

eAsistent.ro

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



Februarie 2020

Cuvânt înainte

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

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

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

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

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

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

Cu drag,

Colectivul de redacție

EDITORIAL

Despre succes și provocare în profesia noastră 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Evaluarea Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor (European Center for Disease Prevention and Control - ECDC) cu privire la impactul coronavirusului 2 (SARS-CoV-2), în perioada de vârf a sezonului de gripă din Europa 7

EVENIMENT

Ziua Mondială de luptă împotriva cancerului 13

Conferința europeană a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) pe tema screeningului 18

INTERVIU

Cum poate fi folosit "interviul motivațional" în sănătate și cu ce rezultate? 20

ISTORIE

O serie de istorii inspiraționale. Povestea succeselor și provocărilor unor asistenți medicali din diverse perioade și de pe diferite meridiane 26

LUMEA MEDICALĂ

Echipele multidisciplinare de asistență primară – un exemplu de bună practică pentru îmbunătățirea performanței sistemelor de sănătate 32

CĂRȚI MEDICALE

Actualități în medicina internă 39

Tratat de boli infecțioase Vol.1 40

Consilierea și terapia spirituală în bolile grave și terminale 41

ECHIPA EDITORIALĂ 42



Despre succes și provocare în profesia noastră

Performața și excelența în orice domeniu sunt întruchipate de numele celebre din diverse profesii – medici, ingineri, sportivi, arhitecți. În realitate, oamenii excelează în toate domeniile, dar unele aduc mai multă faimă decât altele. Spre deosebire de alte profesii, cea de asistent medical nu este atât de mult în “lumina reflectoarelor”, cu toate că mulți dintre acești profesioniști au adus contribuții extraordinare în domeniul medical.

Tocmai de aceea, începând cu numărul acesta, revista va găzdui la

secțiunea *Istorie* câteva povești de succes care au marcat profesia noastră în lume, în secolele trecute.

Prin ele, ne dorim să aducem în prim plan Anul Internațional al Asistenților Medicali și Moașelor.

Apoi, dintre evenimentele importante care marchează lumea medicală în luna februarie, am ales Ziua Mondială a Cancerului, celebrată anul acesta pentru a 20-a oară. Pe 4 februarie, opinia publică de la nivel mondial află mai multe despre importanța eforturilor de prevenire a cancerului, despre diagnosticarea precoce, tratarea lui și acordare de îngrijiri paliative.

La secțiunea *Educație medicală* vă aducem, în acest număr, un subiect de mare actualitate - evaluarea foarte recentă făcută de Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (*European Center for Disease Prevention and Control – ECDC, o agenție a Uniunii Europene*) cu privire la impactul coronavirusului 2 (SARS-CoV-2), în această perioadă de vârf a sezonului de gripă din Europa.

Secțiunea *Lumea medicală* include o pledoarie pentru întărirea asistenței primare prin crearea echipelor multidisciplinare.

Asistența multi-disciplinară reprezintă un important salt calitativ, fiind considerată o alternativă viabilă și eficientă la sistemul tradițional de asistență instituționalizată. Această nouă abordare folosește cel mai bine mix-ul de competențe și aptitudini ale profesioniștilor din sistem: echipele multidisciplinare includ medici de familie, pediatri, dentiști, asistenți medicali de îngrijiri primare, infirmieri, asistenți sociali și personal administrativ din sistemul de sănătate. Aceștia interacționează strâns cu pacienții și familiile lor, dezvoltă planuri de tratament specifice pacientului respectiv și își asumă responsabilitatea pentru deciziile legate de sănătatea acestuia.

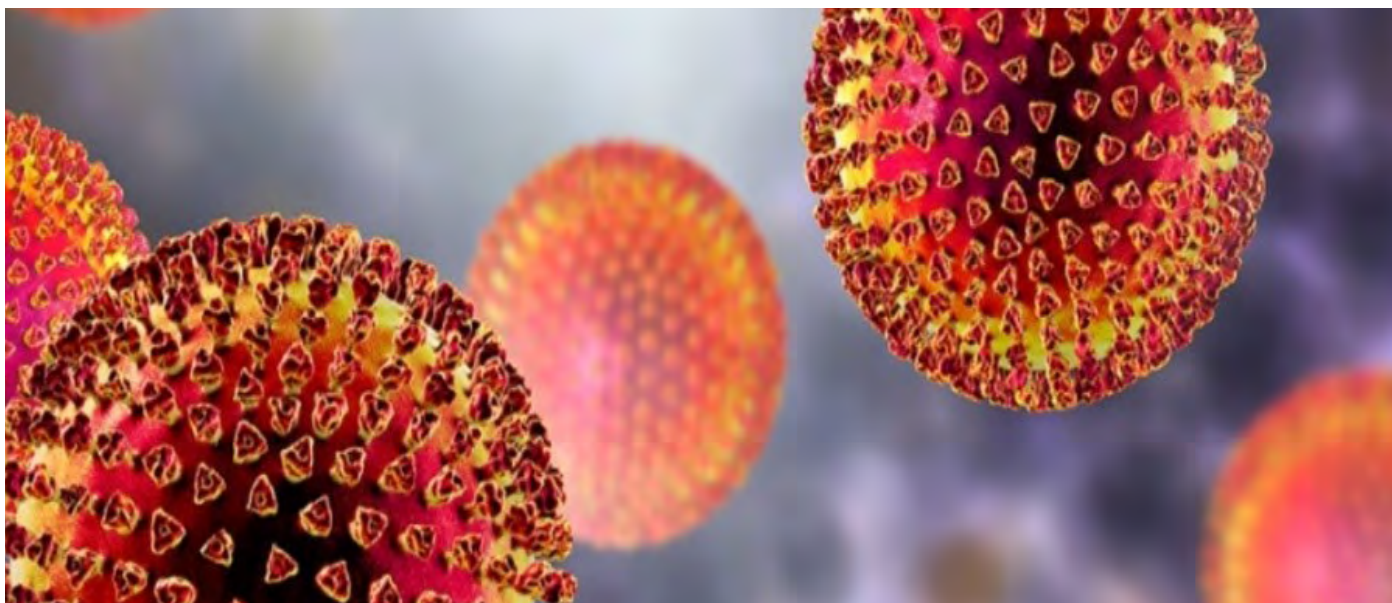
Interviul lunii este o prezentare a interviului motivațional, concept dezvoltat în Statele Unite ale Americii în anii 1980 în urma experienței tratării alcoolismului. Acest procedeu clinic centrat pe pacient are scopul de a provoca schimbarea comportamentului, ajutându-l pe acesta să recunoască și să facă ceva în legătură cu proble-

mele actuale sau potențiale. Interviuul motivațional este considerat a fi deosebit de util pentru pacienții care sunt reticenți la schimbare sau care sunt ambivalenți în ceea ce privește schimbarea comportamentului. El se poate aplica în cazul consumului de alcool, dependenței de droguri, pentru renunțarea la fumat, scăderea în greutate, aderența la diverse tratamente, monitorizarea și menținerea activității fizice, susținerea imunizării, dar și în tratamentul astmului și al diabetului.

Doresc să remarc și recomandările editoriale ale lunii februarie – *Actualități în medicina internă* de Leonida Gherasim și Ioan Alexandru Oproiu, *Tratat de boli infecțioase Vol.1*, coordonator Emanoil Ceaușu și *Consilierea și terapia spirituală în bolile grave și terminale* de Ileana Stănculeasa.

Împreună cu echipa editorială, vă dorim lectură plăcută și vă facem invitația deschisă și mereu de actualitate să vă alăturați echipei noastre de autori.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București



Evaluarea Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor (*European Center for Disease Prevention and Control - ECDC*) cu privire la impactul coronavirusului 2 (SARS-CoV-2), în perioada de vârf a sezonului de gripă din Europa

Pe 31 decembrie 2019, un focar de cazuri de pneumonie de etiologie necunoscută a fost raportat în orașul Wuhan din provincia chineză Hubei. Pe 9 ianuarie 2020, Centrul de control al bolilor din China a raportat că un nou tip de coronavirus, aparținând tulpinii SARS-CoV, reprezenta agentul cauzal al acestui focar.

