

eAsistent.ro

Revista oficială a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - filiala Municipiului București



Aprilie 2019

Cuvânt înainte

Revista eAsistent și-a propus să ofere membrilor un spațiu de exprimare, să fie vocea și legătura cu întreaga profesie, cu realitățile lumii medicale.

Prin revista eAsistent vom pune în valoare și vom cultiva o legătură permanentă între profesioniștii din domeniul medical.

În fiecare lună, vă propunem să vă alăturați colectivului de redacție sau grupului nostru de cititori activi.

Aveți o poveste frumoasă pe care vreți să o împărtășiți? Aveți un coleg care a realizat ceva special și vreți să vorbiți despre asta? Sărbătoriți ceva cu totul deosebit la locul de muncă și nu știți nici un jurnalist care să vrea să scrie despre asta? Contactați-ne și vă vom asculta povestea.

Sunteți mândră de profesia pe care o aveți? Ne-ați citit, ați căutat anumite informații și vreți să știți mai multe despre anumite subiecte? Spuneți-ne ce ați dori să găsiți în paginile revistei și vom ține cont de sugestiile dumneavoastră.

Când sunteți alături de noi, ne ajutați să fim mai buni. La fel ca și revista care vă aparține.

Cu drag,

Colectivul de redacție

EDITORIAL

Luna aprilie, sub semnul Zilei Mondiale a Sănătății	4
---	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Îngrijirile de sănătate mintală – o nouă abordare	7
---	---

EVENIMENT

Ziua Internațională de Conștientizare a Autismului	14
Luna aprilie sub semnul Zilei Mondiale a Sănătății	16
Săptămâna Mondială a Imunizării – 24-30 aprilie 2019	19

INTERVIU

Inițierea discuției cu pacientul: interviul centrat pe pacient	21
--	----

ISTORIE

Drumul spre accesul universal la serviciile de sănătate	30
---	----

LUMEA MEDICALĂ

Legătura dintre durere și anxietate...	36
--	----

CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Mucozita orală în transplantul autolog de celule stem pentru tumori solide la copii: comparație între procedurile individuale și în tandem	43
--	----

CĂRȚI MEDICALE

Întrebările femeii	52
Nursing Interventions & Clinical Skills (Intervenții și aptitudini clinice din nursing)	53
Manual de nursing în bolile renale	54

ECHIPA	55
---------------	----



Luna aprilie, sub semnul Zilei Mondiale a Sănătății

Pentru lumea medicală, Ziua Mondială a Sănătății reprezintă cel mai important eveniment al anului. Ca temă a evenimentului de anul acesta, sărbătorit pe 7 aprilie, Organizația Mondială a Sănătății se concentrează pe accesul universal la servicii de sănătate.

Direct legat de acest subiect, în cadrul secțiunii Istorie, ni se oferă o interesantă incursiune în istoria sistemelor de asigurări de sănătate. Aflăm, astfel, că deși s-au înregistrat progrese notabile în ac-

cesul la servicii de sănătate și acoperirea prin programe de sănătate publică în majoritatea țărilor din lume, în ultimele două decenii, cheltuielile familiei pentru servicii de sănătate rămân ridicate în multe țări și aruncă 100 milioane de oameni în sărăcie, în fiecare an. Aproape jumătate din populația lumii nu are acces la servicii esențiale de sănătate. Iar furnizarea acestor servicii către întreaga populație rămâne una dintre cele mai importante provocări de sănătate publică.

Alte evenimente marcante ale lunii aprilie sunt Ziua Internațională de Conștientizare a Autismului, pe 2 aprilie, și Săptămâna Mondială a Imunizării, 24-30 aprilie 2019.

Pentru că există încă aproape 20 de milioane de copii nevaccinați sau vaccinați necorespunzător în lume, astfel de demersuri și campanii de susținere a imunizării sunt esențiale, pentru că imunizarea poate salva milioane de vieți în fiecare an, fiind recunoscută pe scară largă ca una dintre cele mai eficiente și rentabile intervenții de sănătate din lume.

Articolul *Îngrijirile de sănătate mintală – o nouă abordare*, publicat în cadrul secțiunii Educație Medicală, aduce în prim plan o altă intervenție de sănătate publică, de dată relativ recentă, dar în care mulți specialiști își pun deja speranțe importante pentru controlul mai eficace al problemelor de sănătate mintală care afectează din ce în ce mai multe persoane. Lecțiile învățate în timpul situațiilor de criză au dus la apariția unor noi modele de îngrijiri în acest domeniu, modele care pot fi folosite rapid pentru a putea ajuta foarte mulți oameni.

La secțiunea *Lumea Medicală*, regăsim un articol - *Legătura dintre durere și anxietate...* - care prezintă una dintre cele mai recente descoperiri din domeniul biologiei durerii. Într-o lucrare publicată recent în *The British Journal of Anaesthesia*, oamenii de știință au atribuit viața lipsită de durere a unei femei de 71 din Scoția unei mutații a unei gene neidentificată anterior. Aspectul pozitiv vine din speranța ca acesta să devină momentul "zero" care să ducă la dezvoltarea unui tratament extrem de eficient pentru durere.

Această mutație pare să fie și motivul pentru care doamna Cameron nu a manifestat anxietate sau frică pe tot parcursul vieții ei, precum și explicația pentru rapiditatea cu care corpul ei se vindecă.

În secțiunea *Interviu*, vă prezentăm o metodă simplă și eficace de a conduce un interviu medical centrat pe pacient. Sistemele medicale performante, care sunt finanțate în funcție de modul în care le apreciază pacienții, pun mare preț pe pregătirea personalului medical pentru realizarea acestui interviu și, în general, a interacțiunii cu pacienții.

Avem, ca în fiecare număr, și secțiunea *Cărți*, unde vă sunt prezentate cele 3 recomandări editoriale pe care vi le facem pentru luna aceasta: *Întrebările femeii*, de Dimitrie Nanu și Ion Marian Antoniu, *Nursing Interventions & Clinical Skills (Intervenții și aptitudini clinice din nursing)* de Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter și Wendy Ostendorf, și *Manual de nursing în bolile renale*, de Adrian Covic, Simona Hogas și Adina Covic.

Vă dorim să vă bucurați și de acest număr al revistei noastre și vă invităm, ca întotdeauna, să vă alăturați echipei editoriale, trimițându-ne pentru publicare articolele sau rezultatele activității dumneavoastră de cercetare.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR - filiala București

Îngrijirile de sănătate mintală – o nouă abordare

În ultimele 2 decenii, se acordă din ce în ce mai multă atenție suferințelor psiho-mintale ale persoanelor care au trecut printr-o situație de urgență, fie ea dezastru natural sau conflict armat, la fel de multă atenție ca eforturilor de a le asigura celor afectați adăpost și hrană.

Lecțiile învățate în timpul acestor situații de criză au dus la apariția unor noi modele de îngrijiri de sănătate mintală care pot fi folosite pentru a putea ajuta foarte mulți oameni. De exemplu, în anumite regiuni din Indonezia, Sri Lanka sau Filipine aceste modele au fost integrate în sistemele de îngrijiri de sănătate. Aceste modele au început să fie preluate, în ultimul timp, și de către țări din America și Europa, pe măsură ce factorii de decizie conștientizează numărul persoanelor cu probleme de sănătate mintală și deficitul de specialiști care să le trateze.

Una dintre lecțiile importante învățate de specialiștii în situații de urgență care au activat în zonele de conflict este că persoanele din afara profesiei pot fi capabile să contribuie la tratarea acestor probleme de sănătate mintală.

“Obişnuiam să presupunem că oamenii au nevoie de consiliere profesională, din partea specialiștilor din domeniu,” afirmă John Eaton de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, un veteran din domeniul asistenței de urgență în caz de dezastru. Dar se pare că lucrurile nu stau chiar așa.



Sănătatea mintală – înfruntăm provocările împreună!

Rata persoanelor afectate de probleme de sănătate mintală se dublează, de obicei, după o calamitate. Dar sunt puține cazurile în

care, în aceste momente, cei afectați nu pot fi ajutați decât de un psihiatru. Majoritatea dintre cei afectați au fost mai bine după ce au primit un ajutor mai degrabă simplu, pe care l-ar putea oferi oricine, din partea unor persoane din afara profesiei, dar pregătite pentru a acorda acest prim ajutor psihologic, care poate fi predat în câteva ore.

Acest training a devenit recent parte din procedura standard din primele zile după un dezastru. Profesori, preoți, pastori, frizeri sau șoferi de taxi sunt învățați cum să îi identifice pe cei care au o suferință mintală, cum să le ofere un ajutor emoțional adecvat sau cum să evite greșelile comune, precum a îi presa pe cei în suferință să-și amintească evenimentele dureroase.

Această nouă abordare a fost formalizată ca o metodă de a evita tulburarea de stres post-traumatic. În țările occidentale, ea a fost preluată de cei care intervin în situații de urgență. Important de remarcat că varianta care este folosită în cazul refugiaților și al supraviețuitorilor dezastrelor naturale include, de asemenea, modalități de ajutor pentru rezolvarea problemelor practice precum găsirea unui adăpost sigur și stabilirea contactului cu alți locuitori ai comunității afectate. Pentru supraviețuitorii dezastrelor naturale, cauza principală a suferinței psihologice este dată, adesea, de dificultățile practice.

Faptul că problemele vieții de zi cu zi își pun amprenta asupra stării de sănătate mintală devine evident chiar și în țările dezvoltate. Un studiu din 2015 a constatat că medicii de familie din Marea Britanie petrec 20% din timpul consultației pentru probleme care nu sunt medicale, precum stresul cauzat de probleme financiare sau singurătatea. Ca răspuns, Serviciul Național de Sănătate al Marii Britanii a extins folosirea așa numitei “prescrieri sociale”, prin care medicii de familie îi referă pe pacienți către organizații care oferă locuințe, consiliere financiară sau conexiuni sociale prin activități precum cursuri de dans sau grupuri de grădinărit.

