

eAsistent.ro

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



Decembrie 2016

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

Asistenții medicali pot juca un rol esențial în cercetarea medicală și farmaceutică	4
---	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Vaccinarea anti-gripală – o temă de... sezon și nu numai	9
Restricțiile în ceea ce privește consumul de sare nu se aplică tuturor	15

EVENIMENT

Ziua Mondială a Diabetului - 14 noiembrie - stă sub semnul prevenirii diabetului și educării cu privire la acesta	21
Bronhopneumopatia obstructivă cronică - un pericol serios la adresa sănătății publice	26
1 Decembrie – Ziua luptei împotriva stigmatizării persoanelor infectate cu HIV vine cu o știre îngrijorătoare	30
3 decembrie – Ziua internațională a persoanelor cu dizabilități	33

INTERVIU

Universitatea din Birmingham City din Marea Britanie este interesată să colaboreze cu Ordinul Asistenților Medicali din România pentru a dezvolta comunitatea de nursing – interviu cu Profesor Joy Notter	38
--	----

ISTORIE

Istoria cercetării în asistența medicală – o cale de urmat pentru asistentele medicale pasionate de cunoaștere	46
--	----

LUMEA MEDICALĂ

O nouă specializare în nursing promovată de Biroul Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății – Asistența medicală pentru sănătatea familiei (Family Health Nurse)	52
Neurotoxicitatea - un pericol în creștere, în special pentru copii	58

CĂRȚI MEDICALE

Mic dicționar de vaccinuri și vaccinări	65
Tratat de îngrijiri paliative la domiciliu	66
Anatomie și fiziologie umană descriptivă și aplicată	67
Esențialul în medicina de familie	68
Ghid de diagnostic și tratament în BPOC	69
Ghid practic de nursing în pediatrie	70

ECHIPA

71



Asistenții medicali pot juca un rol esențial în cercetarea medicală și farmaceutică

Cercetarea, indiferent de domeniu, stă la baza progreselor înregistrate și a eficienței investiționale, iar medicina și farmacia nu fac excepție. Poate mai puțin vizibili decât ceilalți membri ai echipelor de cercetare, asistenții medicali reprezintă o verigă extrem de importantă care creează, testează și validează cercetarea în domeniul farmaceutic și al tratamentelor pentru diferite probleme medicale. Munca pe care acești oameni o fac poa-

te ajuta la dezvoltarea unor medicamente și tratamente care să revoluționeze lumea medicală, îi poate ajuta pe pacienții lor să trăiască o viață mai bună sau să-și prelungească viața. Tocmai de aceea am dorit să vă prezentăm, în acest număr și opinia unui colaborator internațional al OAMGMAMR București – doamna profesor Joy Notter de la Universitatea din Birmingham City din Marea Britanie – care ne vorbește în interviul său despre rolul din ce în ce mai important al asistentelor medicale în practica medicală, inclusiv în cercetare.

Numărul dedicat lunilor noiembrie și decembrie al revistei mai cuprinde și rubricile de pe acum tradiționale precum Zilele Internaționale legate de sănătate. 16 noiembrie, Ziua Internațională a Bronho-pneumopatiei obstructive cronice (BPOC) este o oportunitate ideală de a crește gradul de informare a populației cu privire la această afecțiune gravă și de a lupta contra sub-diagnosticării ei prin promovarea spirometriei. Sperăm, deci, ca articolul dedicat acestui eveniment în cadrul revistei noastre să contribuie la atingerea acestui obiectiv, mai ales având în vedere că BPOC este o boală care se confruntă cu o sub-diagnosticare serioasă, în timp ce este în creștere semnificativă ca și cauză de deces în ultimii ani. Astfel, deși în anii 1990 BPOC reprezenta a șasea cauză, în prezent este a patra, iar în 2030 va fi a treia cauză de mortalitate din lume, potrivit estimărilor OMS. Situația este deosebit de serioasă și în România, care ocupă locul 3 în Europa la mortalitatea cauzată de BPOC. Un alt eveniment internațional al lunii noiembrie este Ziua Mondială a Diabetului, a cărei temă în 2016 este "ochii pentru diabetici", activitățile și materialele concentrându-se pe promovarea importanței screening-ului pentru a asigura diagnosticarea precoce a diabetului zaharat de tip 2 și tratamentul destinat reducerii riscului de complicații grave. Acțiunea face parte dintr-o serie anuală dezvoltată la inițiativa Federației Internaționale de Diabet, cu sprijinul Organizației Mondiale a Sănătății. Luna decembrie ne aduce două evenimente: 1 Decembrie – Ziua luptei împotriva stigmatizării persoanelor infectate cu HIV, care vine cu o știre îngrijorătoare - scăderea numărului de noi infectări cu HIV la persoanelor

adulte a încetat și 3 decembrie – Ziua internațională a persoanelor cu dizabilități, celebrată printr-un articol care ne demonstrează de ce drumul către O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități nu poate fi unul ușor de parcurs, mai ales pentru societăți care au pornit mai recent pe el.

Secțiunea “Educație medicală” ne prezintă o dezbatere recentă privind beneficiile vaccinării anti-gripale anuale a personalului medical. Studii din SUA arată că în sezonul gripal 2014-2015 circa 64% din personalul medical s-a vaccinat anti-gripal (față de 63% în sezonul 2013-2014). Rata cea mai crescută de vaccinare s-a înregistrat în rândul farmaciștilor (86.7%), urmați de asistenții medicali din sistemul de asistență primară (85.8%) și medici (82.2%). În privința tipului de facilitate de îngrijiri, cea mai ridicată rată de vaccinare s-a înregistrat în rândul personalului medical din spitale (78.7%), iar cea mai mică a celui din facilitățile de îngrijiri de durată (54.4%). În timp ce obligativitatea vaccinării anuale a personalului medical rămâne un subiect controversat, specialiștii sunt cvasi-unanimi în a afirma că vaccinarea rămâne totuși cea mai bună metodă pe care o avem acum de a preveni răspândirea infecțiilor cu gripă, în special în rândul grupelor de risc și a apariției complicațiilor severe. Un alt articol din această secțiune ne demonstrează că restricțiile în ceea ce privește consumul de sare nu se aplică tuturor. Dimpotrivă, există o cale de mijoc care ne permite să ne bucurăm de beneficiile aduse de sare în viața noastră, de la bucuria gustului dat de sarea în bucate, la beneficiile de sănătate precum reglarea presiunii sanguine sau îmbunătățirea transmisiei nervoase și a contracției musculare.

În cadrul secțiunii “Lumea Medicală”, revista include și un articol despre răspunsul propus de Organizația Mondială a Sănătății la noile provocări. Aceasta recomandă dezvoltarea a două componente ale resursei umane din sănătate care acționează în prima linie a serviciilor de sănătate, aproape de comunitate – medicii de familie și asistentele medicale de familie sau comunitare. Pentru că o serie dintre statele membre ale Uniunii Europene au aceste

categorii de lucrători medicali, în timp ce altele nu, una dintre preocupările OMS (regiunea Europa) a fost aceea de a dezvolta un program centrat pe asistentele medicale de familie care pornește de la recunoașterea faptului că guvernele sunt chemate să facă față unor provocări fără precedent în ceea ce privește asigurarea serviciilor de sănătate în Europa. Pentru dezvoltarea acestui program, OMS a realizat un studiu multi-național care urma să valideze, dar și să ajute la modelarea viziunii OMS despre Asistență Medicală pentru Sănătatea Familiei (AMSF). Conform acestui model, asistenta medicală pentru sănătatea familiei asigură o abordare mult mai cuprinzătoare decât cea din prezent a asistenței medicale primare, acești specialiști fiind cei care ar urma să ajute persoanele și familiile să facă față bolilor cronice, diverselor tipuri de handicap sau diferitelor perioade de stres, petrecând o mare parte din timpul de muncă în casele pacienților, cu familiile lor. Tot în această secțiune vă recomandăm un al doilea articol care prezintă o situație îngrijorătoare generată de toxinele naturale sau artificiale - 40 de milioane de puncte ale coeficientului de inteligență (IQ) pierdute.

Numărul de noiembrie-decembrie al revistei mai include și câteva recomandări editoriale - Tratat de îngrijiri paliative la domiciliu, Mic dicționar de vaccinuri și vaccinări, Anatomie și fiziologie umană descriptivă și aplicată. Manual pentru școlile postliceale sanitare, Esențialul în medicina de familie, Ghid de diagnostic și tratament în BPOC și Ghid practic de nursing în pediatrie - Sprijin rapid și practic pentru specializarea în îngrijirea medicală (Ediția I), lucrări care ne pot ajuta să dobândim cunoștințe noi sau se le îmbogățim pe cele existente.

Pentru că trecerea într-un nou an se apropie și ea ne oferă un moment de răgaz și un prilej de sărbătoare, urez tuturor celor care ne citesc, celor care ne-au încredințat opiniile lor în cadrul interviurilor, celor care au participat la evenimentele noastre și tuturor membrilor noștri, adică celor care sunt slujitori ai acestei profesii, se dăruiesc zilnic și oferă alinare și atenție pacienților sau comunităților

lor de practică multă forță, sănătate, mândrie profesională și recunoaștere pentru eforturile și dăruirea de care dați dovadă.

La mulți ani!

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București



Vaccinarea anti-gripală – o temă de... sezon și nu numai

La nivel global, gripa afectează anual între 5-10% din populația adultă și în jur de 20-30% dintre copii, principalele grupe de risc fiind reprezentate, în plus de aceștia, de adulții în vârstă de peste 65 ani, de femeile gravide și de bolnavii cronici. Printre afecțiunile cronice care pot duce la complicații serioase în cazul îmbolnăvirii cu gripă se numără bolile pulmonare cronice precum astmul sau bronho-pneumopatia obstructivă cronică (BPOC), diabetul sau bolile cardiovasculare.

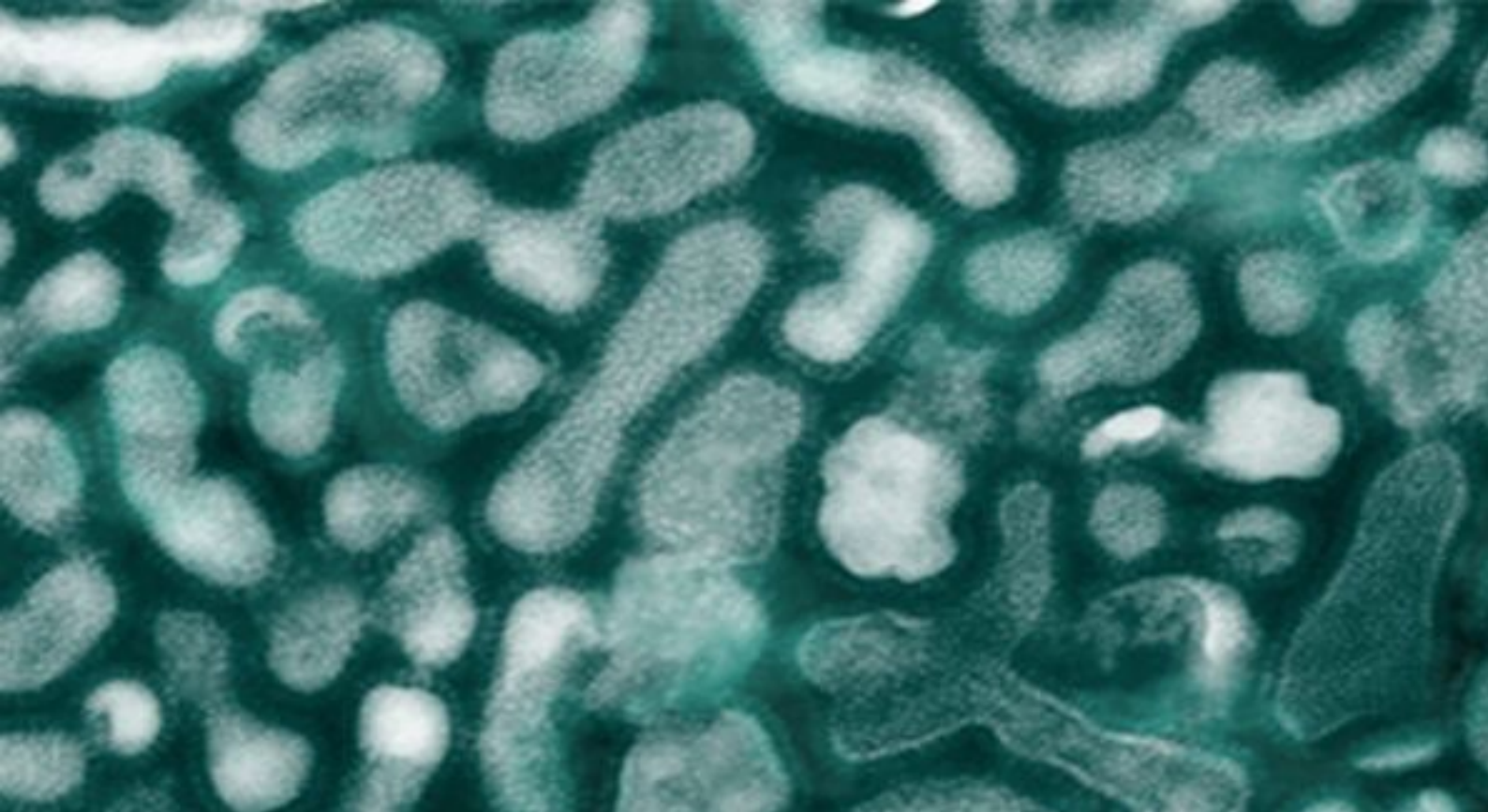
În Europa, epidemiile de gripă sunt asociate cu o morbiditate și mortalitate ridicată, Centrul European pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (ECDC) estimând că în țările Uniunii Europene circa

40,000 de persoane mor prematur în fiecare an din cauza gripei. Fiecare sezon de gripă este diferit, gripa putând, de asemenea, afecta diferit fiecare om, chiar și în același sezon. Oricine poate fi purtător al virusurilor gripale, oricine se poate îmbolnăvi și poate, în același timp, transmite virusurile către alți oameni. Majoritatea adulților sănătoși pot transmite virusurile începând cu prima zi înainte de apariția simptomelor de îmbolnăvire cu gripă și pot continua să le transmită până la 5-7 zile după ce se îmbolnăvesc. Copiii pot transmite virusurile gripale pentru o perioadă chiar mai lungă decât adulții.