Acest nou tip de coronavirus a fost numit coronavirusul 2 – sindromul respirator acut sever (SARS-CoV-2), în timp ce specialiștii se referă la boala asociată lui drept COVID-19.

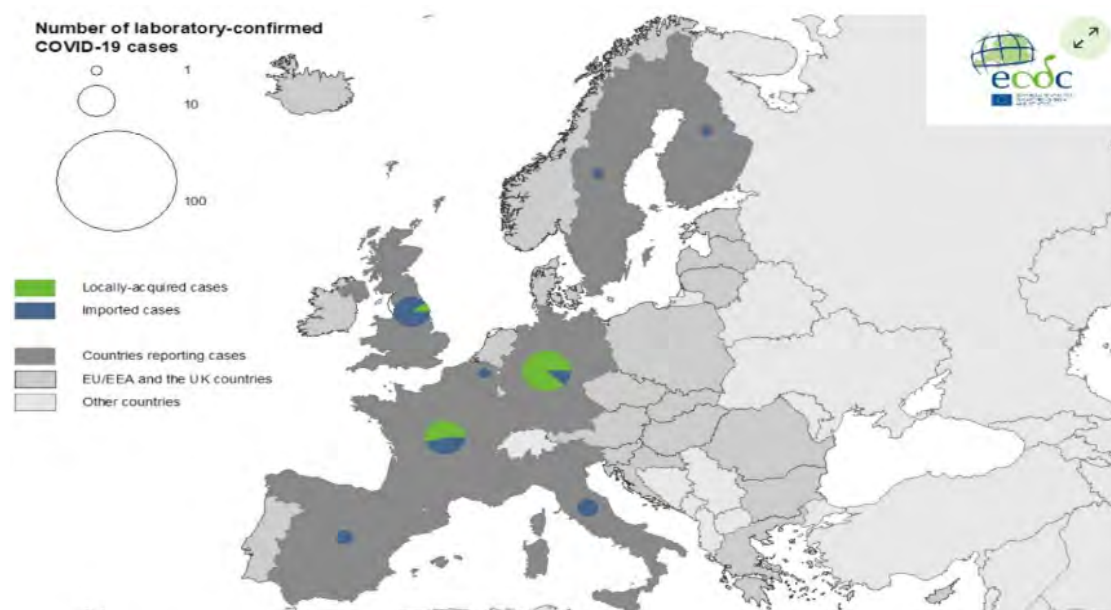
Până pe 13 februarie 2020, se raportaseră, la nivel mondial, mai mult de 60 330 de cazuri de COVID-19, în principal în China (în alte țări se raportaseră mai mult de 450 de cazuri).

Tot până la aceeași dată, 13 țări raportaseră transmitere locală – Emiratele Arabe Unite, Canada, Franța, Germania, Japonia, Malaezia, Korea de Sud, Singapore, Taiwan, Tailanda, Marea Britanie, Statele Unite ale Americii și Vietnamul.

În zona UE/Zona Economică Europeană (EEA – care include țările UE și Islanda, Lichtenstein și Norvegia) și în Marea Britanie, se raportaseră 44 de cazuri până la 13 februarie, dintre care 21 cu transmitere locală, toate însă cu legături cu focare identificate anterior în zone din afara UE/EEA și Marea Britanie.

Pe baza dovezilor existente până acum, ECDC, care este o agenție a UE, a evaluat transmisibilitatea acestui virus drept suficientă pentru a putea duce la o transmitere susținută în comunitate.

Ca urmare, se așteaptă apariția unor alte focare și în alte țări decât China, unde se înregistrează deja o creștere a numărului de cazuri și transmiterea în comunitate într-un ritm crescut.



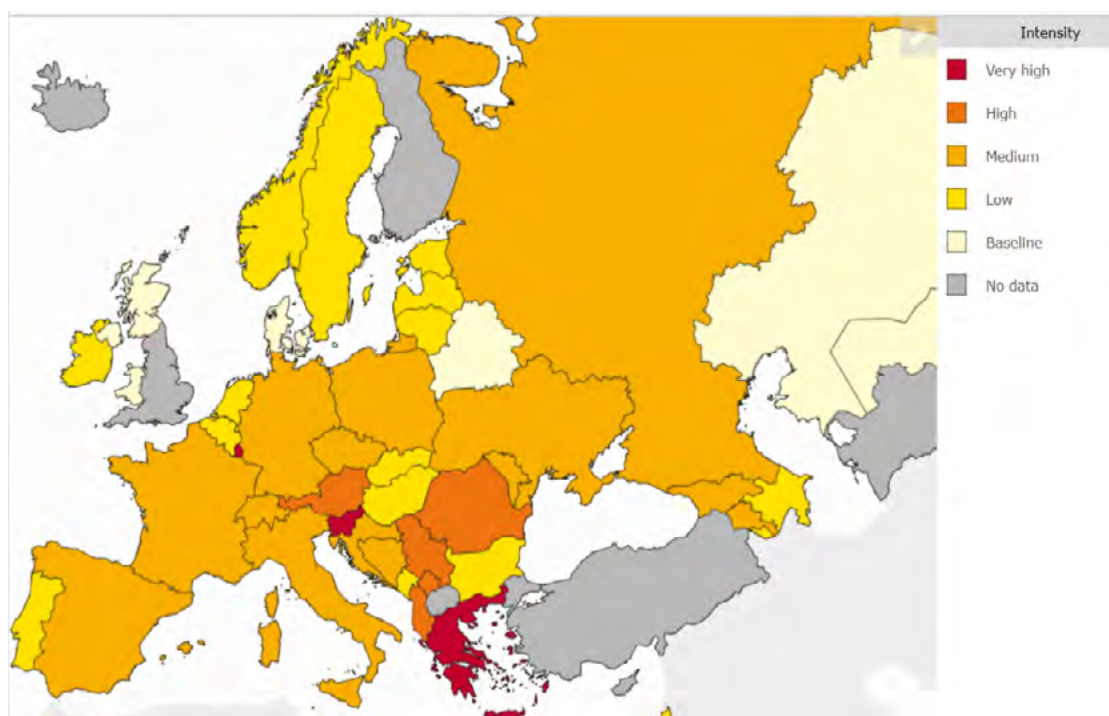
Ca urmare, recomandarea ECDC este ca autoritățile naționale de sănătate publică din zona UE/EEA și Marea Britanie să rămână vigilențe și să își întărească capacitatea de răspuns în eventualitatea unui “import” crescut de cazuri din China sau din alte zone unde se înregistrează transmitere în comunitate.

Evaluările făcute până acum de ECDC analizează riscurile de sănătate publică pe baza probabilității transmiterii și impactului bolii. Ca urmare, cu datele disponibile până acum, evaluarea generală curentă a ECDC este următoarea: deoarece numărul de cazuri raportate în zona EU/EEA și Marea Britanie rămâne scăzut, probabilitatea unei răspândiri pe scară largă a infecției cu SARS-CoV-2 rămâne la un nivel jos în această perioadă, care este, de altfel, vârful sezonului de gripă 2019-2020 în regiune.

Dacă s-ar înregistra o creștere semnificativă a cazurilor COVID-19 în această perioadă de vârf a sezonului de gripă, impactul potențial asupra sistemelor de sănătate din regiune ar crește până la un nivel moderat sau chiar ridicat. Tocmai de aceea, ECDC, în colaborare cu Organizația Mondială a Sănătății (OMS) / Biroul pentru regiunea europeană, monitorizează permanent și raportează săptămânal date despre activitatea gripei în regiune. Din ultimul raport disponibil în momentul scrierii acestui articol (raportul 3-9 februarie 2020), un număr de state membre UE au raportat intensități foarte crescute și crescute ale activității virusului gripei, în timp ce majoritatea statelor au raportat activitate larg răspândită.

Estimări consolidate cu privire la ratele mortalității indiferent de cauză în 22 de țări sau regiuni care raportează date în cadrul proiectului EuroMOMO au indicat mici creșteri în ultimele săptămâni în anumite țări.

