

eAsistent.ro

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



Mai 2015

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

Editorial Aprilie	5
-------------------	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Pericolele ascunse ale supraestimării riscului de îmbolnăvire cardiovasculară	8
---	---

EVENIMENT

Ziua Internațională a Moaşelor este sărbătorită din 1991	15
12 mai – Ziua Internațională a asistentului medical a fost lansată în anul 1974, la inițiativa Consiliului Internațional al Asistenților Medicali	18
Familia, sărbătorită în fiecare an pe 15 mai	20
31 Mai, Ziua Mondială Fără Tutun	23

INTERVIU

Împărtășind experiența scoțiană - Una Lyon, Universitatea "Robert Gordon"	27
Provocarea furnizării de îngrijiri de calitate centrate pe pacient – Profesor Joy Notter, Universitatea Birmingham City, Marea Britanie	34
A VI-a Conferință Națională Anuală a OAMGMAMR filiala București - „Asistenții medicali și moașele o resursă vitală pentru asigurarea calității îngrijirilor de sănătate"	40
Interviu cu Stan Daniela, Moașă licențiată, Spitalul Prof. Dr. Panait Sârbu	41
Interviu cu Marcela Vasilievici, Asistent Medical Principal la INDNBM "Prof. dr. N.C. Paulescu"	45
Interviu cu Daniela Dunca, Asistent medical șef, secția medicală/oncologie, Spital Euroclinic Regina Maria	49
Interviu cu Daniela Voinea, Asistent coordonator CPU, Institutul de Pneumoftiziologie Marius Nasta	53
Interviu cu Luminița Burghilea, Asistent Medical Generalist, West Eye Hospital	58

ISTORIE

Câteva elemente despre istoria profesiei de asistent medical	62
--	----

LUMEA MEDICALĂ

Cancerul de piele – câteva lucruri de știut de către pacienți	65
---	----

CĂRȚI MEDICALE

Esențialul în pediatrie	73
-------------------------	----

Vademecum de tratamente ginecologice	74
--------------------------------------	----

Urgențe ginecologice, obstetricale, neonatologice	76
---	----

ECHIPA	78
---------------	----



În luna mai, e-Asistent vă invită să citiți despre a VI-a sa Conferință Națională Anuală

Tema de anul acesta a conferinței, **“Asistenții medicali și moașele o resursă vitală pentru asigurarea calității îngrijirilor de sănătate”**, a fost susținută printr-un program de prezentări menite să exemplifice modul în care asistenții medicali sunt implicați în îngrijirile de sănătate. Prezentările au adus modele de practică care au rolul de a contribui la îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

Din programul conferinței am reținut prezentări care au adus în fața celor 700 de practicieni din București experiența altor țări în domeniu: *Rolul asistentelor medicale în îngrijiri de calitate. Experi-ența scoțiană* - Una Lyon, Academic Group Leader (Acting) School of Nursing and Midwifery Robert Gordon University) sau *Studiu de caz: Provocarea de a oferi servicii de calitate, centrate pe pacient* - Prof. Joy Notter, Faculty of Health, Education and Life Sciences, Birmingham City University. Paginile revistei noastre vă oferă inter-viurile cu cei doi profesioniști invitați la Conferință.

Pe de altă parte, subiectele științifice abordate de colegii noștri în cadrul conferinței au cuprins teme extrem de variate. Cu o parte dintre autori am discutat după conferință, pentru a înțelege mai bine cum și-au ales tema. Poveștilor lor se regăsesc și ele în secți-unea "Interviu" a revistei noastre și le fac cinste.

În capitolul "Istorie" regăsiți câteva elemente despre începuturile profesiei de asistent medical așa cum o cunoaștem astăzi.

Secțiunea "Eveniment" cuprinde mai multe articole: 5 mai - Ziua Internațională a Moașelor, 12 mai – Ziua Internațională a asisten-tului medical, 15 mai - "Ziua Internațională a Familiilor" și 31 Mai - Ziua Mondială fără Tutun.

În capitolul "Educație medicală" descoperiți o viziune despre perico-lele ascunse ale supraestimării riscului de îmbolnăvire cardio-vas-culară, iar în secțiunea "Lumea Medicală" vă prezentăm câteva lu-cruri importante de știut de către pacienți cum ar fi, de exemplu, faptul că educația pacienților pentru prevenirea cancerului de pie-le este foarte importantă.

În numărul din mai al revistei vă recomandăm și 3 publicații: *Esen-țialul în pediatrie*, de Alexandra Fuchs, *Vademecum de tratamente ginecologice*, de Nicolae Crișan și Anca Daniela Stănescu și *Urgențe ginecologice, obstetricale, neonatologice*, de Peter Czekelius, Livia Ognean, Andrada Schneider.

Dragi cititori, vă "provocăm" cu drag să parcurgeți noul număr al revistei, să citiți despre temele abordate de câteva dintre colegile noastre la a VI-a Conferință Națională Anuală a OAMGMAMR Bu-

curești și să ne trimiteți ideile și propunerile de articole științifice pe adresa redacției: secretariat@oammrbuc.ro

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București

Pericolele ascunse ale supraestimării riscului de îmbolnăvire cardiovasculară

Prognostizarea riscului de îmbolnăvire cardio-vasculară este unul dintre subiectele care a primit multă atenție în literatura de specialitate din ultimii 5 ani.

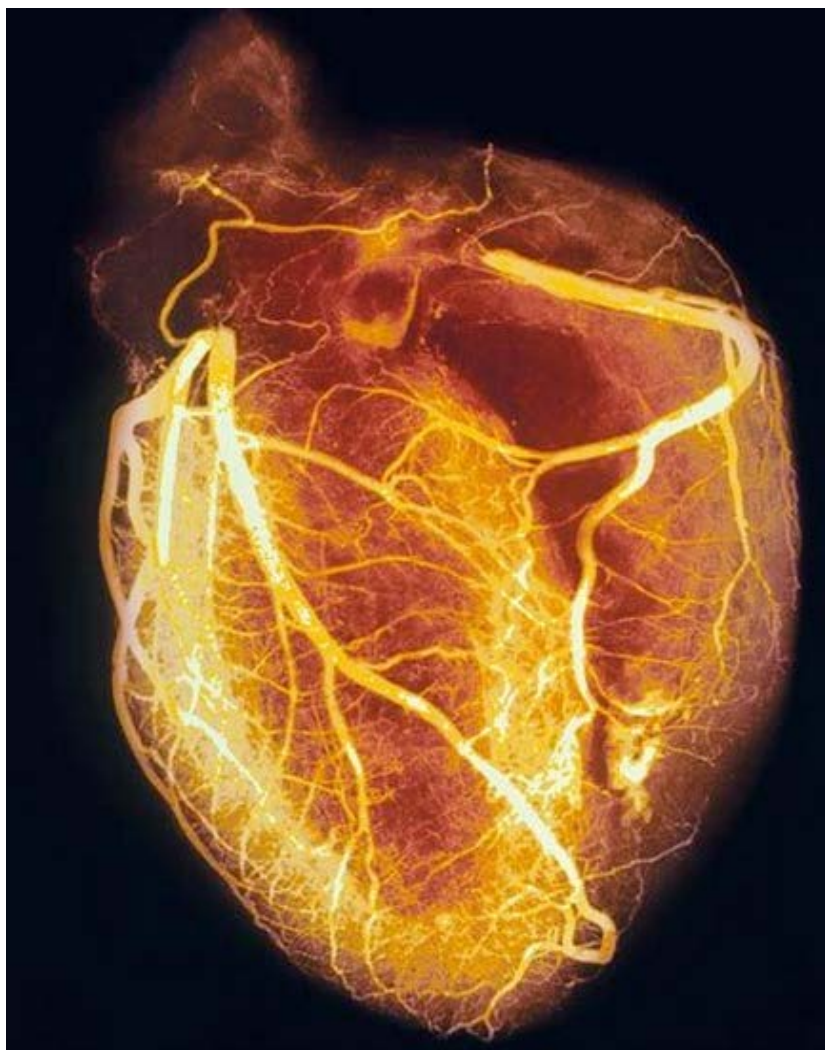
Îmbunătățirea acurateții acestor prognoze s-a axat pe identificarea și modelarea factorilor de risc cei mai relevanți și a modalităților de colectare a datelor respective și pe dezvoltarea de metode eficiente și eficiente de prevenție primară și secundară pentru grupurile care prezintă acești factori de risc.

Aceste procese de prognoză și aplicarea practică a rezultatelor lor au început să joace un rol cheie în dezvoltarea politicilor de sănătate publică.

Formulele de prognoza a riscului de îmbolnăvire cardio –vasculară dau estimări ale probabilității ca populații care prezintă anumiți factori de risc să dezvolte asemenea afecțiuni într-un anumit interval de timp. Astfel, orice intervenție care reduce apariția sau nivelul acestor factori de risc duce la scăderea numărului sau severității îmbolnavirilor cardio-vasculare.

Popularizarea acestor prognoze poate crește nivelul de conștientizare a populației asupra cauzelor apariției acestor boli care vin cu o povară semnificativă în privința morbidității și mortalității și poate duce la schimbarea de comportamente în rândul grupurilor vulner-

Angiograma unei inimi sănătoase - fotografie de SPL/Photo Researchers, Inc. publicată de National Geographic (http://science.nationalgeographic.com/science/photos/heart/#/heart-angiogram_986_600x450.jpg)



abile în ceea ce privește adoptarea unui stil de viață sănătos.

Factorii de risc cei mai folosiți în diversele modele de prognoză sunt vârsta, sexul, fumatul, prezența diabetului, nivelul colesterolului și al tensiunii arteriale. Aceste date sunt relativ ușor de colectat, fiind disponibile mai ales în sistemul de îngrijire primară (cabinetele medicilor de familie).

Studierea și îmbunătățirea continuă a algoritmilor de prognozare a riscului de îmbolnăvire cardio-vasculară, o preocupare constantă a specialiștilor din domeniu, este benefică și pentru că importanța relativă a factorilor de risc s-a schimbat în mod semnificativ în ultimii 30 de ani.

De exemplu, nivelul mediu al colesterolului a înregistrat o tendință

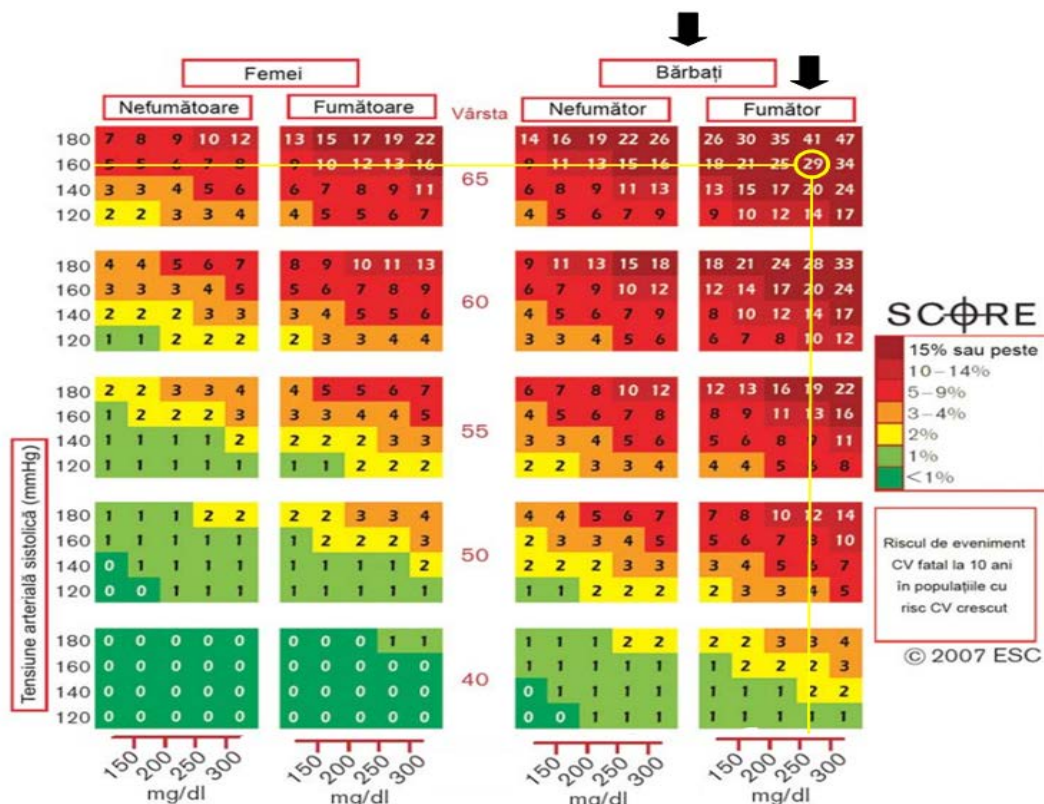
descrescătoare curând după ce statinele au început să fie folosite pe scară largă, dar în ultimii ani s-a stabilizat. O tendință similară s-a înregistrat și în cazul fumatului, în timp ce alți factori, precum obezitatea și diabetul de tip 2, au devenit mai prezenți. Mai mult, schimbările în factorii de risc nu au fost uniforme pentru ambele sexe sau diferitele grupe de vârstă.

De asemenea, au fost identificați noi potențiali markeri ai bolilor cardio-vasculare, inclusiv proteina C-reactivă (CRP), homocisteina, lipoproteina sau nivelul de calcifiere coronariană, care s-au dovedit a fi corelați cu apariția bolilor cardio-vasculare, dar a căror integrare în modelele actuale de prognozare a riscului de îmbolnăvire cardio-vasculară este încă o provocare.

Una dintre întrebările cheie legate de factorii de risc și aceste modele de prognoză este legată de interpretarea datelor. De exemplu, când datele ne indică un nivel estimat de 7% de îmbolnăvire în 10 ani pentru un bărbat fumător în vârstă de 40 ani, este incorect să înțelegem că acest bărbat are un risc de 7% de a suferi de boli cardio-vasculare în 10 ani? Mai degrabă, interpretarea corectă este că, din 100 de indivizi similari, ne putem aștepta ca 7 dintre ei să fie afectați de boli cardio-vasculare într-un orizont de 10 ani.

