct de vedere ingrijirea la domiciliu ar putea sa capete noi valente incluzand si programe de reintegrare sociala in paralel cu cele de ingrijire sociomedicala si medicala.

Consideram ca un element pozitiv implicarea voluntarilor in activitatile de ingrijire la domiciliu a persoanelor varstnice, cu prioritate de catre organizatiile neguvernamentale ca efect si al noilor prevederi legislative care stimuleaza solidaritatea sociala in raport cu persoanele de varsta a treia aflate in situatii de risc.

De asemenea, din analiza facuta, reiese ca furnizorii de servicii comunitare pentru varstnici isi desfasoara activitatea cu personal specializat care beneficiaza de formare continua in cadrul institutiei sau cu voluntari care au fost calificati. Gratie faptului ca beneficiaza de aportul personalului specializat majoritatea furnizorilor de ingrijiri la domiciliu sunt preocupati de elaborarea de instrumente metodologice adaptate necesitatilor proprii care pot constitui o sursa de informatie pentru institutiile care sunt desemnate sa elaboreze la nivel national aceste metodologii.

Masurile guvernantilor din Romania ar trebui (sau ar fi trebuit) concentrate asupra diminuarii saraciei, factor de risc in deteriorarea starii de sanatate a populatiei (recrudescenta tuberculozei, incidenta crescuta a hepatitei A, prevalenta bolilor cardiovasculare, etc.). Mai mult, sunt evidente disparitatile in starea de sanatate intre mediul rural si urban, in dezavantajul ruralului. Ori, una dintre strategiile pentru reducerea inechitatilor in starea de sanatate este abordarea prin combinatii de strategii concentrate, adica actiune asupra venitului redus, conditiilor de viata nesanoase, conditiilor de munca, somaj, mod de viata personal si in acelasi timp o preocupare permanenta din partea guvernantilor pentru distribuirea echitabila a resurselor destinate serviciilor medicale de calitate tinand cont de dimensiunea problemelor de sanatate si prezenta acestora pe regiuni statistice, categorii populationale, etc.

O problema prioritara de sanatate, pe plan national este ocrotirea medico-sociala diferentiata a grupelor populationale vulnerabile sau defavorizate social (copii, someri, persoane singure, batrani, familii dezorganizate, cu multi copii, monoparentale, persoane cu nivel de instructie scazut, etc.).

Varsta a treia reprezinta un grup vulnerabil care reclama schimbari in stilul de viata.

Cresterea numarului de ani viata necesita asocierea pozitiva cu durata vietii in ani sanatosi. Prin urmare, sistemele de sanatate trebuie sa acorde atentie ingrijirilor geriatrice, dar si prevenirii afectiunilor cronice. Pentru o viata mai lunga si sanatoasa, masurile de imbunatatire a starii de sanatate se impune a fi focalizate pe populatia de varsta activa. Ingrijirile pe termen lung trebuie sa devina obiectivul strategiilor de politica sociala de sanatate.

Ceea ce va propunem pentru a finaliza aceasta analiza este de a dezbate toate aceste aspecte impreuna, sa le completam si sa le inaintam factorilor de decizie responsabili de politicile sociale privind persoanele varstnice.

**Furnizori de ingrijiri medicale la domiciliu aflati in contract cu
CAS AG incepand cu 01 iulie 2011**

Nr. Crt.	Contract	DENUMIRE FURNIZOR	ORAS	ADRESA
1	ID02	ASOCIATIA "SOLIDARITATEA UMANA"	Pitesti	B-dul Eroilor nr.46
2	ID04	S.C."EMERGENCY MED" S.R.L. CIMPULUNG	Campulung	str.Poenaru Bordea nr.12
3	ID06	S.C."CENTRUL MEDICAL SF. NICOLAE"	Pitesti	str.Caporal Dogaru nr.4
4	ID09	S.C."BEBY MED-SAN " SRL MIOVENI	Mioveni	str.Pietei, bl.F4 parter
5	ID10	S.C."DANETTI MED-SAN" S.R.L. CURTEA DE ARGES	Curtea de Argeş	str.Nicolae Iorga,nr.5

TIPURI DE PROGRAME

În întreaga lume, în ultimii 20 de ani, interesul pentru partea preventivă a medicinei a crescut datorită traziției epidemiologice a cauzelor mortalității, de la bolile acute, infecțioase la bolile cronice. Astfel se consideră că un mai bun control numai asupra factorilor de risc comportamental ar putea preveni: 40-70% din toate decesele premature; 1/3 din dizabilități acute; 2/3 din dizabilitățile cronice. În concordanță cu problemele de sănătate publică identificate la nivel național și local și în concordanță cu recomandările Organizației Mondiale a Sănătății, se vor organiza și desfășura campanii de informare, educare și comunicare precum și alte activități specifice de promovare a sănătății, în scopul îmbunătățirii stării de sănătate a populației și a reducerii morbidității și mortalității datorate unor cauze evitabile.

În contextul globalizării, succesul unor programe de sănătate dintr-o anumită țară poate fi preluat și adaptat nevoilor specifice fiecărei țări.

Astfel, programele dedicate prevenirii consumului de alcool, reducerii stresului profesional, combaterii obezității pot fi preluate și adaptate specificului țării noastre.

ALCOOLUL – A TREIA PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Alcoolul este substanța de abuz cea mai larg disponibilă și cea mai acceptabilă din punct de vedere cultural.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în Europa alcoolul ocupă locul trei în ierarhia celor mai importanți factori de risc pentru decesele premature și îmbolnăviri evitabile (după fumat și hipertensiune arterială).

Un ghid OMS din 1986 privind dependența de droguri și alcool, clasifică alcoolul în categoria droguri sedative, alături de hipnotice și tranchilizante. Problemele legate de alcool apar la aproximativ 30% din băutori.

Alcoolul este un factor de risc mai important decât nivelul crescut al colesterolului și obezitate, de trei ori important decât diabetul și de cinci ori mai important decât astmul. Una din 10 îmbolnăviri și decese premature din Europa este cauzată de alcool.

Se estimează că produsele pe bază de alcool sunt răspunzătoare pentru aproximativ 9% din totalul de boli. Consumul de alcool duce la accidente și violență și este responsabil pentru reducerea speranței de viață.