Acordarea de ajutor în situații de urgență le-a arătat profesioniștilor din domeniu că persoanele din afara domeniului psihoterapiei pot

fi pregătite pentru a trata depresiile ușoare până la moderate și anxietatea, care afectează circa 15%-20% dintre persoane într-un anumit an.

Peter Ventervogel de la UNHCR, Agenția pentru refugiați a ONU, a afirmat că, atunci când psihiatrii sunt puțini, ei ar trebui să lucreze cu cei care au cea mai mare nevoie de consiliere, și anume persoanele cu tendințe suicidale.

Administrarea de medicamente pare a fi o responsabilitate evidentă pentru care ar trebui pregătiți și cei care sunt pregătiți pentru a acorda consiliere psihologică în caz de dezastre. Și totuși, conform Ms. Giardinelli, medicamentația este ultimul pas la care se recurge în cazul ajutorului în situații de urgență. Oamenii afectați de dezastre se relochează destul de des și imprevizibil, așa încât prioritate trebuie acordată către a îi învăța ceva care îi poate ajuta pe termen lung, de pildă, cât mai multe informații despre noua lor condiție și măsurile care îi pot ajuta să gestioneze simptomele (ca, de exemplu, modul în care pot respira pentru a se calma).

În țările occidentale, formarea completă a unui psihiatru poate dura câțiva ani după absolvirea facultății, așa încât, fiindcă specialiștii implicați în gestionarea situațiilor de urgență ne-au arătat că cei din afara domeniului pot fi pregătiți în câteva săptămâni pentru a acorda consiliere psihologică, acest model s-a extins dincolo de situațiile de urgență.

De exemplu, în Zimbabwe, unde în 2005 erau 5 psihiatri pentru întreaga populație de 13 milioane de oameni, unul dintre cei 5 psihiatri a luat inițiativa de a pregăti femei în vârstă, dintre cele care erau deja implicate într-o formă sau alta de muncă în comunitate, pentru a putea aplica conceptele de baza ale teoriei cognitiv-comportamentale, ca, de exemplu, cum pot fi identificate situațiile sau stimulii care ne provoacă anumite stări de anxietate și ce măsuri pot fi luate pentru a gestiona acele situații. După ce le-a pregătit, el le-a trimis pe aceste femei să stea pe așa numitele “bănci ale prieteniei” din curțile centrelor de sănătate pentru a putea vorbi cu persoane afectate de anxietate sau depresie.

Un studiu făcut în 2014-2015 asupra acestei abordări a arătat că după 6 luni doar 14% dintre persoanele “văzute” de aceste bunicuțe aveau încă simptome de depresie sau anxietate. În 2016, acest model a fost preluat de către Departamentul de Sănătate din New York City. Diferența este că în New York consilierea este oferită de asistenți sociali special pregătiți pentru a ajuta persoane cu probleme mintale sau de dependență, mulți dintre asistenții sociali de acum fiind ei înșiși persoane care au suferit de aceste probleme.

Gary Belkin, responsabilul cu sănătatea mintală din New York City, consideră că îngrijirile de sănătate mintală nu pot fi un domeniu rezervat exclusiv specialiștilor calificați. New York City are planuri și mai ambițioase, acelea de a pregăti circa 250 000 dintre pompierii, ofițerii de poliție, profesorii sau vânzătorii din magazine să depisteze factorii comuni de risc și semnalele de avertizare ale suferințelor mintale și să poată reacționa adecvat. De asemenea, au fost deja pregătiți circa 1200 de lucrători din cadrul organizațiilor care interacționează cu grupurile la risc precum tinerii, oamenii fără adăpost,



femeile abuzate sau imigranții, pentru a face screening pentru factorii de risc și a oferi consiliere.

Idea de a folosi persoane din afara domeniului pentru consiliere psihologică se răspândește și în Europa. Astfel, Italia pregătește moașele pentru a putea prelua parte din consilierea pentru depresia perinatală moderată, care este acum rezervată psihiatrilor.

Anglia este și ea implicată în testarea noului model, așa numitul “talk-therapy”- terapie prin dialog. Aici, aproape jumătate din cei implicați în noul program pentru tratarea depresiei și anxietății se recuperează (important de notat că parte dintre aceștia s-ar fi recuperat oricum).

Există și voci care contestă noua abordare, subliniindu-se că, consilierea pe care o pot oferi aceste persoane din afara domeniului, chiar și pregătite, nu se poate ridica la înălțimea ajutorului profesional din partea specialiștilor. La fel a fost contestat, la început, și modelul care a implicat pregătirea lucrătorilor medicali din comunitate pentru a putea oferi îngrijiri pre-natale, trata malaria sau diagnostică pneumonia. Totuși, pregătirea unui număr suficient de mare de lucrători în comunitate a fost decisivă în reducerea abruptă a numărului de decese în rândul mamelor și copiilor din Etiopia.

În anumite țări în curs de dezvoltare, modelul dezvoltat în cadrul operațiunilor de gestionare a situațiilor de urgență a fost preluat de către sistemele de îngrijiri primare. De exemplu, în Indonezia, în provincia Aceh lovită de tsunami în 2004, nu existau deloc în comunitate asistente de îngrijiri de sănătate mintală. Aceste asistente sunt acum parte din echipele centrelor de sănătate și au o intensă activitate de teren, vizitându-și pacienții acasă, pe motociclete.

La fel s-a întâmplat și în Sri Lanka, Filipine sau Nepal, țări lovite de dezastre naturale, în timp ce în Zimbabwe există acum aproximativ 400 de femei în vârstă care au fost pregătite și au oferit deja sprijin către circa 30 000 de oameni.

Și, dacă nevoia nu este atât de acută în cazul țărilor dezvoltate, este important de știut că, chiar și aici mai puțin de o treime dintre cei

cu suferințe psiho-mintale primesc ajutorul de care au nevoie.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Traducere și adaptare după:

“Mental Health care – Talk is cheap”, articol publicat în The Economist, numărul din 16 martie 2019

Sursa foto 1 https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/MHD_girl_optimistic_EN_web.jpg?ua=1

Sursa foto 2 <https://happiful.com/the-power-of-talking/>



Ziua Internațională de Conștientizare a Autismului

Lista de evenimente semnificative pentru lumea medicală este deschisă de **Ziua Internațională de Conștientizare a Autismului**. Celebrată anual pe **2 aprilie**, ea are scopul de a atrage atenția asupra problemelor cu care se confruntă zi de zi persoanele diagnosticate cu această boală și de a le sprijini, alături de familiile lor, pentru o mai bună integrare în societate.

De ce este important acest lucru? La nivel mondial, unul din 160 de copii are o tulburare de spectru autist, care apare în copilărie și poate continua dincolo de pubertate.

Campaniile dedicate acestui subiect au scopul de a elimina discriminarea și stigmatizarea, dar și de a contribui la integrarea în comunitate a tuturor celor afectați, inclusiv prin acces la servicii de sănătate și educație.

Pentru a atrage atenția asupra subiectului, Administrația Prezidențială sprijină, încă din anul 2015, Campania „Light It Up Blue”. Un astfel de semn de susținere și solidaritate cu persoanele afectate de tulburări de spectru autist a fost și momentul din 2 aprilie 2019, începând cu ora 20:00, când Palatul Cotroceni a fost iluminat în albastru.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

<https://www.un.org/en/events/autismday/index.shtml>

Sursa foto 1 - <https://7dnews.com/news/2019-world-autism-awareness-day-observance-assistive-technologies-active-participation>

<https://www.presidency.ro/ro/presa/sanatate/administratia-prezidentiale-marcheaza-ziua-internationala-de-constientizare-a-autismului1554200541>



Luna aprilie sub semnul Zilei Mondiale a Sănătății

Zia Mondială a Sănătății reprezintă cel mai important eveniment al anului pentru lumea medicală. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) se concentrează pe accesul universal la servicii de sănătate ca temă a evenimentului din acest an, de pe **7 aprilie**, în ziua care marchează fondarea organizației.

O temă deosebit de importantă, dacă ne uităm la cele 10 provocări asupra cărora fiecare dintre noi ar trebui să reflecteze.

1. Cel puțin jumătate din populația lumii nu primește serviciile de sănătate esențiale de care are nevoie, în condițiile în care 100 de milioane de oameni supraviețuiesc cu mai puțin de 1,90 dolari pe zi.

2. Costurile alocate serviciilor de sănătate au împins 100 de milioane de oameni în sărăcie. Și aici vorbim de peste 800 de milioane de persoane care au cheltuit cel puțin 10% din bugetele gospodăriilor lor pentru a plăti pentru asistență medicală în 2017. Aceasta este aproape 12% din populația totală a lumii - adesea cea mai săracă - care este în continuare sărăcită de costurile asistenței medicale.

3. Mai multe persoane au acces la un telefon mobil decât la o toaletă.

Nu toată lumea recunoaște importanța unei sanitații adecvate. Când atât de multe nevoi nu sunt satisfăcute - alimentația, îngrijirea medicală, adăpostul – altele de importanță majoră sunt și ele neacoperite. Toaletele se întâmplă să fie una dintre aceste nevoi esențiale pentru sănătate.

4. Sistemele de sănătate fragile contribuie în fiecare an la decesul a 6,6 milioane de copii din întreaga lume.

5. Peste 800 de femei mor din cauza complicațiilor în timpul sarcinii și nașterii, în fiecare zi.

6. Cheltuielile anuale alocate combaterii malariei sunt mult mai mici decât sumele totale cheltuite de americanii pentru Halloween.