Care mai este, atunci, rolul clinicianului, dacă aceste modele de prognozare a riscului îmbolnăvirilor în funcție de diverșii factori de risc se folosesc pe scară din ce în ce mai largă și rezultatele lor sunt și la îndemâna publicului larg?

Rolul clinicianului este de a înțelege subtilitățile naturii probabilistice a acestor prognoze, mai ales faptul că ele dau estimări ale riscului existent la nivelul unor grupuri vulnerabile și nu la nivel individual. De aceea, pentru a ajunge la un diagnostic cât mai relevant în cazul unui anumit pacient, clinicianul trebuie să ia în calcul factori individuali suplimentari, precum nivelul de stres prezent în viața de zi cu zi a celui pe care-l consultă, stilul de viață al acestuia și istoricul medical al familie. De asemenea, clinicianul este chemat să determine nevoia de teste adiționale pentru a afla date noi care l-ar putea ajuta în a confirma un anumit prognostic. Astfel, aceste



De mulți ani, recomandările privind măsurile de prevenție a îmbolnăvirilor cardio-vasculare, precum infarctul sau atacul vascular-cerebral, se bazează deja pe algoritmi relativi simpli care foloseau ca variabile vârsta, sexul, nivelul colesterolului sau al tensiunii arteriale, fumatul și istoria familială a incidenței bolilor cardio-vasculare.

prognostice ale riscului de îmbolnăvire trebuie să rămână doar un instrument la dispoziția clinicianului, fiind contraindicat ca ele să înlocuiască consultația medicului și testele suplimentare pe care acesta le-ar putea recomanda.

În acest context, este important de subliniat că sunt din ce în ce mai multe voci din lumea medicală care protestează împotriva absolutizării acestor prognoze, arătând limitările lor inerente, dintre care faptul că rezultatele lor nu pot fi aplicate la nivel individual fără consultarea medicilor cardiologi și că ele nu pot (încă) acoperi mulți factori relevanți de risc, precum nivelul proteinei C-reactive sau al citokinelor și stilul de viață. De asemenea, ei scot în evidență un pericol major al absolutizării rezultatelor acestor prognoze, și

anume supraestimarea riscului de îmbolnăvire cardio-vasculară, supraestimare care poate duce, la rândul ei, la supraadministrarea tratamentului medicamentos, în special a statinelor.

Dar ce sunt statinele și de ce poate fi periculoasă supraadministrarea lor? Statinele sunt medicamente care scad nivelul colesterolului, inhibând o enzimă cu rol central în producerea de colesterol de către ficat (care produce aproximativ 70% din colesterolul total din organism). Administrarea de statine a cunoscut o explozie fără precedent în ultimele decenii, unul dintre acestea (atorvastatin) ajungând, în 2003, cel mai bine vândut medicament din istorie.

În cazul anumitor persoane (grupurile de risc fiind cei cu medicație multiplă/complexă, femeile, cei cu o greutate corporală redusă, cei cu vârsta de peste 65 de ani, cei cu diabet și boli de rinichi sau ficat), statinele pot avea serioase efecte secundare, precum creșterea riscului de apariție sau accelerarea evoluției diabetului, probleme de auz, amnezie temporară, neuropatie periferică, cataractă, leziuni musculare sau disfuncții hepatice. Din ce în ce mai mulți specialiști din domeniul medical cardio-vascular îndeamnă la administrarea lor cu prudență maximă, în cazuri specifice, la 1 din ca. 500 de pacienți (cei cu hipercolesterolemie familială sau cei al căror organism nu poate controla producția de colesterol). Acest apel vine într-un moment în care statinele sunt administrate pe scară largă, odată ce modelele de estimare a riscului de îmbolnăvire cardio-vasculară, conform cărora nivelul colesterolului este un factor important de risc, au ajuns în prim planul eforturilor de prevenție a bolilor cardio-vasculare.

De ce trebuie administrate statinele cu atâta prudență? Deoarece ele blochează organismul de la a produce această substanță vitală pentru buna lui funcționare. Colesterolul este un compus organic care face parte din grupa lipidelor și care deține multiple funcții în organism: - reglează permeabilitatea membranelor celulare față de anumite substanțe; - sintetizează corticosteroizii, hormonii sexuali (progesteron, estrogen și testosteron), dar și acizii biliari; - asigură metabolismul vitaminelor liposolubile: vitamina A, vitamina D, vitamina K și vitamina E. Stoparea producerii colesterolului de către

organism poate avea efecte negative semnificative asupra bunei lui funcționări, avertizează mulți specialiști. Probleme de memorie și chiar apariția demenței sunt doar vârful aisbergului, dacă ne uităm la impactul unui nivel scăzut de colesterol asupra creierului. Alte posibile consecințe sunt și riscul apariției depresiei, bolii Parkinson sau a cancerului.

Specialiștii care îndeamnă la folosirea ținută a statinelor, pentru cei considerați a fi în anumite grupe de risc din punctul de vedere al estimărilor riscului de îmbolnăvire cardio-vasculară, militează, în schimb, pentru adoptarea unui stil de viață mai sănătos, care reduce, în mod sustenabil și fără efecte secundare, acest risc.

Astfel, aceste intervenții asupra stilului de viață (nutriție adecvată, exerciții fizice, reducerea nivelului de stres) au efecte tangibile semnificative asupra nivelului tensiunii arteriale, nivelului zahărului în sânge sau a trigliceridelor, importanți factori de risc în cazul bolilor cardio-vasculare, boli a căror incidență pare a crește din nou, după o stagnare de câteva decenii.

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,
nr 255 MARCH 2015

<http://circ.ahajournals.org/content/121/15/1768.full>

<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/specialisms/cardiology/new-score-predicts-cardiovascular-risk-for-anyone-in-world-over-40/5083617.article>

<http://articles.mercola.com/sites/articles/archive/2010/07/20/the-truth-about-statin-drugs-revealed.aspx>

<http://www.zoeharcombe.com/the-knowledge/we-have-got-cholesterol-completely-wrong/>

<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-cholesterol/in-depth/statin-side-effects/art-20046013>

<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/29>

<http://www.framinghamheartstudy.org/risk/coronary.html>

<http://www.google.ro/url?url=http://www2.dcs.hull.ac.uk/NEAT/dnd/papers/ICEIS06-Final.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=Ti4YVaDLJo2UatrHgqAP&ved=0CD0QFjAIOAo&usg=AFQjCNF6RAu09txspUYX8QlitYjPJSaZRw>

Ziua Internațională a Moașelor este sărbătorită din 1991

În data de 5 mai lumea celebrează și recunoaște activitatea moașelor și meritul lor de a contribui la miracolul nașterii și la bunăstarea mamei și copilului din întreaga lume.

Moașele sunt principalele îngrijitoare pentru femei și nou-născuți în timpul sarcinii, travaliului, nașterii și în perioada post-natală. Tocmai de aceea, în întreaga lume, moașele calificate fac diferența dintre viață și moarte pentru milioane de femei în fiecare an și



pentru un număr cel puțin similar de sugari.

În ceea ce privește situația din România, puțină lume știe că moașele pot fi pregătite la fel de bine precum un medic pentru a aduce pe lume nou născuți. Aderarea României la UE a adus cu ea și cerința formării moașelor în centre universitare. De aceea, din anul 2003, au fost create facultăți pentru formarea moașelor în mai multe orașe din țară.

Durata studiilor este de 4 ani și foarte multe moașe din spitalele noastre sunt licențiate. Ele pot să asiste mama pe timpul sarcinii, la naștere și după naștere, atunci când aceasta se desfășoară normal, fără probleme. Din acest punct de vedere, România are o poziție mai bună față de alte țări.

Un raport cu cifre halucinante a fost dat publicității de Organizația „Salvați copiii” în Marea Britanie în 2011. Raportul, numit „The Missing Midwives report”, arăta că aproape 48 de milioane de femei din lume nasc în fiecare an singure. Cu alte cuvinte, în întreaga lume, o femeie din trei naște fără ajutor de specialitate, adică fără a beneficia de asistența unui medic sau a unei moașe.

Atât timp cât în jur de 340.000 de femei mor în fiecare an în lume din cauze relaționate cu nașterea, iar mai multe mii de femei suferă un handicap sau diferite infecții în timp ce dau naștere, aceasta este o profesie care merită mai multă atenție.

Concret, celebrarea Zilei Internaționale a Moașelor ar putea ajuta la sensibilizarea factorilor decizionali pentru alocarea unor fonduri suplimentare către acest domeniu, cât și pentru conștientizarea importanței profesiei de moașă și atragerea tinerelor către acest domeniu.

Tocmai de aceea vă invităm să vă alăturați celebrării care le are în prim plan pe cele care salută pentru prima oară viața!

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în Comunicare și Relații Publice, PhD.

Surse:

<http://www.unfpa.org/events/international-day-midwife>

<http://www.national-awareness-days.com/international-day-of-the-midwife.html>

<http://www.totuldesprename.ro/sarcina/nasterea/moasa-prietena-gravidei>

<http://www.sanatateabuzoiana.ro> (imagine)

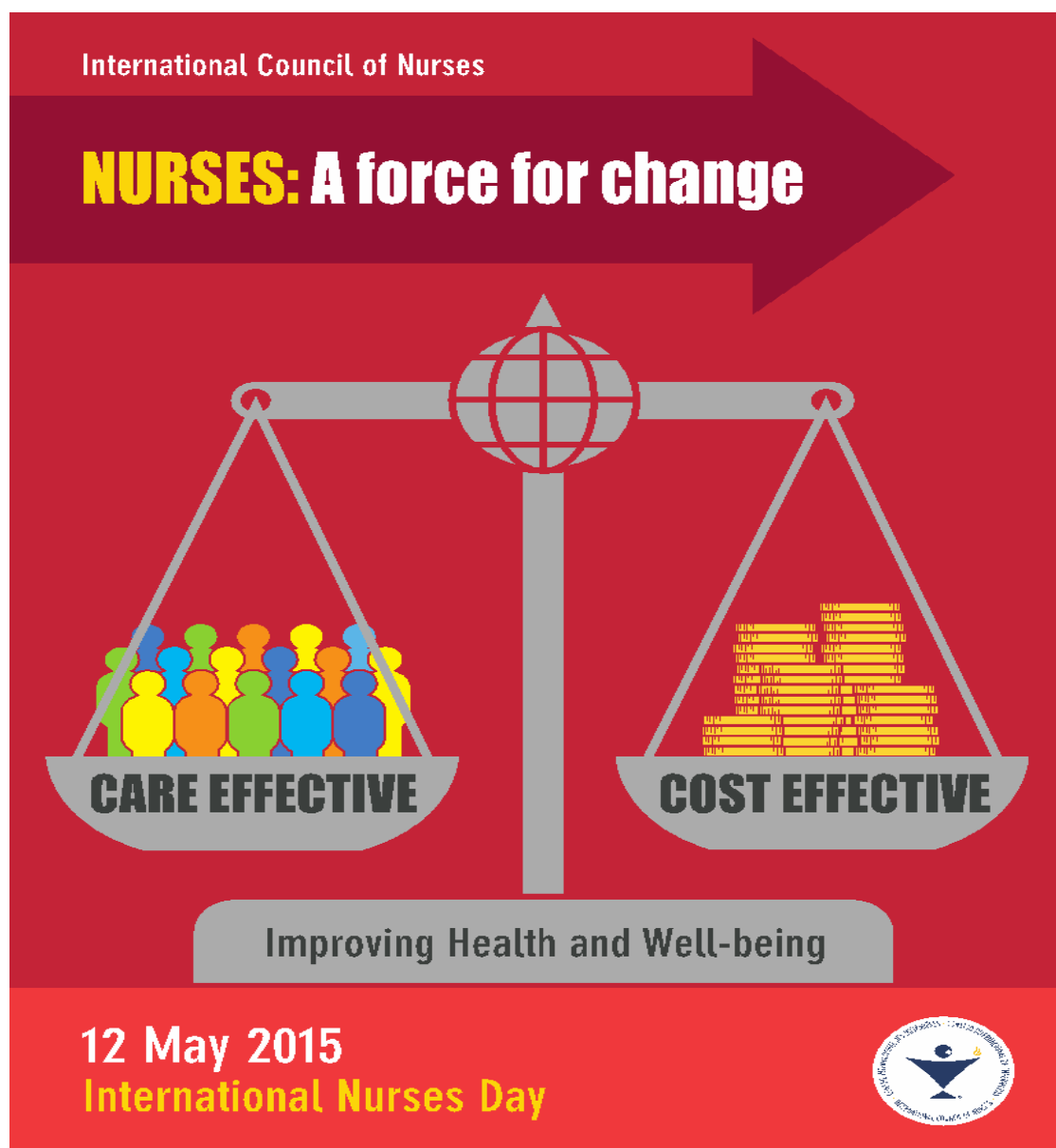
12 mai – Ziua Internațională a asistentului medical a fost lansată în anul 1974, la inițiativa Consiliului Internațional al Asistenților Medicali

Anul acesta, Ziua Internațională a Asistentelor Medicale este celebrată sub motto-ul Asistentele Medicale: O forță pentru schimbare. Asistență eficientă, costuri eficiente.

Consiliul Internațional al Asistenților Medicali explică motivele pentru care această sărbătoare poartă acest motto prin aceea că asistentele medicale sunt cele care cunosc cel mai bine domeniul asistenței medicale, inclusiv din perspectiva finanțării, eficienței costurilor și accesului la îngrijire. Cu alte cuvinte, deciziile pe care fiecare asistentă le ia pe parcursul unei zile contribuie în mod direct la eficiența și eficacitatea întregului sistem. Tema reflectă angajamentul Consiliului Internațional al Asistenților Medicali de acțiune pentru a consolida și a îmbunătăți sistemele de sănătate din întreaga lume.