Consumul de alcool a crescut în ultimul timp ca volum și frecvență, iar vârsta debutului pentru băut a scăzut. Deși în ultimii ani s-au îmbunătățit semnificativ informațiile referitoare la consumul de alcool și efectele asupra sănătății publice, totuși mai sunt multe de aflat în acest domeniu.

În multe țări din Europa, decidenții politici se plâng de lipsa informațiilor despre consumul real de alcool, despre obiceiurile consumului de alcool în funcție de sex, vârstă și alte caracteristici populaționale relevante, ca și de efectele negative ale consumului, în diversele sale forme. Deși media consumului de alcool, ca și incidența cirozei, continuă să fie indicatori importanți pentru situația actuală a consumului de alcool, acestea nu sunt suficiente pentru a estima realitatea și a elabora politici sociale adaptate realității. De aceea este nevoie de un program de acțiune pentru prevenirea și reducerea consumului abuziv de alcool.

Cauzele creșterii consumului de alcool:

- creșterea producției și diversitatea băuturilor alcoolice;
- disponibilitatea și accesibilitatea largă;
- percepția culturală de ingredient festiv a alcoolului;
- creșterea nivelului de trai, a venitului pe cap de locuitor;
- *promovarea sa drept scop recreațional, detensionant, de creștere a bună-dispoziției, de “liant social”, pentru umplerea timpului liber sau din “plictiseală”, lipsa de ocupație, pasivitate;*
- modelele (părinți, profesori, staruri de muzică sau cinema, sportivi etc.) ce oferă această imagine/atitudine;
- tradiția consumului (bere în Danemarca, vin în România).

Studiile efectuate de OMS arată că obiceiul consumului de alcool începe din adolescență și la debutul vârstei adulte, dar consecințele patologice nu apar decât după mai mulți ani. Adolescenții sunt rareori consumatori cronici de alcool; mai degrabă au tendința de a ceda ocazional tentației unui consum excesiv de alcool. Dependența de alcool se instalează după mai mulți ani și majoritatea persoanelor care solicită asistență medicală au peste 30 ani.

În numeroase țări, consumul de alcool de către tineri este considerat drept o consolidare a imaginii masculine de virilitate și maturitate.

Pentru a îmbunătăți calitatea vieții, este necesară reducerea efectelor negative ale consumului de alcool, acțiune care trebuie privită ca o importantă problemă de sănătate publică.

Ca și în cazul altor politici publice, acțiunile pentru prevenirea și reducerea consumului de alcool trebuie fondate pe informații reale.

În anii '90, în țările europene, în baza a trei acorduri s-au stabilit acțiunile menite să reducă și să prevină consumul de alcool. Aceste acorduri sunt:

1. „Sănătate pentru toți” (Health for All);
2. „Politica Europeană în privința alcoolului” (European Alcohol Action Plan);
3. „Acordul European referitor la alcool” (European Charter on Alcohol);
4. În 2001 a fost adoptată de țările membre ale UE, Declarația : tinerii și alcoolul.

Ele subliniază faptul că problemele cauzate de consumul de alcool, la nivel internațional, reprezintă o problemă de sănătate publică. De asemenea stabilesc principalele strategii de combatere a efectelor negative produse de consumul de alcool.

1. „Sănătate pentru toți”

Acest acord a fost inițiat în 1979 de către OMS. La baza acestui acord era o politică globală de sănătate care intenționa să producă schimbări substanțiale în sănătate în deceniile trecute.

În 1998, acest acord a fost întărit de o nouă declarație a OMS, cu o nouă politică de sănătate: „Sănătate pentru toți în secolul 21”. Această declarație identifică 21 de obiective pentru secolul 21; obiectivul 12 al acestei declarații se referă la reducerea efectelor nocive ale alcoolului, drogurilor și tutunului: „Până în anul 2015, trebuie reduse semnificativ, în toate statele membre ale UE, efectele negative ale consumului de substanțe adictive cum ar fi tutunul, alcoolul și alte droguri psihoactive”. (sesiunea din septembrie 1998 a WHO - comitetul regional pentru Europa).

2. „Politica Europeană în privința alcoolului”

Scopul “European Alcohol Action Plan” (EAAP) este prevenirea și reducerea consumului de alcool, precum și a efectelor negative cauzate de acesta. Obiectivele EAAP sunt următoarele:

- Informarea și educarea populației, precum și sprijinirea politicilor de sănătate publică referitoare la prevenirea și reducerea consumului de alcool.

- Reducerea riscurilor legate de celelalte probleme ce pot fi cauzate de consumul de alcool, probleme ce pot afecta familia, locul de muncă, comunitatea.

- Reducerea accidentelor, violenței, abuzului copiilor, neglijarea și crizele familiale generate de consumul de alcool.

- Asigurarea unor servicii specializate, accesibile și eficiente persoanelor dependente de consumul de alcool.

- Protejarea copiilor, tinerilor precum și a celor care au hotărât să nu consume băuturi alcoolice

3. „Acordul European referitor la alcool” (European Charter on Alcohol)

Acest acord este constituit din două părți importante: principii și strategii referitoare la alcool.

Principiile etice ale politicilor referitoare la alcool

1. Toți oamenii au dreptul să fie protejați, în cadrul familiei, comunității, precum și la locul de muncă de efectele negative ale consumului de alcool, cum ar fi accidentele, violența domestică.
2. Încă din copilărie, oamenii au dreptul la informații valide, imparțiale despre consecințele consumului de alcool asupra sănătății, familiei și societății.
3. Toți copiii și adolescenții au dreptul să crească într-un mediu protejat de efectele dăunătoare ale abuzului de alcool și să fie feriți pe cât posibil de publicitatea la băuturile alcoolice.
4. Toți cei care abuzează de alcool, precum și familiile acestora au dreptul la îngrijire și tratament. Aceste servicii trebuie să fie accesibile.
5. Toți oamenii care nu doresc să consume alcool sau care nu o pot face, din diferite motive, au dreptul să fie protejați, să nu fie supuși presiunii de a consuma alcool și să fie sprijiniți în comportamentul lor anti-alcool.