7. Diareea și pneumonia împreună ucid mai mulți copii decât SIDA, malaria și tuberculoza la un loc.

8. Sănătatea globală a devenit o lume a bărbaților. Numai 28% dintre oficialii de la OMS sunt femei.

9. Violența pe criterii de gen rămâne ridicată în întreaga lume. OMS raportează că 35,6% dintre femei au fost supuse violenței fizice sau

sexuale.

10. Predicțiile privind problemele legate de sănătate s-au dovedit a fi destul de greu de făcut.

Important este să realizăm că accesul universal la servicii de sănătate este o țintă care merită urmărită, iar fiecare țară are rolul de a face progrese spre atingerea ei. Fiind o societate globală, trebuie să construim împreună un sistem de sănătate mai echitabil și mai accesibil în întreaga lume. Iar aici fiecare profesionist are un rol de jucat.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

Sursa foto 2 - <https://cmmb.org/did-you-know-ten-facts-about-global-health-on-world-health-day/>

<https://www.who.int/campaigns/world-health-day/world-health-day-2019>



Săptămâna Mondială a Imunizării – 24-30 aprilie 2019

Celebrat în ultima săptămână din luna aprilie, acest eveniment al lumii medicale își propune să promoveze utilizarea vaccinurilor pentru a proteja persoanele de toate vârstele împotriva bolilor.

Pentru că există încă aproape 20 de milioane de copii nevaccinați sau vaccinați necorespunzător în lume, astfel de demersuri și campanii de susținere a imunizării sunt esențiale. Și aceasta pentru că imunizarea poate salva milioane de vieți în fiecare an, fiind recu-

noscută pe scară largă ca una dintre cele mai eficiente și rentabile intervenții de sănătate din lume.

Tema campaniei din acest an este "Protected Together: Vaccines Work!" (Protejați împreună: vaccinurile dau rezultate!), iar campania va celebra eroii vaccinării din întreaga lume - de la părinți și membri ai comunității, la lucrători în domeniul sănătății și inovatori. Sunt acei oameni care ne ajută să ne asigurăm că toți suntem protejați, la toate vârstele, prin puterea vaccinurilor.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

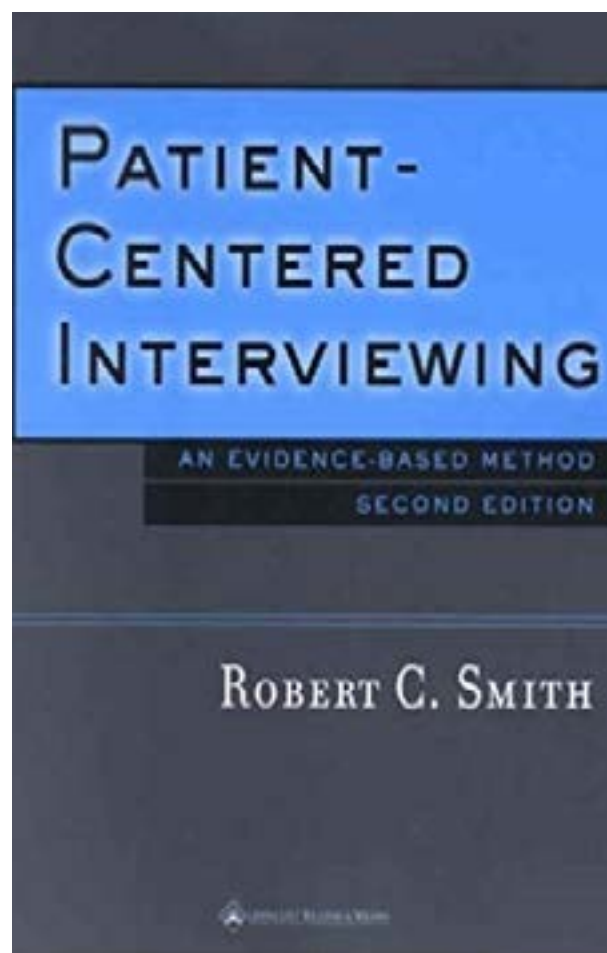
Sursa foto 3- <https://www.who.int/campaigns/world-immunization-week/world-immunization-week-2019>

Inițierea discuției cu pacientul: interviul centrat pe pacient

Cei mai mulți dintre noi, atunci când suntem pacienți, ne dorim ca membrii personalului medical să exceleze nu doar ca specialiști, dar mai ales în ceea ce privește calitățile de comunicatori, să demonstreze răbdare și empatie. Când însă ajungem în situația de a acorda noi înșine timp pacienților, cea mai mare problemă pare să fie tocmai aceasta – nu avem niciodată suficient timp.

Iată de ce sistemele medicale performante, care sunt finanțate în funcție de modul în care le apreciază pacienții, cum este și cel american, pun mare preț pe pregătirea personalului medical pentru realizarea interviului și interacțiunii cu pacienții. Ele dezvoltă scheme de interacțiune și alocă mult timp practicii directe și supravegheate a interviului cu pacientul.

Și aceasta pentru că ei cred că anumiți profesioniști din domeniul medical pot avea calități înnăscute, dar



cei mai mulți dintre ei își dezvoltă abilitățile de intervievare a pacientului doar cu foarte multă practică, în timp.

”Viața nu este despre a avea noroc fără să faci nimic. Construiește totul pas cu pas, fie că este vorba despre prietenie sau despre oportunități.”

Barbara Bush

Modelul inițierii interviului medical descris în acest material este ușor de utilizat și merită atenție pentru că și-a demonstrat eficiența în ultimii 20 de ani.

Folosirea metodei are rolul de a-l transforma pe clinician într-o persoană care este percepută de pacient ca fiind mult mai competentă și mai empatică.

Dacă pașii de urmat sunt aplicați în mod repetat, ei se vor transforma într-o rutină ce va putea constitui cea mai bună bază, în timp, pentru personalizarea interviurilor și îmbunătățirea stilului. Primii cinci pași de la începutul interviului stabilesc relația clinician-pacient și îl încurajează pe pacient să exprime ceea ce este cel mai important pentru el.

Prima dată, trebuie să ne referim la o serie de abilități de pregătire a interviului propriu-zis: stabilirea cadrului (Pasul 1) și stabilirea agendei (inclusiv preocuparea sau tema de discuție principală) interviului (Pasul 2). Acești pași îl pregătesc atât pe medic, cât și pe pacient pentru a exersa abilitățile de intervievare centrate pe pacient care sunt utilizate în etapele 3 și 4.

Modelul în 5 pași al interviului centrat pe pacient

Pasul 1 - stabiliți cadrul interviului (30-60 secunde)

1. Primirea pacientului
2. Să-i spui pacientului pe nume
3. Să te prezinți și să spui care este rolul tău în echipa medicală
4. Să-l asiguri pe pacient de confidențialitatea discuției
5. Să elimini barierele în comunicare (să stai jos)
6. Să asiguri o atmosferă confortabilă pentru pacient

Pasul 2 – aflați principalele îngrijorări ale pacientului și stabiliți agenda discuției (1-2 minute)

7. Indicați cât timp aveți disponibil pentru discuție (de exemplu: „avem aproximativ 20 de minute pentru discuția de astăzi...”)
8. Stabiliți ce ați vrea să se întâmple în timpul interviului (de genul „... trebuie să vedem rezultatele testelor de sânge pe care le-ați făcut ieri”)
9. Obțineți o listă a tuturor lucrurilor pe care pacientul vrea să le discutați: simptome specifice, întrebări, așteptări, neînțelegeri (de exemplu „...dar înainte de a face acest lucru, vă rog să-mi spuneți dacă mai sunt și alte lucruri pe care ați vrea să le punem pe lista de discuții de astăzi”)
10. Concluzionați și finalizați agenda: negociați dacă sunt prea multe subiecte pe agendă (de exemplu: „ați menționat 8 lucruri pe care vreți să le discutăm. În timpul pe care-l avem împreună, nu le putem discuta pe toate. Puteți să-mi spuneți unul sau două lucruri care vă deranjează cel mai mult? Ne vom concentra pe ele și, când ne revedem, vom discuta și despre celelalte”).

Pasul 3 - Începeți interviul mai puțin focalizat pentru a-i permite pacientului să se exprime (30-60 secunde)

11. Începeți prin întrebări deschise ("spuneți-mi despre durerea dumneavoastră de cap")
12. Folosiți ascultarea activă: tăceți, acordați încurajări non-verbale
13. Obțineți date suplimentare din surse non-verbale: indicii non-verbale, caracteristici fizice, mediu.

Pasul 4 - folosiți abilități de concentrare pentru a afla 3 lucruri: istoria simptomelor, contextul personal, contextul emoțional (3-10 minute)

14. Stabiliți istoricul simptomelor folosind abilități de încurajare a dialogului cum ar fi repetiția (repetăți cuvintele pacientului "deci, ați simțit o durere ascuțită"), sumarizarea (mai întâi ați avut febră timp de două zile și apoi a început să vă doară genunchiul și de ieri schiopătați), întrebări suplimentare ("acesta lucru pare interesant, puteți să-mi spuneți mai multe?")
15. Stabiliți contextul personal (contextul psihologic în care au apărut simptomele, convingerile pacientului)
16. Stabiliți contextul emoțional – folosind abilitățile de identificare a emoțiilor: în mod direct ("ce simți despre acest lucru?"), indirect ("cum ți-a afectat schiopătatul viața?"), convingeri despre problemă ("ce crezi că a provocat acest lucru?"), motivație ("ce te-a făcut să vii la mine astăzi?")
17. Răspundeți emoțiilor pacientului într-o manieră empatică: numirea problemei ("spui că această dizabilitate a genunchiului te face să simți furie"), înțelegere ("înțeleg de ce simți acest lucru"), respect ("aceasta a fost o perioadă dificilă pentru tine. Ai demonstrat mult curaj"), sprijin ("vreau să te ajut să depășim această situație și să vedem ce putem face").

