

eAsistent.ro

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



August 2020

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

Colaborarea, cel mai bun antidot 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Strategii de susținere a adolescenților și tinerilor cu autism în perioada pandemiei COVID-19 7

EVENIMENT

Ziua mondială a tinerilor – 12 august, un prilej să discutăm despre redeschiderea școlilor 13

INTERVIU

Disonanța cognitivă și tehnica interviului motivațional 21

ISTORIE

Repere istorice – rădăcinile profesiei de asistent medical în Germania 28

LUMEA MEDICALĂ

Piese din puzzle-ul COVID-19 35

CĂRȚI MEDICALE

Caregiver's Handbook (Manualul îngrijitorului) 43

Motivational Interviewing in Health Care (Interviul motivațional în sănătate) 44

FIGHT BACK: Beat the Coronavirus (Contra-atacați – să învingem coronavirusul!) 45

ECHIPA EDITORIALĂ 46

Sursă foto copertă: Getty Images



Colaborarea, cel mai bun antidot

Chiar de la începutul pandemiei COVID -19, oamenii de știință din diverse domenii și țări au colaborat într-o manieră fără precedent. Aceasta s-a văzut, de exemplu, în modul în care au fost dezvoltate testele diagnostic sau în eforturile depuse la nivel mondial pentru a evalua în ce măsură anumite medicamente deja existente puteau fi folosite pentru tratarea pacienților COVID-19.

Cu toate acestea, tratamentele cu adevărat eficiente sunt încă așteptate,

iar capacitățile de testare pentru diagnosticare la nivel mondial sunt încă insuficiente pentru ca pandemia să fie ținută sub control, cu adevărat. În plus, rămân mult prea multe întrebări referitoare la motivul pentru care virusul produce evoluții atât de catastrofale în anumite cazuri, dar îi afectează aproape nesemnificativ pe alți bolnavi.

Totuși, este foarte încurajator să aflăm că cercetătorii au reușit să dezvolte filtre de aer care pot distruge SARS-CoV-2, o inovație care poate limita transmiterea virusului în spațiile închise. În plus, cele mai remarcabile sunt progresele în dezvoltarea unui vaccin eficace și sigur, câteva dintre vaccinurile aflate acum în plin proces de verificare parcurgând etapa testelor clinice cu rezultate încurajatoare.

Dincolo de ajutorul pe care-l poate da știința în această confruntare cu o situație epidemică fără precedent pentru generațiile noastre, doar înțelegerea corectă a situației ne poate ajuta să colaborăm, fiecare dintre noi, pentru stoparea sau limitarea efectelor pandemiei.

Este un demers pe care noi îl facem, prin revista e-asistent.ro, care continuă să prezinte teme de actualitate legate de subiectul fierbințe al perioadei. Astfel, în secțiunea *"Eveniment"* vă propunem ca, de Ziua mondială a tinerilor – 12 august, să discutăm despre redeschiderea școlilor în actualele condiții.

Secțiunea *"Educație medicală"* prezintă o serie de strategii de susținere a adolescenților și tinerilor cu autism în perioada pandemiei COVID-19, extrem de utile îngrijitorilor acestora.

De asemenea, veți putea citi în numărul de luna aceasta, în secțiunea *"Lumea medicală"*, și articolul *"Piese din puzzle-ul COVID-19"*. El aduce în discuție trei elemente: originile SARS-CoV-2, dovezile neconcludente și contradictorii privitoare la terapia cu nicotină contra coronavirusului și tema investițiilor în vaccinuri.

În afara subiectelor fierbinți ale perioadei, vă invităm să găsiți în secțiunea *"Interviu"* un articol captivant despre tehnica interviului motivational și disonanța cognitivă ce poate apărea în situația pacienților cu adicții. Interviuul motivational este o intervenție concepută pentru

situațiile în care un pacient trebuie să facă o schimbare de comportament, dar nu este sigur de acest lucru, uneori, sau este destul de ostil ideii. El se bazează pe principiul că primul pas al oricărui consult este, de fapt, crearea unui dialog. Apoi folosește strategii speciale pentru a concentra acest dialog pe schimbarea comportamentului și pentru a se asigura că pacientul este ajutat să considere schimbarea ca o opțiune posibilă.

Tot din categoria subiectelor devenite tradiție, vă propunem ca în secțiunea "*Istorie*" să parcurgeți câteva repere istorice care ne vorbesc despre rădăcinile profesiei de asistent medical în Germania.

Nu pot să nu remarc și recomandările editoriale ale lunii august: **Caregiver's Handbook (Manualul îngrijitorului)**, Coordonatori: Editorii Harvard Health Publishing, în consultare cu Dr. Suzanne Salamon, Director al programelor clinice al diviziei de gerontologie al Beth Israel Deaconess Medical Center și Profesor Asociat la Harvard Medical School, Editura Harvard Health Publishing, **Motivational Interviewing in Health Care (Interviul motivațional în sănătate)**, Autori: Stephen Rollnick, William R. Miller, and Christopher C. Butler, Guilford și **FIGHT BACK: Beat the Coronavirus (Contra-atacați – să învingem coronavirusul!)**, Autori: Chauncey W. Crandall MD, Charlotte Libov, Editura Humanix Books, 2020.

Împreună cu echipa editorială, vă dorim lectură frumoasă și vă așteptăm să ne scrieți și să vă alăturați echipei noastre de autori.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București

Strategii de susținere a adolescenților și tinerilor cu autism în perioada pandemiei COVID-19

Toate vocile specialiștilor spun că va trebui să trăim cu noul coronavirus mulți ani de aici înainte și că este puțin probabil ca el să fie eliminat pentru totdeauna chiar și de un vaccin.

Pentru că cei mai mulți politicieni au cerut de la experți un termen, aceștia nu au putut da un răspuns clar și încurajator: "Lucrurile nu se vor rezolva până de Crăciun...umanitatea va trebui să trăiască cu acest virus timp de decenii, chiar și după ce vom avea un vaccin" – este predicția directorului Wellcome Trust, Prof. Sir Jeremy Farrar, realizată în fața Comisiei de Sănătate din Camera Comunelor a Parlamentului Britanic.

Soluția, în opinia acestor specialiști, este prevenirea unui al doilea val. De aceea, menținerea prudenței și a regulilor de prevenire la nivelul populației reprezintă răspunsul. În plus, investițiile în creșterea capacității de testare, ca și în tratamente și vaccin, sunt esențiale.

Tot ce se întâmplă are, desigur, efect asupra fiecăruia dintre noi.

Pandemia COVID-19 a fost descrisă drept „războiul generației noastre



Cum arată impactul pandemiei COVID-19 asupra adolescenților cu TSA și a familiilor lor?

tre”. Milioane de familii duc războiul cu COVID-19 prin numeroasele provocări ale distanțării fizice, schimbarea regulilor referitoare la activitatea școlară și ale celor legate de muncă, prin insecuritatea financiară și imposibilitatea de a-i vedea pe cei dragi. Iar toate acestea sunt agravate de incertitudinea referitoare la cât va dura acest lucru.

Aceste provocări sunt probabil cu atât mai mari pentru persoanele cu tulburări de spectru autist (TSA). Caracteristicile TSA includ abilități sociale și de comunicare deficitare, comportamente repetitive și insistență asupra identității, ce poate face foarte dificil de înțeles distanțarea fizică, exprimarea suferinței și adaptarea la noile rutine.

Distanțarea fizică a creat noi provocări pentru familiile care acum îngrijesc acasă adolescenți cu TSA. Unii adolescenți cu TSA primesc servicii de asistență, inclusiv educație specială, terapie comportamentală, terapie ocupațională, servicii de logopedie și asistență individuală prin școală. Practic, furnizarea acestor servicii este o provo-

care majoră, mai ales că mulți adolescenți cu TSA au deja dificultăți sociale și de comunicare, limitând utilitatea videochatului.

Prin urmare, părinții acestor copii și tineri ar trebui să joace, în această perioadă, simultan rolul de părinte, profesor de educație specială și ajutor individual, oferind, în același timp, îngrijire altor copii și jonglând și cu responsabilitățile de la locul de muncă. De asemenea, în această perioadă de frică și incertitudine pot crește comportamentele agresive și auto-vătămătoare.

Apoi mai sunt tinerii adulți cu TSA care trăiesc în case de tip familial

Aceștia au fost afectați, în primul rând, de restricțiile de distanțare fizică care au impus limitarea vizitelor din partea familiei. Apoi, acum nu li se mai permite să se angajeze în activitățile lor normale din programele de zi și de la locurile de muncă. Din cauza acestor restricții, rezidenții acestor așezăminte pot lua contact doar cu persoanele cu care locuiesc, iar interacțiunile sociale sunt limitate la activități ad hoc cu alți rezidenți și membri ai personalului, adesea în cadrul casei de tip familial. În al treilea rând, ei pot simți dezamăgire din cauza lipsei unor evenimente foarte așteptate, cum ar fi ieșirile și vacanțele în familie, situație care poate fi amplificată de o persoană cu o înțelegere limitată a ce înseamnă pandemia, cum poate fi cazul celor cu dizabilități intelectuale. Multe persoane cu TSA pot chiar considera aceste restricții ca fiind punitive, crescând riscul de anxietate, depresie sau izbucniri comportamentale.