Centrele de prevenire și control al bolilor transmisibile din întreaga lume recomandă vaccinarea anti-gripală anuală ca fiind cea mai eficientă metodă care protejează populația de îmbolnăvire și prima care trebuie adoptată. Recomandarea pentru vaccinare anuală rămâne valabilă chiar și pentru anii în care compoziția vaccinului (virusurile împotriva cărora ne protejează acesta) rămâne neschimbată față de sezonul anterior, deoarece imunitatea dată de vaccin scade în timp.

Mai mult decât atât, tulpinile virale se schimbă de la an la an, fiind practic greu de anticipat cu mai mult de un an înainte. Tocmai de aceea cercetătorii pot începe dezvoltarea vaccinului antigripal pentru sezonul următor doar cu mai puțin de un an înainte de debutul sezonului. Principala provocare este de a identifica care vor fi tulpinile virale predominante în sezonul respectiv, pentru a le putea include în compoziția vaccinului pentru acel an. Anticorpii care se formează în organism la circa 2 săptămâni de la vaccinare furnizează protecție împotriva infecției cu acele virusuri gripale care sunt identice sau cel puțin similare cu cele incluse în compoziția vaccinului.

Vaccinurile anti-gripale sunt făcute fie cu virusuri moarte, fie cu virusuri atenuate, ceea ce face practic imposibilă îmbolnăvirea cu gripă în urma vaccinării. Vaccinurile injectabile sunt produse în două feluri - fie cu virusuri care au fost "dezactivate" și sunt, deci, necontagioase sau, mai rar, chiar și fără virusuri, cum este cazul



vaccinului anti-gripal recombinat. Acesta din urmă folosește direct proteina virusului gripal – hemag– glutinina, care este ingredientul activ folosit și în vaccinurile pe bază de virusuri gripale dezactivate. Ea este esențială pentru pătrunderea virusului în celulele organismului și împotriva căreia se și îndreaptă majoritatea anticorpilor care previn infectarea cu virusul gripal.

Vaccinul anti-gripal administrat sub forma de spray nazal conține virusuri vii, dar acestea sunt atenuate, astfel încât să nu poată cauza îmbolnăvirea. Virusurile atenuate sunt “adaptate pentru temperaturi scăzute”, ceea ce înseamnă că sunt schimbate pentru a putea cauza infecții numai în condițiile de temperatură scăzută existente în nas. Aceste virusuri atenuate nu pot, deci, cauza infecții în plămâni sau în alte zone ale corpului unde există temperaturi mai ridicate decât cele din nas.

În timp ce un vaccin anti-gripal nu ne poate îmbolnăvi cu gripă, pot exista, într-adevăr, anumite reacții adverse asociate vaccinării, dar aceste reacții sunt moderate și de scurtă durată, în special în comparație cu simptomele gripei. În același timp, este încă posibil să ne îmbolnăvim cu gripă chiar și după ce ne-am vaccinat. În mod ideal, vaccinarea ar trebui să aibă loc înainte de apariția activității “gripale” în comunitatea respectivă. Ca urmare, având în vedere

că sezonul gripal începe în Europa la sfârșitul lunii octombrie, vaccinarea ar trebui să fie oferită înainte de sfârșitul acestei luni. Pe de altă parte, vaccinarea ar trebui să continue să fie oferită pe toată durata sezonului gripal, mai ales având în vedere că vârful sezonului gripal are loc de obicei în ianuarie.

Capacitatea vaccinului de a ne proteja depinde o multitudine de factori, inclusiv de vârsta și starea generală de sănătate, precum și similaritatea sau “potrivirea” virusurilor incluse în compoziția vaccinului față de tulpinile virale care circulă în comunitate într-un anumit sezon. Dacă există o bună similaritate, eficacitatea vaccinului este mai ridicată, estimându-se că indivizii care se vaccinează prezintă un risc cu 60% mai mic de a se îmbolnăvi decât cei nevaccinați. Este totuși important de ținut minte că și în cazul unei similarități mai reduse dintre virusurile incluse în compoziția vaccinului față de tulpinile virale care circulă în comunitate într-un anumit sezon de gripă, vaccinul ne poate totuși proteja de îmbolnăvire sau ne poate ajuta să evităm complicațiile serioase în cazul îmbolnăvirii, precum pneumonia.

Eficacitatea vaccinurilor poate, de asemenea, varia în funcție de grupa de vârstă a populației vaccinate - astfel, vaccinul îi protejează cel mai bine pe adulții sănătoși și pe copiii mai mari, funcționând mai puțin eficace în cazul adulților în vârstă, în special cei peste 65 de ani, după cum arată un studiu efectuat în 2013 de Centrul de Control al Bolilor din SUA. Pe de altă parte, studiile arată și că adulții care se îmbolnăvesc chiar și după vaccinare dezvoltă simptome mai puțin severe decât cei nevaccinați.

Un alt studiu publicat acum câteva luni arată că adulții peste 50 de ani care s-au vaccinat anti-gripal au prezentat un risc cu 60% mai mic de a fi spitalizați în cazul îmbolnăvirii cu gripă.

De asemenea, un studiu asupra eficacității vaccinării femeilor gravide a arătat că ele prezintă un risc cu 50% mai mic de a dezvolta infecții respiratorii acute asociate gripei, în timp ce copii acestora prezintă, în primele 4 luni de viață, un risc cu o treime mai mic de a se îmbolnăvi cu gripă decât copiii femeilor nevaccinate în timpul

gravidității.

Eficacitatea vaccinării anti-gripale este, totuși, un subiect din ce în ce mai controversat. Mulți specialiști din SUA contestă estimările Centrului de Control al Bolilor care arată că eficacitatea vaccinării anti-gripale din SUA din ultimele trei sezoane gripale a fost între 47% și 62%, afirmând că studiile pe baza cărora s-au tras aceste concluzii nu au luat în calcul doar impactul gripei confirmate în laborator, cum ar fi cerut metodologia.

O altă dezbatere recentă privește beneficiile vaccinării anti-gripale anuale a personalului medical sub argumentul că ei oferă îngrijiri persoanelor din grupe de risc ridicat și că este, deci, important ca ei să nu le transmită acestora virusul gripal. Studii din SUA arată că în sezonul gripal 2014-2015, circa 64% din personalul medical s-a vaccinat anti-gripal (față de 63% în sezonul 2013-2014). Rata cea mai crescută de vaccinare s-a înregistrat în rândul farmaciștilor (86.7%), urmați de asistenții medicali din sistemul de asistență primară (85.8%) și medici (82.2%). În privința tipului de facilitate de îngrijiri, cea mai ridicată rată de vaccinare s-a înregistrat în rândul personalului medical din spitale (78.7%), iar cea mai mică a celui din facilitățile de îngrijiri de durată (54.4%).

În timp ce obligativitatea vaccinării anuale a personalului medical rămâne un subiect controversat, specialiștii sunt cvasi-unanimi în a afirma că vaccinarea rămâne totuși cea mai bună metodă pe care o avem acum de a preveni răspândirea infecțiilor cu gripă, în special în rândul grupelor de risc și a apariției complicațiilor severe. Astfel, deși nu există un număr suficient de studii concludente despre epidemiologia gripei în diversele facilități de îngrijiri medicale și deși studiile existente arată că beneficiile unei asemenea acțiuni nu sunt atât de semnificative precum s-a crezut până acum, vaccinarea personalului medical este totuși o recomandare bazată pe dovezi, cu beneficii clare, care ar trebui promovată cu consecvență, în timp ce se accelerează ritmul cercetărilor pentru descoperirea unui vaccin mai eficace, în primul rând pentru populația în vârstă de peste 65 de ani.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

<http://www.cdc.gov/flu/protect/keyfacts.htm>

<http://www.cdc.gov/flu/healthcareworkers.htm>

<http://articles.mercola.com/sites/articles/archive/2015/12/01/another-flu-vaccine-flop.aspx>

<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/flu/in-depth/flu-shots/art-20048000>

<http://www.livescience.com/40279-flu-shot-information.html>

<http://www.csid.ro/health/sanatate/vaccin-antigripal-af-la-cum-te-poti-feri-de-gripa-sezoniera-13430841/>

http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/en/

<http://www.webmd.com/cold-and-flu/cold-guide/flu-cold-symptoms#2>

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/vaccine-hesitancy-among-healthcare-workers.pdf>

<http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2013/09/analysis-finds-limited-evidence-hcw-flu-vaccination>

Restricțiile în ceea ce privește consumul de sare nu se aplică tuturor

Cu toate că hipertensiunea indusă de consumul de sare este considerată, în general, ca fiind una dintre cauzele bolilor de inimă, este demonstrat și că un aport prea scăzut de sare este asociat cu creșterea mortalității din cauze cardiovasculare.

Un studiu din 2011 publicat în Journal of American Medical Association indică faptul că zonele în care consumul de sare este mai scăzut sunt și cele cu incidență mai ridicată a accidentelor vasculare cerebrale, atacurilor de cord și deceselor asociate.

Există deci o asociere între excreția scăzută de sodiu și decesele din cauze cardiovasculare sau spitalizarea pentru insuficiență cardiacă.

Studiile indică că cele mai mici riscuri de deces se înregistrează la o excreție de sodiu între 4 și 5,99 grame pe zi (fig 1).

Un alt studiu din 2011 a confirmat această observație că excreția scăzută de sare a fost asociată cu o rată mai mare a mortalității din cauze cardio-vasculare. În plus, rezultatele studiului au arătat că incidența hipertensiunii arteriale nu poate fi prognozată pe baza

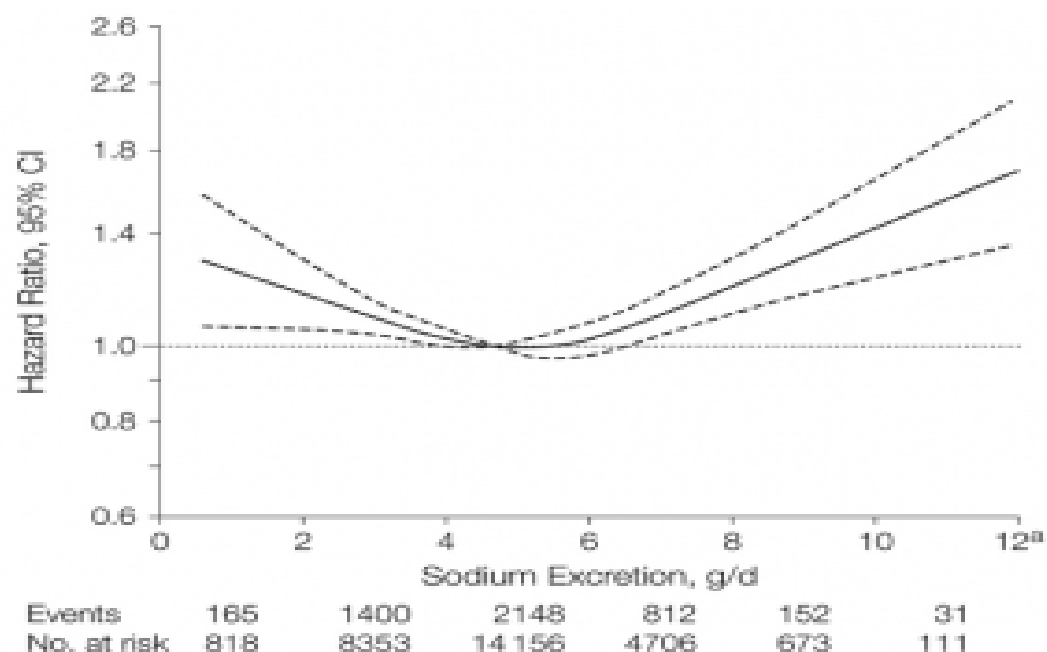


Fig. 1* - Estimarea relației dintre excreția urinară de sodiu la 24 h și rata de risc compozit – decese din cauze cardio-vasculare, accidente vasculare cerebrale, infarct miocardic și spitalizare din cauze de insuficiență cardiacă congestivă

nivelului general al excreției de sare. De asemenea, multe studii arată că dietele alimentare sărace în sare contribuie la creșterea nivelului de hormoni și lipide din sânge. Astfel, un studiu din 2012 publicat în *American Journal of Hypertension* a arătat că cei care adoptă o asemenea dietă dezvoltă niveluri crescute de renină, colesterol și trigliceride în plasmă. Autorii studiului au tras concluzia că scăderea foarte mică a tensiunii arteriale adusă de un consum scăzut de sare este mai mult decât compensată de consecințele negative aduse de creșterea nivelului de trigliceride, de exemplu. Aceasta face ca, atunci când sunt luate în calcul toate efectele, rezultatul să fie negativ, pe ansamblu, în ceea ce privește starea de sănătate a organismului.