Strategiile de acțiune anti-alcool respectă principiile etice ale politicilor referitoare la alcool:

- a. Informarea populației cu privire la consecințele consumului de alcool asupra sănătății, familiei și societății, prin desfășurarea unor programe educaționale, precum și asupra măsurilor efective care pot fi luate pentru prevenirea și
- b. reducerea acestora;
- c. Încurajarea acelor medii de lucru, atât publice, cât și private, ce sunt ferite de consecințele negative ale consumului de alcool, precum accidentele și violența.
- d. Formularea unor noi legi sau întărirea celor existente, legi referitoare la condusul sub influența băuturilor alcoolice.
- e. Promovarea sănătății prin controlul accesibilității tinerilor la băuturile alcoolice și influențarea politicii prețului, prin instituirea taxelor sau prin mărirea acestora.
- f. Controlul strict, în ceea ce privește publicitatea, directă sau indirectă, la băuturile alcoolice și asigurarea că nici o formă de publicitate nu se adresează minorilor, de exemplu, prin legătura care s-ar putea face între evenimentele sportive și alcool.
- g. Asigurarea accesului la tratament și la servicii de reabilitare a celor care abuzează de alcool, precum și a familiilor acestora.
- h. Responsabilizarea etică și legală a celor care sunt implicați în marketingul băuturilor alcoolice sau a celor care comercializează băuturi alcoolice; asigurarea unui control strict referitor la calitatea produselor și implementarea unor măsuri împotriva producției și vânzării ilicite de băuturi alcoolice.
- i. Un bun management al problemelor cauzate de consumul de alcool, se realizează prin antrenarea unor profesioniști din mediul medical, al asistenței sociale, educație și justiție, în confruntarea cu astfel de probleme.
- j. Sprijinirea acelor organizații care promovează un stil de viață sănătos, în special a celor care se ocupă de prevenirea și reducerea efectelor dăunătoare cauzate de consumul de alcool.

k. Formularea unor programe de prevenire a consumului de alcool, de monitorizare a progresului realizat de aceste programe, precum și de actualizarea programelor bazată pe evaluarea lor.

4. „Declarația: tinerii și alcoolul”

Politicile referitoare la alcool trebuie să fie orientate spre:

- a oferi protecție
- a promova educația
- a sprijini mediile în care nu se consumă alcool
- a reduce efectele negative ale consumului de alcool.

Uniunea Europeană (UE) a adoptat mai multe directive căutând să armonizeze diferitele legi ale statelor membre pentru a pregăti dezvoltarea unei piețe comune.

Directivele Uniunii Europe urmăresc, în principal, următoarele trei aspecte:

- taxele pe alcool;
- publicitatea la alcool;
- libera circulație a produselor pe bază de alcool (pentru uz personal, între țările membre UE).

Una dintre aceste directive stabilește standarde pentru reglementarea publicității în media audio-vizuală, incluzând și pe cea a băuturilor alcoolice.

Este prevăzut astfel: publicitatea prin televiziunea și teleshopping-ul pentru băuturi alcoolice” ... ar trebui să nu vizeze specific minorii sau, în particular, să nu reprezinte minori consumând aceste băuturi”.

Instituția europeană privind politica europeană în privința alcoolului (EAAP) oferă cadrul pentru formularea politicii alcoolului în Europa, politică de care toate țările UE și cele candidate ar beneficia prin implementarea ei mai profundă decât este cazul în prezent. UE oferă infrastructura instituțională și de reglementare care poate contribui mult la implementarea politicii alcoolului.

Uniunea Europeană va trebui să realizeze că politica alcoolului este parte a politicii sociale și de sănătate publică, care, în anumite circumstanțe, are prioritate înaintea intereselor industriale și de comerț.

În ultimii 50 de ani, schimbările din cadrul politicilor referitoare la alcool s-au concentrat în următoarele direcții:

- a. legislația referitoare la condusul în stare de ebrietate: nivelul de alcool din sânge, măsurarea cu alcoolmetru, campanii IEC;
- b. accesibilitatea la alcool (monopol, licențe de import-export, restricții la vânzare, incluzând vârsta minimă și orele de vânzare-cumpărare);
- c. publicitatea la alcool (restricții publicitare);
- d. influențarea cererii și a modalității de consum;
- e. tratamentul celor abuzează de consumul de alcool ;
- f. consilierea psihologică a celor afectați colateral de efectele negative ale consumului de alcool.

Politicile alcoolului sunt direcționate către populație (vârsta legală pentru consum), organizații și sisteme de sănătate, individul care consumă alcool.

Pentru reducerea consumului de alcool, trebuie avute în vedere atât informațiile despre evoluția consumului și a obiceiurilor legate de acesta, cât și acțiunile direcționate pentru protecția tinerilor.

Legislația referitoare la comercializarea băuturilor alcoolice

Conform legislației în vigoare, există taxa asupra activităților dăunătoare sănătății, printre aceste activități numărându-se și consumul de alcool. Aceste taxe sunt vărsate în Fondul special pentru sănătate publică, ce se gestionează de către Ministerul Sănătății Publice.

Taxele provin de la:

- persoanele juridice care realizează încasări din acțiuni publicitare la băuturi alcoolice,
 - persoanele juridice care realizează venituri din vânzările de băuturi alcoolice,
- În România este interzisă vânzarea către minori a băuturilor alcoolice.

S-a constatat că în imediata vecinătate a școlilor se comercializează alcool, în ciuda faptului că există prevederi legale care interzic acest lucru.

Este interzisă desfacerea băuturilor alcoolice sau comercializarea acestora în spații amenajate la intrarea unităților sau instituțiilor de învățământ, pe trotuarele sau aleile de acces ale acestora, precum și în bufetele de incintă din aceste locuri; este interzis consumul de alcool pe străzi, în parcuri, săli de spectacole, stadioane sau în alte locuri publice.