În aceste condiții, cum se poate lucra cu adolescenții sau tinerii cu TSA în perioada aceasta

Primul pas este **împărtășirea de informații corecte** cu aceștia. Deoarece confuzia poate alimenta frica și anxietatea, este important ca adolescenții și adulții tineri cu TSA să fie educați despre ce înseamnă COVID-19 și distanțarea fizică. Expunerea la informații legate de COVID-19 prin intermediul mass-media poate fi copleșitoare și interpretată greșit. Limbajul folosit la discutarea COVID-19 ar trebui să fie unul clar, direct și adaptat capacității cognitive a persoanei. Multe

persoane au, de asemenea, percepții greșite și temeri catastrofale despre COVID-19, de aceea poate fi util să fie întrebate direct: „Ce știți despre COVID-19?” și „Ce vă preocupă cel mai mult legat de COVID-19?” Permiteți-i adolescentului sau adultului tânăr cu TSA să vă ghideze în legătură cu cât de mult sau cât de puțin ar dori să știe și când ar dori să vorbească despre asta.

Mențineți rutinele pe care le puteți păstra. Rutinele sunt foarte importante pentru persoanele cu TSA. În timp ce multe dintre rutinele noastre s-au schimbat dramatic, există unele pe care le putem păstra, cum ar fi masa, ora de culcare și altele (de exemplu, „o sun mereu pe bunica duminică”).

Creați noi rutine. Înlocuiți activitățile care nu mai sunt posibile cu noi rutine, pentru a ajuta la crearea unui nou normal. Când este posibil, aceste rutine ar trebui să includă relaționare socială, distracții și exerciții fizice (cum ar fi petrecerile de dans de familie, după cină).

Exersați abilități vechi de gestionare a situațiilor și învățați-i altele noi. Acesta este momentul pentru a vă aminti și a aminti adolescentului sau tânărului adult ce abilități l-au ajutat să gestioneze situații provocatoare în trecut. Ele pot include ascultarea de muzică familială, instrumente vizuale de consolidare a comunicării, implicarea în hobby-uri sau conversația cu prietenii și familia.

Creșteți intensitatea comunicării. Este firesc ca părinții și copiii să își facă griji reciproce, în special atunci când contactul în persoană este limitat, așa cum este cazul copiilor care locuiesc în casele de tip familial, departe de familie. Comunicarea deschisă și frecventă între personalul casei și membrii familiei despre politicile și practicile de optimizare a controlului infecțiilor, precum și despre modul în care se descurcă rezidenții pot ajuta la ameliorarea acestor griji.

Planificați ceva pe care-l așteptați cu nerăbdare. Deoarece multe evenimente de familie, inclusiv vacanțe, au fost anulate, poate fi util să planificați evenimente speciale acasă. Acestea nu numai că vor construi ceva pozitiv pe care toată familia să-l aștepte cu nerăbdare,

dar pot servi, de asemenea, ca un memento puternic al faptului că și acest lucru va trece.

În cazul în care copilul sau tânărul cu TSA manifestă agresivitate sau tendințe de auto-mutilare, trebuie **apelat de urgență la serviciile medicale necesare**.

Dacă adolescenții cu TSA sunt bine susținuți și conectați social în această perioadă dificilă, ea poate servi drept catalizator pentru dezvoltarea lor personală, mai degrabă decât un moment de regresie și pierdere a abilităților. Dacă părinții sau îngrijitorii manifestă înțelegere și sunt un model bun pentru ei, perioada îi poate ajuta pe tinerii cu TSA să învețe să tolereze incertitudinea, să accepte ceea ce nu este sub controlul lor și să-și construiască noi resurse, precum cele de reziliență, care sunt lucruri pe care le pot controla.

Iar această lecție poate fi utilă și pentru adulții care-i îngrijesc, ca și pentru noi toți. COVID 19 este o situație cu care va trebui să învățăm să conviețuim pentru că nu va dispărea, chiar și dacă apare un vaccin. Discuțiile din lumea cercetării medicale indică faptul că și în condițiile în care dezvoltarea vaccinului se finalizează cu succes, este puțin probabil ca el să aibă efecte de durată, motiv pentru care vaccinarea va trebui să fie ciclică, cu perioade de revenire a îmbolnăvirilor, urmate de alte campanii de vaccinare.

Mirela Mustață, Redactor executiv e-Asistent.ro

Surse de documentare

<https://www.health.harvard.edu/blog/strategies-to-support-teens-and-young-adults-with-autism-spectrum-disorder-during-covid-19-2020042419619>

Sursa foto: <https://www.health.harvard.edu/blog/how-can-you-support-your-teenager-with-autism-spectrum-disorder-if-they-are-depressed-2020042319587>

https://www.bbc.com/news/uk-53488142?xtor=AL-72-%5Bpartner%5D-%5Bbbc.news.twitter%5D-%5Bheadline%5D-%5Bnews%5D-%5Bbizdev%5D-%5Bisapi%5D&at_custom2=twitter&at_custom1=%5Bpost+type%5D&at_campaign=64&at_custom4=64BE1824-CB57-11EA-B269-06A84744363C&at_medium=custom7&at_custom3=%40bbchealth

Ziua mondială a tinerilor – 12 august, un prilej să discutăm despre redeschiderea școlilor

Începând din anul 1999, 12 august este ziua mondială a tinerilor. Ea vrea să recunoască importanța contribuției tinerilor la viața socială, economică și politică și în gestionarea unor provocări globale precum pandemia de COVID 19 și schimbările climatice.

Dacă e să ne referim numai la modul în care COVID 19 afectează toate segmentele populației, inclusiv tinerii, vedem nu doar că aceștia pot juca un rol cheie în gestionarea pandemiei, dar și că sunt puternic influențați de ea.

Un astfel de exemplu de impact asupra lor este re-deschiderea școlilor. Peste tot în lume, presiunea și argumentele în favoarea readucerii copiilor și tinerilor în sălile de clasă sunt puternice, dar ele se justifică doar acolo unde infecțiile sunt ținute sub control la nivelul comunității.

Iar cifrele referitoare la acest lucru pentru țări precum SUA sau România nu arată deloc încurajator. Sunt situații în care nicio țară din lume nu a trimis copiii înapoi la școală, mai ales în condițiile în care



Un lucrător dezinfectând o sală de clasă în Grecia. Sursa foto: www.nytimes.com

cercetarea cu privire la transmiterea în sălile de clasă este limitată.

Acum, când Organizația Mondială a Sănătății a confirmat ipoteza că virusul este transmis pe calea aerului în spațiile interioare, aglomerate și cu ventilație slabă, este clar că nicio școală care prezintă condiții de acest fel nu poate fi deschisă fără riscuri. Cu toate acestea, în SUA, de exemplu, există un puternic curent de opinie în favoarea deschiderii școlilor din partea părinților, pediatrilor, specialiștilor în dezvoltarea copilului și chiar a președintelui țării.

Conform datelor concludente din acest moment, copiii sunt mult mai puțin susceptibili să se îmbolnăvească grav de coronavirus decât adulții. Există însă alte întrebări importante fără răspuns, inclusiv cât de des se infectează copiii și ce rol joacă în transmiterea virusului. Unele cercetări sugerează că copiii mai mici sunt mai puțin susceptibili să infecteze alte persoane decât adolescenții, ceea ce ar face deschiderea școlilor elementare mai puțin riscantă decât liceele, dar dovezile nu sunt concludente.

Experiența unor țări care și-au deschis școlile a arătat că măsuri precum distanțarea fizică și purtarea măștilor pot ajuta. Dar o variabilă importantă este cât de răspândit este virusul în comunitatea respectivă, deoarece asta va afecta cât de mulți oameni îl pot aduce în acea școală.

Care sunt riscurile?

Pe de o parte, deși copiii prezintă un risc mult mai mic de a se îmbolnăvi grav de coronavirus decât adulții, riscul nu este chiar zero. Un număr mic de copii au murit, iar alții au avut nevoie de terapie intensivă, din motive de insuficiență respiratorie sau sindrom inflamator care a cauzat probleme cardiace sau circulatorii.

Însă cea mai serioasă preocupare legată de redeschiderea școlilor vine din riscul ca acei copii infectați, mulți fără simptome, să răspândească virusul către alte persoane, inclusiv către membri ai familiei, profesori și alți angajați ai școlii. Cele mai multe dovezi de până în prezent sugerează că, chiar dacă copiii sub 12 ani sunt infectați în același ritm ca adulții din jurul lor, este mai puțin probabil să îl răspândească. Academia Americană de Pediatrie a citat o parte din aceste date pentru a recomanda redeschiderea școlilor, cu măsuri de siguranță adecvate.

În SUA, specialiștii în boli infecțioase au modelat impactul școlilor asupra răspândirii comunitare a virusului încă din luna februarie. În martie, majoritatea au ajuns la concluzia că închiderea școlilor va încetini evoluția infecțiilor. Dar măsurile mai extinse, cum ar fi distanțarea fizică, s-au dovedit mult mai eficiente, potrivit analizelor recente.