Pe scurt, sănătatea la nivel mondial nu poate fi realizată fără asistentele medicale și fără contribuțiile proactive ale acestora și participarea lor la toate nivelurile sistemului de sănătate.

Consolidarea sistemelor de sănătate cere ca asistentele medicale să fie pregătite pentru a ajuta la crearea de politici adecvate, să lucreze eficient în echipe interdisciplinare, să planifice și gestioneze serviciile de sănătate, să implice comunitățile și alte grupuri intere-



sate în oferirea de asistență medicală, precum și în activitatea de lobby pentru creșterea resurselor dedicate sistemelor de sănătate.

În acest fel, asistentele medicale trebuie să devină parteneri esențiali pentru guverne și alți finanțatori pentru asigurarea unei îngrijiri eficiente și pentru a avea sisteme de sănătate viabile din perspectiva costurilor.

Adaptare și traducere - Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în Comunicare și Relații Publice, PhD - din http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND_2015_Eng.pdf



Familia, sărbătorită în fiecare an pe 15 mai

Data de 15 mai a fost declarată “Ziua Internațională a Familieiilor” prin rezoluția Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite adoptată pe 20 septembrie 1993. Din anul următor, Guvernul României a decis să se celebreze acest eveniment internațional și în România. În fapt, el este și un prilej de sensibilizare cu privire la problemele cu care se confruntă familia în societatea contemporană.

Ne raportăm acum la o societate în care familia a suferit schimbări profunde, cel puțin în lumea occidentală, unii proclamându-i deja declinul ca instituție importantă a societății. Astăzi, definiția tradițională a familiei este supusă unor provocări importante aduse de transformările structurale pe care le-a suferit. Da, familia “nucleară”, cu doi părinți căsătoriți care cresc împreună copii, se destramă, în timp ce definiția familiei se lărgeste rapid pentru a include acum și familiile mono-parentale, cuplurile bi-rasiale sau



homosexuale sau chiar mai multe persoane care trăiesc împreună într-un mod cooperativ, formând o gospodărie, fără a fi înrudite.

Structura familiei, precum, de altfel, structura oricărei alte instituții, are implicații, pozitive și negative, importante și mai puțin importante, asupra funcționării societății. Comunitățile și societățile, în ansamblul lor, sunt afectate de instituția contemporană a familiei prin diverse mijloace, economice și socialo-morale, de la cele conceptuale, precum dezbaterile publice despre scăderea numărului de căsătorii sau creșterea ratei divorțurilor, până la cele tangibile, precum puterea redusă de cumpărare a familiilor mono-parentale. Până și viața politică este afectată de schimbările survenite în structura familiei, cu zonele mai liberale ale societății, unde noile forme ale familiei sunt mai prezente, având de obicei opțiuni politico-electorale diferite de cele ale zonei tradiționaliste, care alege predominant familia nucleară.

Însă, dincolo de definiția și structura familiei, ce contează cu adevărat este dacă și cât de bine reușește familia contemporană să-și îndeplinească funcțiile vitale, care au rămas creșterea copiilor, dacă este cazul, și oferirea de afecțiune, companie și sprijin membrilor săi. Iar din acest punct de vedere, putem spune că nu s-a schimbat nimic esențial, familia zilelor noastre îndeplinind aceste funcții esențiale la fel de bine, în ansamblu, ca înainte.

Mai mult, având în vedere că în lumea occidentală, cel puțin, motivația căsătoriei nu mai este determinată de considerente economice, sociale sau politice, ci este bazată pe dragoste, afecțiune și/sau afinitate intelectualo-culturală, familia contemporană poate îndeplini chiar mai bine funcția de oferire de companie și afecțiune. Rolul crescut pe care dragostea îl joacă în formarea de noi familii sau în funcționarea celor existente indică o schimbare de paradigmă și valori la nivelul societății în ceea ce privește fundamentele unei familii spre o structură care pune în centrul ei împlinirea emoțională și relațiile afective. Această schimbare de paradigmă și valori în societate afectează în mod inevitabil instituția familiei.

Putem deci vorbi despre o transformare substanțială a familiei, dar

nu și despre declinul ei. Oamenii au încă nevoie de relații de familie sănătoase pentru a putea funcționa pozitiv în societate.

De aceea, rolul și funcțiile familiei, indiferent cum o definim și care este structura ei, continuă să fie esențiale pentru societate, iar Ziua Mondială a Familiei, celebrată în fiecare an, ne ajută să reconștientizăm acest lucru.

După cum transmite și simbolul acestei sărbători, care ne arată o inimă și o casă, familia rămâne, într-adevăr, “inima societății”, oferind un “adăpost” stabil și plin de afecțiune și susținere pentru oameni de toate vârstele.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în Comunicare și Relații Publice, PhD.

Surse:

<https://workfamily.sas.upenn.edu/glossary/f/family-definitions>

<http://traditionalfamilies.blogspot.ro/p/contemporary-families-review-of.html>

<https://www.timeanddate.com/holidays/un/international-day-of-families>

31 Mai, Ziua Mondială Fără Tutun



Una dintre cele mai mari amenințări la adresa sănătății publice pe care le-a avut de înfruntat lumea până acum, fumatul cauzează anual moartea a circa 5 milioane de fumători activi.

Fumul de țigară conține peste 4000 de substanțe chimice, dintre care cel puțin 250 au fost deja dovedite a fi dăunătoare, 50 dintre ele fiind cancerigene.

Și expunerea la fumul de țigară este foarte periculoasă, neexistând un “nivel de siguranță” în această privință. Astfel, aproape 0.6 milioane de fumători pasivi mor în fiecare an, alături de cele 5 milioane

de fumători activi.

Copiii reprezintă unul dintre grupurile de “fumători pasivi” cele mai afectate, studiile arătând că aproape 30% dintre morțile cauzate de expunerea la fumul de țigară se înregistrează în rândul copiilor.

Și acesta pare a fi doar începutul epidemiei de îmbolnăviri și morți legate de fumat, având în vedere că există un decalaj de câțiva ani între momentul în care oamenii încep să fumeze și apariția problemelor de sănătate la ei și la cei din jurul lor, fumători pasivi. Astfel, în cazul în care tendințele actuale continuă, se estimează că fumatul va cauza 1 miliard de morți în secolul 21, față de cele 100 de

milioane din secolul 20.

În România, situația este, de asemenea, foarte gravă. Anual, peste 40,000 de români mor în urma bolilor cauzate de fumat, în timp ce aproape 10,000 de români încep să fumeze în fiecare an. Potrivit statisticilor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în 2012 incidența cancerului de plămâni la bărbați era, în România, peste media mondială, iar la femei - similară cu cea înregistrată în lume.

Ziua Mondială fără Tutun este, deci, o ocazie extrem de necesară și binevenită pentru ca organizațiile guvernamentale și non-guvernamentale din domeniul sănătății să ajute opinia publică să conștientizeze mai bine problemele de sănătate, dar nu numai, pe care le aduce fumatul. Această zi a fost celebrată în fiecare an începând cu 1989, când OMS a adoptat o rezoluție care proclama 31 Mai drept Ziua Mondială fără Tutun.

În ultimele decenii, OMS a fost puternic angajată în promovarea luptei împotriva epidemiei fumatului. Convenția Cadru pentru Controlul Tutunului dezvoltată de OMS a intrat în vigoare în februarie 2005. Ea proclamă dreptul oamenilor de a se putea bucura de cele mai înalte standarde de sănătate și definește, în același timp, cadrul legal de cooperare internațională în domeniul sănătății publice și luptei împotriva fumatului. De la intrarea sa în vigoare, în 2005, această Convenție Cadru a devenit unul dintre cele mai ratificate tratate din istoria ONU, fiind adoptată de 178 țări și organizații reprezentând aproape 90% din populația lumii.

În 2008, OMS a introdus un cadru metodologic practic și eficient de implementare a prevederilor Convenției Cadru, numit MPOWER, cu 6 măsuri, dintre care:

1. Monitorizarea fumatului și a politicilor de prevenire;
2. Asistarea eficace a celor care vor să renunțe la fumat;
3. Avertizarea continuă asupra pericolelor fumatului;
4. Promovarea interzicerii reclamelor la tutun și a campaniilor de promovare și sponsorizare făcute de companiile de tutun. În acest context, s-a estimat că interzicerea acestora ar putea scădea con-

sumul de tutun cu 7%, în medie. Până acum, doar 24 de țări, reprezentând 10% din populația lumii, au interzis complet toate formele de reclamă, publicitate/promovare și sponsorizare, în timp ce 1 țară din 3 are restricții minime sau nicio restricție în privința aceasta.

5. Creșterea taxelor pe țigări/tutun – acestea par a fi cele mai eficiente metode de a reduce consumul de tutun, mai ales în rândul tinerilor și a oamenilor cu o putere de cumpărare redusă. Astfel, o creșterea a taxelor care ar duce la o creștere a prețului tutunului/țigărilor cu 10% ar scădea consumul cu circa 4% în țările dezvoltate și cu circa 5% în țările în curs de dezvoltare.

Pentru anul 2015, deviza sub care este sărbătorită Ziua Mondială fără Tutun este cea a luptei împotriva comerțului ilicit cu tutun/țigări.

Acesta aduce grave prejudicii atât sănătății publice, cât și intereselor economice, politice, sociale și morale ale societății. Tutunul sau țigările ilicite sunt mai accesibile ca preț tinerilor, care sunt astfel atrași să experimenteze și să consume regulat. De asemenea, multe, dacă nu majoritatea, dintre aceste produse ilicite nu au avertizările vizuale cerute de lege, astfel încât cei care le consumă nu sunt informați adecvat asupra pericolelor. Mai mult, copiii sunt, de multe ori, implicați în comerțul ilicit.

Evaziunea fiscală asociată comerțului ilicit reprezintă, de asemenea, o lovitură serioasă dată intereselor economice, politice, sociale și morale ale societății, sprijinind, de obicei, corupția și slăbind buna guvernare. Iar aceste consecințe ne afectează pe noi toți, nefumători și fumători, un motiv în plus pentru a ne arăta sprijinul pentru lupta împotriva fumatului și a ne alătura, pe 31 mai, evenimentelor de marcare a Zilei Mondiale fără Tutun!

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

Surse de documentare:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

<http://www.ziare.com/viata-sanatoasa/cancer/cancerul-la-plaman-devine-o-epidemie-din-cauza-fumatului-1306284>

<http://www.timeanddate.com/holidays/un/world-no-tobacco-day>

<http://www.ziare.com/viata-sanatoasa/fumat/ziua-mondiala-anti-fumat-la-fiecare-16-minute-un-roman-moare-din-cauza-tutunului-1238427>



Rolul asistenților medicali în îmbunătățirea calității îngrijirilor medicale – Împărtășind experiența scoțiană – Una Lyon, Universitatea “Robert Gordon” Aberdeen

Temele principale ale prezentării au fost îmbunătățirea calității îngrijirilor medicale centrate pe pacient și rolul asistenților medicali în acest proces. Începând cu viziunea de politică publică de a asigura furnizarea de îngrijiri medicale la cele mai înalte standarde de calitate și siguranță, îngrijiri care plasează pacientul în centrul tuturor deciziilor, Departamentul Național al Serviciilor

de Sănătate din Scoția (NHS) a dezvoltat o strategie axată pe următoarele priorități: 1) îngrijiri medicale pline de compasiune și grijă; 2) comunicare clară; 3) colaborare eficace și eficientă între clinicieni, pacienți și ceilalți implicați; 4) Un mediu curat și sigur pentru furnizarea îngrijirilor medicale; 5) îngrijiri medicale continue și 6) excelența clinică.

Din aceste priorități decurg, în mod natural și logic, dimensiunile și livrabilele diverselor programe de îmbunătățire a calității îngrijirilor medicale și așteptările pacienților față de asistenții medicali. Dimensiunile principale avute în vedere sunt:

- 1) centrarea pe persoană - atât din punctul de vedere al pacienților, cărora li se oferă o experiență pozitivă și sunt parteneri activi în acest proces, cât și din punctul de vedere al personalului medical, care se simte valorizat și sprijinit.
- 2) siguranța (de exemplu, reducerea numărului de căderi în incinta spitalului sau a numărului de infecții intra-spitalicești);
- 3) eficacitatea – creșterea numărului de deznodăminte medicale pozitive;
- 4) eficiența în utilizarea resurselor;
- 5) echitabilitatea accesului la îngrijiri medicale și
- 6) furnizarea la timp a îngrijirilor necesare.

Așteptările pacienților față de asistenții medicali acoperă toate aceste dimensiuni. Astfel, pacienții doresc să interacționeze cu asistenți medicali care furnizează îngrijiri de calitate și sigure, care manifestă compasiune și comunică eficace, care își promovează propria siguranță și stare de bine și care își asumă răspunderea pentru a practica îngrijirile centrate pe pacient și bazate pe dovezi.

Un exemplu al modului în care se poate pune în practică o asemenea abordare centrată pe pacient este prin construirea unei relații de calitate cu pacientul întrebându-l - “ce e important pentru tine?”, “cine e important pentru tine?”, “de ce informații ai nevoie?”, “nimic despre mine, fără mine” și oferindu-i, astfel, “interacțiune

personalizată.”

Rolul asistenților medicali în abordarea centrată pe pacient și care urmărește îmbunătățirea continuă a calității este de a acționa ca lideri clinici, agenți ai schimbării și promotori ai inovării.

Continuăm acum discuția cu Una Lyon, autoarea prezentării, pentru a afla mai multe despre această abordare centrată pe pacient și implicațiile ei.

Ce înseamnă, în îngrijirile de zi cu zi, să pui persoana în centrul tuturor deciziilor?

Aceasta este o schimbare destul de mare și o provocare, în același timp. Și dacă întrebi oameni diferiți dacă e posibil sau dacă își doresc acest lucru, răspunsurile vor fi diferite. Vor fi clinicieni care se vor aștepta ca pacientul să fie un recipient pasiv al îngrijirilor, mai degrabă decât unul implicat activ.