Armonizarea legislației românești cu cea internațională

S-a constatat că, în țările în care au fost impuse măsuri drastice de controlare a consumului de alcool, s-au înregistrat scăderi ale numărului de accidente rutiere, rata mortalității și morbidității datorate consumului de alcool a scăzut, accesul la băuturi alcoolice a minorilor a fost restricționat până la eliminare. Sunt necesare anumite măsuri :

- Mărirea taxelor, ce se va reflecta în preț crescut pentru băuturile alcoolice, reducând astfel accesibilitatea la acestea.
- Amenzi crescute pentru cei care vând băuturi alcoolice minorilor sau persoanelor aflate în stare de ebrietate.
- Intensificarea testării alcoolmetrice pentru conducătorii auto și consumul de alcool, mai ales în zilele de sărbători și de weekend.
- În ceea ce privește etichetarea băuturilor alcoolice, pe acestea ar trebui să se regăsească și avertismentul: «Consumul excesiv de alcool dăunează grav sănătății».
- Utilizarea banilor proveniți din taxele pe alcool pentru finanțarea și controlarea unor activități de educație pentru sănătate, de cercetare privind politica alcoolului și de sprijinire a serviciilor de sănătate (conform EAAP).

XI. 2. STRESUL

Stresul a fost denumit "boala secolului XX". În 1998, OMS a realizat un raport prin care arată că stresul profesional și cel din viața personală sunt factorii determinanți ai unei sănătăți șubrede. Acest raport concluzionează că stresul profesional mărește riscul îmbolnăvirilor. Acesta nu depinde numai de caracteristicile psihologice ale individului, ci și de mediul în care muncește.

Un studiu celebru "Whitehall Study" (citat în Burrow, 2000), care pe parcursul a 15 ani a urmărit starea sănătății a peste 10000 de englezi, a confirmat faptul că starea sănătății se află în legătură cu poziția noastră în cadrul societății. Cei din executiv sunt mai puțin afectați decât cei din managementul de mijloc, iar aceștia suferă mai puțin decât simplii muncitori.

Cu cât pătrundem mai jos în ierarhie cu atât crește numărul problemelor de sănătate. Studiul a măsurat efectele caracteristice ale muncii: puterea de decizie (control), cerințele

slujbei și sprijinul social de la locul de muncă și a descoperit că munca inegală duce la rezultate inegale asupra sănătății.

Aceasta este independentă de ceilalți factori de risc.

Consecințele medicale ale stresului profesional

Când ne simțim amenințați sau când ne confruntăm cu anumite cerințe externe sau stresori, corpul, automat, dă un răspuns fizic și biochimic. Adrenalina și alți hormoni, colesterolul și acizii grași sunt lansați în sange, inima bate mai repede, transpirăm mai mult, mușchii se tensionează și respirăm accelerat și superficial. Stresul întins pe o perioadă mai lungă afectează sănătatea. Stresul cronic duce la o acumulare în artere a colesterolului și grăsimilor, ceea ce reprezintă un risc crescut pentru boli cardiovasculare. Incapacitatea de a ne manifesta frustrarea și furia, neputința de a schimba situația stresantă sau de a o părăsi este un indicator al apariției problemelor cardiace.

Stresul cronic este cel care dăunează cel mai mult sănătății, fiind tipic pentru locurile de muncă în care angajații nu au control asupra diferitelor situații, au cerințe copleșitoare și nu întrevăd nici un semn de ușurare.

Efectele asupra stării fizice includ: tensiune mare, transpirație, dificultăți de respirație, tensiune musculară și tulburări gastrointestinale.

Stresul conduce la boli coronariene, dureri de spate, migrene, dureri de abdominale și o varietate de probleme psihice. Este dificil de precizat în ce măsură stresul influențează sănătatea, dar foarte multe îmbolnăviri sunt legate de stres. Îmbolnăvirile din cauza stresului reprezintă o povară pentru oameni și organizații, costurile fiind mai evidente la nivelul indivizilor decât la nivelul organizațiilor.

Stresul profesional acționează și asupra sistemului imunitar. Sheldon Cohen de Universitatea Carnegie Mellon USA (citat în Burrow, 2000) a arătat că angajații care suferă de stres cronic sunt de la trei până la cinci ori mai predispuși la infecții virale respiratorii decât ceilalți. Același studiu a descoperit că cei care se confruntă doar cu un singur eveniment stresant pe parcursul unui an nu sunt vulnerabili.

Principalele probleme de sănătate identificate ca fiind datorate în mare măsura stresului profesional sunt următoarele: astmul, psoriasis, ulcer gastro-duodenal, tulburări digestive și sindromul colonului iritabil, probleme sexuale, depresii, consum de alcool, de droguri sau abuz de medicamente.

Pe termen lung expunerea prelungită la stres generează o serie de probleme serioase de sănătate cum ar fi: diabetul zaharat, boli cardiovasculare, incidența crescută pentru cancerul mamar la femei; slăbirea sistemului imunitar.

Putem identifica câteva dintre costurile unei organizații legate de consecințele stresului profesional: asigurările de sănătate, pierderea unor zile de lucru și accidentele. Atunci când nivelul stresului este foarte mare și numărul accidentelor este mare. Aceasta se întâmplă din două motive: condițiile de muncă care cauzează stres pot cauza și accidente și cel de-al doilea motiv este acela că atunci când muncim prea mult, când suntem presați de timp sau terorizați de șefi suntem mai vulnerabili la accidente.

Se produc mai multe accidente atunci când angajații lucrează în condiții periculoase, când ei folosesc echipamente sofisticate, când manipulează obiecte grele, când rămân pentru mai mult timp într-o poziție statică sau neconfortabilă, când au sarcini plictisitoare sau care se repetă la nesfârșit și când trebuie să fie permanent vigilenți.

Cercetările (Hellriegel, 1992) au relevat faptul că atunci când angajații se tem de pierderea slujbei, ei au mai multe accidente, se îmbolnăvesc mai des. Statistic, aproape 3-

4% din accidentele industriale sunt cauzate de incapacitatea de a face față problemelor emoționale provocate de stres.

Se estimează că fiecare angajat care suferă de vreo boală cauzată de stres absentează aproximativ 16 zile lucrătoare pe an. Angajatorul va trebui să găsească deci un echilibru între stresul indus salariaților și performanțele organizației.

Conform Federației Mondiale de Sănătate Mentală, "fața întunecată a economiei globale" a determinat o criză în sănătatea mentală. Depresiile și bolile cardiovasculare au devenit o problemă de sănătate majoră. Amândouă sunt generate de stresul profesional. Atunci când ne aflăm în situații stresante și nu putem nici lupta, nici fugi, o reacție comună este să ne reprimăm sentimentele și să continuăm. Astfel, stresul produce efecte comportamentale, biochimice și psihologice.