Riscul redeschiderii școlilor va depinde, așadar, de „cât de bine controlează școlile transmisia, cu măști, de exemplu, sau prin limitarea gradului de ocupare a clasei”, crede Lauren Ancel Meyers, profesor de biologie și statistică la Universitatea din Texas, Austin, care a fost consultant pentru mai multe școli și autorități coordonatoare ale aces-



O echipă de studenți la nursing într-o demonstrație pentru copiii din ciclul primar, realizată în luna martie, la Ethel Phillips Elementary School din Sacramento, USA, despre modul corect de spălare a mâinilor. (Sursa foto: www.nytimes.com)

tora. „Rata de transmisie comunitară din august va fi, de asemenea, un factor important.”

În Austin, de exemplu, care, precum orașele din Florida și Arizona, a înregistrat o accelerare recentă a numărului de cazuri noi, rata estimată a infecției este de aproximativ șapte la 1.000 de locuitori. Un calcul simplu ne arată că o școală cu 500 de elevi ar avea aproximativ patru care transmit coronavirusul. „Școala ar putea să poată controla transmiterea, în funcție de măsurile luate”, a spus dr. Meyers.

În cazul în care eșuează, școlile ar putea ajuta la incubarea focarelor, dat fiind că sunt facilitați în care studenții, în special cei mai tineri, pot avea dificultăți mari de distanțare fizică, sau să poarte corect măști. Chiar dacă se dovedește că copiii nu răspândesc extensiv virusul, unul sau doi elevi pot iniția lanțuri noi de transmitere.

Ce arată exemplul altor țări?

Până în prezent, țările care au redeschis școlile după ce a scăzut nivelul de transmitere și au impus cerințe precum distanțarea fizică și spațierea în clasă, precum Norvegia și Danemarca, nu au înregistrat o creștere a numărului de cazuri de coronavirus.

Ambele și-au redeschis școlile în aprilie, aproximativ la o lună după ce fuseseră închise. Inițial au deschis școala doar pentru copiii mai mici, ținând liceele închise până mai târziu. Ca măsuri suplimentare, au întărit procedurile de igienizare și au scăzut numărul de copii din clasă și spațiul dintre bănci. Niciuna dintre cele două țări nu a înregistrat o creștere semnificativă a cazurilor.

Deși nu există încă studii riguroase științifice despre riscurile epidemice reprezentate de școli, există câteva elemente de luat în calcul.

Un exemplu provine dintr-un studiu realizat în Irlanda pe șase persoane infectate (doi elevi de liceu, un elev din clasele primare și trei adulți) care au petrecut timp în cadrul școlii înainte ca aceasta să fie închisă, în martie. Cercetătorii au analizat 1.155 de contacte ale celor șase pacienți pentru a vedea dacă au fost confirmate infecții cu coronavirus. Contactele au inclus participanții la activitățile școlare care ar fi putut reprezenta un teren fertil pentru transmitere, precum lecții de muzică pe instrumente din lemn, practica la cor și sport. Se pare că niciunul dintre studenți nu a infectat alte persoane, singura transmisie documentată a virusului fiind către alți doi adulți din afara școlii care au fost în contact cu unul dintre adulții infectați în școală.

Însă au existat focare în școli, în țările cu un nivel mai mare de infecție comunitară și în țări care au ridicat restricțiile prea curând. În Israel, potrivit unui raport al cercetătorilor Universității din Washington, virusul a infectat peste 200 de studenți și personal școlar după ce școlile s-au redeschis la începutul lunii mai și au ridicat limitările cu privire la numărul de elevi din clasă câteva săptămâni mai târziu.

Alte studii de caz din diferite țări arată diferențe în transmiterea virusului la copiii mai mici, comparativ cu copiii mai mari.

Într-o comunitate din nordul Franței, Crépy-en-Valois, doi profesori de liceu s-au îmbolnăvit de Covid-19 la începutul lunii februarie, înainte de închiderea școlilor. Oamenii de știință de la Institutul Pasteur au testat ulterior studenții și personalul școlii pentru anticorpii coronavirus. Aceștia au găsit anticorpi la 38% dintre studenți, 43 % dintre cadrele didactice și 59 % dintre ceilalți angajați ai școlii, demonstrând faptul că virusul a circulat în școală. Ulterior, aceeași echipă a testat elevii și personalul din șase școli primare din comunitate, pentru a vedea dacă copiii mai mici s-au infectat și ei la momentul în care virusul a lovit elevii de liceu. Cercetătorii au găsit anticorpi la doar 9 % dintre elevii de școală primară, la 7 % dintre cadrele didactice și 4 % din restul personalului. Ei au identificat trei elevi din trei școli primare diferite, care au participat la cursuri cu simptome acute de coronavirus înainte de închiderea școlilor, dar niciunul nu pare să fi infectat alți copii, profesori sau personal. Doi dintre acei elevi simptomatici aveau frați în liceu, iar al treilea avea o soră care lucra la liceu. Concluziile acestora au fost că elevii de liceu pot transmite virusul mai ușor decât copiii mai mici.

Există diferite teorii despre motivul pentru care se întâmplă acest lucru. Unii oameni de știință spun că elevii mai mici au mai puține șanse să aibă simptome Covid-19 precum tuse și mai puțin probabil să aibă voci puternice care să permită transmiterea virusului prin picături. Alți cercetători examinează dacă proteinele care permit virusului să intre și să se reproducă sunt mai puțin abundente la copii, limitând severitatea infecției în cazul lor și capacitatea de a transmite virusul.

Ce pot face școlile?

Testarea pentru identificarea persoanelor infectate din școli sunt esențiale, spun specialiștii în sănătate publică. Centrul pentru Controlul și Prevenirea Bolilor din SUA recomandă testarea studenților sau a profesorilor pe baza simptomelor sau a istoricului expunerii. Dar aceasta nu-i va identifica pe toți cei infectați.

Țările care au redeschis școlile au pus la punct o serie de proceduri pentru a controla situația.

Unele țări au redeschis inițial școala doar pentru parte dintre elevi - copiii mai mici din Danemarca, Norvegia, Belgia, Elveția și Grecia; copiii mai mari din Germania, potrivit raportului cercetătorilor de la Universitatea Washington. Belgia a readus elevii la școală în schimburi, în zile alternative.

Mai multe țări au limitat numărul de elevi dintr-o clasă, la maxim 10-15 studenți. Alte țări plasează copiii în grupuri cu interacțiune socială restrânsă doar în interiorul acestora, în special în pauze.

În Asia, unde practica purtării măștilor în sezonul gripei este frecvență, multe țări au impus purtarea măștilor și în școală. În alte țări sunt obligatorii măștile doar pentru unii elevi sau pentru personal, cum ar fi profesorii din Belgia și elevii de liceu din Franța.

În Germania, studenții care au rezultate negative la testul COVID-19 nu trebuie să poarte măști. Însă, de la deschiderea școlilor, Germania a înregistrat o transmitere crescută a virusului printre elevi, dar nu și la personalul școlilor.

În SUA, planul de redeschidere a școlilor la care lucrează specialiștii în sănătate publică și educație cuprinde și recomandări cu privire la screening-ul simptomelor și purtarea măștilor și o listă de verificare pentru părinți sau tutori pe baza căreia să decidă dacă își trimit sau nu copiii la școală în fiecare zi.

Școlile vor trebui să se asigure că aerul care va circula în spațiile școlii este curat, fie prin filtrarea lui, pomparea acestuia din exterior, fie prin simpla deschidere a ferestrelor. În plus, asistentele școlare sau medicii din școli, acolo unde există, vor avea nevoie de echipament de protecție precum mănuși, halate și măști N95.

După cum afirmă din ce în ce mai multe voci ale specialiștilor în dezvoltarea copilului, menținerea școlilor închise pentru o perioadă prelungită are implicații îngrijorătoare pentru dezvoltarea socială și academică a copiilor. Pe termen lung, aceasta poate duce la adâncirea

inegalităților sociale și economice. Iată de ce pregătirea adecvată a școlilor pentru redeschiderea în siguranță este esențială. Iar pentru aceasta se pot folosi experiențele și lecțiile învățate ale țărilor care au făcut deja acest pas.

Mirela Mustață, Redactor executiv e-Asistent.ro

Surse de documentare:

<https://www.nytimes.com/2020/07/11/health/coronavirus-schools-reopen.html?smtyp=cur>

<https://www.un.org/en/events/youthday/>

Disonanța cognitivă și tehnica interviului motivațional

În momentul în care luăm orice decizie sau ne formăm o opinie – de exemplu, „eu cred că este serioasă situația legată de COVID-19”; sau “nu, sunt sigur că este o farsă” - începem să justificăm rațiunea alegerii noastre și să găsim motive pentru a respinge alternativa.

Disonanța cognitivă, definită de Leon Festinger în anii '50, descrie disconfortul pe care oamenii îl simt atunci când două opinii, sau o opinie și un comportament, se contrazic. De exemplu, a fuma este disonant cu acceptarea faptului că “Fumatul mă poate ucide”.

Pentru a reduce această disonanță, fumătorul trebuie fie să renunțe, fie să justifice fumatul (de exemplu, poate găsi o justificare de genul „Mă păstrează subțire, iar faptul că sunt supraponderal este un risc mai mare pentru sănătate, știți”).