În același timp, date publicate pe Influenzanet au indicat că activitatea gripei în comunitate a fost la un nivel mediu în 4 țări și la un nivel scăzut în celelalte 4 țări care au raportat date. Pentru întreaga regiune UE/EEA și Marea Britanie, activitatea gripei a început mai devreme în sezonul 2019-2020 decât în ultimii ani.



Majoritatea virusurilor gripale în circulație în acest sezon au fost până acum susceptibili la inhibitorii de neuraminidază administrați timpuriu, fie ca tratament sau pentru uz profilactic. În același timp, statelor membre li se recomandă încurajarea continuării vaccinării anti-gripale.

ECDC și Biroul pentru regiunea europeană al OMS au publicat un raport comun (“Regional Situation Assessment”) pentru evaluarea sezonului gripal 2019-2020, ce conține date colectate până în săptămâna 49 a anului 2019. Obiectivul raportului a fost să prezinte gradul de severitate al bolii și impactul asupra sistemelor de sănătate pentru a ajuta procesele de planificare a resurselor din statele membre.

În România, care raporta o activitate crescută a virusurilor gripale (cod portocaliu închis în harta regională de mai sus), autoritățile au declarat epidemie de gripă pe 6 februarie.

Profesioniștii din sistemul de sănătate recomandă populației menținerea unei igiene stricte, mai ales a mâinilor, adoptarea unor comportamente corecte în cazul respirației, strănutului și tusei, izolarea voluntară la domiciliu în cazul apariției unor simptome spe-

cifice gripei și consultarea medicului de familie, ideal de la distanță, și nu prezentarea la unitățile de primiri urgențe, precum și vaccinarea antigripală.

Aceste măsuri sunt practic și cele recomandate pentru prevenirea infectării și/sau răspândirii cu coronavirus. Vă prezentăm mai jos elementele principale promovate de OMS și alte organizații din domeniu, preluate și de prestigioase instituții de presă precum BBC:

- Spălarea frecventă a mâinilor cu săpun și apă sau folosirea unei soluții pe bază de alcool dacă mâinile nu ne sunt murdare în mod vizibil, măsuri care elimină virusul dacă acesta se află pe mâinile noastre.

- Practicarea unei bune igiene respiratorii – când tușim sau strănutăm, trebuie să ne acoperim gura și nasul cu cotul în poziție flexată sau, în mod ideal, cu o batistă de hârtie, ceea ce va preveni răspândirea virusului. Trebuie apoi să aruncăm batista și să ne spălăm pe mâini conform recomandării de la punctul anterior.

- Menținerea unei distanțe sociale (cel puțin un metru) față de persoanele din jurul nostru, mai ales cele care strănută și tușesc.

- Evitarea atingerii ochilor, nasului sau gurii – deoarece mâinile ating multe suprafețe, unele putând fi contaminate.

- Consultarea unui medic în cazul febrei, tușitului și respiratului cu dificultate.

În timpul consultului, menționați-i medicului dacă ați călătorit în China într-o zonă în care a fost raportată apariția coronavirusului sau dacă ați avut contact apropiat cu cineva care a fost într-o astfel de zonă.

Dacă aveți probleme moderate de respirație și nu aveți un asemenea istoric, urmați recomandările de mai sus și, în mod ideal, rămâneți la domiciliu până când simptomele dumneavoastră dispar.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

https://ec.europa.eu/health/coronavirus_en

<https://www.bbc.com/news/health-51386894>

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

<https://www.hotnews.ro/stiri-sanatate-23647561-cum-recunosti-simptomele-gripei-cum-feresti-virus-timpul-epidemiei-masuri-recomanda-mediciei-autoritatile.htm?pbox>

<http://flunewseurope.org/> - Joint ECDC – WHO/Europe weekly influenza update

Sursa foto 1 - COVID-19 - https://ec.europa.eu/health/coronavirus_en

Sursa foto 2 - <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>

Sursa foto 3 - <http://flunewseurope.org/>

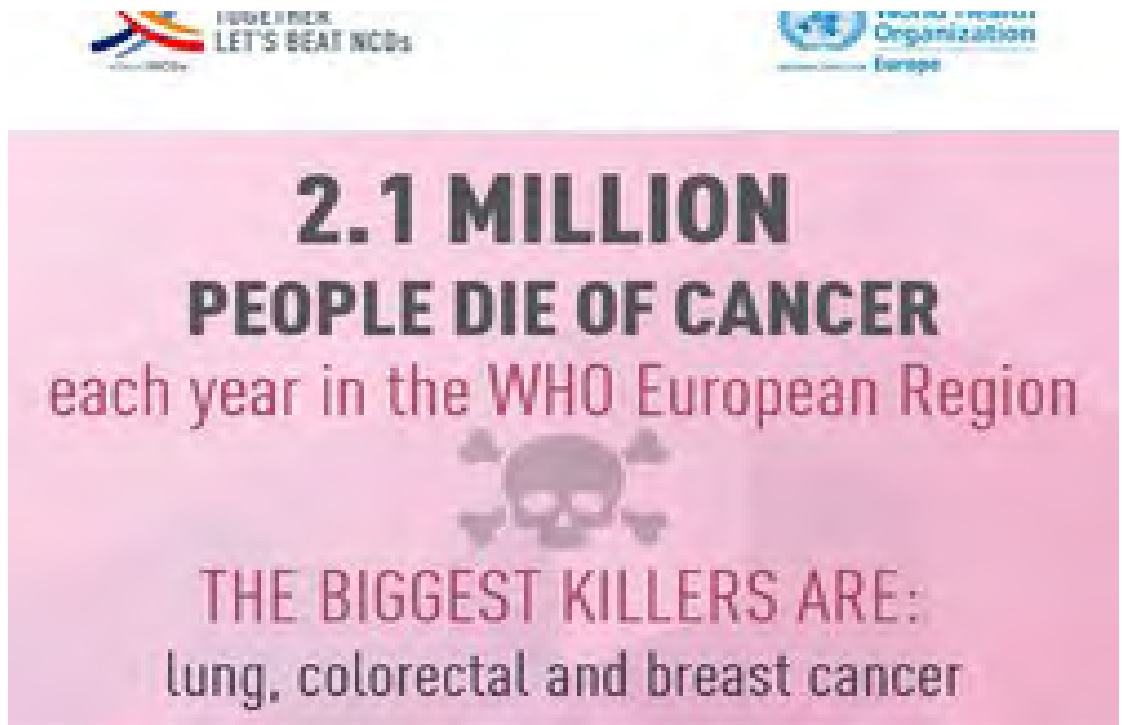
Ziua Mondială de luptă împotriva cancerului

Data de 4 februarie este cunoscută drept ziua care marchează eforturile care se fac la nivel mondial pentru prevenirea cancerului, diagnosticarea sa precoce, tratarea și acordarea de îngrijiri paliative. Anul acesta a fost organizată a 20-a celebrare a acestei zile.

La nivel european, peste 1 milion de oameni mor de cancer și peste 3 milioane de cazuri sunt diagnosticate, în fiecare an. Aceasta înseamnă că, atât în termeni de măsuri de prevenție, precum și ca diagnostic precoce, screening, tratament și îngrijiri paliative, țările europene sunt chemate să facă mai multe eforturi care să aibă impact.

Dintre decesele provocate de cancer, la nivelul regiunii europene a Organizației mondiale a Sănătății (OMS), 20% sunt provocate de cancerul la plămâni, 12% de cancerul colorectal, 7% de cancerul de sân, 6 % de cel pancreatic și 5.7% de cel de stomac.

Pe de altă parte, în cadrul acestei regiuni, riscul individual de a dezvolta această maladie diferă, fiind peste 25% în țările vest eu-



ropene, între 19 și 25 % în țările est europene și între 10 și 19% în țările din centrul Asiei. Cu toate acestea, riscul de deces cauzat de cancer este de peste 12% în țările din estul Europei și centrul Asiei și între 9 și 12 % în țările din vestul Europei. Motivele din spatele ratelor mai mari de deces din țările est-europene și din Asia centrală sunt diagnosticul tardiv și tratamentul sub-optimal.