18. Extinderea poveștii - continuați să verificați contextul personal și emoțional, folosind o manieră empatică.

Pasul 5 - trecerea către interviul propriu-zis (faza centrată pe clinician) (30-60 secunde)

19. O mică sumarizare

20. Verificați acuratețea

21. Indicați că atât conținutul, cât și stilul întrebării, se vor schimba dacă pacientul este gata („aș vrea să trecem acum la câteva întrebări care să mă ajute să înțeleg mai bine ce se întâmplă”)

Dacă ne uităm la secvența pașilor de mai sus, în funcție de tipul de relație pe care medicul și pacientul o au, de remarcat că vor fi făcute modificări, dacă, de exemplu, medicul îl cunoaște deja pe pacient. Ce trebuie observat este că această etapă are rolul de a stabili sau reafirma identitatea participanților, de a-i face pe ambii participanți la discuție să se simtă bine și de a crea cadrul potrivit interviului. Aceste demersuri de pregătire nu trebuie să dureze mai mult de 30–60 secunde.

Dacă ne referim la întâmpinarea pacientului, nu trebuie să uităm nicio clipă de măsurile de igienă și de siguranța pacientului. De aceea, primul lucru pe care-l face medicul înainte de a întâmpina un nou pacient este să se spele pe mâini. Modul de întâmpinare prin care medicul dă mâna cu pacientul se poate folosi, dar trebuie ca acesta să fie atent la aspectele non-verbale și normele culturale care pot indica situațiile în care pacienții pot să nu fie deschiși spre un astfel de gest. De exemplu, în culturile islamice și printre evreii religioși strângerea mâinilor între persoane de sexe diferite poate fi considerată ca nepotrivită. La fel, când aceasta nu este posibilă din motive medicale, o încurajare printr-o atingere pe mână sau braț poate fi de asemenea benefică relației.

Pentru medic sau asistenta medicală, strângerea de mână poa-

te oferi indicii nonverbale importante despre pacient. De exemplu, o strângere de mână viguroasă indică o persoană sigură pe sine, o mână rece și umedă sugerează anxietate și o strângere de mână foarte slabă este specifică unei persoane foarte bolnave.

Medicul trebuie să țină minte că și pacientul citește, de asemenea, indicii nonverbale. Un medic zâmbitor, cu o conduită prietenoasă, politicoasă și respectuoasă, atent și calm, care realizează contact vizual și-l face pe pacient să simtă că este ascultat, va avea un start bun în relația cu pacientul său. Dimpotrivă, lipsa de atenție, privirea rapidă aruncată spre ceas sau dispozitivul mobil, evitarea contactului vizual, pot fi interpretate negativ de către pacient.

Pentru a folosi corect și cu efecte pozitive numele pacientului, adaptați-vă modul de adresare. Vă recomandăm să utilizați adresarea oficială în salutul dumneavoastră: domnule, domnișoară, doamnă (dacă nu cunoașteți starea civilă a unei femei, folosiți apelativul - doamnă) și numele de familie al pacientului. Dacă va fi cazul, pe parcurs, este mai ușor să treceți de la termeni mai formali la termeni mai puțin formali decât invers. Dacă pacientul are un nume neobișnuit, poate fi necesar să-l întrebați cum se pronunță.

Prezentați-vă și identificați-vă cu rolul specific din echipa medicală. Când vă introduceți, asigurați-vă că folosiți același mod formal de introducere. Ca și în cazul pacienților, utilizați inițial funcția, numele și prenumele. Nu trebuie să spuneți „Bine ați venit domnule Popescu, eu sunt Maria”, ci „Bine ați venit domnule Popescu, eu sunt asistenta medicală Maria Ionescu”.

Atenție, nu folosiți titluri profesionale ca asistentă medicală sau medic, dacă sunteți asistentă medicală în practică sau medic rezident. Se întâmplă frecvent ca rezidenții sau asistenții în practică să se simtă inconfortabil la primele lor interviuri cu pacientul. S-ar putea să vă simțiți ca un impostor sau că nu jucați un rol semnificativ în îngrijirea pacientului. Când simțiți acest lucru, amintiți-vă că fiecare clinician a învățat să facă interviuri cu pacienții prin generozitatea acestora. Pacienții sunt adesea foarte fericiți să ajute un tânăr clinician să învețe atât timp cât vă exprimați politicos,

mulțumiți și puteți înțelege când unii pacienți se simt prea bolnavi pentru a vă susține în acest fel. Ca student, totuși, sunteți un membru important și legitim al echipei medicale, astfel încât să nu vă scuzați sau să vă devalorizați prin modul în care vă exprimați („Sunt doar un rezident, vă mulțumesc pentru că m-am lăsat să vorbesc cu dvs.”). Analele medicinei sunt pline de povești despre contribuțiile rezidenților la îngrijire, conform povestirilor pacienților. Totuși, pentru a respecta autonomia pacientului, supervizorul trebuie să se asigure că pacientul respectiv nu are nicio rezervă să fie intervievat sau îngrijit de un student.

Stabilirea momentului propice pentru interviu este esențială, în special, în spitale și cu pacienți foarte bolnavi. Uneori este necesar să se amâne interviul, de exemplu, până când pacientul a luat cina sau au plecat rudele, sau până când vărsăturile de la chimioterapia recentă s-au diminuat. Durerea severă, greața severă, necesitatea unui medicament și un pat murdar, de exemplu, sunt probleme fizice care trebuie abordate cu prioritate. De asemenea, este important să se monitorizeze situația pacientului pentru probleme de altă natură decât cele fizice, de exemplu, un pacient tocmai a primit un apel telefonic care l-a supărat.

În cazul tuturor pacienților, specialiștii în realizarea interviurilor cu pacienții ne recomandă să analizăm dacă există nevoi stringente care ar putea necesita o scurtă întârziere a interviului, de exemplu, pentru ca acesta să poată folosi baia sau pentru a bea un pahar de apă. Aceste curtoazii nu doar ajută pacientul în mod direct, ci și sporesc acceptarea dumneavoastră de către pacient, care vă vede că sunteți un profesionist grijuliu. Odată pregătiți să începeți, mai există câteva acțiuni care vor îmbunătăți atmosfera în care se desfășoară interviul dacă protejați intimitatea pacientului închizând ușa, sau tragând o perdea în jurul patului acestuia.

Pentru a îndepărta barierele în comunicare în timpul interviului, este posibil să trebuiască să solicitați permisiunea de a opri un aparat de aer condiționat sau un televizor sau să faceți eforturi să vă înțelegeți mai bine, cum ar fi recunoașterea faptului că pacientul aude cel mai

bine cu o anumită ureche sau că trebuie să poată urmări gura intervievatorului pentru a citi pe buze. Strategiile de abordare a problemelor specifice de comunicare sunt și ele prezentate în Capitolul 7 din acest manual. Pacienții apreciază că ați petrecut mai mult timp cu ei dacă sunteți așezat, așa că faceți acest lucru ori de câte ori este posibil. Comunicarea este optimă dacă și clinicianul și pacientul sunt la același nivel. Dacă ambii sunteți așezați pe scaune, orientarea acestora la un unghi de aproximativ 90 de grade este optimă pentru comunicare.

Atenția față de aspectele nonverbale ale comunicării este extrem de importantă. Și amintiți-vă, la finalul discuției, este important să porniți televizorul pe care ați cerut anterior permisiunea de a-l opri pentru a discuta în liniște. Folosirea unui calculator sau tabletă pe parcursul interviului poate fi o barieră potențială pentru relația clinician-pacient. Dacă intenționați să folosiți un computer în timpul interviului, asigurați-vă că acesta este plasat într-o poziție unde puteți introduce date, dar și discuta informațiile respective cu pacientul. Explicați-i pacientului că veți lua niște notițe și întrebați-l dacă acest lucru este în regulă. Introduceți informațiile în fișa medicală sau în computer doar intermitent, și nu înainte de a fi terminat pacientul de vorbit. Când scrieți sau introduceți informații, întrerupeți-vă frecvent și pentru a avea contact vizual cu pacientul. La începutul interviului, vă sugerăm să vă concentrați asupra pacientului și nu asupra computerului.

Asigurați-vă că pacientul se simte confortabil în timpul interviului. Întrebări precum „este acest scaun suficient de confortabil pentru dvs.?” sau „această lumină vă deranjează ochii?” sau „doriți să vă ridic perna pentru a vă sprijini mai bine?” sunt esențiale. Continuați să monitorizați confortul pacientului pe parcursul interviului. Sarcina dumneavoastră este să faceți experiența în timpul interviului cât mai confortabilă pentru pacient. Atenția dumneavoastră la aceste bariere potențiale îl va ajuta pe pacient să vă acorde atenție completă și arată, de asemenea, grija și sensibilitatea dumneavoastră.

Deși, de obicei, acum puteți începe direct interviul, pacientul este

mai dispus să discute dacă ați făcut o mică introducere generală. Această scurtă parte din conversație ar trebui să se concentreze pe pacient, cum ar fi, „sper că ați reușit să vă descurcați cu locul de parcare, având în vedere lucrările de construcții din împrejurimi”. Pe un pacient internat, puteți să-l întrebați dacă condițiile hoteliere sau mâncarea sunt în ordine. Din acest moment s-a stabilit o atmosferă adecvată unei discuții deschise și se poate trece la pasul 2.

Nu înainte de a ne reaminti cele mai importante etape conținute de pasul 1, conform specialiștilor americani în interviuarea pacienților: primirea pacientului, să-i spuneți pacientului pe nume, să vă prezentați și să-i spuneți care este rolul dvs. în echipa medicală, să-l asigurați pe pacient de confidențialitatea discuției, să eliminați barierele în comunicare (să stați jos) și să asigurați o atmosferă confortabilă pentru pacient.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Adaptare și traducere după:

Dr. Robert C Smith, Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method Second Edition, capitolul 3, pp 29-34

Drumul spre accesul universal la serviciile de sănătate

“Accesul universal la serviciile de sănătate face parte dintre drepturile omului”

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General al Organizației Mondiale a Sănătății

Accesul la servicii de sănătate și acoperirea prin programe importante de sănătate publică au crescut în majoritatea țărilor din lume în ultimele două decenii.