Recomandarea de a restricționa consumul de sare a fost îmbrățișată de medici și autoritățile de sănătate publică din întreaga lume, în anii 1970, când cercetătorul Lewis Dahl a prezentat rezultatele cercetării lui pe șoareci de laborator, arătând că sarea poate cauza

hipertensiune. În plus, el a coroborat aceste rezultate cu date statistice deja existente care arătau că populațiile care consumau o cantitate mai mare de sare tindeau să aibă un nivel mai mare al tensiunii arteriale.

Mai mult, studii recente asociază aceste diete sărace în sare cu evoluții negative în cazul diabetului de tip 2, din cauza accelerării complicațiilor cardio-vasculare. Un alt studiu, efectuat în 2010 la Harvard, arată că un consum scăzut de sare poate chiar contribui la apariția mai rapidă a rezistenței la insulină, precursorul diabetului de tip 2. Ca urmare a acestor studii, tot mai mulți specialiști în diabetologie pun sub semnul întrebării recomandarea unui consum scăzut de sare în cazul pacienților cu diabet de tip 2.

Restricționarea consumului de sare poate fi o problemă și pentru atleți, în special cei care practică sporturi de anduranță. Studii recente arată că acești atleți ajung în mod frecvent la niveluri scăzute de sare în sânge (hiponatremie). Astfel, la Maratonul de la Boston din 2002, circa 13% din cei aproape 500 de alergători au avut hiponatremie, în timp ce la alte evenimente sportive de asemenea



anvergură s-a ajuns chiar și până la o rată a hiponatremiei de 29%.

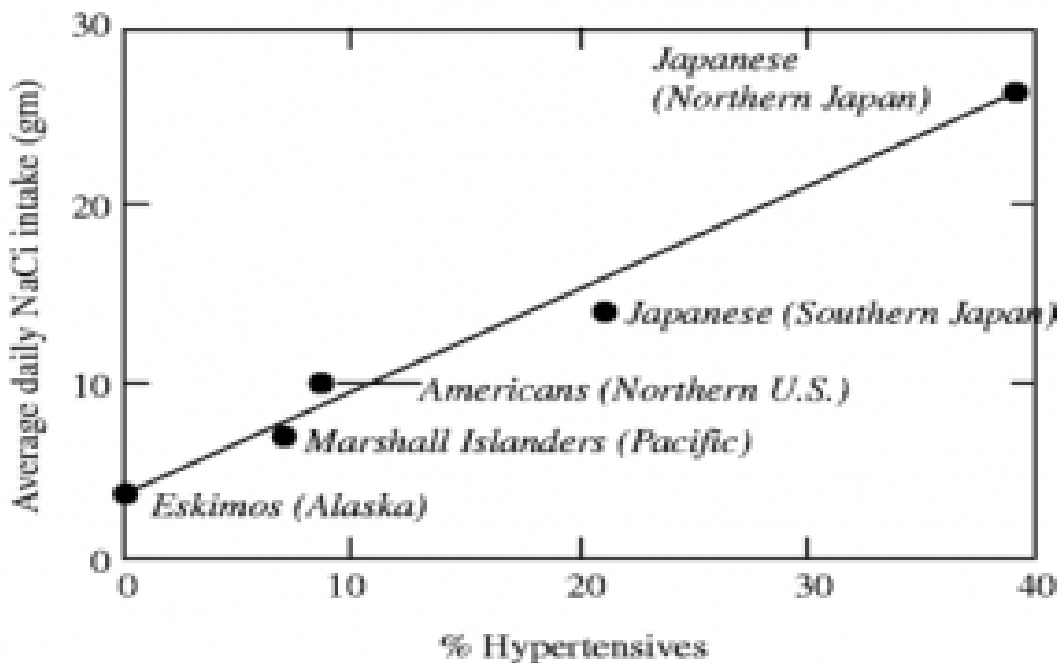
Cazurile severe de hiponatremie pot avea manifestări extrem de severe, precum edemul cerebral sau edemul pulmonar non-cardiogenic, complicații care pot duce la deces. Ca urmare, este foarte important ca atleții angajați în sporturi de intensitate mare sau de lungă durată (cum ar fi un maraton, de exemplu) să se asigure că își refac nivelul de sare necesar după pierderile suferite prin transpirație.

O altă categorie a populației pentru care restricții ale consumului de sare pot fi extrem de periculoase este populația în vârstă. S-a observat că persoanele în vârstă care suferă de hiponatremie prezintă un risc crescut de a cădea și suferi de fracturi de șold, precum și de a înregistra o scădere a abilităților cognitive. Din păcate, un procent destul de ridicat de persoane în vârstă prezintă hiponatremie, mai ales cei cu suferințe acute. Ca urmare, și pentru această categorie de populație restricțiile de sare pot duce la importante consecințe negative.

Pe de altă parte, din ce în ce mai multe studii din ultimii ani arată că doveziile științifice ale corelației dintre consumul de sare și tensiunea arterială sunt mai degrabă limitate și că o asemenea corelație, dacă există, este nesemnificativă. Astfel, într-un articol publicat în 1998 în revista *Science*, cercetătorul Gary Taubes a subliniat că dovezile științifice care arătau consecințele negative ale restricționării majore a consumului de sare au fost umbrite de atenția disproporționată acordată de opinia publică consecințelor ei pozitive.

Dacă în 1998 un studiu important dedicat consumului de sare nu a putut confirma corelația lineară dintre consumul de sare și tensiunea arterială, începând cu 2012 au început să apară tot mai multe studii care au demonstrat științific consecințele negative ale restricțiilor consumului de sare.

Dincolo de aceste controverse, este important de știut că pentru majoritatea dintre noi există o plajă de consum sănătos de sare,



Dahl – 2005 – corelația dintre consumul zilnic de sare și prevalența hipertensiunii în diferite zone geografice și pentru populații diferite

majoritatea specialistilor căzând de acord ca această plajă este de 1.5-3 lingurițe de ceai pe zi. Și, deloc surprinzător, majoritatea populației la nivel mondial consumă, în medie, echivalentul a 1.5-3 lingurițe de sare pe zi.

De asemenea, o altă recomandare cu care vasta majoritate a specialiștilor este de acord este că pentru anumite condiții medicale cronice, ca de exemplu bolile de rinichi, beneficiile restricționării consumului de sare depășesc cu mult potențialele efecte negative. Un consum crescut de sare accelerează deteriorarea funcției rinichilor în cazul pacienților cu boli cronice de rinichi, crește excreția de proteină din urină în cazul celor cu proteinurie și crește edemul în cazul insuficienței renale sau hepatice. Mai mult, în cazul unui consum excesiv de sare, probabilitatea de a suferi de atacuri de cord sau hipertensiune arterială crește în timp față de cei cu un consum moderat.

Din fericire, moderația reprezintă și în acest caz cheia dilemei legată de nivelul adecvat de consum de sare – există o cale de mijoc care ne permite să ne bucurăm de beneficiile aduse de sare în viața

noastră, de la bucuria gustului dat de sarea în bucate, la beneficiile de sănătate precum reglarea presiunii sanguine sau îmbunătățirea transmisiei nervoase și a contracției musculare.

Totul cu măsură, după cum spuneau grecii antici!

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

INTERNATIONAL HEALTH NEWS, William R. Ware, PhD – Editor, numărul 272, noiembrie 2016 - <http://www.yourhealthbase.com/ihn272.pdf>

*<https://chriskresser.com/shaking-up-the-salt-myth-the-dangers-of-salt-restriction/>

<https://hypertension.gumc.georgetown.edu/patientcare/dietarysaltrestriction>

<https://www.healthynomics.com>



Ziua Mondială a Diabetului - 14 noiembrie - stă sub semnul prevenirii diabetului și educării cu privire la acesta

Tema Zilei Mondiale a Diabetului 2016 este "ochii pentru diabetici", activitățile și materialele concentrându-se pe promovarea importanței screening-ului pentru a asigura diagnosticarea precoce a diabetului zaharat de tip 2 și tratamentul destinat reducerii riscului de complicații grave. Acțiunea face parte dintr-o serie anuală dezvoltată la inițiativa Federației Internaționale de Diabet, cu sprijinul Organizației Mondiale a Sănătății.

În contextul acestui eveniment, două sunt mesajele pe care ori-

cine ar fi util să le rețină: 1/ screening-ul în cazul diabetului zaharat de tip 2 este important pentru a reduce riscul de complicații și a-i modifica evoluția iar 2/ screening-ul orientat spre identificarea complicațiilor diabetului zaharat este o parte esențială a gestionării tuturor tipurilor de diabet.

Conform datelor existente, la nivel mondial, 415 milioane de adulți trăiau cu diabet în anul 2015, numărul acestora urmând să crească la aproximativ 642 milioane sau unul din zece adulți, în 2040.



Diabet - 2015

Peste **400 milioane** de
adulți

5 milioane de morți pe
an

Mai mult de **670 miliarde USD** costuri ale
sistemelor de sănătate

Tot atât de grav este și faptul că unul din doi adulți cu diabet zaharat nu este diagnosticat, mulți oameni trăind cu diabet zaharat de tip 2 pentru o perioadă lungă de timp, fără a fi conștienți de starea lor, astfel încât, până la momentul diagnosticului, complicațiile diabetului pot fi deja prezente.

Data fiind proliferarea nutriției de tip fast-food și lipsa activității fizice în rândul copiilor din multe țări, diabetul zaharat de tip 2 apărut în copilărie poate deveni o problemă globală de sănătate publică, aceasta în condițiile în care adoptarea unui stil de viață mai sănătos poate duce la prevenirea sau întârzierea a până la 70% din cazurile de diabet zaharat de tip 2.

În ceea ce privește screeningul pentru evitarea complicațiilor, acesta este o parte importantă a managementului eficient al bolii, pentru a asigura o sănătate optimă, dacă ne gândim că mulți din-

tre noi putem dezvolta sau trăi cu diabet zaharat de tip 1. Astfel, diabetul zaharat poate provoca orbire, boli cardiovasculare, insuficiență renală sau amputație la nivelul membrelor inferioare. Cea mai întâlnită complicație (care apare la peste 1/3 din cei 415 de milioane de adulți din întreaga lume care trăiau cu diabet în 2015) este o anumită formă de retinopatie diabetică asociată cu probleme de vedere și chiar orbire. În mod normal, gestionarea diabetului și a complicațiilor sale este responsabilitatea asistenței medicale primare, iar printre măsuri ar trebui să fie inclus screening-ul retinopatiei diabetice.

Alături de complicațiile oculare - glaucom, cataractă, retinopatie diabetică – în cazul în care diabetul nu este controlat adecvat, pacientul poate dezvolta și:

- complicații la nivelul membrelor inferioare - neuropatie, ulcere, și, uneori, cangrenă, care poate duce la amputarea piciorului;
- complicații cutanate – infecții și afecțiuni ale pielii;
- probleme cardiace - cum ar fi boala cardiacă ischemică, atunci când alimentarea cu sânge a mușchiului cardiac este diminuată;
- hipertensiunea - frecventă la persoanele cu diabet zaharat, care poate crește riscul de boli de rinichi, probleme oculare, infarct miocardic și accident vascular cerebral;
- sănătatea mintală - diabetul zaharat necontrolat crește riscul de depresie, anxietate și alte tulburări mintale;
- pierderea auzului - pacienții cu diabet au un risc mai mare de a dezvolta probleme de auz;
- afecțiuni gingivale - prevalență mult mai mare a bolilor gingiilor în rândul pacienților cu diabet;
- gastropareză - mușchii stomacului nu mai funcționează corespunzător;
- Sindromul hiperosmotic diabetic - nivelul de glucoză din sânge crește foarte mult. Este o condiție de urgență.