În ceea ce privește prevenția, consumul de tutun și alcool sunt factorii de risc cei mai semnificativi în regiunea europeană asupra cărora se poate interveni. Și aceasta pentru că până la 85% din decesele provocate de cancerul la plămâni și 15% din cele generate de cancerul la stomac sunt atribuite consumului de tutun. Totodată, riscul de cancer de plămâni, colo-rectal, stomac, sân și cel pancreatic crește semnificativ cu consumul de alcool. Alți factori de risc care merită notați sunt: obezitatea, dieta nesănătoasă și lipsa de activitate fizică. Comparativ cu aceștia, poluarea aerului și substanțele chimice utilizate în agricultură și producția de alimente au un impact mai limitat.

În plus, unele tipuri de cancer pot fi prevenite prin vaccinare. De exemplu, vaccinurile anti-HPV sunt extrem de sigure și eficiente în prevenirea transmiterii tulpinilor responsabile de cancerul de col

uterin, precum și pentru unele tipuri de cancer de vulvă, vagin, penis, anus și pentru regiunea orală.

Hepatita B - o infecție hepatică care poate pune viața în pericol - este cauzată de virusul hepatitei B. Vaccinul împotriva hepatitei B oferă 98–100% protecție împotriva virusului. În lipsa vaccinului, virusul acesta poate provoca infecții cronice și poate genera decesul din cauza cirozei și a cancerului hepatic.

În ceea ce privește detectarea timpurie a cancerului, ghidul OMS publicat recent indică cerința expresă ca sistemele de sănătate să se consolideze, pentru a asigura detectarea și diagnosticul timpuriu al cancerului simptomatic. Screening-ul este un alt instrument pentru depistarea precoce a cancerului. El s-a dovedit eficient pentru cancerul de col uterin, sân și colorectal, dacă este bine organizat și monitorizat cu atenție.

Cel mai eficient program de screening, în ceea ce privește rezultatele și costurile pentru sănătate, este cel pentru cancerul de col uterin. Cu toate acestea, alte programe de screening de cancer din regiune fac mai mult rău decât bine și consumă resurse limitate fără a îmbunătăți în mod semnificativ rezultatele.

Este interesant de observat că, în anumite țări, asistenții medicali sunt cei care realizează activitatea de screening. De exemplu, în Marea Britanie, deși programul de screening pentru cancerul de col uterin este creat pentru a fi furnizat de asistența primară, se consideră că nu aceasta este cea mai bună utilizare a timpului medicului. Dat fiind că nu există suficienți medici generaliști pentru a efectua toate testele de screening, această activitate a fost preluată de asistenții medicali.

Desigur, activitatea nu este făcută fără pregătire. Înainte de a li se permite administrarea testelor de screening, asistenții medicali trebuie să urmeze un curs de pregătire teoretică inițială și să participe la un program de practică clinică supravegheată. După ce trec evaluarea clinică, ei sunt considerați competenți să realizeze acest rol.



În plus, pentru că asigurarea calității și controlul calității sunt extrem de importante, asistenții care au această competență trebuie să folosească un număr de identificare personal atunci când depun probele, ceea ce permite laboratorului să monitorizeze calitatea eșantioanelor și să ofere feedback. De asemenea, asistenții trebuie să participe la un training de actualizare a cunoștințelor la fiecare 3 ani.

Un alt pas important pentru prevenirea cancerului de col uterin în Marea Britanie a fost introducerea programului de vaccinare HPV în școală, în anul 2008. Vaccinarea HPV în Anglia este oferită tuturor fetelor cu vârste cuprinse între 12 și 13 ani, înainte de a deveni active sexual, când crește riscul de infecție cu HPV.

OMS își propune să convingă că vaccinarea la timp împotriva HPV, în combinație cu screeningul regulat pentru cancerul de col uterin, este cea mai bună metodă de a proteja viitorul fetelor de această boală tragică.

Un alt aspect care necesită atenție în opinia OMS este zona îngrijirilor paliative. Tragic, mulți bolnavi de cancer din regiune mor fără a beneficia de un acces adecvat la ameliorarea simptomatică, în ciuda accesibilității sale.

De exemplu, în regiunea europeană a OMS, consumul de medicamente opioide pentru calmarea durerii este între 10 și 100 de ori mai mic în țările Europei de Est și din Asia Centrală comparativ cu țările Europei de Vest, adesea datorită reglementării excesiv de restrictive a acestor medicamente.

Alți factori care contribuie la îngrijirea paliativă deficitară includ insuficienta conștientizare și formare profesională a medicilor și a profesioniștilor din domeniul sănătății și un interes politic limitat în zonă.

Îmbunătățirea îngrijirii paliative este o altă zonă de interes pentru OMS. Țările care investesc în îngrijirile paliative contribuie la îmbunătățirea calității vieții pacienților și reduc semnificativ costurile tratamentului de cancer în ultimele săptămâni de viață.

În fiecare etapă a îngrijirii cancerului, există mai multe lucruri care trebuie făcute: prevenție, prin reducerea expunerii oamenilor la factorii majori de risc și oprirea bolii prin vaccinare; programe de screening eficiente; un tratament care respectă protocoale bazate pe dovezi și care este disponibil pentru toți; și îngrijiri paliative care oferă pacienților un sfârșit demn de viață, în care durerea este corect gestionată.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2020/2/up-to-a-quarter-of-europeans-will-develop-cancer-from-prevention,-early-diagnosis,-screening-and-treatment-to-palliative-care,-countries-must-do-more> (sursa foto 1)

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2020/2/nurses-administer-most-cervical-cancer-screening-in-england>

<https://www.theguardian.com> (sursa foto 2)

Conferința europeană a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) pe tema screeningului

Desfășurată în perioada 11-12 februarie 2020, Conferința europeană privind screeningul a fost organizată de OMS Europa la Copenhaga.

În cadrul conferinței a fost publicat un ghid OMS Europa pentru screening, iar scopul declarat este acela de a crește eficacitatea programelor de screening în regiune, maximizând beneficiile și minimizând daunele.

Ea își propune să pună laolaltă cunoștințele existente și să ofere instrumente pentru îmbunătățirea practicilor de screening și pentru luarea deciziilor de politici legate de screening. Evenimentul răspunde priorităților identificate în cadrul consultării tehnice europene OMS privind screening-ul organizată în februarie 2019.

De exemplu, în unele țări, femeile pot face screening pentru cancerul de sân, dar diagnosticul sau tratamentul nu sunt ușor accesibile sau sunt de calitate slabă. Pentru majoritatea femeilor din aceste țări, un astfel de screening poate fi mai degrabă nociv decât benefic, iar un program de diagnostic precoce ar putea fi o alegere



mai inteligentă.

Programele de diagnostic precoce reduc proporția de cancer diagnosticat târziu, datorită îmbunătățirilor pe mai multe planuri. Printre acestea se numără cunoștințele medicilor generalişti despre simptomele cancerului, procesele de sesizare, accesibilitatea și eficiența serviciilor de diagnostic și tratament și conștientizarea populației.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2020/02/who-european-conference-on-screening> (sursa foto)



Cum poate fi folosit "interviul motivațional" în sănătate și cu ce rezultate?

Conceptul de "interviu motivațional", a avut la bază experiența tratării alcoolismului și a fost descris pentru prima dată în 1983.

Această experiență a fost apoi dezvoltată într-o teorie coerentă și o descriere detaliată a procedurii clinice, care au fost prima dată oferite de profesorii W. R. Miller și St. Rollnick. Aceștia au definit interviul motivațional ca un „stil de consiliere centrat pe client (sau pacient) care are scopul de a provoca schimbarea comportamen-

tului acestuia, ajutându-l să exploreze și să-și rezolve ambivalența (definită drept concurență a unor scopuri de sens contrar)“.

Examinarea și soluționarea ambivalenței este scopul central al consilierii non-directive, iar interviul motivațional este un mod particular de a ajuta clienții sau pacienții să recunoască și să facă ceva în legătură cu problemele lor actuale sau potențiale.

Interviul motivațional este considerat a fi deosebit de util pentru clienții (pacienții) care sunt reticenți la schimbare sau care sunt ambivalenți în ceea ce privește schimbarea comportamentului.