Practic, teoria lui Festinger prezintă modul în care oamenii încearcă să dea sens ideilor contradictorii și să trăiască astfel încât, cel puțin în propriile lor minți, să fie coerenți și raționali.

Disonanța devine și mai dureroasă atunci când dovezile pe care le



avem se lovesc de valorile noastre, de modul în care ne vedem pe noi înșine - când ne amenință, de exemplu, credința că suntem amabili, etici, competenți sau deștepți.

De exemplu, atunci când oamenii simt o legătură puternică cu un partid politic, un lider, o ideologie sau o credință, este mai probabil că vor accepta ca respectiva credință să gândească în locul lor și vor denatura sau ignora orice dovadă că ideologia sau credința lor are lipsuri.

Cum avem tendința să procedăm când avem de-a face cu disonanța cognitivă?

Pentru a obține o imagine clară despre ce este disonanța cognitivă, ajută să înțelegem, în primul rând, ce se întâmplă atunci când aceasta apare. Corrine Leikam, doctor în psihologie și director asociat la Sober College, un program de dependență și consiliere din Los Angeles, spune că reacția noastră instinctivă este să încercăm să rezolvăm conflictul și să readucem stabilitatea în viața noastră. Cel mai adesea, aceasta se întâmplă fără să ne gândim.

În alte situații, puteți încerca să găsiți justificări gândirii sau comporta-

mentului incongruent, astfel încât să pară mai consecvent cu credințele voastre. „Pentru a rezolva conflictul, este posibil să vă schimbați comportamentul sau chiar să vă schimbați atitudinea, pentru a fi mai flexibili”, spune dr. Leikam. Cu alte cuvinte, veți raționaliza ceea ce ați făcut pentru a vă convinge că acel comportament nu a fost atât de diferit de convingerile dvs. obișnuite.

În cazul în care țineți o dietă, de exemplu, vă justificați faptul că mâncați o gogoasă, spunându-vă că nu trebuie, de fapt, să fiți atât de strict cu dieta sau că aceasta este doar o parte din planul dumneavoastră de slăbit. Veți face sport mai târziu, așa că un mic exces acum este în regulă.

Așadar, disonanța cognitivă poate apărea adesea în situația pacienților cu adicții. Ce facem atunci?

Un instrument pe care-l putem avea la îndemână este interviul motivațional. Acesta este o intervenție concepută pentru situațiile în care un pacient trebuie să facă o schimbare de comportament, dar nu este sigur de acest lucru, uneori, sau este destul de ostil ideii.

El se bazează pe principiul că primul pas al oricărui consult este, de fapt, crearea unui dialog. Apoi folosește strategii speciale pentru a concentra acest dialog pe schimbarea comportamentului și pentru a se asigura că pacientul este ajutat să considere schimbarea ca o opțiune posibilă.

La începuturi, interviul motivațional a fost folosit în tratamentul persoanelor cu probleme de alcool. Abordarea tradițională, până la acel moment, era de a confrunta persoana în cauză cu problema băuturii, credința fiind că, dacă nu recunoștea că are o problemă, nu se va schimba niciodată. Dar abordarea nu dădea rezultate. Persoanele astfel confruntate negau că ar avea o problemă. Lucru care nu ar trebui să fie o surpriză. Nu este ușor pentru nimeni să fie numit „un alcoolic care și-a stricat viața”. Mulți dintre pacienții abordați astfel, fie preferau să nu asculte, fie replicau că e o eroare („Nu beau mai mult decât X ... „). Desigur, era tentant pentru cei care ofereau con-

siliere să învinovățească pacientul și să afirme că „nu are voință” și „nu are motivație”.

Prima lucrare despre interviul motivațional, scrisă în 1983 de Bill Miller, un psiholog din New Mexico, a abordat această problemă bazat pe practica sa clinică. El a reflectat asupra propriei sale practici clinice și a venit cu un punct de vedere alternativ. Spre deosebire de opinia prevalentă, el a sugerat că, în loc de a vedea negarea pacienților ca o problemă de voință sau lipsă de motivație în a rezolva problema, ar putea fi mai util ca acest rezultat să fie văzut ca o slăbiciune a metodei de consiliere. Bill Miller a continuat să sugereze o serie de modalități prin care un consilier ar putea încerca să evite o confruntare, iar acest lucru a pus bazele interviului motivațional.

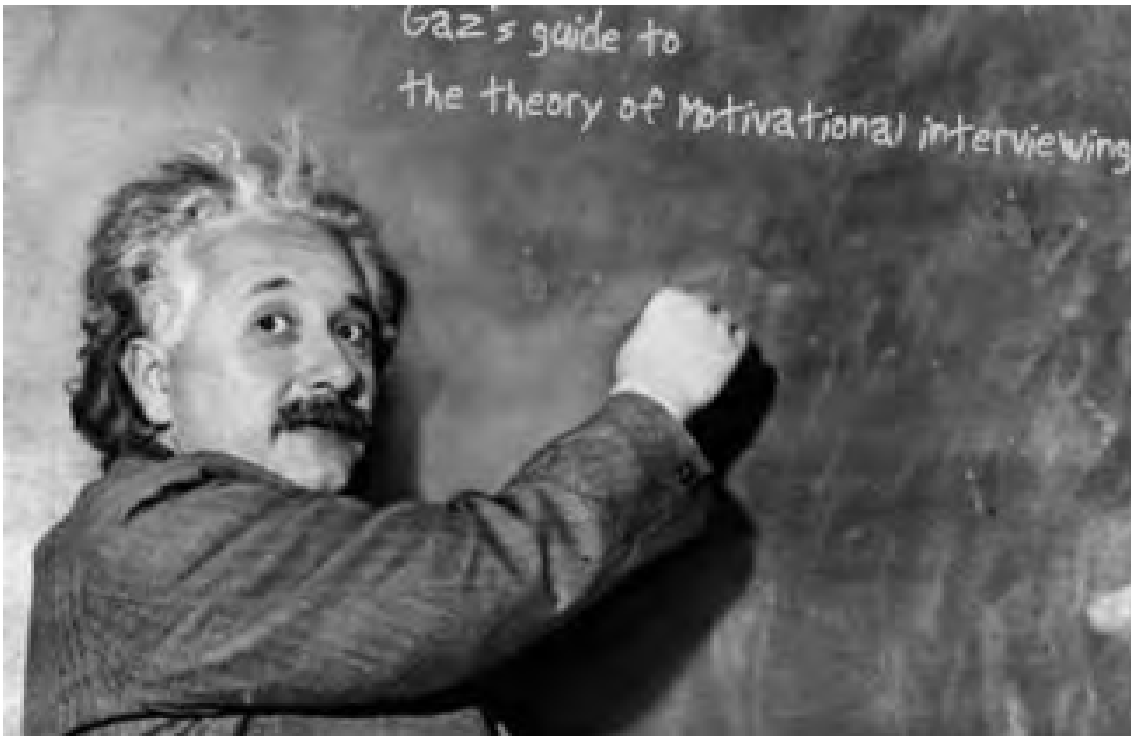
Aceste idei au ajuns în atenția lui Stephen Rollnick, un psiholog clinician originar din Africa de Sud, care lucra în managementul adicțiilor în Marea Britanie. El a văzut relevanța acestei abordări pentru schimbările în sănătate, în special aderența. Ei au ajuns să colaboreze la prima carte despre interviul motivațional și, de atunci, la multe alte publicații.

O definiție uzuală a interviului motivațional este: „Un stil de consiliere non-directiv, centrat pe pacient, care provoacă schimbarea comportamentului, ajutând pacienții să exploreze și să rezolve ambivalența.” (Rollnick și Miller, 1995).

Tehnica interviului motivational are la bază șase principii:

1. **Nu spune oamenilor ce să facă, chiar dacă ai dreptate, pentru că, de obicei, nu funcționează.** Practic, dacă oamenii nu simt că ei pot face alegerea, vor simți o nevoie puternică de a face exact ce li s-a spus să nu facă - pentru a dovedi că au încă liber arbitru.

2. **Ascultă!** Dacă nu puteți asculta și nu puteți dialoga cu pacientul, acesta nu-și va schimba niciodată comportamentul. Această parte a interviului motivațional își are rădăcinile în consilierea centrată pe pacient, propusă de Carl Rogers în 1951. El a susținut că schimbarea poate fi facilitată doar de un terapeut care adoptă un stil non-direc-



tiv, care este empatic, autentic în încercările sale de a înțelege, cald în răspunsurile lui, dar mai ales care știe bine să asculte.

3. Faceți în așa fel încât pacientul să vă spună chiar el că trebuie să se schimbe. Dacă ajunge să spună el acest lucru, efectul este mult mai puternic. Acest lucru a fost investigat științific de Daryl Bem în 1966. Ideea este însă mult mai veche. În 1670, matematicianul și filozoful francez Blaise Pascal remarcă faptul că oamenii sunt mult mai bine convinși de motivele pe care le gândesc singuri, decât de cele gândite de alții.