Dieta specială îi poate ajuta pe cei care suferă de diabet de tip 2

- cetoacidoza diabetică - dacă celulele musculare sunt private de energie, organismul poate răspunde prin metabolizarea grăsimilor stocate. Acest proces formează acizi toxici cunoscuți ca cetone. Lăsată netratată, cetoacidoza diabetică poate duce la comă diabetică.
- nefropatia - tensiunea arterială necontrolată poate duce la boli de rinichi;
- PAD (boala arterială periferică) - dureri la nivelul picioarelor, furnicături și uneori probleme la mersul pe jos;
- accident vascular cerebral - dacă nivelurile tensiunii arteriale, colesterolului și glucozei din sânge nu sunt controlate, riscul de accident vascular cerebral crește în mod semnificativ;
- disfuncție erectilă;
- infecții și probleme la vindecarea rănilor.

Dacă ne uităm la această lungă listă de complicații, devine extrem de evident faptul că prevenția și în special screeningul sunt extrem de importante.

Mai mult, pentru a preveni complicațiile, nu trebuie să uităm că a controla diabetul reprezintă, de fapt cel mai important și eficient tratament. Cu alte cuvinte, nu trebuie să uităm că diabetul este tratabil, în general. Dacă pentru diabetul zaharat de tip 1 nu există nici un tratament cunoscut, în cazul diabetului zaharat de tip 2 unii oameni au reușit să scape de simptome fără medicație, printr-o combinație de exerciții fizice, dietă și controlul greutății corporale.

De notat și cercetările efectuate de Clinica Mayo din Scottsdale Arizona care au arătat că operația de bypass gastric poate inversa diabetul zaharat de tip 2 într-un număr semnificativ de cazuri. Totuși, în termen de trei până la cinci ani, boala reapare la aproximativ 21% dintre ei. Motivul, cred cercetătorii respectivei clinici, este legat de istoria îndelungată a bolii (diabet zaharat de tip 2) înainte de operație. Acest lucru ar sugera că intervenția chirurgicală timpurie la populația obeză cu diabet zaharat ar putea îmbunătăți durabilitatea remisiei diabetului de tip 2.

Iată de ce, indiferent de metoda de prevenție adoptată - un stil de viață sănătos, screeningul dedicat reducerii riscului sau identificării complicațiilor, ori chiar intervenții chirurgicale „preventive” - diabetul zaharat trebuie să fie în atenția fiecăruia dintre noi permanent, nu doar în ziua dedicată acestei afecțiuni complicate.

Articol realizat de Mirela Mustăță, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

<http://www.medicalnewstoday.com/info/diabetes>

<http://www.idf.org/wdd-index/wdd2016.html>

<http://federatiaromanadiabet.ro/ziua-mondiala-a-diabetului/>

<http://www.medicalnewstoday.com/releases/247072.php>



Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) – un pericol serios la adresa sănătății publice

Stiți că BPOC este în creștere semnificativă ca și cauză de deces în ultimii ani, în timp ce bolile cardio-vasculare și coronariene au înregistrat scăderi importante în același interval? Astfel, deși în anii 1990 BPOC reprezenta a șasea cauză de deces, în prezent este a patra, iar în 2030 va fi a treia cauză de mortalitate din lume, potrivit estimărilor OMS. Situația este deosebit de serioasă și în România, care ocupă locul 3 în Europa la mortalitatea cauzată de BPOC. Aici, potrivit Societății Române de Pneumologie,

peste un milion de români sunt afectați de BPOC. Cel puțin la fel de îngrijorător este că prevalența acestei boli scade din ce în ce mai mult sub pragul vârstei de 35-40 de ani, în timp ce peste 50% din populația de peste 40 de ani a fost identificată ca fiind la risc de BPOC.

Bronhopneumopatia obstructivă cronică este o afecțiune severă care determină progresiv incapacitatea de a respira. Simptomele includ tusea cronică (minimum trei luni pe an), expectorația și greutatea la respirație. Aceasta din urmă apare inițial la eforturi mari, dar progresează în timp până la apariția dispneei de repaus.

Factorii de risc ai BPOC includ factori necontrolabili, precum deficitul sever de alfa 1-antitripsină, dar, în primul și primul rând factori controlabili precum fumatul sau expunerea la locul de muncă la pulberi și alte substanțe chimice nocive. Poluarea generală din interiorul și exteriorul casei este și ea un factor important de risc



pentru BPOC.

BPOC nu este curabilă, dar tratamentul ajută la încetinirea evoluției bolii și la creșterea calității vieții celor afectați. Tratamentul poate fi atât farmacologic (bronhodilatatoare, glucocorticosteroizi), dar și nefarmacologic, care constă în principal din practicarea unor programe de exerciții de respirație sau, în cazul pacienților cu insuficiență respiratorie gravă, administrarea de oxigen. De asemenea, educația pentru sănătate poate avea un rol important în îmbunătățirea calității vieții prin adoptarea unui stil de viață sănătos (exerciții fizice și alimentație sănătoasă) și a unor măsuri de reducere și evitare a poluării din mediul interior și exterior.

Din păcate, BPOC este o boală care se confruntă cu o sub-diagnosticare serioasă. Tocmai de aceea Ziua Internațională, sărbătorită în fiecare an pe 16 noiembrie, este o oportunitate ideală de a crește gradul de informare a populației cu privire la această afecțiune gravă și de a lupta contra sub-diagnosticării ei prin promovarea spirometriei. Având în vedere prevalența bolii, această metodă simplă de depistare activă a bolii ar trebui să devină la fel de răspândită ca luarea tensiunii, susțin specialiștii pneumologi.

Ca să sprijine acest demers, Societatea Română de Pneumologie organizează teste spirometrice gratuite în locuri publice din București și din țară, cu prilejul Zilei Internaționale BPOC. În acest fel populația este încurajată să afle care este vârsta reală a plămânilor. Mulți dintre cei afectați de BPOC nu împărtășesc acest lucru cu medicul lor de familie decât foarte târziu, când simptomele devin alarmante, crezând că oricum nu pot fi ajutați să țină sub control evoluția bolii. Nimic mai fals. Diagnosticarea precoce și corectă a BPOC contribuie semnificativ la încetinirea evoluției bolii și creșterea calității vieții pacienților, reducând astfel și costurile bolii atât pentru pacient, cât și pentru societate.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

Florin Mihălțan, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta” București - Editorial “Este oare suficient ce facem pentru BPOC?”, Pneumologia vol. 61, nr. 1, 2012

<http://www.agerpres.ro/flux-documentare/2014/11/19/ziua-mondiala-a-bronhopneumoniei-obstructive-cronice-08-29-40>

<https://www.blf.org.uk/support-for-you/copd/world-copd-day>

<http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2015/01/BPOC-pliant-2012.pdf>

<http://www.desprebpoc.ro/>

<http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2015/01/BPOC-pliant-2012.pdf>



1 Decembrie – Ziua luptei împotriva stigmatizării persoanelor infectate cu HIV vine cu o știre îngrijorătoare

Scăderea numărului de noi infectări cu HIV la persoanelor adulte a încetat.

Un raport UNAIDS arată că aproape 1,9 milioane de adulți s-au infectat cu HIV în fiecare an, cel puțin în ultimii 5 ani, și că numărul infectărilor noi crește în anumite regiuni.

Strategia UNAIDS pentru anii 2016-2021 este un apel curajos la acțiune pentru atingerea ambițiosului obiectiv de a eradica epidemia de SIDA până în 2030. Obiectivul de parcurs este ca până în 2020 să se atingă țintele 90-90-90: 90% dintre cei care sunt infectați cu HIV sunt conștienți de condiția lor, 90% dintre cei conștienți de

condiția lor sunt sub tratament, iar 90 % dintre cei care sunt sub tratament au o “încărcătură virală” scăzută.

Încărcătura virală este cantitatea de HIV din sângele cuiva infectat cu HIV. Când încărcătura virală este scăzută, probabilitatea cuiva de a transmite HIV este mult redusă. Ca urmare, scăderea încărcăturii virale este un obiectiv de sănătate al persoanelor infectate. Atingerea acestei etape nu înseamnă că persoana respectivă este sănătoasă, căci virusul este încă prezent în organismul lor, ci că el este ținut sub control și nu mai este capabil să se multiplice și să le distrugă sistemul imunitar, ceea ce le permite celor infectați să aibă o durată de viață aproape normală.

Este trist de știut că sunt 22 de milioane de persoane la nivel mondial care sunt infectate cu HIV, dar care încă nu pot accesa tratamentul necesar. Statisticile arată clar că eforturile de prevenire a infectării cu HIV trebuie revigorat, dacă dorim să rămânem în grafic pentru atingerea obiectivului de eradicare a epidemiei SIDA până în 2030. În plus, acest lucru e mult mai greu de obținut, dacă persoanele infectate sunt marginalizate și stigmatizate, chiar și când acestea ar putea avea acces la diagnosticare și tratament, deoarece ele se vor feri de un eventual control medical sau de a fi descoperite luând un tratament.



Fast-Track Targets

by 2020

90-90-90

Treatment

500 000

New infections among adults

ZERO

Discrimination

by 2030

95-95-95

Treatment

200 000

New infections among adults

ZERO

Discrimination

WORLD AIDS DAY

1 DECEMBER 2016

A fi diagnosticat astăzi cu HIV înseamnă cu totul altceva decât însemna acum 20 sau 30 de ani. Infectarea cu HIV nu mai este o condamnare la moarte. Și totuși, a trăi cu HIV este încă extrem de dificil din cauza atitudinii stigmatizante a celor din jur.

Ca urmare, tema sub care este marcată anul acesta Ziua Internațională de Luptă împotriva SIDA este legată de sensibilizarea opiniei publice față de stigmatizarea pe nedrept a acestor persoane și față de toate consecințele ei negative, atât pentru cei infectați, cât și pentru comunitate.

“Problemele pe care mi le crează ceilalți îmi fac atât de dificilă viața încât singura opțiune confortabilă pe care o am este să-mi iau medicamentele, să rămân șomer și să-mi aleg cu mare atenție prietenii...” declara recent o persoană infectată cu HIV.

Noi, ceilalți, suntem chemați ca măcar de 1 decembrie, atunci când avem ocazia să privim funda roșie, simbolul luptei anti HIV/SIDA, să conștientizăm modul în care îi tratăm și judecăm deseori pe cei infectați și să ne asumăm nevoia schimbării atitudinilor și comportamentelor noastre față de aceștia.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

http://www.cnlas.ro/images/doc/30062016_eng.pdf

<https://www.worldaidsday.org/the-red-ribbon>

<https://www.worldaidsday.org/campaign/hiv-not-retro>

http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/WAD2016_handsupforHIVprevention

3 decembrie – Ziua internațională a persoanelor cu dizabilități

Evelyn Glennie este o tânără din Marea Britanie care a contribuit la schimbarea politicii de admitere a instituțiilor muzicale din Marea Britanie referitoare la persoanele cu deficiențe de auz.

Deși a dezvoltat o serie de probleme auditive la o vârstă fragedă, Glennie a continuat să-și cultive dragostea pentru muzică, pentru percuție, în mod particular.

Refuzată la prima probă de admitere la Academia Regală de Muzică din Regatul Unit, ea a contestat sistemul.

A ajuns să vorbească împotriva discriminării, când a realizat, în urma solicitării sale de a i se explica motivul respingerii, că acesta nu se referea la performanța sa, ci la faptul că cei din comisie au considerat că cineva cu problemele ei de auz nu ar putea fi angajată într-o orchestra profesionistă. Așa că Glennie a insistat să i se judece doar capacitățile muzicale, atunci când i se analizează candidatura. Nu doar că a convins Academia Regală de Muzică, dar demersul ei a generat ulterior reformarea politicii de admitere a instituțiilor



Glennie, la Geneva, recital cu ocazia celei de a 10-a aniversări a Convenției pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD)

muzicale peste tot în Marea Britanie.

S-ar putea spune că aceasta este o situație mai fericită, care se poate întâlni mai frecvent în țările mai dezvoltate, în timp ce, în cele mai puțin dezvoltate, persoanele cu handicap sunt mai afectate, în general, de sărăcie și marginalizare. De multe ori, acestea se confruntă cu discriminare și bariere, în fiecare zi, care le restricționează participarea la viața socială în condiții de egalitate cu ceilalți. Lor li se refuză drepturile de a fi incluse în sistemul școlar general, de a fi angajate, de a trăi independent în comunitate, de a se mișca liber, de a vota, de a participa la activități sportive și de cultură, de a se bucura de protecție socială, de a avea acces la justiție sau la tratament medical și de a alege în mod liber să își asume angajamente legale cum ar fi cele legate de vânzarea sau cumpărarea de proprietăți.

Cu toată protecția garantată de tratatele privind drepturile omului care-și au rădăcina în Declarația Universală a Drepturilor Omului, persoanele cu dizabilități rămân, de multe ori, “invizibile”, marginalizate în dezbaterile privind drepturile și fără a se bucura de în-

treaga gamă de drepturi ale omului.

Este, de asemenea, adevărat că, în ultimii ani, se simte o schimbare în abordarea la nivel global a acestei zone, pentru a limita decalajul de protecție și pentru a asigura persoanelor cu dizabilități aceleași standarde sau oportunități.