Efectele asupra psihicului duc la probleme de concentrare, încredere și motivație, ori ne fac să ne simțim frustrați, neajutorați sau furioși. Ca urmare furia, anxietatea, depresia, stima de sine scăzută, intelectul slăbit, problemele de concentrare și de luare a deciziilor, nervozitatea, iritabilitatea, insatisfacția în munca sunt câteva din efectele pe care stresul le răsfrânge asupra stării emoționale a oamenilor. Aceste efecte duc la o deteriorare a sănătății psihice. În cazuri extreme, stresul profesional îi determină pe unii angajați să se sinucidă, mai ales atunci când aceștia sunt terorizați.

Efectele asupra comportamentului includ: performanța în scădere, absentism, creșterea numărului accidentelor, creșterea abuzului de alcool sau medicamente, impulsivitate, crește numărul abandonurilor și de asemenea apar dificultăți în comunicare.

Stresul are impact și asupra vieții personale și sociale. Cu cât suntem mai stresați la serviciu, cu atât impactul este mai mare în viața personală și socială. Stresul profesional produce iritabilitate și furie la nivelul relațiilor personale și perturbă implicarea în viața culturală și socială. Este greu să menții un echilibru între munca și familie pentru că stresul profesional creează un cerc vicios.

A fi afectat de stresul profesional nu este o slăbiciune personală pentru că oamenii au toleranțe diferite față de situațiile stresante. Nivelul de stres pe care cineva îl poate tolera înainte de apariția stresului reprezintă pragul stresului. Unii oameni la cea mai mică schimbare sau urgență

reacționează imediat. Alții sunt calmi, stăpâni pe sine, pe situație deoarece au încredere în capacitatea lor de adaptare. Ei simt un stres foarte mic, acesta devenind mai mare dacă stresul este major sau prelungit.

Prevenirea și terapia stresului în organizații

Puține sunt la ora actuală organizațiile europene care să aibă un program de prevenire a stresului; conducătorii organizațiilor continuă să creadă că activarea unor programe antistres nu face parte din responsabilitățile ce le revin. Ei au în privința stresului aceeași atitudine ca aceea referitoare la poluarea mediului înconjurător, până la apariția mișcărilor ecologiste și a legilor care reglementează protejarea resurselor naturale. Pentru aceștia, sănătatea indivizilor la locul de muncă ține de responsabilitatea individuală și de cea a organelor publice. Exemplul dat de Statele Unite, Canada, Marea Britanie, Suedia arată că:

1. punerea în practică a unor asemenea programe de către organizații duce la reale economii.

2. cele 100.000 de cercetări în domeniul stresului confirmă că anumite modalități de funcționare organizatorică sunt surse de stres pentru salariați, cadre de conducere, tehnicieni și conducători de întreprindere.

XI.3 OBEZITATEA

În secolul 21 se vorbește tot mai des despre obezitate ca despre o epidemie a civilizației moderne. Statisticile internaționale indică, pentru prima dată, că obezitatea face mai multe victime decât fumatul.

Obezitatea reprezintă o problemă cu care copiii se confruntă din ce în ce mai des. În ultima vreme, pe lângă eforturile educaționale ale părinților de a-i învăța pe aceștia cum să mănânce sănătos și să facă mișcare în mod regulat, copiii au început să fie tratați de obezitate ca și adulții. Aceste tratamente includ medicamente ce controlează greutatea, dar și chirurgia de tip bypass gastric.

Ca și adulților, nici copiilor nu le este deloc ușor sau comod să scadă în greutate și astfel mare parte din copiii obezi se transformă în adulți obezi.

Obezitatea este una dintre cele mai grave probleme de sănătate cu care se confruntă umanitatea, în unele dintre țări ea fiind chiar a doua cauză a mortalității.

Conform studiilor recente, în România rata obezității este de 25%, iar 50% dintre români sunt supraponderali.

Obezitatea este o boala cronică ce are la bază numeroși factori, ea însăși reprezentând un factor de risc major pentru sănătate, producând boli de inimă, creșterea presiunii sângelui, diabetul și cancerul. Obezitatea reprezintă a doua cauză de mortalitate după consumul de tutun.

Un element important al strategiei de prevenție a guvernului britanic îl constituie reducerea deceselor prin îmbunătățirea dietei și nutriției

Asistența medicală comunitară

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

Art. 126. – (1) Dispozițiile prezentului titlu reglementează serviciile și activitățile din domeniul asistenței medicale comunitare.

(2) Asistența medicală comunitară cuprinde ansamblul de activități și servicii de sănătate organizate la nivelul comunității pentru soluționarea problemelor medico-sociale ale individului, în vederea menținerii acestuia în propriul mediu de viață și care se acordă în sistem integrat cu serviciile sociale.

Art. 127. – (1) Asistența medicală comunitară presupune un ansamblu integrat de programe și servicii de sănătate centrate pe nevoile individuale ale omului sănătos și bolnav, acordate în sistem integrat cu serviciile sociale.

(2) Programele și serviciile de asistență medicală comunitară se realizează în concordanță cu politicile și strategiile Ministerului Sănătății Publice, Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, Agenției Naționale pentru Protecția Familiei, ale altor instituții ale autorității locale cu responsabilități în domeniu precum și cu cele ale autărităților locale.

CAPITOLUL II

Organizarea și funcționarea asistenței medicale comunitare

Art. 128. – (1) Pentru coordonarea programelor naționale de asistență medicală comunitară se înființează Comisia Interdepartamentală pentru Asistență Medicală Comunitară aflată în subordinea Primului Ministru, numită în continuare Comisie.

(2) Comisia se constituie dintr-un președinte și un număr impar de membri, reprezentanți ai Ministerului Sănătății Publice, Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, Agenției Naționale pentru Protecția Familiei, Ministerului Administrației și Internelor, precum și ai organizațiilor sau asociațiilor autorităților locale.

(3) Atribuțiile, regulamentul de organizare și funcționare precum și componența nominală a Comisiei se stabilesc prin hotărâre a Guvernului.