S-au înregistrat, de asemenea, și progrese notabile în protecția financiară a celor care accesează serviciile de sănătate.

Și, totuși, în multe țări rămân lacune semnificative în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate, în special pentru segmentele sărace sau marginalizate ale populației.

În ciuda avansurilor făcute în reducerea poverii bolilor transmisibile, incidența malnutriției și a problemelor generate de lipsa de acces la serviciile de sănătate sexuală și a reproducerii și a mortalității



materne rămâne crescută în multe zone din lume.

În același timp, povara bolilor ne-transmisibile precum cancerul, bolile cardio-vasculare, diabetul și a problemelor de sănătate mintală este în creștere. Acestea sunt acum cauza a 63% dintre decesele înregistrate la nivel global, cu 80% dintre aceste decese având loc în țările cu venituri mici și mijlocii.

Cheltuielile familiei pentru servicii de sănătate rămân ridicate în multe țări și aruncă 100 milioane de oameni în sărăcie în fiecare an. Aproape jumătate din populația lumii nu are acces la servicii esențiale de sănătate. Furnizarea acestor servicii către întreaga populație rămâne una dintre cele mai importante provocări de sănătate publică.

Starea de sănătate a unei populații cere ca aceasta să aibă acces la servicii medicale și de spitalizare, precum și la servicii de prevenție și existența un mediu sănătos și a unor politici publice orientate către promovarea sănătății.

Orașele din Grecia antică și din Imperiul Roman numeau medici pentru a oferi gratis îngrijiri de sănătate pentru populația săracă și sclavi. Breslele medicale ofereau servicii medicale gratuite membrilor lor.

În 1883, Germania a introdus asigurările obligatorii de sănătate la nivel național pentru a se asigura că are muncitori sănătoși și recruți sănătoși pentru armată, un cert avantaj față de alte state.

Pe parcursul secolului 20, programele obligatorii de asigurări medicale au fost extinse pentru a acoperi tot mai multe segmente ale populației. În 1911, în Marea Britanie s-a adoptat Legea Asigurării Naționale, care oferea asigurări obligatorii de sănătate muncitorilor și familiilor lor. În 1918, după Revoluția din Octombrie, Uniunea Sovietică a creat un cuprinzător sistem de stat, cu accent pe prevenție și care oferea servicii gratuite în toate părțile țării.

În anii 1920, sistemele naționale de asigurări medicale au fost introduse în multe țări din Europa. Apoi, după Marea Criză din 1930 și speranțele aduse de victoria aliată din Al Doilea Război Mondial, în Marea Britanie, Canada și Statele Unite ale Americii a fost adoptată legislație de sănătate și protecție socială care a extins accesul la servicii de sănătate al populației.

În primul deceniu al secolului 21, aproape fiecare țară din lume și-a propus să asigure starea de sănătate și bine a populației, dar inegalitățile și inechitatea sunt încă destul de răspândite.

De la introducerea asigurărilor obligatorii de sănătate în Germania în 1883, reformele sociale pentru a adresa inegalitățile din sistemul de sănătate s-au axat pe îmbunătățirea accesului la serviciile medicale și de spitalizare.

Din păcate, chiar și în țările cu acces universal la serviciile de sănătate, persoanele cu un status socio-economic scăzut au rate mai mari de morbiditate și mortalitate pentru o paletă largă de boli.

De exemplu, Raportul Douglas Black publicat în Marea Britanie la începutul anilor 1980 a arătat că muncitorii necalificați aveau o rată dublă a mortalității decât cei calificați din sectorul profesional și de business pentru aproape toate categoriile de boli, începând cu mortalitatea infantilă și continuând cu decesele cauzate de cancer. La vremea aceea, raportul a fost perceput drept șocant, deoarece toți britanicii avuseseră acces la serviciile naționale de sănătate de

când fuseseră introduse în 1948, ceea ce le aducea o gamă variată de servicii gratuite încă din momentul prestării lor, relații strânse cu medicii de familie și un acces adecvat la servicii de specialitate.

Aceste concluzii au dus la re-evaluarea factorilor sociali pe care specialiștii îi consideraseră neimportanți asupra stării de sănătate în cazul accesului universal la serviciile de sănătate.

Studii mai recente asupra diferențiatorilor etnici sau socio-economici și impactului lor asupra accesului la servicii de sănătate, morbiditate și mortalitate indică că inegalitățile și inechitatea sunt prezente în toate societățile, inclusiv în Marea Britanie sau alte țări cu acoperire universală a sistemelor de sănătate.

În prezent, toate sistemele de sănătate, inclusiv cele din țările dezvoltate, sunt îngrijorate de escaladarea costurilor, care poate chiar frâna creșterea economică. Multe țări se luptă să acopere costurile în creștere ale tehnologiei medicale și să facă alegeri între diversele nevoi sociale care trebuie finanțate, precum sănătate, educație, ocuparea forței de muncă sau asistența socială.

În acest context s-au dezvoltat noi metode de gestionare a costurilor din sistemele de sănătate. Decontarea în funcție de cazuistică sau pe bază de DRG ("diagnostic-related groups" sau grupele de diagnostic) le aduce spitalelor o sumă fixă pentru fiecare pacient



cu un anumit diagnostic, în loc de decontarea în întregime a tuturor costurilor pentru tratamentul unui anumit pacient. În acest fel, furnizorii de servicii de sănătate au un stimulent să reducă volumul (și deci și costul) unui anumit tratament.

Pentru țările în curs de dezvoltare, furnizarea de servicii de sănătate pentru întreaga populație pare un vis îndepărtat. Resursele limitate și alocarea acestora către facilități bine dotate cu echipamente și tehnologie medicală în marile orașe mai lasă puține fonduri pentru asistența primară din zonele rurale și urbane mai sărace. În ciuda acestui lucru, s-au înregistrat progrese în furnizarea chiar și în aceste zone a unor servicii fundamentale precum imunizarea și îngrijirile pre-natale. Și, totuși, milioane de decese ce ar fi putut fi prevenite au încă loc din cauza lipsei programelor de asistență medicală primară.

Toate țările membre ale Organizației Națiunilor Unite au fost de acord să atingă obiectivul de a oferi acces universal la serviciile de sănătate până în anul 2030, ca parte din Obiectivele de Dezvoltare Durabilă.

În lumina acestora, Forumul Pacienților din Europa (EPF) cere țărilor membre UE să coopereze pentru a ne proteja și îmbunătăți starea de sănătate.

Protecția și îmbunătățirea continuă a stării de sănătate au reprezentat o poveste de succes a Uniunii Europene, iar o cooperare și mai strânsă a statelor membre le va oferi instrumentele și sprijinul necesar pentru ca UE să se îndrepte spre un obiectiv în care toți pacienții cu condiții cronice au acces egal la servicii de sănătate de înaltă calitate și centrate pe pacient.

Surse de documentare:

<https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/compulsory-health-insurance> - Theodore H. Tulchinsky MD, MPH, Elena A. Varavikova MD, MPH, PhD, in The New Public Health (Third Edition), 2014

<https://www.mrmstoploss.com/Install/UnderConstruction.htm>

<https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/strategie-und-politik/internationale-beziehungen/internationale-gesundheitsthemen/UniversalHealthCoverageinEmergencies.html>

https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/mgt_arrangements___docs/UHC2030_Official_documents/UHC2030_vision_paper_WEB2.pdf

sursa foto 1 - [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

sursa foto 2 - http://www.eu-patient.eu/globalassets/campaign-on-access/access_to_healthcare_ii.pdf

Legătura dintre durere și anxietate...

Într-un articol publicat de New York Times, la finalul lunii trecute, am citit povestea unei femei care pare să trăiască un miracol – la 71 de ani, nu a experimentat niciodată durerea sau anxietatea. Pentru oamenii de știință, cazul ei a reprezentat o curiozitate care acum pare să aibă o explicație.

Jo Cameron are o mutație genetică rară, care, potrivit unui nou raport științific, o împiedică să simtă durerea sau anxietatea. Ea reprezintă o speranță pentru cercetătorii care, analizând acest caz, cred că vor putea descoperi elemente care pot ajuta la dezvoltarea unor tratamente mai eficiente pentru durere.

Seria evenimentelor care au suscitât interesul oamenilor de știință față de cazul doamnei Cameron a început acum cinci ani. Trăia o viață fericită, obișnuită, pe malurile lacului Loch Ness din Scoția, împreună cu soțul ei. După o operație la mână, doctorul acesteia a rămas complet nedumerit când a constatat că doamna Cameron nu dorea calmante și nu simțea durerea.

Cum durerea este, întradevăr, necunoscută doamnei Cameron,



aceasta experimentează destul de frecvent situații care se finalizează cu arsuri. Însă cicatricile astfel provocate dispar extrem de repede, un alt element de investigat de către oamenii de știință.

Unul dintre medicii care au tratat-o în spital, Dr. Devjit Srivastava, anestezist la un spital din nordul Scoției și unul dintre cei care au cercetat cazul, își amintește momentul operației când doamna Cameron a refuzat orice fel de anestezic: "vă garantez că nu am nevoie de nimic de acest fel".

Continuarea discuției medicului cu doamna Cameron a demonstrat că era o pacientă cu totul neobișnuită. La 65 de ani, a avut nevoie de o operație de revizie de șold. Pentru că acesta nu-i provocase durere, nu a observat că ceva nu este în ordine până când situația nu s-a agravat. Tăieturi, arsuri, fracturi – niciuna dintre acestea nu-i provoca durere. De fapt, doar mirosul de carne arsă, sau apariția sângelui o făceau în unele cazuri să observe că ceva nu era în ordine.