4. Disonanța cognitivă, citată de Bill Miller în prima sa lucrare. Practic, dacă li se evidențiază contrastul dintre cele două alegeri, oamenii simt o dorință puternică de a rezolva conflictul. Cu ajutorul medicului sau consilierului, ei pot alege să se schimbe.

5. Oamenii trebuie să se simtă încrezători, înainte de a încerca să se schimbe. Chiar dacă cineva este convins de nevoia de a se schimba, dacă nu se simte încrezător că o poate face, este puțin probabil să încerce. Mai rău, se pot simți deprimăți când își dau seama de neputința lor. Interviuul motivațional urmărește exact să mențină

moralului pacientului ridicat.

6. Ambivalența este normală. Este firesc ca ființele umane să nu fie sigure de ceea ce trebuie să facă, mai ales dacă alegerea este grea sau presupune o schimbare dificilă.

Deși este greu, nu este imposibil să ne răzgândim, să facem schimbări. Provocarea este să găsim o modalitate de a trăi o vreme cu incertitudinea, de a lua cele mai informate decizii pe care le putem lua și de a le modifica atunci când dovezile științifice spun altceva – exact așa cum fac cercetătorii. A admite că ai greșit necesită o oarecare auto-analiză - ceea ce implică să trăim cu disonanța cognitivă o perioadă, fără să sărim imediat la auto-justificare.

Înțelegerea modului în care funcționează disonanța dezvăluie câteva lecții practice pentru depășirea acesteia, începând cu examinarea celor două cogniții disonante și păstrarea lor ca elemente separate. Numim aceasta „soluția Shimon Peres”.

Peres, fostul prim ministru al Israelului, a fost supărat de o dezastruoasă vizită oficială a prietenului său Ronald Reagan la un cimitir din Bitburg, Germania, unde fuseseră înmormântați membri ai SS Waffen. Când a fost întrebat cum se simte în legătură cu decizia lui Reagan de a merge acolo, Peres ar fi putut reduce disonanța într-unul din cele două moduri cele mai comune: fie să renunțe la prietenia cu Reagan, fie să minimizeze gravitatea acțiunii prietenului. El însă nu a făcut-o, ci a răspuns: „Când un prieten face o greșeală”, a spus el, „prietenul rămâne prieten, iar greșeala rămâne o greșeală.”

Mesajul lui Peres transmite cât este de important să trăim cu disonanța, să evităm răspunsurile ușoare și să ne întrebăm: *De ce cred acest lucru? De ce mă comport în acest fel? M-am gândit bine la acest lucru sau pur și simplu scap rapid, negând sau găsind justificări?* Doar astfel putem face schimbările care contează în fiecare domeniu al vieții noastre, dar mai ales în ceea ce privește comportamentele sănătoase.

Mirela Mustață, Redactor executiv e-Asistent.ro

Surse de documentare:

<https://medium.com/the-atlantic/the-role-of-cognitive-dissonance-in-the-pandemic-f9ae6bfa9672> (sursa foto 1)

https://www.drugsandalcohol.ie/17873/1/Motivational_Interviewing_brief_guide.pdf (sursa foto 2)

<https://www.everydayhealth.com/neurology/cognitive-dissonance/real-life-examples-how-we-react/>

Repere istorice – rădăcinile profesiei de asistent medical în Germania

Nursing-ul modern își are originile în Marea Britanie și Germania, în secolul al 19-lea. El se va răspândi apoi la nivel mondial, până la începutul secolului al 20-lea. În acea perioadă, asistentele medicale au reprezentat, în Europa de vest, un grup profesional al cărui drum a fost strâns legat de congregațiile catolică și protestantă.

Unul dintre momentele cheie al dezvoltării profesiei de nursing în Germania și Europa, în general, a fost fondarea, în 1936, de către Theodor Fliedner și soția lui, Friederike Münster, protestanți, a unei așa-zise “case a diaconeselor”.

Precum ordinele caritabile ale congregațiilor catolice, aceste case erau bazate pe un principiu de schimb simplu: diaconesele erau pregătite în mod riguros pentru a oferi îngrijiri și obțineau siguranța unui venit după încetarea activității. La rândul lor, diaconesele erau dispuse să-și dedice viața serviciilor de caritate oferite de casele respective. Ele erau trimise să lucreze în spitale și parohii, având și un rol de “misionare” locale în parohiile mai sărace. Această abordare

reflectă, într-o anumită măsură, concepția conform căreia sărăcia și boala proveneau, în principal, din lipsa credinței.

Pentru acest motiv, “diaconesele” trebuiau să se îngrijească nu numai de binele fizic al pacienților, ci și de cel spiritual, conducându-i spre salvarea sufletului. În anumite situații, ele puteau fi destul de vehemente în încercările de evanghelizare a pacienților. Spre sfârșitul secolului al 19-lea, aceste practici au început să fie numite “bombardamente spirituale” și criticate, iar în secolul al 20-lea, această evanghelizare la capul patului bolnavilor și-a pierdut treptat sensul, importanța și frecvența.

Important de reținut este că diaconesele credeau că îngrijirile fizice și cele spirituale erau legate inextricabil. Această uniune a fost centrală pentru înțelegerea rolului propriu ca asistente medicale și a influențat istoria nursing-ului din Germania până în a doua jumătate a secolului al 20-lea.

Încă de la început, casa diaconeselor din Kaiserwerth a fost mai mult decât un proiect german, deoarece Fliedner a făcut, înainte de fondarea ei, ce au făcut și alți protagoniști ai sistemului creștin de îngrijiri caritabile din secolul al 19-lea – el a plecat într-un “tur social”, o călătorie prin Olanda și Anglia, nu doar pentru a strânge fonduri, dar și pentru a studia structura serviciilor caritabile oferite de diverse organizații creștine. Intrigat, el a observat în țările vizitate că, foarte des, femeile, mâinate de credința lor creștină, se angajau în cauze sociale. Fliedner voia să construiască ceva similar în Prusia. Un alt model l-a reprezentat ordinul “Catholic Sisters of Mercy” – inițial un ordin francez care fusese fondat în secolul al 17-lea.

Fondarea casei diaconeselor din Kaiserwerth a fost deci un proces transnațional în timpul căruia Fliedner a reaplicat abordări văzute în țările europene vizitate. În schimb, Kaiserwerth s-a dezvoltat, în timp, într-o destinație internațională pentru protagoniști ai sistemului creștin de îngrijiri caritabile, care au venit din multe țări și care au influențat, dar și răspândit în alte țări ideile și conceptele casei din Kaiserwerth. Până în 1890, erau peste 5000 de diaconese în Europa

protestantă, în principal în Germania, Scandinavia și Anglia.

Concepția creștină a bolii ca eveniment atât fizic, cât și spiritual, le-a conferit diaconeselor-asistente o poziție foarte puternică în cadrul sistemului de îngrijiri de sănătate.

Medicii și asistentele medicale erau considerați profesii complementare. În timp ce medicii porneau de la simptomele bolii pe care o diagnosticau și pentru care căutau un tratament, pentru asistente întreaga personalitate a pacientului prezenta interes profesional. În particular, îngrijirile spirituale erau domeniul exclusiv ale asistentelor, iar medicii nu aveau nicio autoritate asupra acestuia. În acest context, asistentele nu erau văzute drept supuse sau inferioare medicilor.

În sistemul protestant de îngrijiri de sănătate, statutul înalt de care se bucurau asistentele avea și un alt motiv – instituțiile acestui sistem fuseseră, de obicei, fondate de comunități ale diaconeselor pe parcursul secolului al 19-lea. Ca urmare, aceste comunități erau proprietarele spitalelor.

Un exemplu al statului și puterii de care se bucurau diaconesele este un eveniment din 1907/1908, când unul dintre marile nume ale chirurgiei germane - Ferdinand Sauerbruch – a candidat pentru poziția de medic șef al spitalului din Kaiserwerth, care era condus de diaconese. Din punct de vedere profesional, el era alegerea numărul unu, fără niciun dubiu. Și totuși el nu a fost angajat pentru un motiv simplu – printre cerințele pentru angajare, care includeau și deținerea unei diplome universitare, se număra și o scrisoare de recomandare din partea unei diaconese, iar Ferdinand Sauerbruch nu a putut să aducă o astfel de scrisoare.

O scrisoare de evaluare bună din partea unei diaconese, care putea confirma calitățile personale ale medicului și, de notat, abilitatea acestuia de a lucra bine în echipă, era cel mai important document. Această practică a continuat până la jumătatea secolului al 20-lea. În anii 1950, abilitatea de a colabora bine cu asistentele a rămas unul

dintre criteriile centrale de selecție a medicilor în spitalele din Germania de Vest conduse de diaconese.

Modelul acestor case ale diaconeselor a fost unul dintre produsele de export ale Germaniei în secolul al 19-lea. Acest fenomen a luat două forme. Prima a constat din a trimite diaconese nu numai pe teritoriul Germaniei, dar și în multe alte țări. În acest caz, diaconesele (care mai erau denumite și surori) rămâneau membre ale casei din Germania, dar lucrau în spitale și parohii din străinătate. Câteodată, subsidiare ale casei erau fondate în acele țări, iar acestea includeau și spitale și numeroase locuri de pregătire a diaconeselor. Astfel, în a doua jumătate a secolului al 19-lea, diaconese din Kaiserwerth lucrau în Italia – Florența, Roma și San Remo, dar și în Ierusalim, Constantinopol (Istanbulul de astăzi), Smirna, București, Beirut, Alexandria și Cairo.