Strategiile interviului motivațional sunt mai degrabă persuasive decât coercitive, mai degrabă suportive decât argumentative. În final, scopul este să crească motivația intrinsecă a clientului sau pacientului, astfel încât schimbarea să apară din interior (propria voință), mai degrabă decât să fie impusă din afară (prescrisă sau recomandată de medic).

Trăsăturile caracteristice interviului motivațional sunt:

se bazează pe identificarea și mobilizarea valorilor și obiectivelor proprii ale clientului (pacientului) pentru stimularea schimbării comportamentului acestuia

motivația schimbării este generată de client (pacient) și nu impusă din afară

este conceput pentru a genera, clarifica și rezolva ambivalența clientului (pacientului), ca el să perceapă beneficiile și costurile asociate schimbării

pregătirea pentru schimbare nu este o trăsătură a clientului, ci un produs fluctuant al interacțiunii cu acesta

rezistența și „negarea” sunt adesea un semnal pentru modificarea strategiilor motivaționale

stimularea și consolidarea încrederii clientului (pacientului) în propria sa capacitate de a îndeplini și de a reuși să atingă un obiectiv specific este esențială

relația terapeutică este un parteneriat care are la bază respectarea autonomiei clientului (pacientului)

se bazează pe un set de tehnici și este un stil de consiliere

acest stil de consiliere este directiv și centrat pe client (pacient) și urmărește, în final, înțelegerea și susținerea schimbării comportamentale

Interviul motivațional este aplicabil pe scară largă în gestionarea bolilor care sunt asociate, într-o măsură mai mică sau mai mare, cu alegeri de comportament, precum stilul de viață.

El a fost utilizat și evaluat în legătură cu consumul de alcool, dependența de droguri, renunțarea la fumat, scăderea în greutate, aderența la diverse tratamente, monitorizarea și menținerea activității fizice, susținerea imunizării, dar și în tratamentul astmului și al diabetului. Interviul motivațional a fost aplicat de diverși furnizori de servicii medicale, psihologi, medici, asistente și moașe.

În ceea ce privește tehnica interviului motivațional, aceasta este bazată pe patru strategii principale de intervenție:

1. Exprimarea empatiei: se bazează pe înțelegerea și acceptarea cunoștințelor, atitudinilor și experiențelor pe care le manifestă clientul (pacientul), mai degrabă decât pe rolul medicului ca expert.
2. Dezvoltarea discrepanței între comportamentul curent și cel dorit al clientului sau pacientului (între situația actuală și ceea ce dorește persoana).
3. Comunicarea se derulează în sensul manifestat de rezistența clientului sau pacientului și nu împotriva acesteia, pentru a preveni ruperea dialogului și a permite medicului (sau asistentului) să-i exploreze opiniile.
4. Sprijinirea auto-eficienței clientului sau pacientului, adică se bazează pe faptul că personalul medical care face interviul are încredere în capacitatea acestuia de schimbare.

Pentru ca personalul medical care face interviul să-și poată adapta intervenția și dialogul, la baza interviului motivațional stă o teorie a schimbării comportamentale dezvoltată de Prochaska și DiClemente.

Ea definește mai multe etape în care persoanele se regăsesc în ceea ce privește schimbarea comportamentului, clasificare care-i poate ajuta pe profesioniștii din domeniul sănătății să dezvolte argumente adecvate pentru a-i face pe oameni să-și modifice com-



portamentul.

Ciclul Prochaska definește mai multe etape ale schimbării comportamentului și anume:

1. Etapa pre-intenției sau pre-contemplativă: în care persoana nu ia în considerare schimbarea. Ea nu intenționează să își schimbe comportamentul în următoarele șase luni. Acest lucru poate fi explicat printr-o serie de motive care trebuie aflate și luate în considerare (și asupra acestor elemente trebuie să se concentreze personalul medical care conduce interviul motivațional), dacă pacientul este în această etapă.

2. Intenția sau etapa contemplativă: persoana (pacientul) este ambivalentă (nehotărâtă) în ceea ce privește schimbarea. Ea poate avea în vedere modificarea obiceiurilor sale în viitorul relativ apropiat. Persoana (pacientul) analizează argumentele pro și contra. În faza aceasta, personalul medical care conduce interviul motivațional trebuie să profite de faptul că problema este definită și trebuie să analizeze împreună cu persoana (pacientul) posibilele măsuri.

3. Pregătirea sau determinarea: decizia este luată și persoana se pregătește pentru schimbare. Sunt definite, în echipa lucrător me-

dical – pacient, diversele modalități practice ale schimbării.

4. Acțiune: perioada în care persoana își schimbă efectiv obiceiurile. Acesta este un moment important care necesită multă energie și atenție pentru menținerea comportamentului.

În ceea ce privește evaluarea tehnicii interviu motivațional, dintr-o revizuire sistematică și meta-analiză a studiilor referitoare la aceasta realizată de un colectiv al Universității din Aarhus, Danemarca, publicată în *British Journal of General Practice*, a rezultat că 80% din studii confirmă că interviul motivațional îi ajută pe clienți (pacienți) să-și schimbe comportamentul și că depășește ca performanțe consilierea tradițională.

Meta-analiza arată efectele interviului motivațional asupra indicelui de masă corporală, colesterolului total din sânge, tensiunii arteriale sistolice, concentrației de alcool din sânge și conținutului standard de etanol.

Natura schimbărilor produse asupra parametrilor pacientului este aproape întotdeauna legată atât de respectarea tratamentelor prescrise, cât și de tipul de modificări pe care le face pacientul în stilul său de viață. Cu toate acestea, efectul interviului motivațional în unele domenii problematice cum ar fi combaterea obezității și renunțarea la fumat este provocat în primul rând de o schimbare a obiceiurilor pacientului, în timp ce efectul asupra astmului provine, în primul rând, din respectarea tratamentului prescris.

Analiza a arătat că interviul motivațional poate fi eficient chiar și după întâlniri scurte de doar 15 minute, dar și că o creștere a numărului de întâlniri cu un pacient crește probabilitatea de a înregistra succese.

O altă concluzie a studiului este aceea că interviul motivațional poate fi utilizat în tratamentul unei palete foarte largi de boli care sunt influențate, într-o oarecare măsură, de comportament.

Deoarece nu există efecte adverse ale interviului motivațional, același studiu sugerează și că această metodă poate fi folosită cu succes în beneficiul unei categorii foarte largi de pacienți.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

Interviul motivațional: o revizuire sistematică și meta-analiză publicată în *British Journal of General Practice* și coordonată de Sune Rubak, MD, Research Fellow, Departamentul de Cercetare și Departamentul de Medicină Generală, Universitatea din Aarhus, Danemarca, <https://pdfs.semanticscholar.org>

www.banyanphiladelphia.com (sursa foto 1)

<https://ro.sainte-anastasiu.org> (sursa foto 2)

0 serie de istorii inspiraționale

Povestea succeselor și provocărilor unor asistenți medicali din diverse perioade și de pe diferite meridiane

Performața și excelența în orice domeniu sunt întruchipate de numele celebre ale diferitelor profesii – medici, ingineri, sportivi, arhitecți. În realitate, oamenii excelează în toate domeniile, dar unele conferă mai multă faimă decât altele. Spre deosebire de alte profesii, cea de asistent medical nu este atât de mult în “lumina reflectoarelor”, cu toate că mulți dintre acești profesioniști au adus contribuții extraordinare în domeniul medical. Tocmai de aceea, rubrica istorie va găzdui câteva povești de succes care au marcat profesia în lume, în secolele trecute.

Dintre toate, poate cel mai cunoscut nume este cel al lui Florence Nightingale, un nume care nu necesită nicio introducere pentru oricine lucrează în domeniu.

Este cea care a revoluționat îngrijirea la patul bolnavului și a adus reforme care au schimbat fața medicinei moderne, atât pe câmpul de luptă cât și în afara acestuia.