Dar modul în care poți realiza acest lucru este să-i întrebi pe pacienți ce și-ar dori în privința tratamentului, de exemplu, dacă ar dori o terapie medicamentoasă sau rezolvarea chirurgicală.

Iar acum avem măsuratori care ne spun dacă pacienții au fost tratați corespunzător, conform cerințelor abordării centrate pe pacient. Acest lucru ne va fi clar din feedback-ul lor care este colectat și prin site-uri web. Din cercetările făcute reiese că pacienții sunt destul de reticenți în a da feedback în timp ce încă primesc îngrijiri medicale, așa că noi le oferim posibilitatea să dea feedback la sfârșitul perioadei acesteia, când poți afla de la ei cum au stat de fapt lucrurile.

Pacienții vor posta pe aceste site-uri dacă au avut probleme și care ar fi sugestiile lor de îmbunătățire, iar noi, spitalul, trebuie să răspundem. Avem pe cineva în organizație responsabil cu acest lucru.

Iar dacă aspectele semnalate sunt serioase, comunicarea va fi abordată la un alt nivel, pacientul fiind contactat direct.

Toate aceste măsurători ca, de exemplu, feedback-ul pe care îl primim, ne vor ajuta să vedem cât de aproape suntem de ceea ce ne dorim, îngrijirile centrate pe pacient.

Spuneți ca totul se reduce la oameni și relații. Ce comportamente specifice trebuie să se schimbe de ambele părți, pacient și asistent medical, pentru ca aceste îngrijiri de calitate, centrate pe pacient, să devină realitate?

Da, totul este despre personalul medical și pacienți. Personalul poate și trebuie să dezvolte anumite comportamente. De exemplu, dacă personalul medical este demotivat și lucrează în echipe disfuncționale, atunci mediul nu va facilita adoptarea abordării centrate pe pacient.

De asemenea, este foarte important să-i ajuți pe pacienți să se implice activ. De exemplu, pacienții cu condiții medicale de durată tind să devină “experți” în privința bolii lor și noi trebuie să le permitem să împărtășească cu noi ce știu și cred. Pentru aceasta trebuie să avem abilitatea de a ne cunoaște și înțelege pacienții.

Un alt aspect cheie este “nimic despre mine, fără mine.” De asemenea, e contraproductiv să facem presupuneri despre condiția unui pacient.

În esență, totul se reduce la a comunica adecvat și a trata fiecare persoană cu respect și ca pe o persoană unică cu o condiție medicală, nu ca pe un caz impersonal. Este important să nu folosim stereotipuri și să categorizăm oamenii în boli. Pacienții nu sunt “persoane cu astm sau diabet”, nu, fiecare dintre ei este o persoană unică. Trebuie să încercăm să-i cunoaștem mai bine, să-i înțelegem, întrebându-i despre ce e important pentru ei, ceea ce va face ca interacțiunea să fie mai personală.

Mulți dintre noi nu avem multe dintre aceste aptitudini și comportamente necesare pentru o comunicare adecvată în contextul îngrijirilor centrate pe pacient. Dar putem să le dobândim dacă acceptăm abordarea centrată pe pacient și dacă managementul

instituției îi recunoaște beneficiile și o accepta, de asemenea.

În acest context, este important să înțelegem și dinamica lucrului în echipă pentru a-i putea ajuta pe toți să lucreze mai eficace și eficient. Deci și mediul trebuie să faciliteze acest gen de abordare. Nu este ușor să faci această schimbare spre abordarea bazată pe pacient. Și este un proces și trebuie să ai răbdare, iar atunci vei dezvolta aptitudinile și comportamentele necesare.

Totul începe cu a le cere feedback pacienților și chiar și acest lucru simplu implică o cu totul altă mentalitate, fiindcă, la început, prima reacție, cea involuntară, în cazul primirii de feedback poate fi găsirea de justificări, dacă feedback-ul nu este pozitiv. Trebuie să acceptăm orice fel de feedback și să încercăm să înțelegem motivele pentru care acea persoană ne-a dat acel feedback. Și aceasta cere o schimbare de mentalitate, una care devine presantă, deoarece pacienții sunt din ce în ce mai conștienți de drepturile lor, inclusiv acela de a-și exprima opinia.

Cât durează acest proces de transformare?

Este greu de estimat tocmai fiindcă avem de a face cu schimbarea de atitudini și comportamente, așa că nu este în mod sigur un proces rapid. Trebuie să începi cu stabilirea de obiective pe care să le atingi și cu măsurarea progresului spre aceste obiective. Procesul poate dura destul de mult, dar asta nu e o problemă în sine, pentru că, la sfârșit, rezultatul va fi unul îmbunătățit. De obicei, atingerea acestor obiective de schimbare durează 18-24 de luni.

Ați menționat că oamenii vor ca asistenții medicali să comunice adecvat. Ce poate fi făcut aici în mod sistematic?

Totul începe cu educarea și formarea în domeniul comunicării, în special în cazul noilor generații de asistenți medicali. Unul dintre principiile simple pe care aceștia trebuie să le integreze este că același cuvânt înseamnă lucruri diferite pentru oameni diferiți. Ce mai contează este cum se transmite informația către ceilalți – dacă

aceasta este incompletă și distorsionată, ea poate provoca probleme legate de siguranța pacientului. De exemplu, dacă un asistent medical știe ca un pacient nu este într-o stare bună (rezultatele unor teste, de exemplu măsurarea tensiunii arteriale), dar nu știe exact ce nu e în regulă. În momentul în care comunică cu doctorul, asistentul medical trebuie să-i indice acestuia simțul urgenței cererii de a-l vedea pe pacient. Dacă spune “Nu-mi place starea Doamnei Smith. Nu arată bine,” acest mesaj nu-l ajuta pe doctor să înțeleagă posibila urgență a situației. Mesajul adecvat ar fi unul în care doctorul primește și informațiile necesare despre condiția medicală a Doamnei Smith (“Doamna Smith a fost adusă în această după-amiază la noi în secție, iar acum are tensiunea arterială foarte mare”) și o indicație asupra urgenței situației și pașilor următori: “așa că recomandarea mea este să o vedeți în următoarele 30 de minute.” Mesajul acesta este mult mai precis, asistentul și-a folosit discernământul profesional pe baza rezultatelor testelor medicale. Rezultatul este creșterea siguranței pacienților. Este un mod simplu, dar eficace, de a comunica. Se poate deprinde, însă trebuie practicat.

Ce s-a făcut în Scoția pentru ca asistenții medicali să se simtă mai valorizați și sprijiniți la locul de muncă?

Destul de multe lucruri – s-a pus un accent important pe rolul pivotal al asistentului șef de secție. Apoi am avut un program sistematic de îmbunătățire a abilităților de conducere și management ale asistenților șef pe secție, deoarece aceste abilități aveau nevoie de îmbunătățire, împreună cu facilitarea unei cunoașteri mai bune a întregului sistem și a modului de analiză a datelor și rapoartelor existente.

Aceste cunoștințe și aptitudini îi ajută pe asistenții șefi de secție, dar și întreaga echipă. Asistenții șefi vor putea să-și conducă mai bine echipa pentru a identifica oportunitățile de schimbare și îmbunătățire.

De asemenea, asistenților li s-a acordat un sprijin considerabil pen-

tru a-și continua studiile. Procesul de dezvoltare personală ajută la identificarea nevoilor de educare și formare și apoi, în funcție de acestea, se aleg modalitățile cele mai potrivite (training on-line, schimb de experiență, etc.)

Aceste programe sunt de obicei inițiate de Departamentul de Sănătate din Scoția, dar și de Comitetele teritoriale. Tot sistemul este destul de bine pus la punct.

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



Provocarea furnizării de îngrijiri de calitate centrate pe pacient – Profesor Joy Notter, Universitatea Birmingham City, Marea Britanie

Prezentarea Doamnei Profesor Notter a început cu o foarte inspirată călătorie în timp, de mare actualitate și relevanță pentru asistenții medicali de azi și presiunile pe care le au de înfruntat: fișa postului de asistent medical după cum era ea văzută de Florence Nightingale

Câteva dintre provocările comune, provocări care sunt încă atât de familiare asistenților de azi sunt oferirea de îngrijiri unui număr ridicat de pacienți în timp ce au de îndeplinit și alte îndatoriri, să

le numim administrative, programul de lucru, salariul... Iar aceste provocări par a fi din ce în ce mai semnificative din cauza crizei financiare care domină sistemele de sănătate din majoritatea țărilor din lume, care sunt puse să facă față unui număr crescând de pacienți cu resurse insuficiente.

Prezentarea se axează pe sublinierea rolului bunelor practici din îngrijirile medicale în a ajuta sistemul să răspundă provocărilor actuale prin beneficiile pe care le aduc tuturor celor implicați – personal medical, pacienți și managementul unităților medicale.

Dintre beneficiile aduse asistenților medicali de procesul de dezvoltare și implementare a bunelor practici, autoarea scoate în evidență capacitatea acestora de a contribui la dezvoltarea abilităților de conducere și autonomiei la locul de muncă și, ca urmare, a unei satisfacții profesionale crescute și facilitarea procesului de identificare de către asistenții medicali a zonelor care au nevoie de îmbunătățire. Pentru pacienți, beneficiile sunt satisfacția crescută față de calitatea serviciilor de îngrijire și o mai bună colaborare cu personalul medical, însoțite de reducerea întârzierilor din procesul de îngrijire, în timp ce pentru organizații se poate observa optimizarea folosirii resurselor și capacitatea îmbunătățită de a monitoriza și evalua standardele de îngrijire.

Prezentarea se încheie cu o trecere în revistă a beneficiilor aduse de standardele de asistență medicală (aplicare uniformă a proceselor de îngrijire, facilitarea practicării îngrijirilor bazate pe dovezi și facilitarea monitorizării și aplicării stricte a standardelor de calitate), dar și a posibilelor obstacole în calea adoptării lor (atitudini și emoții – rezistența la schimbare, frica, obiceiurile, presiunea timpului).

În continuarea prezentării făcute la Conferința OAMMR 2015, discutăm cu Doamna Profesor Joy Notter despre aspectele cheie ale temei acoperite.

Ați început prezentarea cu o introducere despre Florence Nightingale. Și având în vedere ce am auzit despre profesia de

asistentă medicală în acele timpuri, cineva se poate întreba - “atunci s-a schimbat ceva în profesia aceasta în ultimii 100 de ani?”

Am început prezentarea în felul acesta și fiindcă sunt membră a ordinului Florence Nightingale și predau cursurile dezvoltate de ea și sunt foarte mândră de aceste lucruri. Iar motivul principal pentru care am menționat-o este pentru ca ea milita pentru schimbarea practicării profesiei, pentru schimbarea îngrijirilor medicale. Pe vremea când practica Florence Nightingale, spitalele nu erau cele mai curate locuri, așa că apelul către asistentele medicale de a face întâi curățenie era absolut necesar. Iar după rezolvarea acestei probleme, asistentele puteau fi pregătite pentru a acorda îngrijirile necesare.

Am vrut să arăt cum a început totul – asistentele aveau câte 50 de pacienți fiecare și aveau și de făcut curățenia. Asistentele puteau face diferența și au făcut-o! Dar aveau nevoie de organizare, de structură, iar Florence Nightingale le-a oferit și aceste lucruri.

Din experiența dumneavoastră vastă, care este cea mai mare provocare pentru asistenții medicali în a adopta practica centrată pe pacient și bazată pe dovezi?

Unul dintre cele mai importante aspecte pe care trebuie să le menționăm aici este că, în trecut, eram considerați “asistenți” ai doctorilor și controlați ca atare. Iar noi nu suntem și nu trebuie să fim considerați asistenți nimănui, noi suntem practicieni independenți. Trebuie să avem curajul și încrederea în noi să spunem că lucrurile trebuie să se schimbe. Și o asemenea schimbare către practica centrată pe pacient și bazată pe dovezi poate și trebuie să înceapă la scară mică, trebuie să înceapă cu mine și cu tine. Și apoi trebuie să continuăm să mișcam lucrurile înainte.

Este important să le dăm asistenților medicali cunoștințele și apțiitudinile și încrederea de a spune “trebuie să facem lucrurile diferit.” Asistenții medicali trebuie să caute dovezi și să aibă destulă încredere în ei înșiși și ce știu pentru a putea spune medicilor “cred

că...” și nu “dumneavoastră ce credeți?” Cred că aceasta este o schimbare mare în mentalitatea lor. Asistenții medicali pot schimba lumea, dar trebuie să înceapă la scară mică și să câștige încrederea celor care le-au spus până acum ce trebuie să facă.

Ați vorbit în prezentarea dumneavoastră și despre supravegherea clinică. Puteți să ne dați 1-2 exemple specifice despre ce înseamnă acest lucru în practica clinică de zi cu zi?

Supravegherea clinică înseamnă să ai un set de standarde, să ai programe agreeate care protejează siguranța pacienților, care asigură un nivel crescut al îngrijirilor medicale. Aceste standarde pot varia de la un spital la altul, însă este important ca ele să poată asigura un nivel optim de calitate a îngrijirilor medicale. În abordarea centrată pe pacient, există un risc ca fiecare spital să-și construiască propriul set de standarde care, dacă nu sunt monitorizate, să ducă la un nivel scăzut de calitate a îngrijirilor, în anumite cazuri. De aceea e nevoie de introducerea unor standarde de calitate și a supravegherii clinice, pentru a te asigura ca pacientul primește îngrijiri cu același nivel de calitate indiferent la ce spital se duce. Iar în Marea Britanie, supravegherea clinică este organizată și condusă de asistenții medicali.

Cum ați reușit acest lucru?