Art. 129. – (1) Comisia se întrunește în ședințe ordinare de două ori pe an și în ședințe extraordinare ori de câte ori este nevoie.

(2) Comisia primește sinteza rapoartelor anuale privind problemele medico-sociale de la nivelul comunităților.

Art. 130. – Comisia are următoarele atribuții:

a) realizează strategia națională în domeniul asistenței medicale comunitare;

b) întocmește lista de priorități care să răspundă nevoilor identificate la nivelul comunităților;

c) propune ordonatorului de credite necesarul de fonduri pentru desfășurarea activităților din domeniul asistenței medicale comunitare.

Art. 131. – Comisia își realizează atribuțiile prevăzute la art. 130 cu suportul Unității de Management a Programelor de Asistență Medicală Comunitară.

Art. 132. – (1) Pentru realizarea programelor naționale de asistență medicală comunitară se înființează Unitatea de Management a Programelor de Asistență Medicală Comunitară (UMPAMC) în cadrul Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar, numită în continuare UMPAMC.

(2) UMPAMC are drept atribuție principală sprijinul tehnic și metodologic pentru Comisia Interdepartamentală pentru Asistență Medicală Comunitară.

Art. 133. – Pentru realizarea atribuțiilor, UMPAMC poate solicita expertiza și suportul tehnic al specialiștilor din instituțiile aflate în subordinea și/sau coordonarea Ministerului Sănătății Publice, Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, Autorității Naționale de Protecție a Drepturilor Copilului, Ministerului Administrației și Internelor, Ministerului Finanțelor Publice și a altor organe ale autorității centrale cu responsabilități în domeniu.

Art. 134. – Programele naționale de asistență medicală comunitară se derulează prin instituțiile aflate în subordinea și/sau coordonarea Ministerului Sănătății Publice, Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, Ministerului Administrației și Internelor și ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie.

CAPITOLUL III

Beneficiarii, obiectivele și acordarea serviciilor și activităților de asistență medicală comunitară

Art. 135. – (1) Beneficiarul serviciilor și activităților de asistență medicală comunitară este comunitatea dintr-o arie geografică definită, precum: județul, orașul, comuna, satul, după caz, iar în cadrul acesteia în mod deosebit categoriile de persoane vulnerabile.

(2) Categoriile de persoane vulnerabile sunt persoanele care se găsesc în următoarele situații:

- a) nivel economic sub pragul sărăciei;
- b) șomaj;
- c) nivel educațional scăzut;
- d) diferite disabilități, boli cronice;
- e) boli aflate în faze terminale care necesită tratamente paliative;
- f) graviditate;
- g) vârsta a treia;
- h) vârstă sub 5 ani;
- i) fac parte din familii monoparentale.

Art. 136. – (1) Serviciile și activitățile de asistență medicală comunitară sunt derulate de următoarele categorii profesionale:

- a) asistent social;
- b) asistent medical comunitar;
- c) mediator sanitar;
- d) asistent medical comunitar de psihiatrie;
- e) asistent medical de îngrijiri la domiciliu.

(2) Categoriile profesionale prevăzute la alin. (1) lit. b)-d) se încadrează cu contract individual de muncă pe perioadă determinată la unitățile sanitare desemnate, iar cheltuielile de personal se suportă în cadrul programelor naționale de sănătate.

(3) Categoriile profesionale prevăzute la alin. (1) colaborează cu autoritățile locale și cu serviciile de asistență medicală și socială.

(4) Categoriile profesionale care activează în domeniul asistenței medicale comunitare se includ în Clasificarea Ocupațiilor din România (COR).

Art. 137. – Obiectivele generale ale serviciilor și activităților de asistență medicală comunitară sunt:

- a) implicarea comunității în identificarea problemelor medico-sociale ale acesteia;
- b) definirea și caracterizarea problemelor medico-sociale ale comunității;
- c) dezvoltarea programelor de intervenție, privind asistența medicală comunitară, adaptate nevoilor comunității;
- d) monitorizarea și evaluarea serviciilor și activităților de asistență medicală comunitară;
- e) asigurarea eficacității acțiunilor și a eficienței utilizării resurselor.

Art. 138. – Obiectivele generale ale asistenței medicale comunitare sunt:

- a) educarea comunității pentru sănătate;
- b) promovarea sănătății reproducerii și a planificării familiale;
- c) promovarea unor atitudini și comportamente favorabile unui stil de viață sănătos;
- d) educație și acțiuni direcționate pentru asigurarea unui mediu de viață sănătos;
- e) activități de prevenire și profilaxie primară, secundară și terțiară;
- f) activități medicale curative, la domiciliu, complementare asistenței medicale primare, secundare și terțiare;
- g) activități de consiliere medicală și socială;
- h) dezvoltarea serviciilor de îngrijire medicală la domiciliu a gravidei, nou-născutului și mamei, a bolnavului cronic, a bolnavului mintal și a bătrânului;
- i) activități de recuperare medicală.

CAPITOLUL IV Finanțare

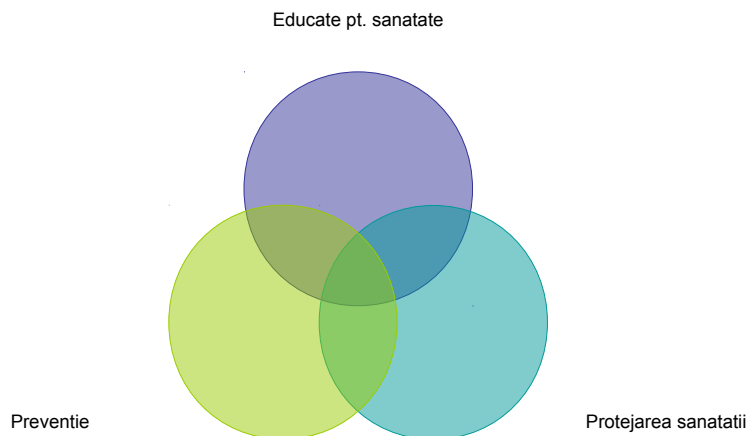
Art. 139. – Finanțarea programelor de asistență comunitară se realizează cu fonduri din bugetul de stat, bugetul autorităților locale precum și din alte surse, inclusiv donații și sponsorizări, în condițiile legii.