Astfel, Convenția cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilități, care a fost adoptată în 2006 și a intrat în vigoare în 2008, demonstrează o “schimbare de paradigmă”, de la abordările tradiționale orientate spre caritate și medicalizarea serviciilor acordate acestora, la unele care pun accentul pe drepturile omului.

În ceea ce privește situația din România, aici, după anumite surse, sunt înregistrate 760,000 de persoane, dintre care 17,682 sunt în centre de îngrijire dedicate. Dintre aceștia, 70,200 sunt copii, 6,719 fiind în centre de îngrijire permanente. (Georgiana Pascu, Director de Program, Centrul pentru Resurse Juridice, 29 martie 2016). Potrivit aceleași surse, datele statistice referitoare la acești copii deținute de Ministerul Muncii sau Ministerul Educației sunt limitate. De exemplu, în cazul celor 6,719 copii nu se știe ce tip de dizabilitate au, cum se împart pe grupe de vârstă sau câți sunt cu vârste de sub 3 ani.

Dacă ne uităm, de exemplu, la modul în care persoanele cu dizabilități îți exercită unele drepturi, cum ar fi accesul la justiție, același expert menționează că anual se înregistrează din partea acestora între 10 și 20 petiții, un nivel extrem.

De aici putem trage cel puțin două concluzii: drepturile acestor persoane sunt puțin cunoscute (1), iar atitudinea lor sau a celor din familiile lor este una de acceptare ori resemnare, mai degrabă decât una de militant activ (2).

Deși din septembrie 2014 Guvernul României a adoptat o strategie națională pentru persoanele cu dizabilități pentru perioada 2016-2020, ea pare mai degrabă a se limita la implicarea specialiștilor și profesioniștilor, poate și a beneficiarilor, cu toate că este greu de analizat cum funcționează, dacă judecăm după informațiile sărace

care ajung în sfera publică referitoare la punerea ei în practică.

Această strategie numită “O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități” își propune să stimuleze participarea activă a persoanelor cu handicap în viața socială, prin creșterea accesibilității fizice a mediului înconjurător, oferirea de informații care-i privesc, servicii sociale, medicale și educaționale de calitate și printr-o mai bună monitorizare a modului în care drepturile lor sunt respectate. Zonele de interes pentru această strategie sunt: accesibilitate, participare, egalitate, ocuparea forței de muncă, educație și formare, protecție socială, sănătate și statistici și colectarea de date.

Măsurile vizate de această strategie se referă la stabilirea cadrului normativ necesar, a standardelor minime și a ghidurilor pentru accesul în transportul public, crearea serviciilor suport pentru exercitarea capacităților legale și realizarea de campanii de conștientizare publică.

În ceea ce privește finanțarea, cea mai mare parte a banilor necesari pentru punerea în practică a acestei strategii vin de la bugetul de stat, bugetele locale și din fonduri europene.

Tot în zona susținerii și promovării la nivelul Uniunii Europene a temei regăsim și conferința care celebrează Ziua persoanelor cu dizabilități. Ea se încadrează în eforturile UE de a promova abordarea integrată a problemei dizabilității în conformitate cu Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități la care UE este membră din ianuarie 2011 și cu Strategia UE privind dizabilitatea 2010 – 2020.

Iar această preocupare nu este nejustificată, dacă ne gândim că la nivelul UE 28 (în anul 2012) vorbim despre peste 42 milioane persoane cu dizabilități, aproximativ 13% din populație.

Oricum, revenind la povestea lui Evelyn Glennie, este mai mult decât evident că, dincolo de preocupările guvernelor, instituțiilor internaționale sau profesioniștilor, schimbarea nu se poate produce fără o clară implicare a persoanelor cu dizabilități și a familiilor acestora. Atât timp cât acestea se vor limita la a aștepta recunoașterea

drepturilor, procesul de schimbare este lent și drumul către “O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități” nu poate fi unul ușor de parcurs, mai ales pentru societăți care au pornit mai recent pe el.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

<http://www.agerpres.ro/english/2016/03/29/some-760-000-disabled-people-in-romania-17-682-in-care-centres-independent-statistic--15-27-56>

<http://www.romania-insider.com/romaniass-government-adopts-national-strategy-people-disabilities/>

<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/DisabilityIndex.aspx>

<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/EvelynGlennie.aspx-#sthash.TBwhKIgr.dpuf>

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=ro&catId=88&event-sId=1152&furtherEvents=yes>

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Prevalence_of_basic_activity_difficulties_or_disability,_persons_aged_15%E2%80%9364,_2011_and_2012_DIS2015.png



Universitatea din Birmingham City din Marea Britanie este interesată să colaboreze cu Ordinul Asistenților Medicali din România pentru a dezvolta comunitatea de nursing – interviu cu Profesor Joy Notter

În timpul acestei vizite în România, ce activități ați desfășurat împreună cu Ordinul? Care au fost planurile dumneavoastră pentru această nouă misiune, după cea precedentă, de acum 2 ani?

Dacă dată trecută am prezentat diferite instrumente, acum vrem să lucrăm împreună pentru a îi ajuta pe asistenții din România să le pună în practică, vrem să le arătăm cum bunele practici îmbunătățesc siguranța pacientului și satisfacția profesională.

Iar obiectivele specifice ale misiunii care sunt? Mi-ați spus despre controlul infecțiilor. Acesta este un subiect foarte prezent în mass media din România din ultimul timp. Ce înseamnă exact controlul infecțiilor și de ce ar trebui asistenții medicali să fie interesați de acest subiect? Nu este el responsabilitatea medicilor?

Nu, de fapt, un nu categoric! În mod tradițional, medicii erau aceia care scriau rapoartele despre controlul infecțiilor, ei monitorizau numerele, dar persoana de la capul patului bolnavului este asistentă medicală. Ea este persoana cea mai apropiată de pacient. Nu are niciun rost ca medicul să fie foarte atent în controlul infecțiilor, dacă asistenta nu urmează aceleași precauții. Asistenții medicali sunt, de fapt, foarte importanți în prevenirea infecțiilor. Iar acest lucru duce la siguranța pacientului. În Marea Britanie avem un cod profesional și una dintre cerințele principale este “să nu faci rău.” Iar infecțiile îi fac rău pacientului. Principalul motiv pentru care noi existăm este să protejăm pacientul. Am ales, deci, controlul infecțiilor pentru că este un subiect pe care trebuie să îl știe toată lumea.

Când am întâlnit prima oară asistenți medicali din București, în prima mea vizită în România, câțiva dintre ei (nu Carmen – n.b. dna Carmen Mazilu - căci ea a fost mereu pe aceeași lungime de undă cu noi) mi-au spus – “nu, nu, noi nu avem nimic de a face cu infecțiile.” Și atunci le-am spus că nu este așa. De fapt, voi sunteți cei care stați la patul bolnavului. Voi îl îngrijiți și este, de fapt, răspunderea voastră la fel de mult ca a medicului. Asistenții de aici au

nevoie să înțeleagă acest lucru și au nevoie de instrumente pe care să le aplice pentru controlul infecțiilor.

Asistența medicală din România s-a schimbat foarte rapid, dar problema, în acest caz, este cea a unui sistem foarte ierarhic. Așa că acum trebuie să le încurajăm pe asistentele medicale să-și găsească vocea în a spune – lucrurile trebuie făcute în felul acesta. Iar acest lucru poate fi realizat cu ajutorul bunelor practici, acestea sunt măsurabile, sunt bazate pe dovezi. Asistentele medicale au nevoie și de un alt mod de a gândi.

De ce este Universitatea din Birmingham interesată să colaboreze cu Ordinul Asistenților Medicali din România? Ce vă aduce acest parteneriat?

Este un schimb de cunoștințe, un schimb de experiență din care noi învățăm foarte mult. De fiecare dată când întâlnești pe cineva dintr-un alt mediu și schimbi idei și experiențe, înveți. Și nursing-ul e o comunitate, o comunitate globală. Așa că, inevitabil, vrem să ne întâlnim cu colegii noștri și să învățăm unii de la ceilalți. Este atât de simplu! Este un mod atât de frumos de a merge înainte împreună, prin acest schimb de idei și bune practici.

Vreți deci să schimbați lumea nursingului.

Da! Nu-i așa că e atât de normal?

Lucrați în diferite țări cu profesioniști din domeniul promovării sănătății. Care sunt asemănările și care sunt deosebirile?

Similaritățile sunt grija pentru oameni, dorința de a îngriji oamenii, pentru ca aceștia să se facă bine, dorința de a-i vedea sănătoși. Cea mai mare diferență este “baza de putere.” În Marea Britanie, asistenții medicali sunt “răsfățați” – au mai multă autonomie decât în orice altă țară, incluzând Olanda și SUA. Dar noi am luptat pentru această autonomie, am luptat din greu. Și aș vrea să îi văd și pe asistenții medicali din alte țări având aceeași libertate, pentru că pacienților le merge mai bine când asistenții medicali au această libertate, această autonomie profesională.

Nu sunt suficienți doctori nicăieri în lume. Există un deficit de doctori. Ei trebuie să se ocupe de "tehnicități", de cazurile cele mai grele. Asistenții medicali nu sunt "mini-doctori", dar ei se pot ocupa de îngrijirea pacienților și de planificare. Pentru mine, diferența e clară – asistenții îngrijesc, medicii vindecă. Dar "a îngriji" înseamnă mult mai mult decât ne închipuim. Până acum, medicina s-a schimbat foarte rapid și medicii s-au adaptat odată cu această evoluție. Nursing-ul nu s-a adaptat la fel de repede. A rămas cumva în urmă, iar acum trebuie să recupereze decalajul, pentru a putea ține pasul cu avansul din domeniul medicinei. Dacă nu progresăm la fel de repede, îi vom ține în loc și pe doctori, nu vor putea să fie la fel de buni.

În Marea Britanie, toți asistenții medicali înregistrați sunt absolvenți de studii superioare. De ce ați adoptat acest sistem?

Parțial fiindcă există o bază solidă de cercetare care arată că un asistent medical performează cu atât mai bine, cu cât este mai educat. Recomandările OMS sunt în favoarea studiilor superioare ale asistenților medicali. Și fiindcă Marea Britanie este o țară occidentală de frunte, tindem să urmăm recomandările OMS. De asemenea, Colegiul Regal al Asistenților Medicali a făcut cercetări care arată că avem nevoie de asistenți care pot lua decizii, au abilități de gândire critică, pot planifica. Acestea sunt dezvoltate de studiile superioare. Aptitudinile de zi cu zi se pot învăța prin practicarea profesiei, dar planificarea și gândirea critică se dezvoltă prin educația superioară. Iar acestea duc la diferențe semnificative între rezultatele îngrijirilor oferite de asistenții cu educație superioară față de ceilalți.

La ce diferențe de rezultate medicale vă referiți mai exact? Dumneavoastră aveți o experiență vastă care vă permite să faceți această comparație.

De exemplu, există diferențe în rapiditatea recuperării pacienților. O situație – există persoane în vârstă care vin la spital pentru protezarea șoldului la 6:00 dimineața, sunt operați la 8:00, la 13:00 coboară din pat, iar la 18:00 pleacă acasă. Sunt cazuri în care pa-

cienții stau în spital doar 3 zile și nu 10, datorită calității îngrijirilor oferită de asistenții medicali cu studii superioare. Mobilizarea e mai bună, există o prevenire mai bună a infecțiilor, în general, îngrijirile sunt mai eficace fiindcă asistentul respectiv are cunoștințele și aptitudinile să lucreze cu pacientul, să evalueze nevoile individuale. Acestea sunt îngrijirile centrate pe pacient. Nu se poate face după manual – manualul se învață, dar apoi trebuie să te uiți la pacient și să adaptezi îngrijirile la nevoile lui. Pentru acest lucru, ai nevoie de gândire critică, ai nevoie de abilități de analiză și rezolvare a problemelor, ai nevoie de un set de abilități de ordin superior care se dobândesc în studiile universitare.

Poți să ai și asistenți medicali cu studii medii, dar asistenții principali care fac planificarea trebuie să aibă educație superioară, dacă vrem să îmbunătățim rezultatele actului de îngrijire.

O să dau un exemplu – când am venit ultima dată în România, am vizitat o unitate medicală, unde o asistentă ne-a spus că pacienții fac, de obicei, escare de presiune. Nu avea încrederea în sine și abilitățile de planificare pentru a preveni acest lucru. Atunci i-am spus cum poate să pună în balanță toate costurile îngrijirii escarelor cu cel al cumpărării unui aparat care să atenueze presiunea asupra pacientului. Acest tip de abordare se fundamentează pe gândire critică și pe planificare, pe abilitatea de a prelua inițiativa și de a iniția schimbări.