A fost ca efectul apei care lovește o piatră. A început cu faptul că nu avem destui doctori, așa că a trebuit să găsim feluri în care să oferim îngrijiri de calitate și atunci a devenit evident că, dacă îi pregătești corespunzător, asistenții medicali pot face acest lucru, să asigure îngrijiri de calitate, iar doctorii se pot ocupa de problemele mari. A trebuit să treacă 20 de ani ca toate aceste lucruri să fie acceptate pe deplin în Marea Britanie. Olanda e cu 10 ani în urma noastră, însă recuperează rapid și, dacă te uiți în jur, poți să realizezi că domeniul îngrijirilor medicale merge înainte, iar asistenții medicali sunt o resursă vitală pentru această schimbare.

Care este modul cel mai eficace în care putem schimba atitudinea și comportamentele personalului medical în privința practicii bazate pe dovezi?

Schimbarea nu poate fi impusă de sus în jos, dar trebuie să ai aprobarea managementului pentru a începe procesul de schimbare. Și am făcut parte din multe proiecte în care managementul accepta că lucrurile trebuie să se schimbe, dar o făcea cu dificultate și rămânea cu resentimente. Atunci interveneam noi, echipa proiectului, iar managementul trebuia să ne lase mână liberă.

Iar apoi trebuie lucrat cu asistenții, pornind de la întrebările “ce faceți bine?” , “care sunt lucrurile cu care nu vă simțiți confortabil și pe care ați vrea să le schimbați?” și “ce trebuie schimbat” și “ce nu puteți schimba?” Începi întotdeauna cu lucrurile pozitive, cele care merg bine, iar pe acestea le păstrezi. Iar pentru celelalte procesul de schimbare durează, poate lua chiar și până la 2 ani să finalizezi procesul într-un anumit spital. Și pentru ca acest proces de schimbare să se întâmple, stabilești obiective și le dai asistenților autonomia să găsească soluțiile pentru a le atinge. Și este revigorant să vezi transformarea.

În primul rând, văzând lucrurile pe care le fac bine, asistenții medicali primesc un influx de moral și încredere în sine. Iar pentru lucrurile care trebuie schimbate, trebuie doar să îi organizezi în grupuri de lucru și să îi lași să găsească soluția. Iar acest lucru se întâmplă, totul pornește când cineva vine cu o idee. Iar de acolo, lucrurile aproape că se întâmplă de la sine și apoi asistenții dintr-o secție îi pregătesc și pe cei din alte secții și schimbarea apare în întregul spital.

Care este povestea cea mai de succes în privința adoptării bunelor practici clinice la care ați participat și care a fost secretul?

Un proiect care m-a impresionat a fost într-o casă de îngrijire a pacienților cu demență, unde, la sfârșitul proiectului, pacienții nu mai stăteau în camerele lor, ci ieșeau în afara clădirii și făceau lucruri cu familiile lor. De asemenea, am avut un proiect în Kenya, într-un

sat cu pacienți cu HIV-SIDA, pentru a crea un sistem sustenabil de îngrijire cu cele câteva asistente medicale din sat. Am reușit, iar succesul se datorează asistentelor de acolo. Sunt multe lucruri pe care le poți face, însă esența lor e mereu aceeași, încrederea și parteneriatul cu pacientul și familia lui. În abordarea centrată pe pacient, nu poți spune “știu”, ci “te rog să-mi spui.”

Credeți că aceste proiecte v-au schimbat într-un anumit fel?

Da, acum știu că trebuie să învăț mai mult. Lucrez acum într-un proiect în Vietnam și încrederea pe care ți-o acordă oamenii te face să te simți umil. Dar cealaltă față a încrederii este responsabilitatea și această responsabilitate, de a ghida și sprijini oamenii, este una foarte mare. Prețul plătit sunt orele lungi de muncă. Dar iubesc să-i văd pe oameni schimbându-se și apoi plăcându-le ce fac.

Și în încheiere aș vrea să spun că m-am bucurat din plin de vizita mea în România și participarea la Conferință. Oamenii au fost atât de buni cu mine. Și am și înțeles multe dintre cuvintele pe care le spuneau. Și-mi place să văd schimbarea în...mișcare, iar asistentele medicale de aici progresează atât de repede în a prelua controlul asupra profesiei lor, ceea ce m-a bucurat foarte mult. Și atât pentru mine, cât și pentru Una (n.a. Una Lyon, o alta invitata de peste hotare), ar fi o mare plăcere să lucrăm împreună cu asistentele medicale de aici.

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

A -VI-a Conferință Națională Anuală a OAMGMAMR filiala București - „Asistenții medicali și moașele o resursă vitală pentru asigurarea calității îngrijirilor de sănătate”

Oordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor, Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), filiala București, organizația profesională care reprezintă interesele profesionale a peste 21000 de cadre medicale din București a organizat, în perioada 8-9 mai 2015, a VI-a sa Conferință Națională Anuală, la Rin Grand Hotel București.

Tema de anul acesta **“Asistenții medicali și moașele o resursă vitală pentru asigurarea calității îngrijirilor de sănătate”** a fost susținută printr-un program de prezentări menite să exemplifice modul în care asistenții medicali sunt implicați în îngrijirile de sănătate. El include modele de practică pentru creșterea calității și îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

Din programul conferinței am reținut prezentări care aduc în fața celor 700 de practicieni din București experiența altor țări în domeniu: *Rolul asistentelor medicale în îngrijiri de calitate. Experiența scoțiană* - Una Lyon, Academic Group Leader (Acting) School of Nursing and Midwifery Robert Gordon University) sau *Studiu de caz: Provocarea de a oferi servicii de calitate, centrate pe pacient* - Prof. Joy Notter, Faculty of Health, Education and Life Sciences, Birmingham City University. Interviuuri cu cei doi profesioniști invitați la conferință veți găsi și în paginile revistei noastre.

Subiectele științifice abordate în cadrul conferinței au cuprins teme extrem de variate. Cu o parte dintre autori am discutat după conferință, pentru a înțelege mai bine cum și-au ales tema, dar și profesia.

calitate
profesionalism
suraj
tutore
model
preocupare
resurse
dezvoltare
deontologie
practica

A-VI-A Ediție a Conferinței Anuale
sistenței medicali și moașele-resursă vitală
asigurarea calității îngrijirilor de sănătate”

08-09 Mai 2015
București



SPONSOR AUR
ANGELINI

SPONSORI ARGINT

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

PHILIPS
AVENT

VAVIAN

SPONSORI

bella

THE LINDE GROUP
Linde

BAYER

F.M. MEDIDENT

Nestlé
Începe Sănătatea
Creștin Sănătos

3M

NUROFEN
pentru copii

Doppel
herz

aktiv

DR. REDDY'S

PARTENERI MEDIA

Interviu cu Stan Daniela, Moașă licențiată, Spitalul Prof. Dr. Panait Sârbu București

S tiați că, în Bangladesh, nașterea se desfășoară ca un ritual care implică toată familia, în timp ce în Africa, nașterea este un demers individual? Sub un titlu extrem de incitant, **“Răz-bbîul nașterilor pe mapamond”**, autoarea ne-a propus o privire neașteptată asupra a ce reprezintă, în diverse societăți și culturi, momentul atât de special al nașterii. Am aflat, în decursul unei prezentări alerte, despre tradițiile și legile nescrise care încă guvernează experiența sarcinii și nasterii în multe țări din lume. La polul opus, în societățile dezvoltate, regăsim grija și atenția deosebite

acordate mamei de către echipa medicală care asistă nașterea, ajutată enorm de tehnologie. Printre exemplele speciale în acest sens se numără Olanda despre care specialiștii și nu numai spun că are cele mai grijulii moașe. O prezentare... altfel, în timpul căreia am aflat multe lucruri inedite, prezentare primită foarte bine de participanții la Conferință și despre a cărei... "origine" căutăm să aflăm mai multe chiar de la autoare:

Cum ți-a venit ideea acestei prezentări cu o deschidere atât de specială, în care ai prezentat elemente medicale și culturale în același timp?

Ideea a pornit de la o discuție cu colegile, la serviciu. Ne uitam la un film, pe care îl căutasem după ce venise la noi în secție o pacientă din Sudan, care ne-a atras atenția fiindcă organele genitale îi erau mutilate. Și am avut curiozitatea s-o întrebăm de ce. Așa am aflat că, la vârsta de trei ani, toate fetițele din Sudan treceau prin aceasta mutilare. După care am mers mai departe cu întrebările, să aflăm cum se naște în Sudan și cum este privită nașterea acolo și am aflat foarte multe lucruri interesante. Și, atunci, mi-am zis să caut să văd ce se întâmplă și prin alte țări, privind prin ochii diferitelor popoare, prin prismă culturală și religioasă.

Ai spus, la finalul prezentării, că "în întreaga lume, cele 9 luni de sarcină, nașterea și perioada postpartum sunt o luptă pentru femei". De ce le privești ca pe o luptă?

Fiindcă în multe țări femeia este privată de acel travaliu liniștit. Este privată de medicamente, se implică rudele (mama soacră, de exemplu). Din fericire, mai sunt și comunități unde travaliul este plin de liniște, de dragoste, de pace, ca de exemplu la indienii navajo. Femeile nasc în prezența sotului, ceea ce contează foarte mult pentru ele. La fel și în Olanda. Lucrurile stau foarte bine acolo. Nasc doar cu moașele, sunt înconjurată de toată familia, lucru care este foarte important în acele momente.

Unde se situează experiența ta, dacă te compari cu toate aceste exemple?

Cred că noi ne situam undeva la mijloc, în momentul acesta. Luptăm, însă, să ajungem mult mai sus. Fiindcă la noi în țară nașterile sunt asistate de medici, totul a devenit o rutină, totul e medicalizat și se pune mai puțin accent pe partea umană, emoțională, pe bucuria nașterii. Ceea ce ne dorim noi acum e să implicăm mult mai mult moașele pentru că ele, fiind femei, înțeleg mult mai bine prin ce trece o femeie la naștere.

Ce înseamnă pentru tine Ziua Internațională a Moașelor?

Înseamnă foarte mult. Aș putea să vorbesc despre lucrul acesta foarte multe ore. Este, pentru mine, la fel de importantă ca Ziua Mamei, ca ziua unei prietene, ca ziua în care aduci pe lume un nou născut. Emoțiile sunt aceleași.

Cum ți-ai ales cariera aceasta? A fost un vis al tău?

Da, a fost un vis al meu din copilărie. De fapt, îmi doream foarte mult să devin medic. Și fiindcă părinții mei nu aveau în momentul acela resursele financiare necesare, mi-am spus “de ce să nu încerc să fiu asistent medical?” Am pornit ca asistent medical generalist, fiindcă aceasta era opțiunea pe care o aveam la dispoziție când am făcut liceul. Nu exista conceptul de moașă, această specialitate fiind scoasă în anii aceia. Am urmat Liceul Sanitar, am făcut școală postliceală. După ce am terminat școală postliceală, mi-am depus CV-ul la mai multe spitale. Recunosc că, din cauza unui profesor de obstetrică-ginecologie pe care l-am avut la școala postliceală, încercam să evit aceasta specialitate. Culmea ironiei, am fost chemată la un spital de obstetrică ginecologie să dau examen. Am început la camera de gardă și, pot să spun că, din momentul acela, m-am îndrăgostit de această specialitate. Așa am pornit pe drumul acesta. Nu aș face pentru nimic în lume altceva. Faptul că lucrezi cu...paciente care sunt fericite și de care ești alături în cel mai important moment al vieții lor, faptul că poți să-ți împărtășești

emoțiile cu ele, faptul că poți să le susții este un lucru minunat. Și nu-ți ascund faptul că, de multe ori când merg la birou, fiindcă salonul de neo-natologie este lângă biroul meu, aproape în fiecare zi merg acolo, iau bebelușii în brațe, îi pup și re trăiesc momentul în care mi-am luat fetița în brate. E minunat. Ce pot să-ti dorești mai mult?

Cu ce te mândrești cel mai tare?

Sunt multe lucruri cu care mă mândresc și nu cred că pot să le pun într-o ordine anume. Mă mândresc cu familia mea, ma mândresc cu profesia mea, mă mândresc cu prietenii mei, cu prietenia pe care o am cu pacienții mei. Pentru că multe dintre pacientele care au născut prematur vin să mă viziteze. Și lucrul acesta e minunat.

Cum a fost zilele acestea la Conferință?

A fost foarte bine. Mi s-a părut că, față de anul trecut, am ridicat puțin ștacheta. Au fost subiecte interesante, subiecte de dezbătut, iar implicarea colegilor participanți a fost și ea mult mai ridicată.



Interviu cu Marcela Vasilievici, Asistent Medical Principal la INDNBM “Prof. dr. N.C. Paulescu”

STABILIREA NECESARULUI CALORIC ȘI NUTRIȚIONAL AL DIETEI ZILNICE – o temă de mare actualitate, care suscită un deosebit interes, atât în rândul specialiștilor, cadrelor medicale, dar și al opiniei publice. Participanții la conferință, cadre medicale, au manifestat ei înșiși un interes aparte pentru prezentarea despre o alimentație sănătoasă a Marcellei Vasilievici, Asistent Medical Principal la INDNBM “Prof. dr. N.C. Paulescu”.

După punctarea obiectivelor alimentației fiziologice, acelea de a asigura dezvoltarea fizică normală pentru copii și adolescenți și obținerea unei greutate normale pentru adulți, refacerea țesuturilor uzate și susținerea funcțiilor vitale ale organismului, prez-

entarea a adus în prim plan principiile nutritive recomandate de OMS pentru alimentația omului sănătos și etapele întocmirii unei diete fiziologice care respectă aceste principii. Primul pas constă din stabilirea necesarului caloric pentru menținerea greutății normale, pentru care autoarea prezentării ne propune două formule alternative de calcul.

Necesarul caloric trebuie apoi distribuit în funcție de cele 3 principii nutritive – glucide, lipide și proteine – și în funcție de numărul de mese pe zi (recomandate fiind 5-6 mese pe zi). În aceasta privință, se mai recomandă ca rația calorică să se repartizeze astfel : 15-20% la micul dejun; 5-10% la gustarea de la ora 11^o; 45% la masă de prânz ; 5-10% la gustarea de la ora 16^o și restul la cină (15-25%).