A doua formă a constat din întemeierea în multe alte țări a unor instituții pentru diaconese care urmau modelul casei din Kaiserwerth. Aceste instituții nu erau subsidiare ale casei germane, ci instituții independente. Câteodată, inițiativa de a fonda asemenea instituții pornea de la casa din Kaiserwerth. În general, totuși, aceste instituții erau fondate de femei din țările respective, care urmau modelul casei din Kaiserwerth.

Când diaconese de la casa din Kaiserwerth mergeau la posturi din străinătate, acestora li se aplicau regulile stabilite de casa din Kaiserwerth. Diaconeselor li se cerea să nu iasă din cercurile restrânse ale caselor respective și să nu se amestece cu populația locului. Acesta era unul dintre motivele pentru care diaconesele erau trimise în străinătate fără să știe limba țării respective. În acest fel, noua comunitate de diaconese trebuia să se întărească, la fel și legătura ei cu casa din Kaiserwerth. Conducerea acesteia din urmă dorea să mențină un contact apropiat cu diaconesele din străinătate, cerând și o raportare detaliată și periodică de la acestea, dar și mergând în vizită în străinătate în mod regulat.

Astfel, de la înființare până la sfârșitul secolului al 19-lea, casa din



Primul Război Mondial, frontul de est: asistente germane la un spital militar din Lida (Belarus) - 1915 / 1916 (colecția Haeckel/ullstein bild prin intermediul Getty Images)

Kaiserwerth a reușit să creeze o rețea internațională bine conectată, după cum reiese și din jurnalele diaconeselor.

Posturile din străinătate au devenit instrumente deosebit de atractive pentru publicul larg. Ele erau menționate în publicațiile vremii și, începând cu anii 1920, și în reclame. Conducerea casei sublinia sfera largă de activitate și dimensiunea internațională a muncii diaconeselor. Posturile din Ierusalim erau deosebit de prestigioase. Devotamentul cu care diaconesele slujeau în străinătate contribuia și la creșterea donațiilor pentru casă, dar și ca o atracție printre femeile din Germania de a deveni diaconese. Aceasta era una dintre puținele opțiuni care le permitea femeilor să călătorească în străinătate. În plus, unele diaconese au început să publice poveștile șederii lor în străinătate. Așa numitele Surori ale Orientului erau diaconese care munciseră în Levant și publicaseră apoi despre performanțele lor profesionale acolo, dar și despre pericolele și testele pe care le avuseseră de trecut acolo. Așa au apărut eroine care au spart clișeele

unor surori liniștite și modeste care se subordonează comunității.

Internaționalizarea pieței muncii a însemnat și că posturile din conducerea casei din Kaiserwerth cereau calificări noi. Astfel, în 1913, nou numita Maică Superioară a casei din Kaiserwerth, Elisabeth von Buttlar, vorbea engleza, franceza și italiana. Ea dobândise aceste cunoștințe în timpul celor 14 ani munciți în străinătate ca diaconesă în Roma și Cairo. În acest fel, imaginea Maicii Superioare s-a schimbat, preluând un spirit cosmopolit care reflecta valorile și activitatea casei.

Casa avea și un important rol de asistență socială pentru diaconese, reglementându-le condițiile de muncă și oferindu-le pensii. În acest context, de notat că în anii 1950, Ministerul Muncii din Germania Federală a comunicat că asistentele care aparțineau unei asemenea case primeau pensii semnificativ mai mari decât pensiile așa numitelor asistente independente.

Până la jumătatea secolului al 20-lea, influența lui Florence Nightingale asupra nursing-ului din Germania a rămas marginală. Povestea de succes a sistemului ei trebuie deci pusă într-o perspectivă nouă pentru celelalte țări în afara Marii Britanii, SUA sau coloniilor britanice. De exemplu, în Germania și Franța, ideile lui Nightingale au fost îmbrățișate în primul rând de medici, care considerau că secularizarea și profesionalizarea nursing-ului le va permite să preia rolul conducător în domeniul îngrijirilor medicale.

Asistentele medicale care făceau parte din ordinele sau alte instituții de filiație creștină, precum și aceste case ale diaconeselor, refuzaseră să le ofere medicilor această autoritate. Surorile din aceste organizații creștine nu se subordonau medicilor, ele răspunzând în fața conducătorilor caselor de diaconese, care era formate din Maică Superioară și Supervizorul Teologic. Medicii sperau că, odată cu adoptarea conceptelor promovate de Florence Nightingale, ei vor putea profesa alături de asistente medicale mai cooperante și mai bine pregătite.

În Germania, noțiunea unui nursing secular a întâmpinat dificultăți semnificative în a fi recunoscută și promovată. La sfârșitul secolului al 19-lea fuseseră create comunități ale asistentelor “libere”, care le ofereau membrilor mai multă independență. Și totuși poziția caselor de diaconese era încă foarte puternică și a rămas așa până la jumătatea secolului al 20-lea, mai ales că multe dintre diaconese s-au dedicat și asistenței sociale, la îndemnul uneia dintre surori: “Ar trebui să fim nu numai asistente pentru cei bolnavi, făcând ce e nevoie pentru îngrijirea fizică a pacienților noștri, ci trebuie să fim și apostoli ai igienei progresului social, dacă vrem să primim un loc în viața oamenilor.”

Mirela Mustață, Redactor executiv e-Asistent.ro

Surse de documentare:

<https://www.enhe.eu/archive/2019/4848>

https://archive.org/stream/historyofnursing041912nutt/historyofnursing041912nutt_djvu.txt

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326183/9789289051743-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<https://www.gettyimages.dk/detail/news-photo/world-war-i-eastern-front-german-nurses-of-the-military-news-photo/501371965>

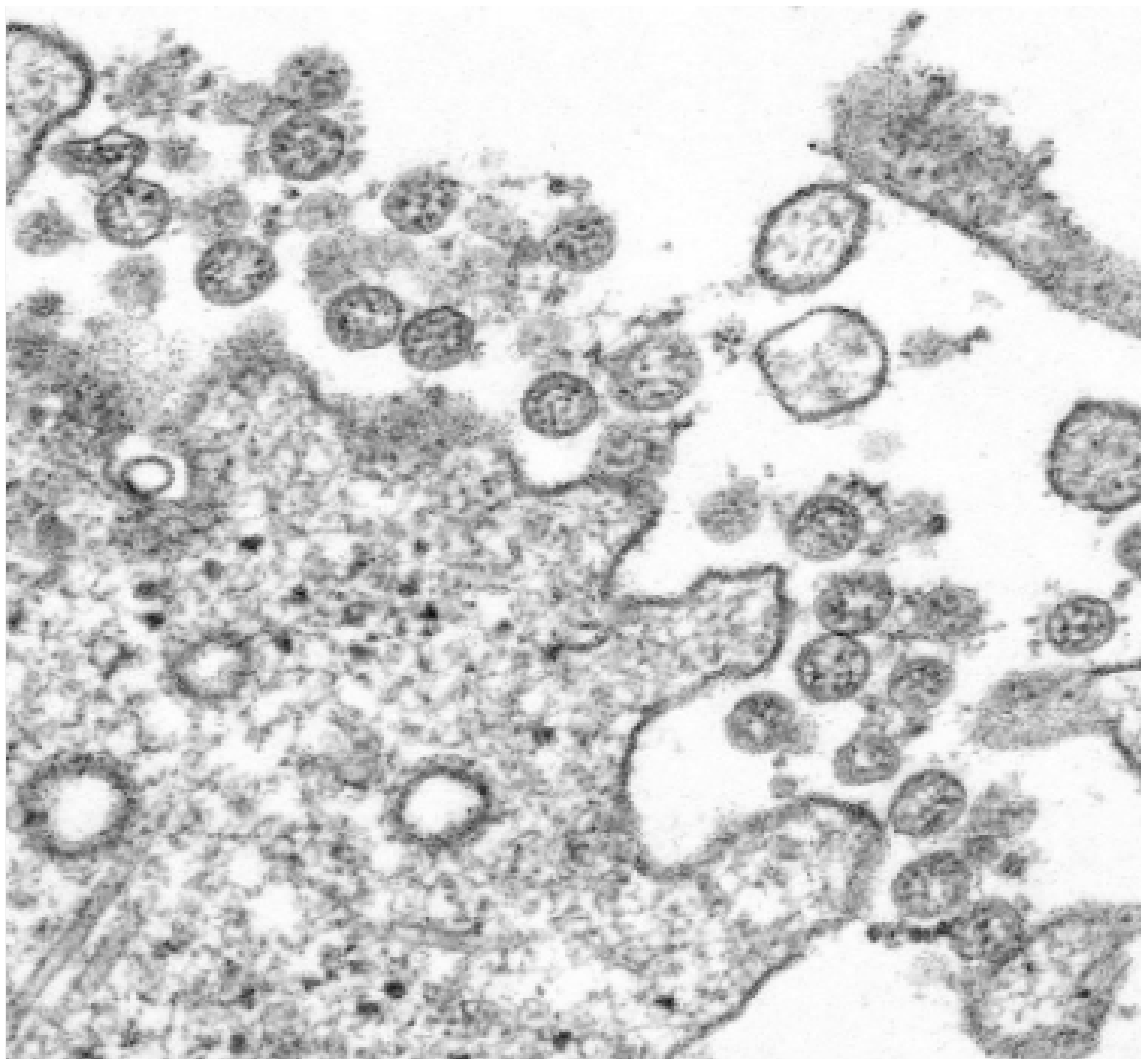
Piese din puzzle-ul COVID-19

1 . Originile SARS-CoV-2 – Unde a început totul?