Dr. Srivastava a referit cazul către University College London's Mo-

lecular Nociception Group, o echipa specializată în cercetări genetice pentru înțelegerea biologiei durerii. Aceștia păreau să aibă niște informații utile pentru cazul ei. De câteva decenii, oamenii de știință au identificat zeci de alte persoane care experimentează durerea în moduri neobișnuite. Dar când dr. James Cox, un experimentat cercetător din acest grup a cercetat profilul ei genetic, a constatat că acesta nu seamănă cu niciun al caz al unor persoane cunoscute că trăiesc fără să simtă durerea.

În cele din urmă, cercetătorii au găsit ceea ce căutau la o genă pe care oamenii de știință o numesc FAAH-OUT. Toți avem această genă. Dar, în cazul doamnei Cameron, pacientul prezintă o schimbare care presupune eliminarea părții frontale a genei. Analizele suplimentare de sânge au confirmat această ipoteză.

Dna Cameron a fost șocată de interesul manifestat de medici pentru cazul ei. Până la conversația cu doctorul Srivastava, durerea nu era ceva căreia să-l dea vreo atenție. Deși suferea adesea arsuri sau tăieturi, rănilor ei rar lăsa cicatrici – alt lucru de care oamenii de știință s-au arătat interesați și pe care l-au considerat a fi legat de mutație.

Deși i se spusese că nașterea este un proces dureros, la momentul în care a născut, n-a deranjat-o nimic - chiar și fără epidurală. „Simțeam că corpul meu se schimbă, dar nu mă durea nimic”, își



reamintește Jo Cameron. Ea a comparat momentul nașterii cu „o gădilătură”. Mai târziu, ea avea să le spună viitoarelor mame: „nu vă faceți griji, nu este așa de rău cum se spune”. Abia peste 40 de ani avea să afle că prietenele ei nu exagerau.

Oamenii de știință cred că au descoperit răspunsul. Într-o lucrare publicată recent în *The British Journal of Anaesthesia*, ei au atribuit viața lipsită de durere a doamnei Cameron unei mutații a unei gene neidentificată anterior. Aspectul pozitiv vine din speranța ca acesta să devină momentul „zero” care să ducă la dezvoltarea unui tratament extrem de eficient pentru durere. Această mutație pare să fie și motivul pentru care doamna Cameron nu a manifestat anxietate sau frică pe tot parcursul vieții ei, și explicația pentru rapiditatea cu care corpul ei se vindecă.

Studiul apare pe fondul unor dezbateri extrem de aprinse cu privire la modul în care să se trateze în mod responsabil durerea, folosind metode mai puțin controversate care să nu genereze adicții. De exemplu, foarte recent, statul New York a depus plângere împotriva familiei Sackler, care deține Purdue Pharma, producătorul opioidului OxyContin.

În cazul doamnei Cameron, aceasta crede că moștenește mutația de la tatăl său. Din nefericire, pentru că a murit înainte de descoperire, nu se știe cu certitudine dacă de la el vine mutația. Mama ei nu o are cu siguranță și nici fiica. În schimb, fiul doamnei Cameron o are parțial, ceea ce-l face insensibil parțial la durere.

Oamenii de știință sunt intrigati, de asemenea, de nivelul extraordinar de scăzut al anxietății doamnei Cameron. Într-un chestionar privind tulburările de anxietate, ea a avut scorul zero din 21. Efectiv nu-și poate aminti să se fi simțit vreodată deprimată sau speriată. Dimpotrivă, spune că a fost un om foarte fericit. Iar acest lucru pare să o fi ajutat-o și la locul de muncă. După ce a predat ani de zile la o școală primară, s-a recalificat pentru a lucra cu persoanele cu dizabilități mintale severe. Comportamentul agresiv al unora dintre acestea nu a deranja-o niciodată, potrivit propriilor mărturii.

Totuși, deși această mutație pare să genereze o situație ideală, ea are totuși aspecte negative. Pe de o parte, este foarte uitucă, predispusă să-și piardă cheile sau șirul gândurilor la mijlocul frazei. Apoi, nu a simțit niciodată „adrenalina” despre care alți oameni vorbesc.

Cercetătorii se concentrează acum să înțeleagă mai bine modul în care funcționează FAAH-OUT, pentru a putea proiecta o terapie genetică sau o altă intervenție de combatere a durerii, pornind de la aceasta. Însă transformarea acestei descoperiri într-un tratament pentru durere sau anxietate va necesita mulți pași, mulți ani și foarte multe milioane de dolari.

Dar nu este complet imposibil. Tot în urma unui astfel de proces au fost descoperite și statinele care au avut la bază identificarea unor familii în care mai mulți membri au suferit atacuri de cord în jur de 20 de ani

Oricum, povestea doamnei Cameron care a demonstrat că aceeași genă este responsabilă și de durerea fizică și de cea psihologică a suscitât multe discuții.

Publicarea articolului despre cazul său în New York Times a generat multe reacții, inclusiv de la persoane care par să-i împărtășească condiția.

Cum poate o mutație genetică să elimine anxietatea? Unul dintre medicii care s-au ocupat de cazul doamnei Careron Dr. Cox crede că nivelul său redus de anxietate este legat de stimularea crescută a receptorilor CB1 (receptorii canabinoizi). Aceștia sunt cunoscuți pentru faptul că ajută corpul să se ocupe de situațiile stresante (ei sunt activați, în special, de THC din cannabis). Studiile au arătat că atunci când receptorii canabinoizi sunt blocați, anxietatea va crește, iar când sunt stimulați, va scădea. Acești receptori afectează și modul în care oamenii experimentează durerea fizică.

Să însemne acest lucru că durerea fizică și durerea psihică sunt procesate la fel?

Dr. T.H. Eric Bui de la Center for Anxiety and Traumatic Strss Disorders and Complicated Grief Program de la Massachusetts General Hospital spune că este mult mai complicat și că sunt necesare o mulțime de studii. Ceea ce știm, spune acesta, este că „regiunile creierului care procesează durerea emoțională și pe cea fizică se suprapun”.

Într-un alt exemplu despre cum se pot interconecta misterios cele două tipuri de durere, s-a observat că acetaminofenul (ingredientul activ în Tylenol) s-a dovedit a scădea durerea emoțională care vine odată cu respingerea.

Așadar, este respingerea similară cu durerea fizică?

Naomi Eisenberger, profesor la Universitatea din California, Los Angeles, departamentul de psihologie, crede că da. Dr. Eisenberger studiază asemănările în ceea ce privește modul în care creierul procesează durerea fizică și „durerea socială” rezultată în urma respingerii.

Ea a descoperit că „acele persoane care sunt mai sensibile la durerea fizică sunt cele mai afectate de respingere”.

Se poate înțelege de aici că oamenii cu un nivel redus de anxietate simt mai puțin durerea?

În general, da, spun unii experți în managementul durerii.

Adam Woo, consultant în managementul durerii și anestezie la King's College din Londra, a lucrat cu mii de pacienți afectați de durere. El a concluzionat că pacienții cu niveluri ridicate de anxietate tind să fie mai sensibili la durere.

De ce par persoanele anxioase să aibă un prag mai scăzut al durerii?

”Unii oameni sunt cu adevărat mai sensibili - ca și când par să se simtă mai intens”, crede Debra Kissen, director executiv la ”Light on Anxiety”, un centru de tratament din Chicago. Ea a observat modul în care anxietatea și durerea fizică se pot potența reciproc. Persoana care se confruntă cu o durere cronică poate începe să

se simtă nerăbdătoare că nu are controlul asupra propriului corp. Aceasta face ca anxietatea să crească concentrarea lor asupra durerii, agravând-o. În acest moment, trebuie tratată oricare dintre ele și vor beneficia ambele.

Pentru ea, cel mai interesant este modul în care fac oamenii diferența dintre cele două și cum reacționează la ele. Cele mai multe persoane, dacă sunt întrebată ce preferă – o durere de gradul opt provocată de lovirea unui deget de la picior sau să se simtă disperate emoțional – vor alege degetul.

Cert este faptul că domeniul durerii reprezintă o zonă de cercetare extrem de bogată.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Traducere și adaptare după:

<https://www.nytimes.com/2019/03/28/health/woman-pain-anxiety.html?smid=tw-nythealth&smtyp=cur> (sursa foto 1)

<https://www.nytimes.com/2019/03/30/health/pain-anxiety-jocameron.html?action=click&module=inline&pgtype=Article>

<http://www.ox.ac.uk/news/2015-04-21-babies-feel-pain-adults> (sursa foto 2)

Mucozita orală în transplantul autolog de celule stem pentru tumori solide la copii: comparație între procedurile individuale și în tandem

Autori:

Oana Otilia Niculiță

Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, București, România
Institutul Clinic Fundeni, Secția Clinică de Pediatrie, București, România

Cristina Georgiana Jercan

Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, București, România
Institutul Clinic Fundeni, Secția Clinică de Pediatrie, București, România

Anca Coliță

Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, București, România
Institutul Clinic Fundeni, Secția Clinică de Pediatrie, București, România

Introducere

Tumorile solide reprezintă 30% din toate cazurile de cancer la copii, exceptând tumorile cerebrale. Managementul tumorilor solide este complex și include: chimioterapie, intervenții chirurgicale, radioterapie și, în cazurile cu risc ridicat, transplant de celule stem (TCS). Mucozita orală (MO) este cea mai frecventă complicație la pacienții copii cărora li s-a efectuat TCS. La persoanele cărora li se face transplant, MO poate avea o evoluție pe termen lung, uneori severă.