Aplicația propusă la sfârșit a urmărit ca audiența să înțeleagă mai bine cum poate să aplice în mod practic, zi de zi, principalele aspecte teoretice propuse în timpul prezentării pentru asigurarea, în mod echilibrat și variat, a aportului caloric necesar unui adult sănătos.

Încercăm acum să aflăm mai multe despre situația din România în privința alimentației sănătoase.

Ținând cont de experiența dumneavoastră, considerați că la ora actuală avem în România o problemă de sănătate publică legată de alimentație?

Da, pentru ca avem multi pacienți cu diabet zaharat, obezi, cu boli cardio-vasculare, pentru care una dintre cauze este alimentația nesănătoasă. Și chiar și diferite forme de cancer pot apărea din cauza unei alimentații nesănătoase, precum cancerul colo-rectal, cancerul de sân (s-a dovedit că au o epidemiologie comună, unul dintre elementele acestea fiind alimentația, mai ales grăsimile).

Cum am spus în prezentare, multă lume nu are o alimentație echilibrată, cum recomandă OMS, cu diferite proporții din fiecare principiu alimentar. Mulți nu manâncă variat, nu respectă orele de

masă.

Eu nu sunt asistent medical de nutriție și dietetică, sunt asistent medical generalist, dar lucrând la INDBN, m-a pasionat acest lucru. Mă ajută să mai dau și eu un sfat pacientului, pe lângă celelalte legate de diabetul zaharat, căci noi ne ocupăm în principal cu diabetul zaharat și tratamentul lui. Și mi-a prins bine acest lucru, m-am documentat cu privire la nutriție. Eu sunt și lector în cadrul Ordinului Asistenților Medicali și țin un curs pe alimentație care suscită mult interes din partea cursanților. Este o temă care este veche, dar totuși nouă. Tot timpul găsesc pe cineva care e fascinat de acest subiect, mai ales cu calculul necesarului caloric, pe care l-am prezentat și în conferință.

Și dacă oamenii ar reuși să se încadreze în necesarul caloric, iar la aceasta ajută și mișcarea, măcar 30 de minute pe zi, am putea să ne menținem o greutate apropiată de normal.

Să înțeleg că problema aceasta de sănătate publică legată de alimentație vine din lipsa educației?

Da, și din lipsa educației. Apar, pe lângă alimentație, și alte probleme ca alcoolul, fumatul...

Mulți dintre noi spunem că e complicat și nu avem timp să calculăm, zi de zi, ce trebuie să mâncăm, suntem prea ocupați pentru asta. Cum să ne motivăm pentru a face acest lucru?

Ce recomand eu tuturor este să mănânce cât mai simplu. Să nu gătească complicat acasă. Cu cât un aliment este mai complicat, cu multe ingrediente, cu atât mai mult se îmbogățește caloric.

Eu am învățat nutriție văzând și ceea ce se mănâncă în spital. Nu este o alimentație gustoasă, dar e sănătoasă. Te ajută să te încadrezi în necesarul caloric. Dieta științifică e pe termen lung. Organismul nostru are o memorie a greutății, iar dacă tu ai 100 de kg, memoria greutății este de 100 kg, iar până ce organismul tău nu scapă de această memorie, nu vei reuși să slăbesti durabil. O dietă

șoc te face să te îngrași la loc după un timp scurt, e acel efect yo-yo. Slăbești în 2 săptămâni, dar poți pune apoi dublu la loc, fiindcă organismul are memoria lui de 100 kg. Și de aceea trebuie ținută dieta aceasta științifică, care cere multă răbdare și ambiție.

Dumneavoastră cum faceți, cum vă alegeți alimentele?

Eu mănânc ca... la spital. Mai săracăcios. Poți să mănânci o pâine pe zi, asta nu e o problemă, fiindcă ți-o împarți pe parcursul zilei. Și să nu folosești prea mult unt și margarină. Cauți carnea de calitate. Carnea de porc slabă are același conținut de lipide cu carnea de vită. Alegi alimente de calitate și mănânci simplu și rezultatele vin.

Cât de util ar fi un astfel de program educativ în școli?

Da, ar fi foarte bun. Să învățăm copiii să nu mai mănânce chips-uri, să nu mai bea băuturi carbo-gazoase. Băiatul meu avea o colegă în clasele primare care bea pe zi o sticlă de 2 litri de suc în loc de apă. Si colega luase proporții în clasa a 2a și a 3a. Sucurile conțin zahăr, coloranți, aditivi alimentari. Așa că educația este mai mult decât binevenită.

Ce înseamnă pentru dumneavoastră ziua aceasta a asistenților medicali?

Ordinul Asistenților pune mult accent pe această zi, prin organizarea Conferinței, și-i mulțumim pentru această recunoaștere binevenită, căci noi suntem de multe ori cu problemele noastre și nu ne facem mereu timp să ne amintim de ea.

Cum apreciați ediția de anul acesta a Conferinței?

Pe măsură ce trece timpul, nivelul lucrărilor crește și chiar mă gândeam și eu cu o colegă să facem cercetare. Până acum am preferat să mă documentez din cercetările altora și să le expun. Mi-ar fi plăcut să fiu profesoara, cred.

Interviu cu Daniela Dunca, Asistent medical șef, secția medicală/oncologie, Spital Euroclinic Regina Maria

Asistența medicală - sursă vitală pentru asigurarea calității îngrijirilor de sănătate în Cancerul Colorectal (CCR) – o prezentare care a punctat, într-un mod foarte profesionist, dar, în același timp și pe înțelesul participanților cu alte specializări, aspectele principale ale epidemiologiei, patogeniei, diagnosticării și tratamentului acestei maladii cu incidență din ce în ce mai crescută.

Cancerul colo-rectal (CCR) reprezintă la ora actuală a doua sursă de mortalitate prin cancer, după cancerul de plămân la bărbați și cel de sân la femei, fiind cea mai frecventă boală malignă digestivă, atât în Europa, cât și în SUA.

Am reținut că aproape 25% din pacienții cu CCR au un istoric familial de boală (factor genetic), în timp ce restul de 75% din cazuri sunt încadrate ca și CCR sporadic, fără o cauză ereditară. Dintre condiții predispozante individuale, s-au subliniat obezitatea, bolile inflamatorii colonice idiopatice, istoricul personal de adenoame colo-rectale sau CCR, apartenența la populația afro-americană, dar și vârsta (peste 50 de ani).

De asemenea, studiul de caz inclus în prezentare, care s-a axat pe rolul primordial al asistenților medicali gastroenterologi în asigurarea unor îngrijiri de calitate, a fost foarte bine primit de participanții la Conferință. El a aratat importanța comunicării cu pacientul, a construirii unei relații deschise și bazate pe încredere, principiile de bază ale unui sistem medical modern, care pune pacientul în centrul preocupărilor sale și al serviciilor oferite. Discutăm acum

cu Doamna Dunca despre câteva dintre temele prezentării din cadrul Conferinței:

Spuneți în prezentare cât de important este, în îngrijirile medicale, rolul comunicării pentru asistenții medicali. Cum simțiți zona aceasta a comunicării în activitatea pe care o aveți?

Eu lucrez într-un spital privat și noi avem mai mult timp la dispoziție să ne ocupăm de pacienți, motiv pentru care, implicit, apare necesitatea de a-i da informații cât mai reale pacientului, mai aproape de diagnosticul pe care îl are, într-un mod cât mai plin de compasiune. Și atunci, vrei nu vrei, ajungi să faci și un fel de consiliere psihologică cu el. De ceva vreme, lucrez și pe secția medicală-oncologie, iar pentru pacienții bolnavi de cancer există o și mai mare nevoie de a-i consilia. Echipa care s-a format pentru acest studiu a implicat un medic oncolog gastroenterolog, un psiholog și un asistent medical.

Medicul diagnostica, psihologul venea și explica pacientului că ar trebui să privească lucrurile pozitiv. Pacientul rămânând apoi cu asistentul. Am ajuns la concluzia că asistentul care se ocupă de caz trebuie să se implice mai mult în a-l ajuta pe acest pacient să înțeleagă că o diagnosticare de cancer de colon (despre această boală a fost studiul) nu este un capăt de lume. Și atunci asistentele au fost instruite despre cancerul de colon, despre tratament, despre paliativitate, despre chimio-terapie, despre toate alternativele existente, pentru ca ele să poată transmite informațiile către pacient.

Am observat apoi că, datorită implicării asistentului și a relației care s-a creat între pacient și asistent, pacienții au plecat de la spital mult mai pozitivi, au revenit să-și continue tratamentul, după aceea au revenit să mulțumească. Rezultatele sunt mult mai bune, pacienții sunt mult mai optimiști și am tras concluzia că, dacă continuăm așa și pentru celelalte cancere depistate, cu siguranță că pacientului îi va fi mult mai bine. Fiind în această intersecție, ajutăm pacientul care află că are cancer să realizeze că este doar o etapă, că această boală se poate trata și vindeca și el își poate

continua viață.

Dincolo de politicile de sănătate publică, care ar fi principalele 2-3 recomandări pe care le-ați face oamenilor pentru prevenirea sau depistarea precoce a cazurilor de CCR?

În momentul acesta, Ministerul Sănătății încearcă să găsească o modalitate să se introducă și în România screening-ul cancerului de colon. Multe spitale au început să facă deja acest lucru. Spitalele private (de exemplu, Euroclinic) au început să facă gratuit colonoscopie pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie. Iar oamenii au început să vină. Se comunică foarte mult cu medicii de familie, care au înțeles necesitatea acestui screening. Așa că le recomand oamenilor să-și facă aceasta colonoscopie la un moment dat, nu trebuie să aștepte să facă 50 ani, mai ales dacă au motive (ca, de exemplu, cazuri în familie).

Ce înseamnă pentru dumneavoastră Ziua Asistentului Medical?

E ca și ziua mea de naștere. Noi chiar ne pregătim pentru ziua asistentului cu o mini-petrecere în spital, de dimineață. Este foarte importantă pentru noi, însă ar trebui să fie și pentru alții. Suntem fericiți că avem o zi a noastră, am și luptat pentru această zi, dar am vrea ca și cei din jur să știe de ziua noastră. Ca ei să știe că asistentul medical muncește, că datorită lui multe lucruri merg, că asistenții medicali își pierd nopți din viață pentru sănătatea celor din jur, că își pierd zile de naștere ale copiilor, soților, părinților pentru că intervine ceva la spital. Asistenții medicali trebuie apreciați. Este o meserie foarte frumoasă, dar dacă nu te naști cu acel ceva, nu te poți numi asistent medical. Avem colegi care-și dau seama de asta și se retrag din profesie. Își dau seama că nu pot schimba un pampers, nu pot intra într-o sală de operație pentru o urgență sau pentru a face îngrijiri paliative, când văd că-le trece viața pacienților printre degete.

Care-i cel mai frumos moment din viața profesională de până acum?

Când un pacient vine și-mi spune "mulțumesc, datorită dumneavoastră s-a întâmplat asta. Dacă nu erați dumneavoastră, eu nu aș fi ales drumul ăsta și nu aș fi fost ok". Cel mai frumos moment este când oamenii vin la tine, dar nu ca pacienți, ci să-ți multumească și să-ți spună că dacă nu făceai un anumit lucru, nu ar fi ieșit bine. "Dacă nu-mi zâmbeați, nu cred că aș fi ales să fac lucrul acela pe care chiar trebuia să-l fac". Și atunci îți spui "astăzi am atins un om".

Interviu cu Daniela Voinea, Asistent coordonator CPU, Institutul de Pneumoftiziologie Marius Nasta

Prezentarea echipei de la Institutul Marius Nasta, intitulată SINDROMUL BURN-OUT LA PERSONALUL MEDICAL, a atins un subiect foarte sensibil și din ce în ce mai întâlnit în sistemul medical în ultimii ani, fenomenul fiind accentuat, nu numai în România, ci la nivel mondial, de criza cronică de personal. Am aflat, astfel, că „Agenția Europeană pentru Sănătate și Securitate în Muncă estimează faptul că o treime din personalul medical suferă de sindromul burn-out, iar 10% din ei ajung să aibă deteriorări grave ale stării de sănătate (depresie severă, boli degenerative, abuz de



alcool și droguri).”

Plecând de la motivele apariției acestui sindrom de stres cronic la locul de muncă și manifestările lui clinice (epuizare emoțională, anxietate, iritabilitate, oboseală generalizată, apatie), intervenția propune câteva modalități practice, din domeniul managementului stresului, de gestionare și rezolvare a acestor situații. Am reținut, ca potențiale soluții, practicarea meditației și a exercițiilor de relaxare și respirație, consilierea psihologică (în special terapia cognitiv comportamentală), care ne poate ajuta să schimbăm modul în care reacționăm în situații stresante, îmbunătățirea echilibrului dintre viață personală și profesională prin adoptarea unui program de lucru flexibil, dar și modalitățile de a gestiona mai bine viața profesională prin delegarea anumitor sarcini de serviciu.

Discutând cu una dintre autoarele prezentării, Daniela Voinea, Asistent coordonator CPU, Institutul de Pneumoftiziologie Marius Nasta, încercăm să aflăm mai multe despre incidența sindromului burn-out în unitățile medicale din România.

Mi-ați spus ca ați avut colegi care suferă de acest sindrom. Simțiți că era o situație particulară, a locului în care lucrați sau se întâmplă în multe locuri?

Se întâmplă în multe locuri, în special acolo unde pacienții trec prin situații de viață și moarte. Din păcate, în România nu există secții de îngrijiri paliative, iar acești bolnavi vin în secțiile de îngrijiri acute unde trebuie să le acorzi toate îngrijirile pe care le acorzi celorlalți. Dar ei nu au nevoie de așa ceva. Ei, de fapt, au nevoie să moară demn. Și toate secțiile acestea care au bolnavi de cancer sau cu accidente vasculare care nu se vor mai rezolva niciodată au personalul extrem de stresat. Pentru că te confrunți cu moartea în fiecare zi. Iar personalul nu este pregătit adecvat în acest sens, nu avem niciun fel de sprijin. Depinde de nervii fiecăruia și de nivelul de conștientizare pe care-l dobândești singur citind și acordându-ți singur șansa de a învăța mai mult și de a te dezvolta.