Genomurile virale identificate în cazul primilor pacienți sunt atât de similare încât sugerează cu putere că virusul s-a transmis de la gazda intermediară la oameni doar o dată, cel mai probabil în octombrie 2019, perioadă estimată pe baza ratei cu care genomurile virale încep să se diferențieze.

Dacă estimarea este precisă, acest lucru înseamnă că au existat, înainte de primele cazurile oficiale apărute la Wuhan, cazuri de infecții care nu au fost grave, care nu au ajuns la spital, sau care nu au fost recunoscute drept atipice, în cazul în care au ajuns la spital. Este posibil ca acele cazuri de dinainte de începutul lui decembrie să fi apărut în altă parte decât în Wuhan.

Ian Lipkin, directorul Centrului pentru Infecții și Imunitate de la Uni-



Imagine microscopică izolată de la primul caz COVID-19 din SUA. Particulele virale extracelulare sferice conțin secțiuni transversale prin genomul viral (punctele negre).

versitatea Columbia din New York, SUA, colaborează acum cu cercetători chinezi pentru examinarea mostrelor de sânge luate spre sfârșitul anului trecut de la pacienți cu pneumonie de pe teritoriul Chinei, pentru a vedea dacă există dovezi că virusul a apărut în Wuhan din altă parte. Dacă da, probabil că a ajuns în Wuhan nu într-o cușcă, ci pe două picioare. Piața din Wuhan este foarte populară și pentru vizitatori, nu numai pentru localnici, și este aproape de gara Hankou, un punct nodal al rețelei de trenuri de mare viteză din China.

Noi cercetări pot face mai multă lumină pe tema transmiterii virusu-

lui la om – când, unde și cum. Mulți cercetători indică că interviuri detaliate cu cât mai mulți dintre primii pacienți afectați de virus ar putea deschide noi piste, dar acest proces ar putea dura destul de mult. Dacă se dovedește că virusul își are originea în altă parte, identificarea lui în Wuhan poate fi datorată faptului că în Wuhan este o mare concentrație de know-how virusologic. Acest know-how este angrenat în cercetări pentru secvențierea genetică a mai multor virusuri din mai multe surse.

Într-un asemenea experiment, cercetătorii de la Institutul de Virologie din Wuhan, în colaborare cu oameni de știință din SUA și Italia, au explorat potențialul patogen al unui coronavirus provenit de la lilieci (SHC014-CoV), prin recombinația genomului acestuia cu cel al unui coronavirus care infectase șoareci. Newsletterul din noiembrie 2015 al Institutului raporta că virusul care a rezultat în urma acelui experiment se putea reproduce viabil în celulele căilor respiratorii umane și putea obține in vitro tulpini echivalente cu tulpinile epidemice ale SARS-CoV.

Aceste cercetări, ale căror rezultate au fost publicate și în revista *Nature Medicine*, demonstrează că “saltul” SARS-CoV de la lilieci la oameni nu a fost o întâmplare rară; și alte coronavirusuri provenind de la lilieci au fost capabile de ceva similar, după cum au arătat acele studii.

Filippa Lentzos, care studiază bio-medicina și bio-securitatea la King’s College din Londra, Marea Britanie, afirmă că posibilitatea ca SARS-CoV-2 să aibă o origine conectată cu cercetări legitime este un scenariu discutat amplu în lumea bio-securității. Dintre potențialele cauze luate în calcul se disting două - o posibilă scurgere de material virusologic de la un laborator și, de asemenea, infectarea accidentală a unei persoane în timpul cercetării, fie în laborator, fie pe teren.

Richard Pilch, care lucrează în domeniul neproliferării armelor chimice și biologice la Middlebury Institute of International Studies din California, SUA, spune că există o trăsătură a noului virus care poate să fi apărut în urma unor experimente în cadrul cărora patogenii sunt

transmiși de la o gazdă la alta pentru a studia evoluția abilității lor de a se răspândi. În ciuda acestui lucru, nu există dovezi concludente că așa s-a întâmplat.

2. Terapie cu nicotină contra coronavirusului: dovezile sunt neconcludente și contradictorii

Proporția de fumători admiși în spitale ca pacienți COVID a prezentat variații între SUA, China și Franța, de exemplu, dar a arătat, în toate aceste cazuri, că fumătorii au fost sub-reprezențați în relație cu proporția pe care o reprezintă în cadrul populației generale. Autorii câtorva studii pe această temă au scris că e mai puțin probabil ca fumătorii să sufere de forme grave ale bolii.

Este important de notat că fumătorii nu sunt protejați de infecția inițială. De fapt, deoarece ei manipulează țigara înainte să o fumeze, pot fi susceptibili în mod special la infectare, mai ales că aceasta are loc, în multe cazuri, prin membranele cu mucus ale gurii. Ce pare a se întâmpla este că fumătorii infectați sunt mai puțin probabili de a dezvolta simptome sau, dacă le dezvoltă, probabilitatea ca simptomele lor să fie moderate este mai mare decât în cazul ne-fumătorilor, ceea ce face ca, până la urmă, ei să rămână acasă și, astfel, să nu apară în statisticile spitalelor.

Dacă este ceva în țigări care ar putea avea acest efect, atunci nu poate fi vorba decât despre nicotină, afirmă cercetătorii implicați în studiile pe această temă. Aceștia nu cred că nicotina atacă în mod direct SARS-CoV-2. Poate, totuși, juca un rol indirect, prin intermediul proteinei ACE2 localizată pe membrana celulară, de care virusul se cuplează pentru a obține acces în celule.

Unii cercetători suspectează că nicotina se cuplează și ea de proteina ACE2, ceea ce îngreunează misiunea virusului de a face același lucru. Nicotina poate, de asemenea, să calmeze inflamația cauzată de infecție, o ipoteză susținută și de folosirea ei pentru a trata intestinul

inflamat.

În același timp, alți cercetători continuă să afirme că fumătorii se pot aștepta, în general, la forme mai grave ale COVID-19 din cauza insuficienței respiratorii prezente, în diverse grade, în cazul lor.

În momentul de față, un studiu în derulare în Franța testează și o altă ipoteză – un potențial efect benefic al nicotinei asupra furtunii de citokine care atacă propriul organism.

Jason Sheltzer, un cercetător specializat în biologie moleculară de la Cold Spring Harbor Laboratory, statul New York, SUA, care studiază efectele fiziologice ale fumului de țigară, spune că este teoretic posibil ca nicotina, interferând cu furtuna de citokine, să diminueze impactul acesteia asupra organismului. Important de notat că cercetările lui arată și efecte negative serioase ale fumului de țigară în cazuri de infecții cu coronavirus.

Dacă rezultatele cercetărilor încep să sugereze că terapia cu nicotină îmbunătățește deznodământul în cazurile COVID-19, acesta ar fi un motiv de bucurie deoarece avem nevoie urgentă de tratamente, iar terapia cu nicotină, folosită în cazul fumătorilor care doresc să se lase de fumat, e considerată sigură, este disponibilă pe scară largă, este relativ ieftină și nu e protejată de patente. Totuși, mai avem de așteptat destul de mult timp până să aflăm dacă nicotina poate juca un rol pozitiv în lupta contra COVID-19.

3. Investițiile în vaccinuri, o adevărată poliță de asigurare

Lumea așteaptă cu inima la gură un vaccin anti-COVID 19. Până acum s-au înregistrat aproape 800.000 de decese la nivel mondial, iar totalul crește cu o rată de aproape 40.000 pe săptămână. Toate aceste cifre nu includ morțile cauzate de COVID 19 care pot rămâne nerezultate.

Între timp, economia mondială trece prin cea mai severă contracție



de după Marea Depresie, estimată acum la o scădere de 8% GDP, pentru prima jumătate a anului 2020.

În același timp, se raportează că guvernele diverselor țări au achiziționat circa 4 miliarde de doze de vaccin anti-covid pentru livrare până la sfârșitul anului următor, ceea ce înseamnă, la prima vedere, că aproape jumătate din populația planetei va putea primi o doză de vaccin. Totuși, în realitate, mult mai puține persoane vor putea fi vaccinate.

Parte dintre vaccinuri nu vor primi aprobările din partea autorităților de reglementare și, în plus, un vaccin care ajunge în faza de testare clinică pe scară largă, cum este cazul câtorva vaccinuri, are încă o probabilitate de 20% de a eșua. Alte vaccinuri vor fi aprobate, dar este posibil să nu poată oferi o protecție completă. De exemplu, se poate întâmpla să nu fie potrivite pentru persoanele în vârstă sau îi pot ajuta pe oameni să nu moară de COVID-19, dar nu pot opri transmiterea către alții.