Dincolo de legenda “Doamnei cu lampa”, care-și ghida astfel pașii printre paturile răniților în spitalele de pe câmpul de luptă, enig-

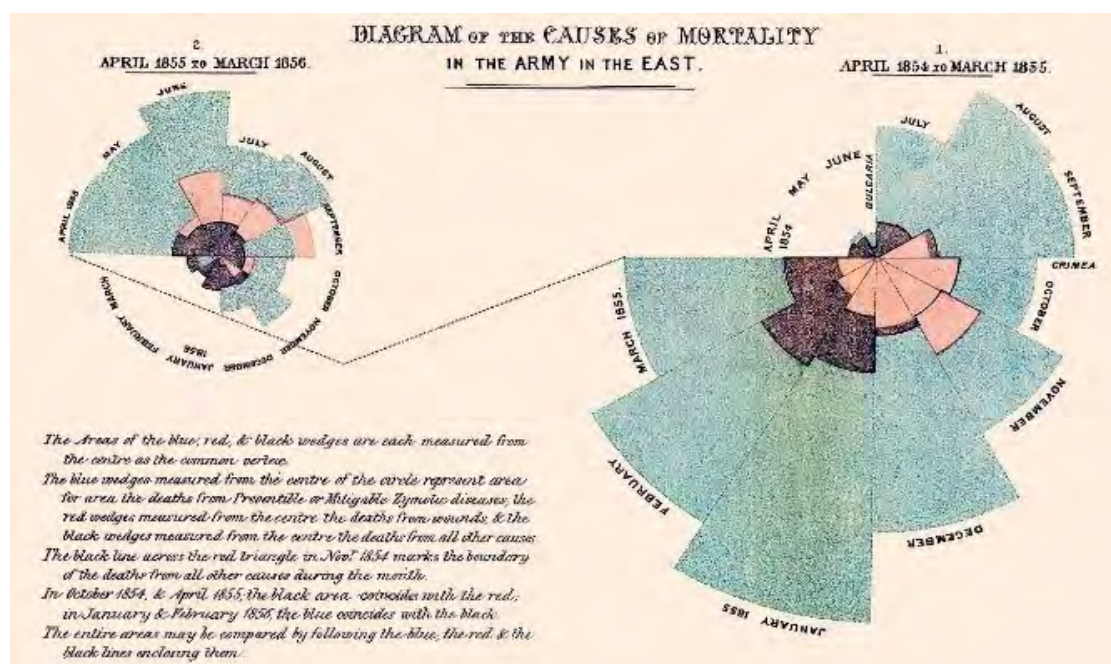


matica Florence Nightingale are o poveste care merită să fie cunoscută, pentru că încă mai poate aduce inspirație profesioniștilor de astăzi.

Deși provenea dintr-o familie britanică, ea s-a născut în Italia, în orașul al cărui nume îl va purta. Provenea dintr-o familie privilegiată și educată. Tatăl său, William Nightingale, a fost modelul său intelectual. Ea era fluentă în engleză, franceză, germană și italiană, având cunoștințe de latină și greacă. Studiase filosofia și matematica, dar și literatura shakespeariană.

În plus, de la vârsta de 18 ani, va începe o lungă prietenie cu scriitoarea Mary Clarke care o va influența puternic, atât în ce privește manierele masculine, excentricitatea, cât și dorința de a reuși într-o lume a bărbaților. Un exemplu este faptul că, deși familia sa se va opune puternic ambițiilor sale de a face nursing, acest lucru nu a contat pentru Florence.

Se va dedica acestei profesii pe care o va reforma. De exemplu, va conduce o cruciadă pentru curățenie în serviciile medicale, în timpul războiului din Crimeea din 1850. Pe atunci, rozătoarele se



plimbau libere în spitalele de război victoriene. A fost nevoie de voința sa de fier și de munca sa și a echipei sale de 38 de asistente pentru reduce rata mortalității în spitalul unde lucra de la 40% la doar 2%.

Deși nu este inventatorul diagramelor, Florence Nightingale va folosi infografice în rapoartele medicale pe care le va face publice. Este și cazul unuia dintre faimoasele sale rapoarte din 1858 în care folosește o diagramă pentru a indica cum au evoluat în timp pierderile de vieți omenești și numărul de răniți în război.

După terminarea războiului din Crimeea va continua acasă cruciada sa pentru menținerea igienei. Astfel, la începutul anilor 1870, va sprijini cu toate puterile o politică care să asigure tuturor clădirilor din Anglia conectarea la sistemul de canalizare. La fel cum a luptat și demonstrat eficacitatea măsurilor sale de igienă în cazul soldaților pe front, tot cifrele i-au dat dreptate și în cazul acestei ambițioase legislații. După aproape 50 de ani de aplicare, când efectele acestei noi legi se simțeau deplin, speranța de viață în Anglia a crescut cu aproximativ 20 de ani.

A fost prețuită de Regina Victoria. Aceasta i-a trimis la un moment dat o broșură special creată pentru serviciile ei, numită "bijuteria Nightingale" cu o notă în care scria „va fi foarte mare o satisfacție

pentru mine, când te vei întoarce în cele din urmă pe aceste meleaguri, să fac cunoștință cu cineva care a devenit un exemplu atât de luminos pentru sexul nostru.” În cele din urmă, întâlnirea a avut loc în anul 1856 și au rămas în contact toată viața.

Standardele publicate de ea referitoare la organizarea spitalelor, inclusiv cele privind ventilația acestora au devenit curând cunoscute peste tot. Ele au fost preluate, de exemplu, de ambele tabere în timpul războiului civil american. Tot ea este cea care a sprijinit-o pe Linda Richards, „prima asistentă medicală instruită din America”, să-și facă studiile sub supervizarea sa la London’s Nightingale School of Nursing.

Tot ea este prima beneficiară a Crucii roșii regale. Gândit pentru a onora asistența medicală în serviciul militar, ordinul a fost creat de Regina Victoria în 1883. Deși odată cu broșa primită de la aceasta, despre care am vorbit mai sus, Florence Nightingale a beneficiat și de un premiu din partea guvernului de 250,000 \$, ea îl va dona integral pentru a ajuta la construirea Spitalului St. Thomas și a Școlii Nightingale pentru nurse. O altă onoare, primită de la Regele Edward VII, în 1907, este acceptarea sa în Ordinul Britanic de Merit, devenind prima femeie și, pentru alți 58 de ani, unica ce va fi admisă în acesta.

În anul 1859 va publica lucrarea ”Note despre nursing: ce este și ce nu este acesta” în care promovează idei de bază care sunt studiate și astăzi, precum spălarea mâinilor și discreția socială.

Pentru a scrie cărțile medicale și rapoartele sale, ea a folosit engleza standard alături de infografice. Aceasta a făcut ca scrierile sale să fie larg accesibile, chiar și pentru cei cu nivel scăzut de educație. De-a lungul vieții, Nightingale a scris aproape 200 de cărți, articole și pamflete, parte dintre ele legate de alte preocupări ale sale precum domeniul social, aspectele religioase sau mitologia romană. Dincolo de acestea, ea a scris și ”Cassandra”, o lucrare polemică victoriană feministă care critica societatea pentru modul în care socializa femeile să rămână ”în umbră”.



Florence Nightingale va fi un promotor al eforturilor de eradicare a foametei și un luptător pentru sănătatea lucrătorilor sexuali din India. Ea se va împotrivi unei legislații din anii 1860 promovată de guvernul britanic care încerca să le forțeze pe aceste femei să facă examinări medicale asigurate de stat – desigur, fără teste obligatorii pentru bărbați. Nightingale a considerat că această lege este nedreaptă și ineficientă în prevenirea răspândirii bolilor venerice. Ca și alți oponenți ai proiectului, ea considera sănătatea ca fiind influențată de factori sociali precum sărăcia și dieta, și mai puțin de aspectele de gen sau puritate. Cu toate acestea, ea nu a reușit să împiedice această lege.

În acest context merită menționat faptul că, oarecum pe bună dreptate, familia sa, în special mama și surorile sale, s-au opus dorinței sale de a se dedica muncii de nursing. În Anglia de la începutul erei victoriene aceasta era o activitate asociată mai mult cu alcoolismul și salariile mici. Este meritul lui Florence Nightingale de a fi adus și "respectabilitate" acestei profesii.