Iar o altă diferență cheie este că nu ai voie să mai spui – așa mi-a spus doctorul. Ce faci, faci pe propria răspundere. Și dacă știai că este greșit ce-ți spune doctorul și totuși ai făcut așa, tu ești persoana responsabilă. Este greu. Îmi aduc aminte de un caz al unei asistente din Qatar. Acesteia i-a spus doctorul să facă o injecție intravenoasă în braț. A spus nu, la început dar apoi, la insistențele doctorului, a administrat injecția și brațul pacientului a suferit arsuri. Asistenta a fost cea penalizată, pentru că, deși știa că este greșit, a făcut totuși procedura. Nu mai poți spune, doctorul mi-a spus, trebuie să-ți asumi răspunderea.

Mi-ați spus o dată că sunteți foarte mândră că sunteți asistentă,

de ce?

Pentru că oamenii contează și este un privilegiu să îți se permită să stai la patul lui, să primești încrederea lui, să faci lucruri pe care nu i-ar lăsa nici pe cei mai buni prieteni să i le facă. Este o poziție cu adevărat privilegiată și acceptarea ta ca persoană care acordă îngrijirile de care au nevoie pentru a se face bine, această încredere este ceva de care poți să fii mândru.

Da, trebuie să lucrezi din greu pentru a dobândi cunoștințele și aptitudinile și atunci când o faci, le poți folosi. Nu mă pot gândi la nimic altceva care te recompensează atât de mult. Îți aduce o răspundere specială și mândria de a fi capabil să le oferi oamenilor ce au nevoie, îngrijirile de care au nevoie. Sunt mândră de faptul că oamenii au încredere suficientă să te lase să îi îngrijești.

Și sunt mândră când îi văd pe oameni plecând din spital și ducându-se acasă, sunt mândră de încrederea și privilegiul de a avea grijă de cineva.

Profesia dumneavoastră a crescut foarte mult în timp – acum faceți cercetări, gestionați spitale fără ajutorul medicilor. Care e nivelul următor?

Nu există un nivel următor – ne vom schimba după cum sunt cerințele societății de a ne schimba. Nevoile de îngrijiri ne vor face să ne schimbăm. Toate schimbările sunt generate de anumite nevoi. Este vorba despre capacitatea de a răspunde nevoilor, orice formă ar lua ele și este vorba despre a avea curajul și dorința de a face aceste schimbări. Nu putem spune ce va fi – A, B sau C. Asta va depinde de nevoile societății.

Dar un lucru e sigur, va exista mai multă practică independentă. Asta pentru că în locuri ca Republica Moldova, de exemplu, nu există suficienți doctori, așa că din ce în ce mai multe asistente vor fi chemate să joace acel rol. Și ele vor fi capabile, pentru că nu va exista nicio altă alternativă. Într-o lume suprapopulată trebuie să folosești cât de bine resursele pe care le ai. Nursing-ul va răspunde mereu nevoilor societății.

Care e planul dumneavoastră de viitor în privința relației cu Ordinul București?

Două lucruri – aș vrea în primul rând să avem o relație activă, o relație care se întărește și crește. Și aș vrea să văd mai multe schimbări. Mi-aș dori, de exemplu, ca Ordinul să fie interesat de o colaborare cu organismul nostru de licențiere, de la care ar primi mult sprijin. Când Ordinul este pregătit, aș fi foarte bucuroasă să facilitez colaborarea. La fel și cu Colegiul Regal al Asistenților Medicali din Marea Britanie, pentru că facem parte din aceeași comunitate și mi-ar plăcea ca cele doua organisme să lucreze împreună. Asistenții împărtășesc, acesta este singurul mod posibil, pentru că pe măsură ce schimbi mai multe idei, cu atât mai mult înveți să devii un asistent mai bun și poți astfel servi mai bine pacienții.

Asistenții din România cresc foarte rapid din punct de vedere profesional și ar fi excelent ca ei să nu facă greșelile pe care le-am făcut noi când eram în același punct. Putem împărtăși o mulțime de lucruri pe care noi nu le-am făcut bine la vremea noastră. Asistenții din România pot să le analizeze, pot să ia ce e relevant. Am fi foarte bucuroși să împărtășim și să fim foarte transparenti legat de ce am făcut noi, dar cei de aici vor trebui să adapteze aceste lucruri la nevoile locale, nu se pot importa identic. Și este vorba de a le da oamenilor șansa să-și accelereze creșterea, să facă schimbarea într-un mod mai ușor decât cu forța.

Putem să ne fim ”cutie de rezonanță” unii altora – toți avem nevoie de cineva care să ne asculte și cu care să discutăm. Putem face acest lucru împreună. De exemplu, eu trebuie să fiu evaluată din 3 in 3 ani de către o altă asistentă și am vrea să facem acest lucru și cu alte țări. Să împărtășim și să vedem ce putem face împreună, să facem cercetare împreună, de exemplu. Să progresăm ca o comunitate, o comunitate puternică.

Luând interviuri asistenților din România, am auzit de multe ori, când îi întrebam de ce și-au ales această profesie – aș fi vrut să mă fac doctor, dar nu am reușit. Care este situația în Marea Britanie?

Și la noi se mai întâlnesc cazuri, deși din ce în ce mai rare, pe măsură ce profesia de asistent medical a crescut în statut social și a deveni asistent este acum o alegere pozitivă. Și în România, pe măsură ce nursing-ul se va dezvolta, fenomenul va fi același.

Când eram mai tânără, am vrut să devin medic pediatru la un moment dat, dar apoi am realizat că fusesem născută să fiu asistentă medicală, nu doctor. E un rol diferit și nu era potrivit pentru mine, deoarece eu nu sunt atât de pasionată de a vindeca, cât de a îngriji. Voiam și vreau să lucrez cu oameni. Puteam să fac medicina, pe când conduceam o secție m-au întrebat dacă vreau să merg la facultatea de medicină și am spus nu. Întotdeauna am vrut să lucrez într-un spital. E nevoie să-ți găsești nișa și eu am făcut-o. Până la urmă, e important să împărtășești mereu și să vrei să faci schimbări și asta am făcut și voi face. Iar doctorul și asistentul sunt complementari și trebuie să știi ce ți se potrivește cel mai bine. Eu am știut și am fost 1 din 3 colegi din școala noastră care nu am mers la facultate, ci am ales nursing-ul.

Ați lucrat vreodată cu un asistent medical din România?

Da, am făcut-o și pot spune că au un nivel bun de aptitudini, dar nu au încrederea în sine pe care o au asistenții din Anglia, însă acest lucru se poate învăța.

Dacă veniți în Anglia, am dori să vă invităm să vizitați un spital din Birmingham unde avem asistenți medicali din România care vă vor putea împărtăși din experiențele lor de acolo.

Mi-ar plăcea foarte mult! Vă mulțumesc și sper că ne vom revedea pentru un alt interviu despre progresul colaborării dumneavoastră cu Ordinul Asistenților Medicali din România.

A consemnat Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în Comunicare și Relații Publice, PhD



Istoria cercetării în asistența medicală – o cale de urmat pentru asistentele medicale pasionate de cunoaștere

Cercetarea, indiferent de domeniu, stă la baza progreselor înregistrare și a eficienței investiționale, iar medicina și farmacia nu fac excepție. Dacă ne uităm doar la câteva cifre publicate de Asociația Institutelor de Cercetare Medicală din Australia vom vedea că investițiile în cercetarea din domeniul sănătății din doar 10 ani (2000- 2010) se estimează că au redus cheltuielile sis-

temului de sănătate australian cu 966 milioane \$, iar câștiguri de încă 6 miliarde sunt evaluate ca urmare a bunăstării astfel dobândite.

Cercetarea din domeniile medicină și farmacie este cea care a adus cele mai multe dintre progresele ultimului secol, ea fiind responsabilă de producerea celor mai multe medicamente și tratamente semnificative pe care le avem astăzi. Fără acest tip de cercetare, mulți pacienți ar fi murit din cauza celor mai puțin periculoase afecțiuni.

Este meritul oamenilor de știință, al medicilor, asistenților medicali, biologilor și al altor profesioniști din domeniul sănătății care, mânați de pasiunea pentru profesiile lor și de cunoaștere, au reprezentat forța din spatele domeniului cercetării medicale.

Poate mai puțin vizibili decât ceilalți membri ai echipelor de cercetare, asistenții medicali reprezintă o verigă extrem de importantă care creează, testează și validează cercetarea în domeniului farmaceutic și al tratamentelor pentru diferite probleme medicale. Munca pe care acești oameni o fac poate ajuta la dezvoltarea unor medicamente și tratamente care să revoluționeze lumea medicală, îi poate ajuta pe pacienții lor să trăiască o viață mai bună sau să-și prelungească viața. Partea de cercetare de care sunt responsabili poate să însemne studierea unor boli sau tulburări, dezvoltarea unor noi planuri de tratament, ori testarea unor noi tratamente sau medicamente care pot schimba modul în care o boală sau tulburare este percepută.

Deși această componentă a activității profesionale poate fi extrem de motivantă pentru un asistent medical, ea presupune și un efort suplimentar, stres și, uneori, frustrare. Pe de o parte, cercetarea respectivă poate să nu fie percepută ca un lucru util de toată lumea, ceea ce poate genera o serie de opoziții sau chiar lipsa unui suport real din partea angajatorului presat de problemele stringente curente. Mai mult, dacă un asistent medical lucrează doar într-un proiect de cercetare, jobul său poate dispărea odată cu terminarea fondurilor pentru proiectul respectiv.

Pe de altă parte, un asistent medical interesat de activitatea de cercetare va avea întotdeauna un atu faţă de colegii săi pentru că, pe lângă faptul că noile activităţi de cercetare îi vor aduce cunoştinţe suplimentare din domeniul instrumentelor şi metodelor de cercetare, el va fi întotdeauna selectat să facă partea din aceste echipe tocmai pentru că este mai bine pregătit în domeniul său profesional.

În plus, un asistent medical care va face parte din echipele de cercetare îşi va dezvolta capacitatea de comunicare, deoarece va fi pus în situaţia de a interacţiona eficient cu echipa de cercetători din care face parte – biologi, medici, sociologi, farmacişti, pacienţi sau reprezentanţi ai companiilor farmaceutice.

Rolul unei asistente medicale implicată în cercetare poate fi foarte diferit, în funcţie de responsabilităţile alocate acesteia de conducătorul echipei de cercetare - unele asistente pot fi responsabile să studieze bolile, pe când altele pot ajuta la crearea sau îmbunătăţirea unor tratamente sau medicamente.

În ceea ce le priveşte pe asistentele medicale care studiază bolile,



rolul lor poate fi extrem de complex, pornind de la studierea rezultatelor obținute până la acel moment, până la monitorizarea atentă a pacienților, examinarea jurnalelor medicale sau observarea, studierea și îngrijirea pacienților care suferă de o anumită boală. Alte asistente medicale care lucrează în cercetare pot organiza, asigura supravegherea sau asista în studiile clinice care implică noi medicamente sau metode de tratament.

Ele pot fi responsabile și pentru evaluarea adecvată a posibilităților subiecți pentru testele clinice sau examinarea istoricului medical al pacienților. Pe baza informațiilor pe care le adună, tot ele vor lua o decizie cu privire la care pacienți sunt cei mai buni candidați pentru anumite studii clinice. Pe parcursul testelor clinice, asistenții medicali care au și activitate de cercetare vor administra medicamente, efectua diferite proceduri de tratament și vor monitoriza îndeaproape progresele înregistrate la fiecare pacient, atât în ceea ce privește efectele secundare, interacțiunile cu diverse alte medicamente, precum și eficiența globală a medicației. Informațiile și datele adunate pe parcursul perioadei cercetate vor fi cuprinse în rapoartele destinate cercetătorilor coordonatori sau specialiștilor.

În ceea ce privește angajarea, deși pregătirea presupune un efort important, recompensele profesionale pot fi semnificative, dat fiind că asistenții medicali calificați pentru activitatea de cercetare pot fi selectați de institutele de cercetare specializate, universități, companiile farmaceutice, spitalele universitare, agențiile guvernamentale.

Un exemplu de studiu care poate sprijini activitatea agențiilor guvernamentale este cel derulat în Centrul Judith Lumley, Universitatea La Trobe, în Australia și intitulat "Folosirea teoriei pentru a proiecta, implementa și evalua screeningul și îngrijirile oferite de asistența medicală în problemele legate de violența domestică". El a pornit de la nevoia de a spori capacitatea de identificare a riscurilor și de sprijin acordat de asistenții medicali femeilor abuzate și s-a bazat pe folosirea Teoriei Normalizării Proceselor (TNP) în cazul studiului MOVE (îmbunătățirea asistenței medicale acor-



dată mamei și copilului pentru mamele vulnerabile), un studiu randomizat și controlat care a urmărit să stimuleze intervenția de tip investigație din partea asistentelor medicale, planificarea modului de asigurare a protecției și referirea femeilor abuzate. Cercetarea a demonstrat că folosirea modelului teoretic în astfel de cazuri poate sprijini aplicarea unor intervenții complexe, poate umple golul ori face puntea dintre teorie și practică și îmbunătățește rezultatele intervențiilor menite a sprijini femeile care se confruntă cu violența în familie.