Anumite vaccinuri pot avea nevoie de administrarea a mai multe doze pentru a fi eficace. Din cauza tuturor acestor motive, este posibil ca nici măcar Marea Britanie sau Statele Unite ale Americii, care au cumpărat deja mai mult de două doze pentru fiecare dintre cetățenii lor, să nu fi cumpărat destule.

Eforturile globale pentru producerea și distribuirea vaccinurilor anti-COVID 19 trebuie amplificate. Până acum, doar 10 miliarde USD au fost alocate acestei cauze. Chiar și creșterea de 10 ori a finanțării, până la 100 miliarde USD, sumă mult mai adecvată nevoilor, pălește față de cele 7 trilioane USD pe care guvernele din jurul lumii s-au angajat să le cheltuiască sau să le folosească drept garanție de la începutul pandemiei pentru a proteja economiile naționale, locurile de muncă și veniturile gospodăriilor.

A aștepta finalizarea testelor clinice care ar indica care dintre vaccinurile candidate este dovedit eficace pentru a crește apoi capacitatea de producție și distribuție a acestuia ar fi o greșeală, afirmă mulți specialiști de sănătate publică. Aceștia cer ca guvernele să investească acum circa 200 miliarde USD pentru a face disponibil, chiar și cu o săptămână mai devreme, un vaccin eficace, deoarece acest lucru ar salva nenumărate vieți și ar avea importante efecte pozitive asupra relansării economice.

Pentru unii, perspectiva unui asemenea scenariu în care se fac investiții masive pentru producerea și distribuirea cât mai devreme a unui vaccin provoacă îngrijorări cu privire la un “naționalism” al vaccinurilor, în care țările bogate își permit să cheltuiască semnificativ mai mult decât cele mai sărace în încercarea de a obține cât mai multe vaccinuri pentru cetățenii lor.

În situația dată, comunitatea internațională poate maximiza beneficiile dacă își pune resursele împreună și alocă dozele de vaccin tot împreună, în funcție de nevoile identificate la nivel internațional – prima dată, pentru lucrătorii din sistemul medical din toate țările, apoi pentru categoriile vulnerabile, etc. La acest moment, 80 dintre statele lumii sunt deja interesate de o asemenea abordare. O modalitate prin care pot fi reduse disputele la nivel internațional pe tema alocării vaccinurilor este maximizarea ofertei cât de repede, inclusiv prin creșterea capacității de producție în cât mai multe țări.

Comunitatea internațională trebuie să considere investițiile în realizarea acestor obiective drept o poliță de asigurare. De exemplu,

studiile sugerează că, pentru un număr de minimum 10 vaccinuri aflate în dezvoltare, există o probabilitate de 90% de găsire a unuia eficace. Odată ce acesta este descoperit, e important ca miliarde de doze să poată fi distribuite rapid. Dar este imposibil de știut în avans care vaccin candidat va fi eficace. Ca urmare, guvernele trebuie să stimuleze financiar firmele producătoare pentru ca acestea să producă cantități mari, în mod ideal câteva miliarde, dintr-o gamă largă de vaccinuri diferite, înainte de obținerea acordului autorităților de reglementare. Vaccinul câștigător va putea ajunge astfel repede la oamenii care au nevoie cel mai mult, chiar dacă dozele din celelalte vaccinuri vor fi aruncate. La fel cum oamenii cumpără polițe de asigurare înainte să știe ce o să li se întâmple, nu după aceea.

Mirela Mustață, Redactor executiv e-Asistent.ro

Traducere si adaptare după:

<https://www.economist.com/leaders/2020/08/08/the-world-is-spending-nowhere-near-enough-on-a-coronavirus-vaccine>

https://www.economist.com/science-and-technology/2020/05/02/the-pieces-of-the-puzzle-of-covid-19s-origin-are-coming-to-light?utm_campaign=coronavirus-special-edition&utm_medium=newsletter&utm_source=salesforce-marketing-cloud&utm_term=2020-05-02&utm_content=article-link-1

<https://www.economist.com/science-and-technology/2020/05/02/smokers-seem-less-likely-than-non-smokers-to-fall-ill-with-covid-19>

<https://theconversation.com/nicotine-therapy-for-coronavirus-the-evidence-is-weak-and-contradictory-138905>

Sursa foto 1 - <https://www.cdc.gov/media/subtopic/images.htm>

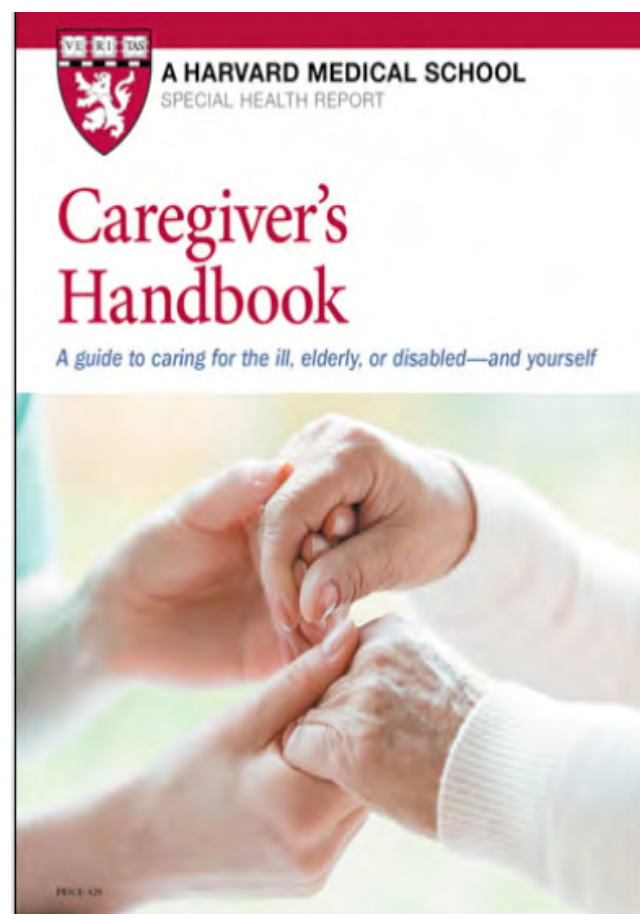
Caregiver's Handbook (Manualul îngrijitorului)

Coordonatori: Editorii Harvard Health Publishing, în consultare cu Dr. Suzanne Salamon, Director al programelor clinice al diviziei de gerontologie al Beth Israel Deaconess Medical Center și Profesor Asociat la Harvard Medical School,

Editura Harvard Health Publishing, 2019

Informațiile publicate în această lucrare îi ghidază pe toți cei care oferă îngrijiri, atât pentru a putea îndeplini nevoile celor pe care îi îngrijesc, dar și pentru a putea avea grijă mai bine de ei înșiși.

De exemplu, primul capitol prezintă modalități de gestionare eficientă a sarcinilor zilnice. Alte teme abordate țin de cunoștințele medicale și legale necesare îngrijitorilor în activitatea lor. De asemenea, o secțiune specială este dedicată îngrijirii proprii persoane a îngrijitorilor.



Motivational Interviewing in Health Care (Interviul motivațional în sănătate)

Autori: Stephen Rollnick, William R. Miller, and Christopher C. Butler,
Guilford, 2007

Over 115,000 in Print!

Motivational Interviewing in Health Care

HELPING
PATIENTS
CHANGE
BEHAVIOR

Stephen Rollnick | William R. Miller | Christopher C. Butler

Scrisă special pentru profesioniștii din sistemul de sănătate, acest volum concis prezintă instrumente eficace pentru îmbunătățirea comunicării cu pacienții și ghidarea acestora pentru a-și întări sănătatea prin alegeri precum scăderea în greutate, activitatea fizică, renunțarea la fumat, aderența la tratament sau adoptarea unor practici sexuale sigure.

Dialogurile dinamice și casetele cu concepte fundamentale prezintă foarte convingător aptitudinile de a conduce un interviu motivațional, precum și cum poate fi integrată această abordare bazată pe dovezi în orice context clinic.

FIGHT BACK: Beat the Coronavirus (Contra-atacați – să învingem coronavirusul!)

Autori: Chauncey W. Crandall MD, Charlotte Libov,

Editura Humanix Books, 2020

Lucrarea aduce în prim plan strategii practice dovedite a fi eficace pentru a depăși pandemia COVID-19, precum și speranța că acest lucru se va întâmpla.

Renumit medic și autor, Dr. Chauncey Crandall ne prezintă ultimele informații despre cum putem să ne protejăm de coronavirus pe noi și familiile noastre, prietenii și comunitățile în care trăim, cum să oprim răspândirea infecției sau ce putem face dacă suntem infectați, precum și care sunt potențialele tratamente.

Co-autoare a lucrării este Charlotte Libov, autor al unor lucrări premiate în domeniul sănătății, pionier în domeniul advocacy-ului pentru drepturile pacienților și reporter pentru domeniul sănătății, cu expertiză în epidemii și pandemii.