La începutul anului mi-am făcut o listă de priorități și am trecut acolo

că aş vrea să citesc o carte în fiecare lună (citesc mai mult de atât) şi să merg la un spectacol în fiecare lună. Şi am încercat si i-am atras la spectacol, la teatru, şi pe colegi şi le-am adus cărţi. Şi o consider ca pe o reuşită.

Cum v-aţi ales tema? Cum a ajuns să vă preocupe subiectul acesta?

Când am citit titlul conferinţei, a fost ca un declick. Toată lumea se gândeşte la ce face asistentul medical pentru oameni, dar foarte puţini se gândesc la ce se întâmplă cu asistentul medical. Şi atunci, fiindcă auzisem despre sindromul de burn out, am citit foarte mult. Literatură pe aceasta temă se găseşte aproape numai în limba engleză, aşa că mi-am exersat engleza. Şi am citit multe studii pâna când am selectat câteva pentru prezentare. Sunt foarte multe studii, dar afară, nu la noi.

De ce credeţi că nu sunt si la noi aceste studii? Am avut alte preocupări, mai de bază?

Poate fiindcă resursa umană nu este atât de importantă şi pentru că oferta de forta de munca e mai mare decât numărul de locuri disponibile. Şi dacă nu mai poţi, vine altul, tu poţi să pleci...

Ce pot face asistenţii medicali pentru ei înşişi?

Să deschidă ochii, să se uite în jurul lor, să privească o floare, să citeasca o carte. Să înţeleagă că moartea face parte din viaţă. Acum 5 ani, eu am fost confruntată cu o situaţie de viaţă şi de moarte, iar lucrurile acestea m-au ajutat să pot trece peste şi să nu-mi pierd cumpătul.

E nevoie să ajungem într-o situație de viaţă şi de moarte pentru a avea grijă de noi?

Da, de obicei, da. Trebuie să te lovească o locomotivă ca să deschi-

zi ochii. Prima dată crezi că o să mori. Nu se întâmplă acest lucru, nu murim atunci când vrem. Apoi te obișnuiești cu ideea și ajungi să te lupți și cauți.

Așa am gasit și metodele de relaxare cu reiki, de exemplu. Pe mine m-a ajutat foarte mult și m-am schimbat foarte mult. Fiindcă am devenit un om echilibrat. În plus, mi-am găsit pasiunea cu iile. În momentul asta, de exemplu, cos o ie. E foarte greu și trebuie să fii pasionat ca să poți să coși o ie pe canoanele vechi.

Ce a însemnat aceasta Zi a Asistentului Medical pentru dumneavoastră? Cum ați primit-o?

Nu a fost mediatizată. Eu cred ca Ziua Asistentului medical ar trebui sărbătorită în fiecare zi în care pleci de la serviciu pe două picioare. Am fost fericită că am fost aici, pentru mine a fost o victorie. Nu sunt obișnuită cu vorbitul în public și cred că s-a simțit la prezentare. Dar mi-a făcut mare plăcere (nota intervievatorului – “după cum vă priveau oamenii, cred că și lor le-a plăcut foarte mult”). Să mă simt în mijlocul colegilor mei. E o recunoaștere pentru mine.

Cum v-ați ales profesia de asistent medical?

Eu sunt din generația celor care au făcut liceul sanitar când erau 15 pe loc. La vârsta aia, nici nu-ți dai seama în ce te bagi. Am făcut liceul sanitar, am făcut școală postliceală, acum fac facultatea. Și îmi place ceea ce fac și o fac cu pasiune.

Am lucrat 22 de ani în Constanța, la boli infecțioase și vreau să vă spun că și acum mă sună foști pacienți de acolo, pur și simplu ca să stăm de vorbă.

Din tot ce-ați trăit până acum la spital, care este momentul de suflet pe care o să vi-l amintiți și la adânci bătrâneți?

E greu să aleg dintre atâtea. Eram plecată din Constanța de un an de zile și m-a sunat un pacient care fusese într-un studiu despre

hepatita C. M-a sunat să-mi spună că este negativ și că pleacă în Spania cu familia. Și să știu de el că este bine și-mi multumește pentru ce am făcut pentru el.

Un alt moment special este legat de un pacient care a fost intubat 4 săptămâni și căruia nu i se mai acorda nicio șansă. Am putut să vorbesc cu el, căci era conștient. Nu am vazut în viața mea un om mai răbdător, nu a tras niciodată de sonde, nu a strigat niciodată. Am vorbit cu el ca de la suflet la suflet și l-am rugat să lupte. Vreau să vă spun că a plecat pe două picioare. A fost atât de impresionant...l-as fi luat în brațe. A fost o luptă! Se uita în ochii mei. Eu mă duceam în fiecare zi la el și îl încurajam.

Ce v-ați dori să se întâmple diferit în viața dvs profesională?

Mi-aș dori să fie mai multe manifestări de genul asta și poate să se schimbe puțin sistemul de acordat puncte ca să încurajeze lumea să participe activ. Lucrurile sunt foarte interesante, iar din fiecare prezentare de aici eu am învățat multe, deși sunt în profesia asta de 24 de ani.

Interviu cu Luminița Burghelea, Asistent Medical Generalist, West Eye Hospital

Asistent medical în oftalmologia modernă - noi valențe - în practica oftalmologică modernă, asistenții medicali joacă un rol din ce în ce mai important și autonom, iar prezentarea ne propune conturarea profilului necesar pentru o carieră de succes, de la cel psihologic, la cel al competențelor cerute de tehnologia de ultimă oră folosită în domeniu.

De ce tema de azi?

Eu fac oftalmologie în sistem privat din 1997 și am avut acces la toate aparatele și m-am specializat pe investigații. Mi-a și plăcut foarte mult și am și avut unde lucra. Până în 2010, am lucrat la



Oculus, apoi am mers la West Eye și am văzut că are potențial și m-am mutat aici.

La congresele de oftalmologie am prezentat lucrări strict pe ceea ce fac, pe anumite tehnici, pe detalii de specialitate. Iar acum, fiindcă voiam să fie o temă relevantă pentru audiența de azi, ne-am oprit la cum vedem noi rolul asistentului medical de oftalmologie în ziua de azi. În anii 1990, asistentul medical se putea adapta foarte ușor fiindcă tehnica era limitată și cunostintele generale din școală erau suficiente. Puteai să ajuți medicul, să susții pacientul, să mai completezi eventual cu sfaturi și totul era ok. După 1990, oftalmologia s-a dezvoltat foarte mult la noi în țară și chiar am fost surprinsă să vad, mergând la congrese în afară, că aparatura pe care o au afară este și la noi.

Am fost de 2 ori în SUA pentru că am câștigat un premiu al Societății Române de Oftalmologie și am avut ocazia, în 2006 și 2007, să merg la San Francisco și la San Diego și să vad acolo că personalul lor știa ce știam și noi. Evident că am învățat câte ceva de la ei. Întotdeauna o facem, pentru că tehnologia progresează în continuare, dar mi-a plăcut să vad că suntem la același nivel. Iar eu și colega mea, Corina, am învățat împreună, ne-am stimulat reciproc, am și avut medicii de partea noastră, ei au văzut că ne place și vrem mai mult și s-au bazat pe noi.

Cea mai importantă investigație e biometria, fiindcă măsurarea corectă a cristalinului este esențială. Până acum, noi două am făcut cam 60,000 de biometrii, poate chiar mai mult și nu am avut erori.

Revenind la întrebare, noi ne-am propus pentru această Conferință să definim ce înseamnă să fii asistent de oftalmologie în ziua de azi. Pe lângă pregătirea generală, trebuie să ai și o pregătire de oftalmologie foarte bună. Asistenții care se angajează la noi acum sunt supuși unui adevărat program de training pentru circa 1 lună de zile, în care învață cum funcționează aparatele. Și trebuie să înveți mult mai mult de atât, să știi să răspunzi la întrebările pacienților, de exemplu.

Câți ani de pregătire aveți în spate?

Am început în 1997 și am ajuns la un nivel foarte bun prin 2005, când am început să participăm la Congresele de la Sinaia ale Societății Romane de Oftalmologie. Atunci am văzut la ce nivel înalt am ajuns.

Doctorul Moraru de la Oculus ne dădea cărțile lui în engleză să învățăm din ele. Și se baza pe noi pentru a calcula corect ce formulă de cristalin să folosim pentru operațiile de cataractă, de exemplu. Și atunci era o mare provocare și-mi și plăcea. Și asta am făcut tot weekend-ul acela: formule de calcul pentru cristalin.

Ai vorbit și despre atitudine când ai conturat profilul asistentului medical de oftalmologie? Ce înseamnă asta?

Atitudine înseamnă încrederea în sine și pe care i-o transmiți pacientului la primul contact. Când omul te vede, trebuie să știe că te simți stăpână pe tine și că este pe maini bune, că se poate baza pe tine.

Cum ar putea face diferența un asistent de oftalmologie?

Să învețe tot timpul, fiindcă tot timpul ai ceva de învățat. Mesajul meu este "să faci ce-ți place". Și dacă faci ce-ți place, sigur te poți dezvolta foarte mult și toate celelalte vin.

Ce înseamnă pentru tine Ziua Asistentului Medical?

Este o zi importantă, de recunoaștere a asistentului din partea celorlalți. Și asta e binemeritat, căci cine se face asistent medical sigur iubește oamenii. Și iubește să-i ajute.

Ziua Oamenilor care-și iubesc semenii, foarte frumos. Care-i momentul tău de maximă glorie, acela cu care te mândrești cel mai tare?

Anul trecut, când fiul meu a intrat la medicină. Și nu eu l-am sfa-

tuit, ci el a vrut, de prin clasa a 6-a sau a 7-a. Iar la un moment dat, m-a sunat profesoara lui de anatomie să mă felicite. Dar eu nu aveam niciun merit. El învățase singur. A fost o realizare foarte mare.

Și profesional, care e momentul tău de maximă glorie?

Când Horia Brenciu mi-a înmănat premiul 1 la Congresul Societății Române de Oftalmologie de la Sinaia. Iar asta însemna participarea la Congresul Societății Americane de Oftalmologie.

Câteva elemente despre istoria profesiei de asistent medical

Asistentul medical este profesionistul care își asumă responsabilitatea pentru îngrijirea continuă a bolnavilor, răniților, persoanele cu handicap, precum și a celor aflate în apropierea morții. El este, de asemenea, responsabil pentru educarea persoanelor, familiilor și comunităților astfel încât să-și păstreze sănătatea. Asistentele medicale sunt implicate activ și în activitatea de cercetare în domeniul sănătății, în management, în definirea de



politici în domeniul sănătății și în sprijinirea drepturilor pacienților.

În multe comunități din lume asistentele medicale cu pregătire post-liceală își asumă responsabilitatea desfășurării unor activități independente de furnizare de servicii de asistență medicală primară și de specialitate pentru persoane fizice, familii și comunități.

În lume, asistentul medical reprezintă una dintre profesiile cele mai diverse și mai respectate din domeniul sănătății. Există mai mult de 2.9 milioane de asistente medicale înregistrate doar în Statele Unite și alte câteva milioane la nivelul globului.

Cererea de asistență medicală rămâne ridicată, iar previziunile sugerează că o astfel de cerere va crește substanțial. Progresele tehnologice în domeniul îngrijirii sănătății, așteptările crescute ale persoanelor care solicită îngrijire, schimbările demografice, cum ar fi populații din ce în ce mai îmbătrânite din multe țări ale lumii și reorganizarea sistemelor de sănătate necesită un număr tot mai mare de profesioniști cu studii superioare.

Deși originile asistenței medicale sunt anterioare mijlocului secolului al 19-lea, istoria asistenței medicale profesionale începe cu Florence Nightingale. Fiica bine-educată a unei familii bogate de britanici, Florence Nightingale a sfidat convențiile sociale și a decis să devină asistentă medicală.



Îngrijirea unor străini, fie în spitale, fie în casele lor, nu era văzută ca o carieră respectabilă pentru o doamnă bine crescută, care, în cazul în care dorea să ofere asistență medicală, era de așteptat să facă acest lucru numai pentru bolnavii din familie sau prietenii intimi. Departate de a vedea astfel lucrurile, Nightingale a crezut că femeile bine educate pot folosi principiile științifice și educația despre stilul de viață sănătos pentru a îmbunătăți în mod dramatic îngrijirea pacienților bolnavi.

În 1854 Florence Nightingale a avut ocazia de a-și testa convingerile în timpul Războiului Crimeei.

Povestiri din ziar despre soldații ruși bolnavi și răniți care erau mai bine îngrijiți de unele ordine religioase decât soldați britanici au inflammat opinia publică. Ca răspuns, guvernul britanic i-a cerut lui Florence Nightingale să ia un mic grup de asistente medicale și să meargă la spitalul militar din Scutari (Üsküdar din zilele noastre). Într-un interval scurt de la sosirea lor, Nightingale și asistentele ei medicale au reorganizat spitalul în conformitate cu știința secolului 19: pereții au fost curățați, ferestrele au fost deschise pentru ventilație, alimente hrănitoare au fost preparate și servite, medicamentele și tratamentele au fost administrate eficient. În câteva săptămâni, rata mortalității a scăzut, iar soldații nu s-au mai îmbolnăvit de boli infecțioase cauzate de condițiile sanitare precare.

Realizările lui Florence Nightingale au eclipsat toate modalitățile de a acorda asistență bolnavilor până la acel moment. Timp de secole, asistența medicală acordată bolnavilor s-a realizat la domiciliu și a fost responsabilitatea familiilor, prietenilor, și a membrilor comunității. Ca urmare a urbanizării și a răspândirii industrializării, cei fără familie au ajuns să fie îngrijiți în spitale.