CAPITOLUL V Dispoziții finale

Art. 140. – Ministerul Sănătății Publice va elabora, în colaborare cu Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei și Ministerul Administrației și Internelor, norme de aplicare a prezentului titlu, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului titlu.

EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE ȘI PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

Promovarea sănătății este procesul care oferă individului și colectivităților posibilitatea de a-și crește controlul asupra determinantilor sănătății și, prin aceasta, de a-și îmbunătăți starea de sănătate. Reprezintă un concept unificator pentru cei care recunosc nevoia fundamentală de schimbare atât a stilului de viață, cât și a condițiilor de trai. Promovarea sănătății reprezintă o strategie de mediere între individ și mediu, combinând alegerea personală cu responsabilitatea socială și având drept scop asigurarea în viitor a unei mai bune stări de sănătate (WHO-EURO, Health Promotion Glossary, 1989). Promovarea sănătății este un termen care presupune o abordare multidimensională de îmbunătățire a stării de sănătate, care include activități de educație, activități de promovare a unor schimbări comportamentale și de stil de viață, politici și măsuri legislative. Promovarea sănătății este un concept multidisciplinar



Acest model prezintă 3 sfere de activitate distincte dar care, în același timp, se suprapun:

- educația pentru sănătate
- protejarea sănătății
- prevenirea îmbolnăvirilor

Diferitele zone din figura de mai sus au următoarea semnificație:

1. Servicii preventive, ex: imunizări, măsurarea tensiunii arteriale, folosirea gumei de mestecat cu nicotină pentru abandonarea fumatului;
2. Educație în medicina preventivă, ex: informații și sfaturi legate de renunțarea la fumat;
3. Protejarea sănătății prin metode preventive, ex: fluorizarea apei;
4. Educație pentru protejarea stării de sănătate prin metode preventive, ex: lobby pentru adoptarea legii de obligativitate a purtării centurii de siguranță;
5. Educație pentru sănătate pozitivă, ex: dobândirea unor abilități de viață/comportamente sănătoase în rândul tinerilor;
6. Mesaje pozitive pentru protejarea sănătății, ex: politica legată de fumat la locurile de muncă;
7. Educația pentru sănătate orientată pe sănătatea pozitivă, ex: lobby pentru adoptarea unei legi de interzicere a publicității produselor din tutun

Principii care stau la baza promovării sănătății :

1. Promovarea sănătății **implică activ** populația pentru stabilirea unui program de fiecare zi care favorizează sănătatea, în loc de a se orienta preponderent și exclusiv asupra indivizilor la risc, care au legături cu serviciile medicale.
2. Promovarea sănătății este orientată asupra **cauzelor** care produc îmbolnăviri;
3. Promovarea sănătății folosește diferite **abordări** care contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate. Acestea includ informarea și educarea, dezvoltarea comunității, organizarea, pledoaria pentru sănătate și legislația; prin toate acestea, promovarea sănătății este multisectorială și implică mai multe discipline, nu numai sectorul de sănătate, în demersurile sale;
4. Promovarea sănătății depinde în mod special de **participarea** populației;
5. Specialiștii din sănătate, în special cei din **asistența primară de sănătate**, au un rol important în facilitarea acțiunilor de promovare a sănătății .

Termenul folosit în România este, încă, cel de educație sanitară, noțiune consacrată pentru transmiterea unor informații legate în special de deprinderi igienice. Astăzi se încearcă trecerea la un concept mai cuprinzător și anume, **educația pentru sănătate**.

Concept care stă la baza promovării sănătății, educația pentru sănătate are drept scopuri:

- informarea-educarea populației în domeniul medical, pentru a cunoaște manifestările bolilor și prevenirea lor;
- dobândirea unor atitudini și deprinderi care să fie favorabile sănătății;
- implicarea activă a populației în domeniul păstrării sănătății, oamenii putând să ia decizii privind propria stare de sănătate.

Educația pentru sănătate folosește mai multe tipuri de abordări:

- medicală (bazată pe tipul de relație medic-pacient);
- educațională (bazată pe informarea oamenilor, care vor lua singuri decizii privind sănătatea);
- personalizată (individualizată), având drept caracteristică lucrul cu clienții, pentru a-i sprijini să identifice singuri problemele și să ia singuri deciziile necesare;
- care presupune schimbări sociale, în care se urmărește realizarea unor schimbări în mediu pentru a facilita luarea deciziilor cele mai favorabile sănătății, ex. Ajutoare sociale pentru mamele singure, astfel încât acestea să nu fie nevoite să se întoarcă prea devreme la lucru

Metodele folosite în educația pentru sănătate pot fi clasificate în funcție de mai multe criterii:

- după adresabilitate:
 - educație individuală
 - educație în grup
 - educație prin mijloace de comunicare în masă
- după mijloacele folosite:
 - mijloace audio
 - mijloace video:
 - predominarea textului
 - predominarea imaginii
 - mijloace combinate (audio-video)

“Charta de la Ottawa de promovare a sănătății” subliniază în special, necesitatea ca promovarea sănătății să realizeze următoarele:

I. Elaborarea unor politici publice care favorizează sănătatea.

Promovarea sănătății înseamnă mult mai mult decât asistența medicală. Ea pleacă de la ideea că sănătatea este un subiect aflat pe agenda de lucru a factorilor de decizie din toate domeniile, la nivel guvernamental sau instituțional. Promovarea sănătății presupune identificarea obstacolelor în adoptarea unor politici care promovează sănătatea de către sectorul medical, în colaborare cu sectoarele nemedicale.

Presupune, de asemenea, găsirea unor modalități comune de înlăturare a acestor obstacole. Scopul final trebuie să constea în realizarea practică a posibilității ca alegerile, opțiunile favorabile sănătății să fie la îndemâna populației, să fie cel mai ușor accesibile.

II. Crearea unor medii favorabile.

Promovarea sănătății recunoaște că sănătatea indivizilor este legată și de modul în care tratăm natura și mediul înconjurător. Societățile în care mediul este exploatat fără a se face o abordare ecologică, culeg efectele acestei exploatare prin apariția inclusiv a unor probleme de sănătate și sociale. Sănătatea nu poate fi separată de alte scopuri sau obiceiuri din viață. Munca și timpul liber au un impact real asupra sănătății. Promovarea sănătății trebuie, prin urmare, să participe la crearea unor condiții de trai și de muncă cu influență favorabilă asupra stării de sănătate.