Ca o recunoaștere a multiplelor sale merite, din 1974, lumea întreagă celebrează ziua de 12 mai (data de naștere a lui Florence Nightingale) drept Ziua Internațională a Asistentului Medical.

Mai mult, Florence Nightingale – părinte al nursingului modern, sta-

tisticiană, scriitoare prolifică, activistă a campaniilor sociale – este celebrată și printr-un muzeu care-i este dedicat în Londra.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

www.factinate.com

www.britain-magazine.com (sursa foto 1 și 2)

www.nursingschoolhub.com

Sursa foto 3 Shutterstock

Echipele multidisciplinare de asistență primară – un exemplu de bună practică pentru îmbunătățirea performanței sistemelor de sănătate

Asistența primară poate îndeplini mai mult de 70% din nevoile de sănătate ale unei persoane de-a lungul vieții, de la educația pentru sănătate și prevenirea bolilor, la tratamentul și managementul condițiilor medicale cronice. Este, astfel, cea mai eficace și eficientă modalitate de a furniza sănătate pentru toți.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a identificat câteva zone cheie pe care autoritățile naționale se pot axa pentru a îmbunătăți performanța asistenței primare și rezultatele actelor medicale și pentru a asigura un acces echitabil la serviciile de sănătate. Dintre aceste zone cheie, remarcăm: 1. dezvoltarea competențelor medicilor de familie și ale asistenților medicali din sistemul primar; 2. crearea condițiilor pentru ca pacienții și îngrijitorii lor să-și poată gestiona condițiile medicale cronice; 3. înființarea echipelor multidisciplinare de asistență primară și 4. integrarea asistenței medicale cu asistența socială.

Din 1985, au apărut noi modele de asistență primară care propun un rol extins pentru asistenții medicali și folosirea intensivă a sis-



temelor informatice, precum și îmbunătățirea integrării cu ceilalți furnizori de servicii medicale.

Începând cu anii 1980, Spania a priorizat înființarea asistenței multi-disciplinare. Echipele ei multi-profil sunt printre exemplele de bună practică pe care OMS le promovează pentru a-i inspira pe factorii de decizie din alte țări să întărească asistența medicală primară.

Implementată și operaționalizată în cadrul comunităților, această reformă a urmărit și reușit să crească capacitatea de răspuns a serviciilor primare, să asigure accesul egal la acestea și să îmbunătățească eficiența întregului sistem de sănătate prin extinderea scopului serviciilor furnizate de echipele multidisciplinare.

De la introducerea pe scară largă a acestor echipe, Spania a înregistrat o îmbunătățire continuă a managementului bolilor netransmisibile, în special a diabetului și a bronhopneumopatiei obstructive cronice. În faza actuală, Spania este în proces să lege aceste echipe multidisciplinare de serviciile sociale și de cele de urgență, continuând să îmbunătățească furnizarea de servicii de sănătate centrate pe persoană.

Asistența primară multi-disciplinară reprezintă un important salt calitativ, fiind considerată o alternativă viabilă și eficientă la sistemul tradițional de asistență instituționalizată. Această nouă abordare folosește cel mai bine mix-ul de competențe și aptitudini ale profesioniștilor din sistem: echipele multidisciplinare includ medici de familie, pediatri, dentiști, asistenți medicali de îngrijiri primare, infirmieri, asistenți sociali și personal administrativ din sistemul de sănătate. Aceștia interacționează strâns cu pacienții și familiile lor, dezvoltă planuri de tratament specifice pacientului respectiv și își asumă responsabilitatea pentru deciziile legate de sănătatea acestuia.

Sistemele de sănătate din alte țări au înregistrat diferite grade de succes în integrarea echipelor multidisciplinare în furnizarea asistenței primare. Astfel, National Health Service (Sistemul National de Sănătate) din Marea Britanie a adoptat diverse schimbări care facilitează implementarea echipelor multi-disciplinare, precum acordarea de sprijin financiar pentru membrii echipei care nu sunt medici sau folosirea constantă a fișelor medicale electronice care îmbunătățesc coordonarea serviciilor furnizate de echipă.

Pe de altă parte, sistemul de sănătate din Statele Unite ale Americii pune mai mult accent pe sistemele secundar și terțiar de asistență medicală decât pe cel primar. În timp ce mulți factori de decizie, organizații care furnizează servicii de sănătate și finanțatori ar vrea să aibă loc o mutare spre mai multă asistență primară, o multitudine de factori, precum criza de medici și îmbătrânirea populației, asociată cu o explozie de multiple boli cronice, face ca întărirea asistenței primare tradiționale să fie dificilă.

Tocmai de aceea suporterii echipelor multidisciplinare le propun ca modalitate importantă pentru reformarea asistenței primare, ele îmbunătățind calitatea și eficiența acesteia. Deseori, medicii de familie, pe cont propriu, nu reușesc să furnizeze toate serviciile de sănătate de care e nevoie din cauza lipsei timpului. Se estimează că până la 47% din managementul bolilor cronice și 77% din îngrijirile preventive ar putea fi delegate către alți membri ai echipei

medicale, ceea ce ar putea reduce parțial cererea pentru mai mulți medici, în timp ce ar îmbunătăți accesul la serviciile de sănătate. Dovezile de până acum arată că echipele multidisciplinare bine organizate cresc satisfacția pacienților și reduc burn-out-ul medicilor și al personalului medical, în general.

Cum se pot crea aceste echipe multidisciplinare, în mod practic? Multe cabinete de medicină primară au extins rolul asistenților, acordându-le acestora responsabilități în managementul îngrijirilor preventive și în educația pacienților, ceea ce a dus la îmbunătățirea rezultatelor medicale. Alte cabinete au inclus membri noi în echipa de asistență primară, precum rezidenți, asistenți practicieni sau farmaciști.

Cercetările efectuate până acum pe această temă oferă câteva recomandări pentru crearea unor echipe multidisciplinare performante, dezvoltate și pe baza dovezilor strânse din practica unor echipe multidisciplinare deja create. Aceste cercetări subliniază importanța unor factori precum existența unor spații fizice care facilitează interacțiunea, crearea sensului unui scop comun în cadrul echipei, comunicarea eficace și existența unor structuri de conducere care reflectă obiectivele și activitățile echipei.

Mai mult, cercetările arată că implementarea echipelor multidisciplinare ar trebui să fie făcută cu o mentalitate flexibilă, care ia în considerare nevoile membrilor echipei, deoarece pot apărea, în mod neintenționat, tensiuni în cadrul echipei, mai ales din cauza confuziei de roluri.

Pe măsură ce tot mai multe practici de medicină primară din SUA adoptă abordarea echipei multi-disciplinare, este important de urmărit ce modele sunt alese pentru implementare și ce factori influențează această alegere. Astfel, până acum s-a constatat că practicile de medicină primară asociate unor centre academice mari au disponibile resurse financiare și umane care nu pot fi mobilizate de către practicile din mediul rural. Mediul de reglementare, regulile de decontare sau obiectivele organizaționale pot influența și ele alegerea structurii echipei multidisciplinare și pot limita rolurile

membrilor.

În acest context, cercetători din SUA au condus un proiect pentru a înțelege diferitele abordări privind alegerea modelului echipei multidisciplinare în Carolina de Nord. Eșantionul a inclus 44 de profesioniști din 6 practici de medicină primară din acest stat. Majoritatea participanților (82%) au fost femei și angajate permanente la clinica lor (90%). Vârsta lor medie era de 45 de ani și munciseră circa 8 ani la aceeași clinică, în momentul derulării proiectului.

Practicile de medicină primară incluse în acel proiect au fost variate din punct de vedere al structurilor organizaționale și al contextelor. 5 dintre cele 6 practici angajau 1 sau 2 doctori, precum și un număr de 2-6 asistenți. A șasea practică era asociată unui mare centru academic și angaja peste 30 de medici permanenți și part-time, inclusiv rezidenți. De notat că în SUA, în 2012, circa 41% dintre medicii de medicină primară lucrau în practici cu 1-2 medici, 42% în practici cu 3-10 doctori, iar 16% erau în practici cu peste 11 medici.