Am analizat rezultatele pacienților copii cu tumori solide și tratați cu transplant de celule stem hematopoietice (TCSH) la Institutul Clinic Fundeni, între ianuarie 2002 și octombrie 2018 pentru a evalua durata medie a episodului de MO și a gradului de severitate conform numărului de proceduri efectuate.

Materiale și metode

Am analizat retrospectiv pacienții cu tumori solide și TCSH. Diagnosticul pacienților: neuroblastom (NBL), tumoră cu celule germinale, sarcom Ewing, nefroblastom. Pacienții au fost împărțiți în două grupuri: primul grup cu un singur TCSH și al doilea grup cu mai mult de un singur TCSH.

Criteriile utilizate pentru a evalua severitatea MO au fost, conform OMS: Gradul 1: sensibilitate ± eritem, Gradul 2: eritem, leziuni ulcerate, pacientul poate consuma alimente solide, Gradul 3: leziuni ulcerate cu eritem extins, pacientul nu poate înghiți alimente, Gradul 4: mucozită care nu permite alimentarea.

Toți pacienții au realizat măsuri profilactice de prevenire a MO: curățarea cavității bucale cu soluție de bicarbonat de sodiu, spălarea cavității bucale cu apă de gură pe bază de clorhexidină, spray oral cu Gel X. Toți pacienții au primit profilaxie antibiotică, antivirală și antifungică, nutriție parenterală și tratament suportiv.

Toți părinții au semnat formulare de consimțământ informat. Am

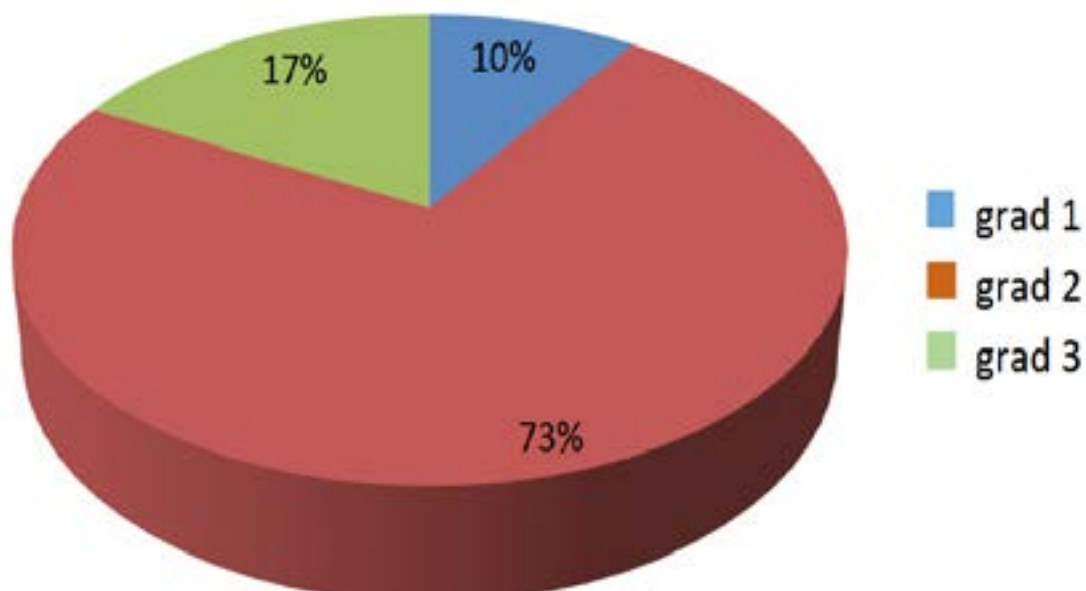
efectuat analiza statistică utilizând testul chi pătrat.

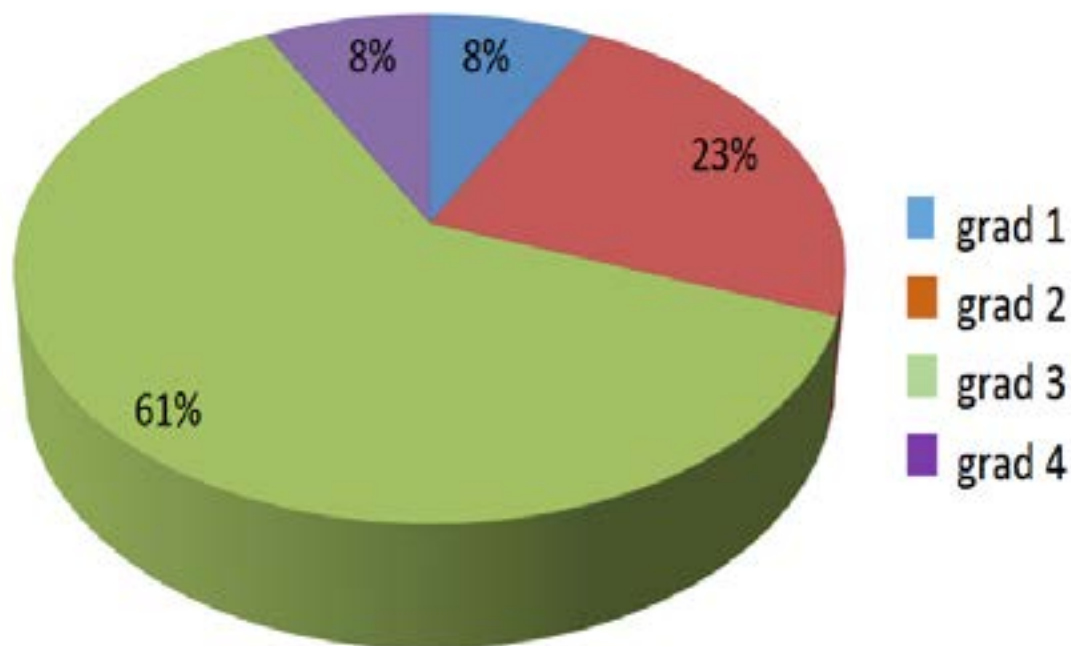
Rezultate

În clinica noastră, în perioada ianuarie 2002 - octombrie 2018, au fost efectuate 67 de proceduri de auto-TCSH la 52 de pacienți: 34 (65,3%) pacienți cu NBL, 9 (17,3%) pacienți cu sarcom Ewing, 6 (11,6%) pacienți cu tumoră cu celule germinale și 3 (5,8%) pacienți cu nefroblastom. Pacienții au fost împărțiți în două grupuri: primul grup cu o singură procedură TCS (79% din pacienți) și al doilea grup cu mai mult decât o singură procedură TCS (21% din pacienți). Pacienții au fost diagnosticați, stadializați și au primit tratament conform protocoalelor internaționale. Distribuția pe sexe a fost de 18 F/34 M. Distribuția pe vârste: 1-4 ani 38% (20 pacienți), 4-10 ani 35% (18 pacienți), > 10 ani 27% (14 pacienți). Distribuția pacienților conform gradului de MO este reprezentată în Figura 1.

Durata medie a MO în primul grup a fost de 6 zile (variație de la 3 la 17 zile), în vreme ce în al doilea grup a fost de 13 zile (variație de la 3 la 21 de zile). Pacienții din primul grup au primit analgezice pe o durată medie de 7 zile, în vreme ce pentru al doilea grup, perioa-

Un singur TCSH





TCSH în tandem

da a fost prelungită la 13 zile. De asemenea, pentru cel de al doilea grup am observat că a crescut perioada de grefare, odată cu perioada de spitalizare și măsurile suportive. Pacienții cu multiple ședințe de chimioterapie și cu multiple spitalizări au prezentat risc crescut de infecție, iar pe durata celui de al doilea set de proceduri au dezvoltat diverse complicații infecțioase. Pacienții din ambele grupuri s-au vindecat total de MO până în momentul externării.

Concluzie

Toți pacienții din studiul nostru au dezvoltat mucozită orală, deși au fost luate măsuri profilactice.

Nu au fost identificate corelații între gradul de severitate al MO și vârsta sau sexul pacientului.

Durata medie a episodului de MO este mai mare la pacienții cu TCS multiple (13 zile versus 6 zile).

Incidența unei MO severe după primul TCSH a fost de 17%, în vreme ce după TCSH în tandem a fost de 69% ($P < 0,0001$).

Referințe

1. Carulli G, Rocco M, Panichi A, et al. Treatment of oral mucositis in hematologic patients undergoing autologous or allogeneic transplantation of peripheral blood stem cells: a prospective, randomized study with a mouthwash containing camelia sinensis leaf extract. Hematol Rep. 2013;5(1):21-5. Published 2013 Apr 4. doi:10.4081/hr.2013.e6
2. The Incidence and Severity of Oral Mucositis among Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation Patients: A Systematic Review Chaudhry, Hafsa M. et al, Biology of Blood and Marrow Transplantation , Volume 22 , Issue 4 , 605 - 616
3. Staudenmaier, T., Cenzer, I., Crispin, A. et al. Support Care Cancer (2018) 26: 1577. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-4000-5>
4. Gabriel, Don & Shea, Thomas & Olajida, Oludamilola & Serody, Jonathan & Comeau, Terrance. (2004). The Effect of Oral Mucositis on Morbidity and Mortality in Bone Marrow Transplant. Seminars in oncology. 30. 76-83. 10.1053/j.seminoncol.2003.11.040.

Contact

motilia24@yahoo.com

Oral mucositis in autologous stem cell transplantation for solid tumors in children: comparison between single and tandem procedures

Authors:

Oana Otilia Niculiță

„Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania
Fundeni Clinical Institute, Pediatric BMT Dept., Bucharest, Romania

Cristina Georgiana Jercan

„Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania
Fundeni Clinical Institute, Pediatric BMT Dept., Bucharest, Romania

Anca Coliță

„Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania
Fundeni Clinical Institute, Pediatric BMT Dept., Bucharest, Romania

Background

Solid tumors represent 30% of all pediatric cancers, excepting brain tumors. The management of solid tumours is complex and includes chemotherapy, surgery, radiotherapy and, in high-risk cases, stem cell transplantation (SCT). Oral mucositis (OM) is the most frequent complication of pediatric patients undergoing SCT. In transplant recipients OM can have long-term evolution, sometimes severe.