În concluzie, asistenții medicali implicați în activitatea de cercetare pot contribui semnificativ la dezvoltarea cunoașterii pentru a construi fundația practicii clinice, preveni îmbolnăviri și disabilități, gestiona și elimina simptome care pot conduce la îmbolnăvire și sprijini îngrijirea paliativă, cu rol extrem de benefic, atât pentru dezvoltarea profesiei cât și pentru propria evoluție și deschidere profesională.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

<http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/Nurse-Researchers>

<https://www.ninr.nih.gov/>

<http://everynurse.org/becomin-a-research-nurse/>

<http://jrn.sagepub.com/content/21/5-6/345.abstract>

<http://aamri.org.au/health-medical-research/fast-facts-on-medical-research/>

<http://aamri.org.au/health-medical-research/fast-facts-on-medical-research/>



O nouă specializare în nursing promovată de Biroul Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) – Asistența medicală pentru sănătatea familiei (Family Health Nurse)

Deși secolul XXI este cel în care tehnologia ne aduce extrem de departe în ceea ce privește posibilitățile de informare, la niveluri greu de anticipat cu 50 de ani în urmă, el rămâne și cel în care asistența medicală este încă foarte medicalizată, accentul punându-se pe boală și nu pe menținerea stării de sănătate, pe spital și nu pe oferirea de servicii în comunitate care să păstreze starea de sănătate.

Aceasta se întâmplă în pofida faptului că, foarte aproape de debu-

tul lui, Organizația Mondială a Sănătății preciza că ”a se bucura de sănătate” este unul dintre drepturile fundamentale ale oricărei ființe umane. Sănătatea este o precondiție pentru bunăstarea și calitatea vieții. Este un reper pentru măsurarea progreselor care vizează reducerea sărăciei, promovarea coeziunii sociale, coeziunea și eliminarea discriminării. (...) Investițiile în serviciile de sănătate orientate spre rezultate îmbunătățesc sănătatea...” (OMS, Declarația privind sănătatea la nivel mondial, 1998).

Totodată, OMS consideră asistență medicală primară ca fiind cea care are capacitatea de a îmbunătăți sănătatea oamenilor, ea furnizând baza unui sistem de sănătate eficient. Aceasta ar trebui să se întâmple prin stimularea participării comunității și mobilizarea resurselor sociale pentru a sprijini politicile de sănătate. Dat fiind că reprezintă legătura dintre comunitate și sistemul de sănătate, ea constituie strategia de bază a sistemului de sănătate care oferă îmbunătățirea acoperirii și echitatea accesului la serviciile de sănătate (OMS/ PAHO 2003, Jurgens 2004).

În același timp, procesul de modernizare a serviciilor de sănătate din Europa care trebuie să facă față unor solicitări din ce în ce mai



crescute și unei tot mai largi varietăți de intervenții la nivel de sistem de medicină primară și în comunitate reclamă noi roluri pentru personalul din sănătate și noi modalități de lucru. Iar aceste noi abordări care privesc serviciile de sănătate cerute includ schimbări radicale ale infrastructurii și resurselor existente.

Răspunsul propus de Organizația Mondială a Sănătății la noile provocări pare să fie dat de dezvoltarea a două componente ale resursei umane din sănătate care acționează în prima linie a serviciilor de sănătate, aproape de comunitate – medicii de familie și asistentele medicale de familie (sau comunitare).

Pentru că o serie dintre statele membre ale Uniunii Europene au aceste categorii de lucrători medicali, în timp ce altele nu, una dintre preocupările OMS (regiunea Europa) a fost aceea de a dezvolta un program centrat pe asistentele medicale de familie care pornește de la recunoașterea faptului că guvernele sunt chemate să facă față unor provocări fără precedent în ceea ce privește asigurarea serviciilor de sănătate în Europa. Pentru dezvoltarea acestui program, OMS a realizat un studiu multi-național care urma să valideze, dar și să ajute la modelarea viziunii OMS despre Asistență Medicală pentru Sănătatea Familiei (AMSF).

Conform acestui model, asistenta medicală pentru sănătatea familiei asigură o abordare mult mai cuprinzătoare decât cea din prezent a asistenței medicale primare, acești specialiști fiind cei care ar urma să ajute persoanele și familiile să facă față bolilor cronice, diverselor tipuri de handicap sau diferitelor perioade de stress, petrecând o mare parte din timpul de muncă în casele pacienților, cu familiile lor. Acești asistenți medicali ar urma să fie cele care dau sfaturi familiei cu privire la factorii de risc, importanța stilului de viață și a comportamentelor sănătoase și ar putea asigura asistență în probleme de sănătate în diverse situații.

Prin detectarea promptă și în faze incipiente, ei pot contribui la asigurarea prevenției în probleme de sănătate ale membrilor familiei care altfel ar ajunge să fie tratate când s-ar agrava. Prin cunoștințele de sănătate publică și din domeniul asistenței so-

ciale pe care le au ei pot identifica efectele diferitelor aspecte socio-economice problematice asupra sănătății familiei și pot demara intervențiile necesare. Pot facilita, de asemenea, externarea mai rapidă a persoanelor din spitale, prin oferirea de îngrijire la domiciliu și pot acționa ca o verigă între familie și medicul de familie, înlocuind medicul atunci când nevoile identificate sunt mai relevante pentru expertiza asistentului medical (OMS, 1998, p 139).

Conform modelului AMSF, specialiștii ar lucra cu membrii familiei și comunitățile dintr-o arie geografică delimitată, iar activitățile lor ar acoperi toate grupele de vârstă, incluzând promovarea sănătății, prevenirea bolilor și advocacy, îngrijirea curativă a bolii, dar și îngrijire pentru reabilitare, în fapt, îngrijire de la naștere până la moarte (OMS 2000b).

Studiul derulat de OMS a cuprins țări precum Scoția, Slovenia, Finlanda, Portugalia, Spania, Lituania, Danemarca, Estonia, Moldova, Armenia, Tajikistan și Kyrgyzstan.

În ceea ce privește multe dintre țările implicate, acestea au identificat lipsa culturii în cercetarea asistenței medicale și în formarea profesională ca fiind bariere în dezvoltarea ulterioară a domeniului. Mai mult, dezvoltarea unei evidențe referitoare la asistența medicală este deja foarte dificilă în multe dintre aceste țări (lipsa de personal specializat și suficient, lipsa infrastructurii, diverse bariere culturale etc.), fără problemele suplimentare ale introducerii unui nou cadru al asistenței medicale comunitare.

În fapt, cele mai multe țări au avut dificultăți în gestionarea schimbării adusă de introducerea acestei noi profesii, mai exact cele provocate de lipsa de claritate în ceea ce privește rolul său, percepția publică și a altor profesioniști din domeniul sănătății.

Totodată, există și o confuzie terminologică legată de denumirea folosită, asistentele medicale de familie (sau comunitare) fiind confundate, în unele țări, cu asistentele medicale de sănătate publică.

Dacă rolul celor dintâi a fost explicat mai devreme, asistentele medicale de sănătate publică practică în diverse instituții precum centrele



de asistență medicală comunitară, agențiile de îngrijire de tip "home care", departamentele centrale sau locale de sănătate, centrele din cartiere, parohii, programele de sănătate școlară, programele de sănătate ocupațională etc. În general, ele se adresează persoanelor cu grad ridicat de risc, populațiilor vulnerabile (vârstnicii, persoanele fără adăpost, persoanele sedentare, fumatorii, mamele adolescente și cei care sunt la risc să dezvolte o anumită boală).

Dacă, în general, programele de formare de tip generalist adresează aspecte care țin de asistența medicală de sănătate publică, aspectele comunitare sunt mai puțin vizate. În realitate, în țările cu programe bine dezvoltate, agențiile publice care se ocupă de problematica diverselor grupuri vulnerabile (care pot implica o problemă de sănătate publică) au personal care acționează la nivelul comunității (vizitând pacienți cu tuberculoza, copiii prematuri, copii cu salmonella etc.), dar și personal care acționează în clinici, diverse așezăminte medicale sau școli.

Asistentele medicale comunitare (cunoscute și ca asistente medicale de îngrijire la domiciliu sau pentru sănătatea familiei, cum le numește studiul OMS), în general, asigură îngrijirea bolnavilor la domiciliu și fac activități de prevenție.

Mărturiile specialiștilor par să indice faptul că, chiar și în universitățile din țările cu tradiție în domeniu, se simte nevoie unei mai bune educații în domeniul asistenței medicale comunitare, unde nevoia este cea mai acută și se demonstrează a fi cea mai mare cerere, cu rezultate pe termen lung în îmbunătățirea sănătății populației. Apoi formarea trebuie să fie mult mai complexă și să nu se limiteze la a pregăti asistentele medicale pentru îngrijirea bolnavilor la domiciliu. Asistentele medicale schimbă, desigur, și un pansament, dar ele trebuie să fie capabile, mai ales, să educe pacienții și membrii de familie cu privire la modul în care pot ges-

ționale problemele de sănătate de acasă. Pacienții cu probleme de sănătate pot fi educați să se îngrijească la ieșirea din spital, dar de multe ori, ei sunt copleșiți de ceea ce trebuie să facă când ajung acasă. Iată o problemă pe care o pot acoperi asistenții medicali comunitari, dacă sunt bine pregătiți. O asistentă medicală de îngrijire la domiciliu nu doar că va consilia un pacient cu diabet zaharat cu privire la propria dietă sau cum să-și îngrijească o rană, dar îi va învăța, de asemenea, modul de a preveni leziunile și de a gestiona toate aspectele care țin de condiția lui medicală la domiciliu.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

<http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No2-May-2012/Evolving-Public-Health-Nursing-Roles.html>

Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study, Deborah Hennessy și Liz Gladin, OMS Europa, 2006

https://www.researchgate.net/post/What_is_the_difference_between_a_community_health_nurse_and_a_public_health_nurse

<http://www.who.int/en/>

Neurotoxicitatea - un pericol în creștere, în special pentru copii

40 de milioane de puncte ale coeficientului de inteligență (IQ) pierdute. Aceasta este estimarea avansată de Dr. David Bellinger, profesor de neurologie la Harvard Medical School, într-o lucrare publicată în 2012 cu privire la scăderea nivelului de inteligență a populației americane în urma expunerii la plumb, mercur și pesticide organo-fosforice.

Dr. Bellinger a ajuns la această estimare alarmantă comparând coeficientele de inteligență ale copiilor ale căror mame au fost expuse acestor toxine în timpul sarcinii față de ceilalți copii.

Alte studii efectuate de echipe de cercetători de la Harvard Medical School și de la Mount Sinai School of Medicine din New York arată că o listă neagră de 12 substanțe chimice, substanțe care se află atât în mediul înconjurător, dar și cele folosite la fabricarea mobilei sau a confecțiilor textile sunt suspectate de a cauza nu numai scăderea coeficientului de inteligență, dar și de apariția tulburării hiperkinetice cu deficit de atenție (THDA) sau a tulburărilor din spectrul autist.



Efectul demenței, traumatismelor sau oricăror altor leziuni asupra creierului poate fi reprezentat de o hârtie șifonată, cu bucăți rupte.

Aceste toxine, fie naturale fie artificiale, produse de om, pot altera activitatea sistemului nervos în moduri care perturbă funcționarea nervilor sau duc chiar la distrugerea lor. Nervii sunt esențiali pentru transmiterea și procesarea informației în creier, precum și în alte zone ale sistemului nervos.

Neurotoxicitatea este definită ca efectul negativ asupra sistemului nervos produs de un agent biologic, chimic sau fizic. Câteva dintre substanțele care pot fi toxice pentru oameni sunt:

- medicamentele de chimioterapie, care sunt folosite pentru omorârea celulelor cu dezvoltare rapidă
- radiația
- metalele grele precum plumbul sau mercurul
- anumiți aditivi folosiți în industria alimentară
- insecticidele/pesticidele
- anumiți solvenți folosiți în industrie și în produsele de curățenie
- gazele de eșapament

- clorina
- formaldehida
- fenolul

Neurotoxicitatea se poate manifesta într-o varietate de feluri, de la dureri de cap, scăderea coeficientului de inteligență, înrăutățirea acuității vizuale, dificultatea de concentrare și memorare, schimbările de comportament, lipsa de echilibru, disfuncțiile sexuale sau simptome asemănătoare cu cele ale gripei. Gradul de afectare neuro-toxică poate varia de la un stadiu nedetectabil clinic până la cel asociat unei afectări severe.

Unele efecte negative ale neurotoxicității pot apărea imediat, în timp ce altele se pot dezvolta în luni sau ani și se manifestă numai atunci, în funcție de caracteristicile neurotoxinei, doza la care a fost expusă persoana, abilitatea organismului de a metaboliza și excreta toxina, gradul de vulnerabilitate a țesutului celular țintit și abilitatea mecanismului sau structurilor afectate de a se reface. Tratamentul care poate fi folosit în asemenea situații este eliminarea sau reducerea expunerii la substanța toxică respectivă și administrarea de terapie pentru ameliorarea simptomelor.