De asemenea, cele 6 practici studiate în proiect aveau o diversitate de tipuri de echipe, de la diada medic – asistent la echipele multidisciplinare cu participare largă. Feedback-ul participanților din cele 6 practici cu privire la echipa ideală s-a bazat frecvent pe nevoia de a adresa carențe existente în furnizarea unor servicii importante. De exemplu, 4 din cele 6 practici s-au referit la nevoia de a avea un asistent social sau coordonator de îngrijiri pentru a gestiona cazurile complexe, fie din punct de vedere medical, social sau al sănătății mintale.

O asistentă dintr-o practică de medicină primară din suburbiile unui oraș din Carolina de Nord, care avea la dispoziție resurse limitate, a reflectat această diversitate a nevoilor: “ cred că ne-ar prinde bine adăugarea elementului de sănătate mintală și poate și adăugarea unui element de management de caz pentru pacienții noștri cu cazuri complicate.”

Rezultatele acestui proiect arată și ele că factorii legați de contex-



tul organizațional care facilitează funcționarea echipelor multi-disciplinare sunt resursele tehnologice precum comunicarea online și fișele medicale electronice, care pot fi folosite de diverși membri ai echipei pentru a lăsa mesaje pentru ceilalți membri.

Alți factori favorizanți pentru performanța echipelor multi-disciplinare sunt - competențele și aptitudinile membrilor echipei, procesele organizaționale care promovau întâlnirile zilnice ale echipei într-un spațiu dedicat sau cultura organizațională colaborativă.

De asemenea, pentru practica de medicină primară asociată marului centru academic, deosebit de important a fost call center-ul unde se făcea triajul apelurilor și disponibilitatea unei largi palete de specialiști care erau mobilizați în funcție de nevoile unui anumit caz.

În ciuda diferențelor dintre cele 6 practici, un mesaj constant a fost nevoia de a integra în aceste echipe asistenți sociali și/sau coordonatori de îngrijiri. Această concluzie o întărește pe aceea dintr-o cercetare anterioară, care a arătat că aceștia au roluri foarte importante în echipă. Ei pot gestiona eficace și eficient planurile de îngrijiri ale pacienților, pot coordona resursele existente în comunitate și pot furniza intervenții clinice. Din păcate, s-a subliniat și nevoia de finanțare pentru a putea include asistentul social ori

coordonatorul planului de îngrijiri în echipă.

Implementarea cu succes a unei echipe multidisciplinare e influențată nu numai de contextul organizațional, dar și de contextul social și de politicile publice. Factorii externi sunt percepuți, deseori, drept bariere pentru implementarea acestui model, în timp ce factorii favorizanți sunt, de obicei, cei interni, din cadrul organizației.

Politicile guvernamentale și organizaționale ar trebui să evite să prescrie un anumit model de echipă multidisciplinară, permițând practica de medicină primară respectivă să adapteze design-ul echipei la circumstanțele ei locale și contextuale specifice.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

www.healthandeuropecentre.nhs.uk

www.euro.who.int

bmcfampract.biomedcentral.com

Sursa foto 1 - www.onmedica.com

Sursa foto 2 - <https://mehi.masstech.org/ehealth/electronic-health-records>

Actualități în medicina internă

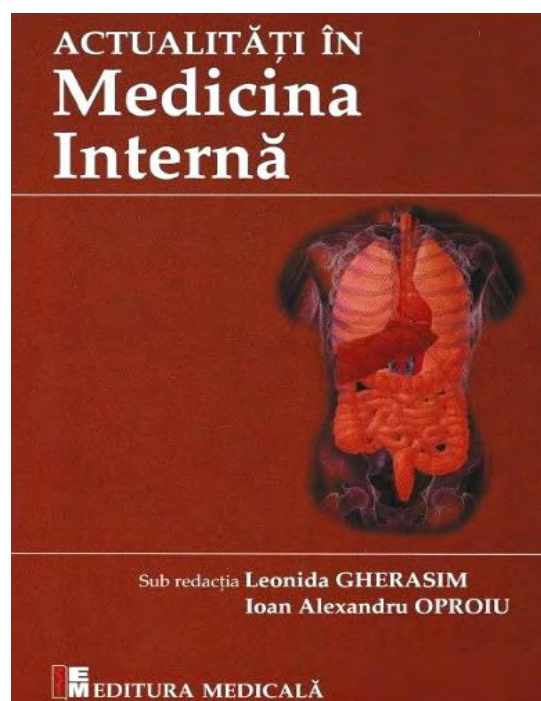
Autori: Leonida Gherasim, Ioan Alexandru Oproiu,

Editura Medicală, 2019

Aflat la a treia ediție, volumul aduce multe noutăți științifice din ultimii ani, dar și teme noi din domeniul precum cardiologie, pneumologie, gastroenterologie, hepatologie, nefrologie, reumatologie, neurologie, ecografie.

Remarcăm următoarele subiecte de mare interes pentru profesioniștii din sistemul medical:

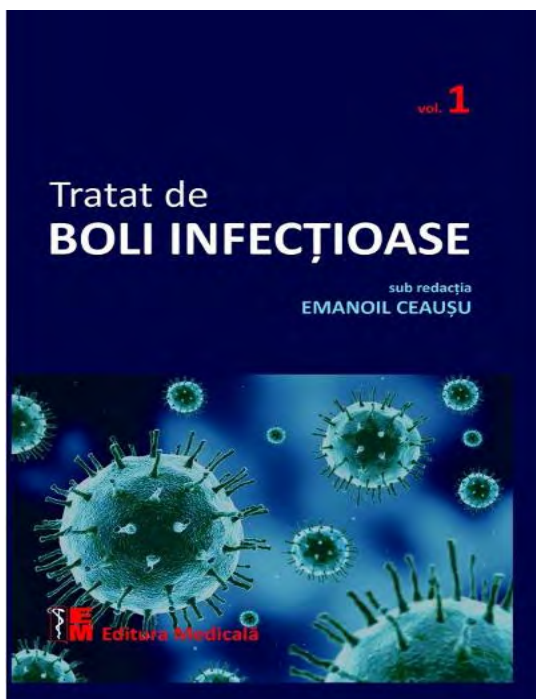
- terapia hipolipemiantă
- tromboembolismul venos
- noutăți în bronhopneumopatia obstructivă cronică
- tuberculoza multi-drog rezistentă
- tulburări funcționale digestive
- insuficiența hepatică acută suprapusă celei cronice
- terapiile de substituție renală cronică la pacienții cu diabet zaharat
- noutăți în diagnosticul și tratamentul sindroamelor mielodisplazice
- tratamentul actual al leucemiei limfocitare cronice



Tratat de boli infecțioase Vol.1

Coordonator: Emanoil Ceașu,

Editura Medicală, 2018



Autorii volumului sunt specialiști în domeniul bolilor infecțioase din întreaga țară a căror experiență s-a reflectat prin exemplificarea anumitor concepte cu ajutorul unor cazuri clinice reale.

Unele dintre temele fundamentale ale cărții sunt:

- flora microbiană a organismului.
- etiologia bolilor infecțioase.
- profilaxia bolilor infecțioase prin vaccinare.
- hepatitele virale acute și cronice.
- infecții cardiovasculare.
- tuberculoza pulmonară.
- tuberculoza extrapulmonară.

Consilierea și terapia spirituală în bolile grave și terminale

Autor: Ileana Stănculeasa,

Editura Medicală, 2017

Volumul, bine documentat, ne aduce cele mai importante și noi tehnici și instrumente pentru consilierea și terapia spirituală folosite în îngrijirile paliative.

Dintre temele abordate, remarcăm:

- definiția îngrijirilor paliative
- nevoile spirituale ale bolnavului
- calitatea vieții și suferința spirituală
- modele de îngrijire spirituală:
 1. prezența.
 2. abordarea narativă
 3. psihoterapia.
 4. anamneza spirituală.
 5. evaluarea spirituală.
 - competențele consilierului spiritual
 - tratamentul suferinței spirituale.



Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:

secretariat@oammrbuc.ro

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