III. Întărirea acțiunii comunitare

Promovarea sănătății acționează prin acțiuni comunitare eficiente. În centrul acestui proces se află comunitățile care au o forță proprie și pot controla propriile inițiative și activități. Aceasta înseamnă că specialiștii trebuie să învețe metode noi de lucru cu indivizi și cu comunități, adică să lucreze pentru și cu ei, în loc de a considera comunitatea ca un element pasiv.

IV. Dezvoltarea (îmbunătățirea) abilităților individuale

Promovarea sănătății sprijină dezvoltarea personală și socială prin oferirea de informații, educație pentru sănătate și prin sprijinirea indivizilor să-și dezvolte capacitatea de a lua decizii favorabile sănătății. Prin toate acestea, ea permite oamenilor să aibă un control crescut asupra propriei sănătăți și asupra mediului, le permite să învețe de-a lungul vieții cum să se pregătească pentru diferite situații, cum să facă față bolilor cronice sau accidentelor. Toate acestea trebuie să aibă loc acasă, la școală, la locul de muncă, precum și în cadrul altor comunități.

V. Reorientarea serviciilor medicale

Responsabilitatea promovării sănătății în cadrul serviciilor medicale este împărțită între indivizi, grupuri comunitare, specialiști din sănătate, asistenți sociali, birocrați și guvern. Toți trebuie să lucreze împreună la organizarea unui sistem sanitar care să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate. Rolul sectorului medical trebuie să depășească responsabilitățile curative și să se orienteze și către promovarea sănătății. Dar pentru ca aceasta să se realizeze, este nevoie de recunoașterea faptului că cele mai multe cauze de îmbolnăviri se află în afara influenței sectorului sanitar și este necesară cooperarea cu acele sectoare care pot influența pozitiv aceste cauze.

În cadrul celei de-a 4 a Conferințe Internaționale de Promovare a Sănătății de la Jakarta s-au identificat **prioritățile** în acest domeniu pentru:

1. Promovarea responsabilității sociale pentru sănătate

Factorii de decizie trebuie să respecte cu fermitate responsabilitatea socială. Atât sectorul guvernamental, cât și cel particular, trebuie să promoveze sănătatea prin adoptarea de politici și practici care:

- evită afectarea sănătății indivizilor;
- protejează mediul și asigură folosirea rațională a resurselor;
- restricționează producția și comerțul produselor și bunurilor dăunătoare cum ar fi tutunul și armamentul, ca și practicile nesănătoase de marketing;
- protejează atât cetățeanul din piață, cât și individul de la locul de muncă;
- includ evaluări ale impactului legat de echitatea în sănătate ca o parte integrantă a elaborării de politici.

2. Creșterea investițiilor pentru îmbunătățirea stării de sănătate

În multe țări, investiția care se face în sănătate este inadecvată și frecvent inefficientă. Creșterea investițiilor pentru îmbunătățirea stării de sănătate necesită o abordare într-adevăr multisectorială, inclusiv alocarea suplimentară de resurse pentru educație, locuințe și sectorul de sănătate. O mai mare investiție pentru sănătate și reorientarea serviciilor existente – atât în cadrul, cât și între diferite țări - au potențialul de a favoriza evoluția pozitivă a dezvoltării umane, a sănătății și a calității vieții.

Investițiile în sănătate ar trebui să reflecte nevoile anumitor grupuri cum ar fi: femeile, copiii, persoanele în vârstă, populațiile sărace și marginalizate.

3. Consolidarea și extinderea parteneriatelor pentru sănătate

Promovarea sănătății presupune realizarea unor parteneriate pentru dezvoltarea socială și a sănătății între diferite sectoare la toate nivelele de conducere în societate. Parteneriatele existente trebuie să fie întărite și trebuie explorate posibilități pentru noi parteneriate.

Parteneriatele oferă un beneficiu mutual pentru sănătate prin împărtășirea expertizei, a abilităților și a resurselor. Fiecare parteneriat trebuie să fie transparent și responsabil și să se bazeze pe principii etice stabilite de comun acord, pe înțelegere reciprocă și respect. Ar trebui să se adere la liniile directoare ale Organizației Mondiale a Sănătății.

4. Creșterea capacității comunitare și împuternicirea individului

Promovarea sănătății se face de către și cu oameni și nu despre oameni. Presupune atât îmbunătățirea capacității indivizilor de a pune în practică acțiuni, cât și capacitatea grupurilor, a organizațiilor sau a comunităților de a influența factorii determinanți ai stării de sănătate. Îmbunătățirea capacității comunităților pentru promovarea sănătății presupune educație practică, pregătirea în domeniul conducerii și acces la resurse. Împuternicirea indivizilor presupune accesul mai consistent la procesul de luare a deciziilor, ca și cunoștințele și abilitățile esențiale pentru a produce schimbarea.

5. Asigurarea unei infrastructuri de promovare a sănătății

Trebuie găsite modalități de asigurare a unei infrastructuri de promovare a sănătății, noi mecanisme de finanțare locală, națională și globală. Trebuie găsite motivații pentru a influența acțiunile guvernelor, organizațiilor neguvernamentale, instituțiilor de educație și sectorului particular, pentru a se asigura mobilizarea resurselor la maximum în promovarea sănătății.

Există mai multe modalități de abordare practică a priorităților din promovarea sănătății: cea axată pe probleme/subiecte/boli, cea axată pe factori de risc și cea axată pe grupuri țintă.

Abordarea clasică este cea a realizării unor programe specifice fiecărei probleme/subiect de promovare a sănătății; în fapt, acestea se referă la abordarea unor boli sau obiceiuri dăunătoare sănătății. Astfel, se elaborează programe antifumat, anticancer, antialcool etc.

Fiecare din aceste programe încearcă să influențeze populația prin mass-media și printr-o varietate de medii și sectoare – școala, locul de muncă, mediul sanitar, mediul comunitar și sectorul voluntar.