We analyzed the results of pediatric patients with solid tumours and HSCT treated in Fundeni Clinical Institute between January 2002 and October 2018 to evaluate the median duration of OM episode and grade of severity according to the numbers of procedures performed.

Materials and methods

We retrospectively analyzed patients with solid tumours and HSCT. Patients diagnosis: neuroblastoma (NBL), germ-cell tumour (GCT), Ewing sarcoma, nefroblastoma. Patients were divided into 2 groups: first group with one HSCT and second group with more than one HSCT.

Criteria used to assess severity of OM were, according to WHO: Grade 1 – soreness $\pm$ erythema, Grade 2 - erythema, ulcers; patient can swallow solid food, Grade 3 - ulcers with extensive erythema; patient cannot swallow food, Grade 4 - mucositis to the extent that alimentation is not possible.

All patients performed prophylactic measurements to prevent OM: mouth cleansing with sodium bicarbonate solution, mouthwash with chlorhexidine, oral spray with Gel X. All patients received antibiotic, antiviral and antifungal prophylaxis, parenteral nutrition and supportive treatment.

All parents signed informed consent forms. We performed the statistical analysis using chi square test.

Results

In our clinic, between January 2002 and October 2018, were performed 67 auto-HSCT procedures to 52 patients: 34 (65.3%) pts with NBL, 9 (17.3%) pts with ES, 6 (11.6%) pts with GCT and 3 (5.8%) pts with neuroblastoma. Patients were divided into 2 groups: first group with a single SCT procedure (79% of pts) and second group with more than one SCT procedure (21% of pts). Patients were diagnosed, staged and received treatment according to international protocols. Sex ratio was 18F/34M. Age distribution: 1-4 y 38% (20 pts), 4-10 y 35% (18 pts), > 10 y 27% (14 pts). Distribution of patients according to grade of OM is represented in Figure 1. The median duration of OM in the first group was 6 days (range 3 to 17 days), while in the second group was 13 days (range 3 to 21 days). For the first group patients received pain medication for an average of 7 days, whereas for the second group the period increased to 13 days. Also, for the second group we noticed the engraftment period increased, along with the hospitalization and supportive measures. Patients with multiple courses of chemotherapy and with multiple hospitalizations presented increased infectious risk and during the second procedures developed various infectious complications. Patients from both groups presented full recovery of oral mucositis by the time they were discharged.

Conclusion

All patients in our study have developed oral mucositis, though prophylaxis measurements have been used. We did not find correlations between the severity of OM and age or sex of patients.

The median duration of OM episode is increased in patients with multiple SCT (13 days versus 6 days) .

The incidence of severe OM after the first HSCT was 17%, whereas after tandem HSCT was 69% ($P < 0.0001$).

References

1. Carulli G, Rocco M, Panichi A, et al. Treatment of oral mucositis in hematologic patients undergoing autologous or allogeneic transplantation of peripheral blood stem cells: a prospective, randomized study with a mouthwash containing camelia sinensis leaf extract. Hematol Rep. 2013;5(1):21-5. Published 2013 Apr 4. doi:10.4081/hr.2013.e6
2. The Incidence and Severity of Oral Mucositis among Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation Patients: A Systematic Review Chaudhry, Hafsa M. et al, Biology of Blood and Marrow Transplantation , Volume 22 , Issue 4 , 605 - 616
3. Staudenmaier, T., Cenzer, I., Crispin, A. et al. Support Care Cancer (2018) 26: 1577. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-4000-5>
4. Gabriel, Don & Shea, Thomas & Olajida, Oludamilola & Serody, Jonathan & Comeau, Terrance. (2004). The Effect of Oral Mucositis on Morbidity and Mortality in Bone Marrow Transplant. Seminars in oncology. 30. 76-83. 10.1053/j.seminoncol.2003.11.040.

Contact

motilia24@yahoo.com

Întrebările femeii

Autori: Dimitrie Nanu, Ion Marian Antoniu,

Editura Medicală, 2018, Ediția: a 2-a, revizuită și adăugită

Întrebările femeii

Dimitrie NANU
Ion Marian ANTONIU



Cartea adresează teme importante pentru orice femeie, indiferent de vârstă. Această a doua ediție a fost actualizată cu o problemă de mare interes precum incontinența urinară sau tratamentul infertilității.

Dintre celelalte subiecte abordate remarcăm tratamentele ginecologice, fibromul uterin, bolile ovarului, afecțiunile sânelor, cancerul genital sau menopauza.

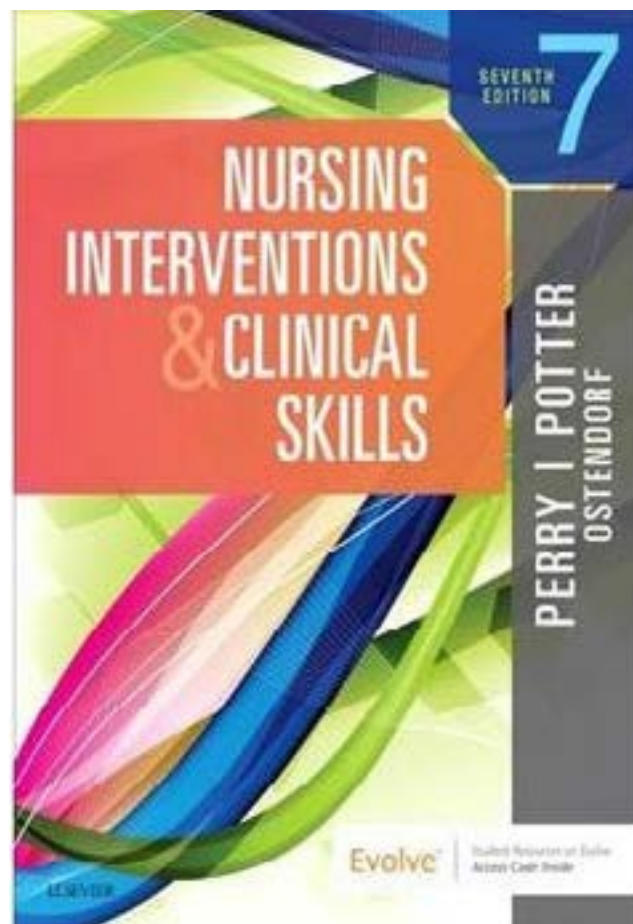
Nursing Interventions & Clinical Skills

(Intervenții și aptitudini clinice din nursing)

Autori: Anne Griffin Perry & Patricia A. Potter & Wendy Ostendorf,
Editura Mosby, 2019

Lucrarea își propune prezentarea concisă și practică a mai mult de 160 de intervenții și aptitudini clinice necesare în nursing-ul de zi cu zi.

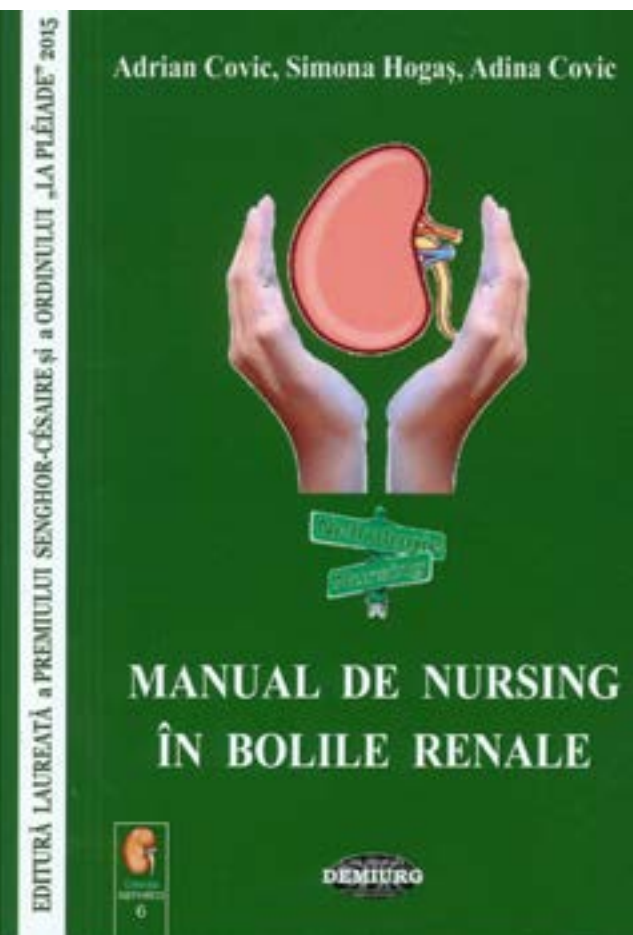
Este acoperită întreaga plajă de intervenții și aptitudini clinice, de la cele simple, precum măsurarea temperaturii, până la cele mai complexe, precum inserția unui dispozitiv intravenos periferic. Abordarea este axată pe conceptele medicinei bazată pe dovezi pentru îmbunătățirea siguranței pacientului și a rezultatelor actului medical.



Manual de nursing în bolile renale

Autor(i): Adrian Covic, Simona Hogas, Adina Covic,

Editura: Demiurg, 2015



Un ghid deosebit de util pentru asistenții medicali din domeniul nefrologiei.

Temele principale adresate de lucrare sunt anatomia și fiziologia rinichilor, managementul pacientului cu insuficiență renală acută, cu boală renală cronică și cu hemodializă sau transplant renal.

Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:

secretariat@oammrbuc.ro

sau contacta direct la sediul OAMGMAMR filiala Municipiului București din strada Avrig nr. 12, sector 2, București.