Oamenii de știință analizează și modul în care toxinele ocupaționale și din mediul înconjurător joacă un rol în apariția bolilor neurodegenerative precum bolile Alzheimer, Parkinson sau scleroza multiplă.

O altă zonă în care se desfășoară numeroase cercetări în ultimul timp este cea legată de mecanismele din spatele răspunsurilor neuro-imune care au loc în sistemul nervos. De asemenea, un alt subiect fierbinte al cercetărilor medicale este dacă interacțiunea dintre factorii de mediu și cei genetici contribuie la apariția afecțiunilor creierului în cazul copiilor. Copii sunt vulnerabili în mod special în fața fenomenelor neurotoxice deoarece ei se află în mijlocul unor procese de dezvoltare extrem de complexe.

Tumorile cerebrale și leucemia sunt cele mai comune forme de cancer în cazul copiilor și rămân principalele cauze de deces, fiind

răspunzătoare pentru mai mult de jumătate din decesele cauzate de cancer în rândul copiilor. Până în 2014, leucemia era cauza numărul 1 a deceselor provocate de cancer, însă atunci tumorile cerebrale i-au luat locul, acestea reprezentând, la nivel mondial, circa 30% din total. Motivul nu este creșterea incidenței tumorilor cerebrale, ci acela că, din fericire, cercetările legate de tratarea leucemiei la copii au dat roade și gradul de supraviețuire a crescut, în cazul leucemiilor. Același lucru se așteaptă în anii următori și în cazul tumorilor cerebrale, iar cercetătorii își îndreaptă atenția asupra posibilelor cauze ale acestora, pentru a găsi remedii eficiente.

Una dintre zonele de cercetare de interes maxim este neurotoxicitatea în cazul copiilor. Deocamdată, din păcate, sunt cunoscute destul de puține lucruri despre etiologia, diagnosticarea, prevenția sau tratamentul neurotoxicității. O situație aparte este aceea a copiilor care au supraviețuit cancerului, pentru care este de o importanță vitală determinarea efectului tratamentelor chimioterapeutice sau cu radiație la care au fost supuși.

În acest context, este important de menționat un studiu efectuat recent în țările scandinave printre copii tratați pentru leucemie acută limfoblastică. Supraviețuirea fără evenimente ulterioare este de 80% în rândul anumitor grupuri. Pe de altă parte, la din ce în ce mai mulți dintre aceștia apar manifestări neurologice târzii cauzate de terapia anti-leucemie care a țintit sistemul nervos central. Studiul a arătat că, la 5 ani de la terminarea tratamentului, copiii care avuseseră leucemie aveau încă un nivel scăzut de conducție a nervilor motori din sistemul periferic, chiar dacă nu și în cel central, care se refăcuse între timp.

Neurotoxicitatea poate apărea imediat după un tratament sau chiar și la ani distanță de acesta. Anumite efecte pot fi reversibile parțial sau complet, dar, în anumite cazuri, efectele se pot înrăutăți în timp, dacă vorbim despre anumite consecințe din sfera declinului cognitiv care apar după tratamentul împotriva tumorilor cerebrale. Vârsta fragedă, faptul că tot creierul este supus radiației, localizarea



tumorii în creier sau rata de creștere a tumorii, toți aceștia sunt factori care au un impact direct asupra gradului de declin cognitiv.

Acesta este unul dintre tipurile de studii care arată că neurotoxicitatea este un pericol deosebit de grav, în special pentru copii, care sunt încă în plin proces de neuro-dezvoltare. Ca urmare, se înmulțesc studiile care țin seama de neuro-toxinele și riscurile de dezvoltare cognitive, pentru a descoperi modurile în care putem proteja generația tânără, dar și generațiile viitoare, de impactul neurologic care le poate condamna la o viață de disfuncționalitate și dizabilitate.

Acest impact neuro-toxic poate începe încă din stadiile prenatale. În 2011, un studiu al Centrului de Prevenție și Control al Bolilor din SUA arăta că 90% dintre femeile gravide din SUA aveau niveluri detectabile la 62 dintre cele 163 de substanțe pentru care li se făcuseră analize, precum substanțe ignifuge polibrominate, ptași, compuși perflorinați, bifenili policlorinați, perclorat, plumb sau mercur. Multe dintre aceste substanțe, care sunt neurotoxice, pot trece prin placenta și pot fi găsite în mod frecvent în țesutul

fătului, de unde și riscul major de neurotoxicitate pentru făt. După naștere, copilul continuă să fie expus toxinelor din mediul înconjurător, precum și, posibil, din laptele matern cu care este alăptat.

Cercetători precum Dr. Bellinger, cel care a calculat impactul asupra coeficientului de inteligență a populației, subliniază că societatea va suporta costuri majore în urma declinului cognitiv colectiv înregistrat în ultimii ani.

De exemplu, economistul Elise Gould a calculat, de asemenea, că un punct din coeficientul de inteligență corespunde unui cost de oportunitate de aproape 18,000 USD în decursul unei vieți, iar costurile cumulate aduse de scăderea coeficientului de inteligență cauzată de pesticide, mercur și plumb pot atinge pentru economia americană impresionanta cifră de peste 100 de miliarde anual.

Famiiliile cu putere redusă de cumpărare sunt lovite cel mai serios, fiindcă nu au accesul necesar la produsele agricole organice sau la o locuință cu nivel scăzut de expunere la plumb, solvenți, azbest, etc. Ca urmare, copiii din aceste familii sunt expuși cel mai mult neurotoxicității și riscului de declin cognitiv, care duce apoi la un nivel scăzut de educație, ce le scade și mai mult puterea de cumpărare, o spirală negativă greu de oprit. Specialiștii avertizează că suntem deja în al 12-lea ceas și nu ne mai putem permite să așteptăm fără să luăm măsuri drastice de limitare a prezenței toxinelor în viețile noastre.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

<http://www.childhoodbraintumor.org/medical-information/late-effects/item/103-neurotoxicity-changes-in-the-brains-of-children-with-brain-tumors-of-the-central-nervous-system>

<http://www.news-medical.net/health/What-is-Neurotoxicity.aspx>

INTERNATIONAL HEALTH NEWS, William R. Ware, PhD – Editor, numărul 270, Septembrie 2016 http://www.nbcnews.com/health/health-news/brain-cancer-now-leading-cancer-killer-kids-n649411?cid=par-twitter-feed_20160916

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514270339.pdf>

<http://www.theatlantic.com/health/archive/2014/03/the-toxins-that-threaten-our-brains/284466/>

www.environment.nationalgeographic.com

Mic dicționar de vaccinuri și vaccinări

Autori: Viorel Alexandrescu, Dumitru Matei și Alexandra Vlad,
Editura Amaltea, 2015

Lucrarea prezintă informații esențiale, de ultimă oră, atât pentru personalul medical, în principal cel din asistența primară, medici și asistenți medicali, dar și pentru publicul larg, pentru înțelegerea beneficiilor vaccinării copiilor și adulților.

Cu obiectivul general de a îi ajuta pe cititori să înțeleagă raportul beneficii/riscuri, autorii pun accentul pe întrebări fundamentale privind precauțiile și contra-indicațiile vaccinării. Ei oferă și informații practice pentru păstrarea corespunzătoare a vaccinurilor, pentru determinarea schemelor de vaccinare și pentru identificarea și interpretarea reacțiilor post-vaccinare.



Tratat de îngrijiri paliative la domiciliu

Autor: Dr. Marinela Olaroiu (redactor),

Editura ETNA, 2015



Vă recomandăm o lucrare extrem de utilă pentru formarea profesională a personalului medical care oferă îngrijiri paliative la domiciliu, în special asistenții medicali din sistemul primar.

Sunt prezentate aspecte de mare interes precum particularitățile îngrijirilor paliative ale copilului și vârstnicului cu multiple comorbidități; managementul aspectelor psihologice ale pacienților sub îngrijire paliativă, sindromul burn-out în cazul îngrijitorilor la domiciliu, rolul familiei ca membru al echipei multidisciplinare de îngrijiri, al grupurilor de suport sau aspectele etice și culturale ale îngrijirii paliative.

Volumul este bogat ilustrat și include, de asemenea, și tabele privind tratamentul, incidentele și complicațiile procedurilor invazive care sunt administrate în cadrul îngrijirilor paliative.

Anatomie și fiziologie umană descriptivă și aplicată. Manual pentru școlile postliceale sanitare

Autor: Mihaela Alexandru,
Editura Medicală, 2014

Volumul de față, care este adresat în principal viitorilor asistenți medicali, este extrem de util și pentru educația medicală continuă a asistenților medicali care activează deja în sistemul medical.

El reprezintă o modalitate alertă de recapitulare a unor concepte de bază privind cauzalitatea, mecanismul de producere și localizarea fenomenelor morbide.

După noțiunile fundamentale de anatomie, citologie și histologie, autorul propune cititorilor o prezentare bine structurată a fenomenelor morbide care pot afecta diferitele sisteme și aparate ale organismului uman.

**ANATOMIE și
FIZIOLOGIE UMANĂ
DESCRIPTIVĂ și APLICATĂ**
Manual pentru școlile postliceale sanitare



EDITURA MEDICALĂ

Esențialul în medicina de familie

Sub redacția: Prof. Dr. Adrian Restian, Prof. Dr. Dumitru Matei
Editura Amaltea, 2016 – Ediția a III-a



Lucrarea, redactată de doi reputeți specialiști în medicina de familie din România, aflați la conducerea Societății Academice de Medicină a Familiei, se axează pe promovarea unei abordări medicale preventive și multidisciplinare care să permită prevenirea bolii, dar și diagnosticul precoce și găsirea unui tratament holistic personalizat.

Astfel, cadrele medicale ce activează în domeniul medicinei de familie sunt încurajate să facă saltul spre medicina personalizată, în care pacientul este considerat în toată unicitatea și integralitatea lui, inclusiv prin stilul de viață, profilul psiho-social sau istoricul medical familial.

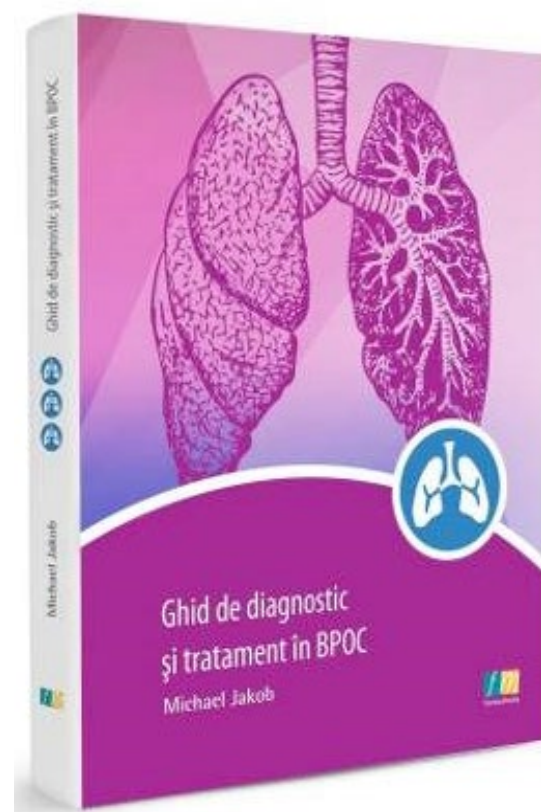
Ghid de diagnostic și tratament în BPOC

Autor: Michael Jakob,
Editura Farma Media, 2016

În timp ce bolile cardio-vasculare și coronariene au înregistrat scăderi importante în ultimii ani, în acest interval BPOC este în creștere semnificativă ca și cauză de deces.

Volumul se constituie deci într-un ghid de buzunar extrem de actual pentru toți practicienii pneumologi, dar și pentru diverșii specialiști angrenați în medicina de familie, medici și asistenți medicali.

Autorul face o trecere în revistă a principiilor referitoare la definiția, diagnosticul și tratamentul BPOC cuprinse în așa numitele standarde GOLD (Global Initiative of Chronic Obstructive Lung Disease - Inițiativa Globală pentru BPOC) față în față cu standardele naționale germane.



Ghid practic de nursing în pediatrie - Sprijin rapid și practic pentru specializarea în îngrijirea medicală (Ediția I)

Autor: Colectiv de autori,
Editura ALL, 2015.



Lucrarea se adresează celor care doresc să se specializeze în domeniul nursingului, dar și altor profesioniști în îngrijirea medicală care caută să își îmbogățească și să își actualizeze cunoștințele în domeniul complex al îngrijirii medicale pediatrice.

Lucrarea este structurată în 5 secțiuni: 1. afecțiuni. 2. tratamente. 3. proceduri. 4. teste diagnostice. 5. instrumente clinice, iar abordarea se face din punctul de vedere al unei echipe interdisciplinare, cu intervenții integrate, ceea ce îi aduce un plus.

Informațiile sunt prezentate într-un mod variat, cu ilustrații, scheme logice, tabele, ceea ce le face ușor de asimilat de către cititori.

Echipa

Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:

secretariat@oammruc.ro

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