Iar asistentele sunt cele care, în fapt, au transformat spitalele. În plus de calificare, grijă și compasiune, ele au stabilit un mediu ordonat, de rutină, care ajută la o mai bună îngrijire, au administrat tratamente și regimuri de medicație ce în ce mai complicate, au susținut protocoalele aseptice și ținut infecțiile sub control, ceea ce a permis intervenții chirurgicale din ce în ce mai complexe.

În a doua jumătate a secolului 20, asistentele medicale au contribuit la reorganizarea inovatoare a modelelor de îngrijire, pentru a folosi cât mai eficient tehnologia modernă.

Profesia de asistent medical a fost promovată și prin accentul din ce în ce mai mare pus pe munca la nivel național și internațional. Iar Organizația Mondială a Sănătății (OMS) recunoaște asistența medicală drept coloana vertebrală a majorității sistemelor de asistență medicală din întreaga lume.

Articol adaptat în baza <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/422718/nursing>

Cancerul de piele – câteva lucruri de știut de către pacienți

Conform datelor National Institute of Health din Statele Unite ale Americii, în 2014 au fost diagnosticate în această țară peste 2 milioane de cazuri noi de cancer al pielii, mai multe decât toate celelalte tipuri de cancer la un loc. Majoritatea sunt cancere ale celulelor de bază și ale celulelor scuamoase, tipuri mai puțin grave de cancer al pielii. Marea problemă o constituie melanomul, cancerul care ia naștere în celulele care produc pigmentul din piele. Conform datelor Societății Americane de Cancer, în 2012 au fost aproximativ 76000 de noi cazuri de melanom și peste 9000 de decese din această cauză în SUA. În plus, este important de știut că, deși carcinoamele cu celule bazale sau scuamoase sunt rareori mortale, dacă sunt tratate la timp, îndepărtarea lor poate provoca desfigurări, mai ales pentru cancerele celulelor bazale, care apar cel mai des pe față.

În România, potrivit unor date publicate de Organizația Mondială a Sănătății, în 2012, un număr de 1.121 de români au fost diagnosticați cu melanom malign al pielii. Statisticile privind mortalitatea arată îngrijorător: aproape o treime dintre cei diagnosticați mor anual (364 de decese în 2012).

Pentru că a preveni este mai simplu și mai eficient, educația pacienților pentru prevenirea cancerului de piele este foarte importantă. Acest lucru este și obiectivul articolului de față care încearcă

să prezinte într-o manieră accesibilă principalele tipuri de cancer de piele, factorii de risc și câteva date despre tratament.

Dar cum apare cancerul? Simpu spus, el se declanșează la nivelul celulelor. Cele normale, cresc și se divid, pentru a forma noi celule de care organismul are nevoie. Acelea dintre ele care sunt normale, cresc și se divid pentru a forma celulele noi de care organismul are nevoie. Când aceste celule îmbătrânesc sau se deteriorează, ele mor și altele le iau locul. Uneori procesul nu se desfășoară în această manieră. Dimpotrivă, apar celule noi de care organismul nu are nevoie sau unele îmbătrânite sau distruse nu mor așa cum ar trebui. Această acumulare de celule suplimentare formează o masă de țesut denumită tumoră.

Excrescențele pe piele pot fi benigne (ne-canceroase) sau maligne (canceroase). Cele benigne (cum ar fi alunițele) sunt rareori o amenințare pentru viață. În general, pot fi îndepărtate, nu cresc la loc și nu invadează țesuturile din jurul lor. Cele maligne (cum ar fi melanomul, cancerul cu celule bazale sau cancerul cu celule scuamoase) pot fi o amenințare pentru viață, de obicei pot fi îndepărtate, dar cresc din nou, pot invada sau afecta țesuturile sau organele din vecinătate și se pot răspândi în alte părți ale corpului.

Cancerle cutanate sunt denumite în funcție de tipul de celule care devin maligne. Cele mai frecvente sunt:

1. Melanomul, care apare în melanocite (celulele pigmentare).



Melanomul poate apărea pe orice suprafață a pielii. La bărbați, este de multe ori găsit la nivelul pielii de pe cap, gât, sau între omoplați și pe șolduri. La femei este de multe ori întâlnit pe pielea de pe picioare, între omoplați și pe șolduri.

Melanomul este rar la persoanele cu pielea închisă la culoare. Atunci când se dezvoltă la aceste persoane, de obicei îl găsim sub unghiile de la mâini sau de la picioare, în palme, sau la nivelul tălpilor.



2. Cancerul de piele bazocelular debutează în stratul de celule bazale al pielii, de obicei în zonele care au fost expuse la soare.

De exemplu, fața este cea mai comună zonă pentru cancerul de piele bazocelular.

Acest tip de cancer este cel mai întâlnit la persoanele cu tenul deschis la culoare.

3. Cancerul de piele cu celule scuamoase apare în celulele scuamoase.

La persoanele cu pielea închisă la culoare, acest tip de cancer de piele este găsit de obicei în locuri care nu sunt expuse la soare (de



exemplu membrele inferioare), în timp ce la persoanele cu pielea deschisă la culoare, acest timp de cancer apare în acele zone care au fost expuse la soare cum ar fi capul, fața, urechile și gâtul.

Când celulele cancerului de piele se răspândesc, ele pot invada vasele de sânge sau pe cele limfatice. Aceste celule pot fi găsite și în ganglionii limfatici din apropiere sau se pot răspândi în alte țesuturi. De asemenea, ele pot forma noi tumori în aceste țesuturi. Răspândirea cancerului este numită metastază.

Principalul factor de risc pentru cancerul de piele este expunerea în exces la lumina soarelui (radiații ultraviolet - UV), dar există și alți factori de risc care variază pentru diferite tipuri de cancer de piele. Studiile au arătat că cei mai frecvenți factori de risc pentru cele mai întâlnite tipuri de cancer de piele sunt:

1. lumina soarelui - din această categorie fac parte arsurile solare cu vezicule severe, mai ales cele de la maturitate, expunerea la soare pe durata vieții, expunerea la surse artificiale de radiații UV și lămpi solare cum ar fi cabinele de bronzat (mai ales pentru persoanele sub 30 de ani);
2. istoricul personal și familial – persoanele care au avut un anumit tip de cancer de piele sau cele care au astfel de cazuri în familia apropiată (mama, tata, sora, fratele, sau copii) au risc crescut de a mai dezvolta un astfel de cancer. Mai rar se întâmplă ca membrii unei familii să aibă o tulburare moștenită, cum ar fi xeroderma pigmentosum sau sindromul nevoid bazocelular, care face pielea mai sensibilă la soare și crește riscul de cancer de piele.
3. Persoanele cu tenul deschis la culoare, ochii albaștri sau gri, părul roșu sau blond și cele cu mulți pistrui prezintă un risc crescut de cancer de piele.
4. Anumite condiții medicale sau medicamente (cum ar fi unele antibiotice, hormoni, sau antidepresive) fac pielea mai sensibilă la soare. De asemenea, anumite afecțiuni medicale sau medicamente afectează sistemul imunitar, astfel crescând riscul de cancer de piele.

Dintre factorii de risc pentru melanom sunt de menționat următorii:

- 1) nevul displazic, un tip special de aluniță, mai mare decât cele obișnuite, de exemplu cât un bob de mazăre, de culori diferite – de la roz la maro închis, de obicei plat, cu o suprafață netedă, ușor solzos sau pietriș, și cu o margine neregulată. Un nev displazic se transformă în cancer mult mai frecvent decât o aluniță obișnuită;
- 2) a avea mai mult de 50 de alunițe comune generează un risc crescut de a dezvolta melanom.

Categoria factorilor de risc pentru cancerul de piele de tip bazocelular și a celui cu celule scuamoase include:

1. cicatrici vechi, arsuri, ulcere sau zone de inflamație pe piele;
2. expunerea la arsenic la locul de muncă;
3. radioterapia. Aceștia li se adaugă, în cazul cancerului de piele cu celule scuamoase:
4. keratoza actinică, care este un tip de leziune precanceroasă care apare în zonele expuse la soare, mai ales la nivelul feței și pe dosul mâinilor, ori ca fisuri ale buzei inferioare care nu se vindecă;
5. anumite tipuri de HPV (papilomavirus uman) pot infecta pielea și crește riscul de cancer de piele cu celule scuamoase. Acestea sunt diferite de tipurile de HPV ce cauzează cancerul de col uterin.

Adesea, primul semn de melanom este o schimbare a formei, culorii, dimensiunii sau a modului în care se prezintă o aluniță. Analiza poate urmări aspectele: asimetria (cele două jumătăți nu mai sunt simetrice); marginile (sunt crestate, zdrențuite); culoarea (apar nuanțe de negru, maro, cafeniu, dar și alb, gri, roșu, roz sau albastru); diametrul (alunița crește în dimensiune – de obicei melanoamele sunt mai mari decât dimensiunea unui bob de mazare (mai mare de 6 mm); evoluție (s-a schimbat în ultimele câteva săptămâni sau luni). Uneori, melanomul este răios sau dureros.

Simptomele cancerelor de piele bazocelular și cu celule scuamoase pot fi o schimbare a pielii (o excrescență sau o rană care nu se vindecă), o suprafață plată și roșie care este aspră, uscată sau

solzoasă, o pată de culoare roșie sau maro, dură și solzoasă, o zonă inflamată care sângerează sau dezvoltă o crustă.

Fazele melanomului sunt:

Stadiul 0: melanomul implică doar stratul superior al pielii (melanom in situ).

Etapa I: tumora nu este mai mare de 1 mm grosime (aproximativ lățimea vârfului ascuțit al unui creion) și suprafața apare segmentată, sau tumora are grosimea între 1 și 2 mm, iar suprafața nu este segmentată.

Etapa II: tumora are grosimea între 1 și 2 mm, iar suprafața apare fragmentată sau grosimea tumorii este mai mică de 2 milimetri, iar suprafața poate apărea fragmentată.

Etapa III: Celulele de melanom s-au extins la cel puțin un nodul limfatic din apropiere sau celulele din tumoara inițială s-au extins la șesuturile din jur.

Etapa IV: Celulele canceroase s-au extins la plămâni sau la alte organe, la alte zone de pe piele, sau la ganglionii limfatici departe de zona inițială, la plămâni, ficat, creier, oase, precum și în alte organe.

Fazele cancerului bazocelular și a cancerului de piele cu celule scuamoase includ:

Etapa 0: Cancerul implică doar stratul superior al pielii (carcinom in situ). Boala Bowen este o forma timpurie a cancerului de piele cu celule scuamoase. Dacă nu este tratată, cancerul ar putea crește mai adânc în piele.

Etapa I: Creșterea este de 2 centimetri (aproximativ de mărimea unei alune).

Etapa II: Creșterea este mai mare de 2 centimetri lățime.

Etapa III: Cancerul a invadat sub piele (cartilagii, mușchi, oase), s-a extins la nivelul ganglionilor limfatici din apropiere sau în alte locuri din organism.

Etapa IV: Cancerul s-a extins în organism. Cancerul cu celule bazale se răspândește rareori în alte părți ale corpului, dar cancerul cu celule scuamoase se extinde uneori la ganglionii limfatici și în alte organe.

Tratamentul pentru cancerul de piele depinde de tipul și stadiul bolii, de mărimea și locul tumorii, de starea generală de sănătate și de istoricul medical. În cele mai multe cazuri, scopul tratamentului este de a elimina sau distruge complet cancerul, iar cele mai multe cancere de piele pot fi vindecate dacă sunt depistate precoce și tratate. Uneori, cancerul de piele este eliminat în timpul biopsiei. În astfel de cazuri, nu este nevoie de tratament suplimentar. Chirurgia este tratamentul uzual pentru persoanele cu cancer de piele. În unele cazuri medicul poate sugera chimioterapie, terapie fotodinamică sau radioterapie. Persoanele cu melanom pot folosi terapia biologică (un tratament care ar putea crește în mod natural nivelul de apărare al organismului împotriva cancerului).

În loc de concluzie, reamintim că, deși cancerele de piele sunt aproape întotdeauna vindecabile, dacă sunt detectate și tratate din timp, o excelentă măsură de apărare împotriva acestora este prevenirea lor. Iar lista celor mai importante măsuri de protecție include:

- 1) evitarea expunerii excesive la soare, mai ales între orele 10.00 – 16.00;
- 2) evitarea arsurilor solare;
- 3) folosirea repetată a cremelor de fotoprotecție cu factor de protecție de minimum 15;
- 4) folosirea hainelor care protejează de soare (pălărie, pantaloni lungi, bluză cu mânecă lungă) și a ochelarilor adecvați de soare;
- 5) evitarea solarului și a lămpilor de bronzare artificială; 6) consult dermatologic anual.

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

Surse de documentare:

Dr. Richard Besser, Jeanne Besser, "Spune-mi adevărul doctore", 2014, Ed. Lifestyle Publishing

<http://www.cancer.gov/publications/patient-education/skin.pdf>

<http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/sunanduvexposure/skin-cancer-facts>

<http://www.cancer.org/cancer/skincancer-melanoma/detailed-guide/melanoma-skin-cancer-what-causes>

<http://www.skincancer.org/ro-RO>

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

Esențialul în pediatrie

Alexandra Fuchs

Editura: Farma Media, 2014

Alexandra Fuchs



Esențialul în pediatrie



Lucrarea conține elementele de bază din domeniul pediatriei prezentate într-un mod foarte succint, în formă de tabele și algoritmi, fiind utilă în practica medicală de zi cu zi.

În cuprins veți regăsi teme precum: simptome principale, generalități, urgențe, neonatologie, sistemul cardiovascular, neurologie, gastroenterologie, boli infecțioase, sistemul respirator, dermatologie, oncologie, boli metabolice și endocrinologice, abuzul asupra copiilor („battered child syndrome”), ADHD, tulburări de alimentație, SIDS („sudden infant death syndrome”) și medicamente.

Vademecum de tratamente ginecologice

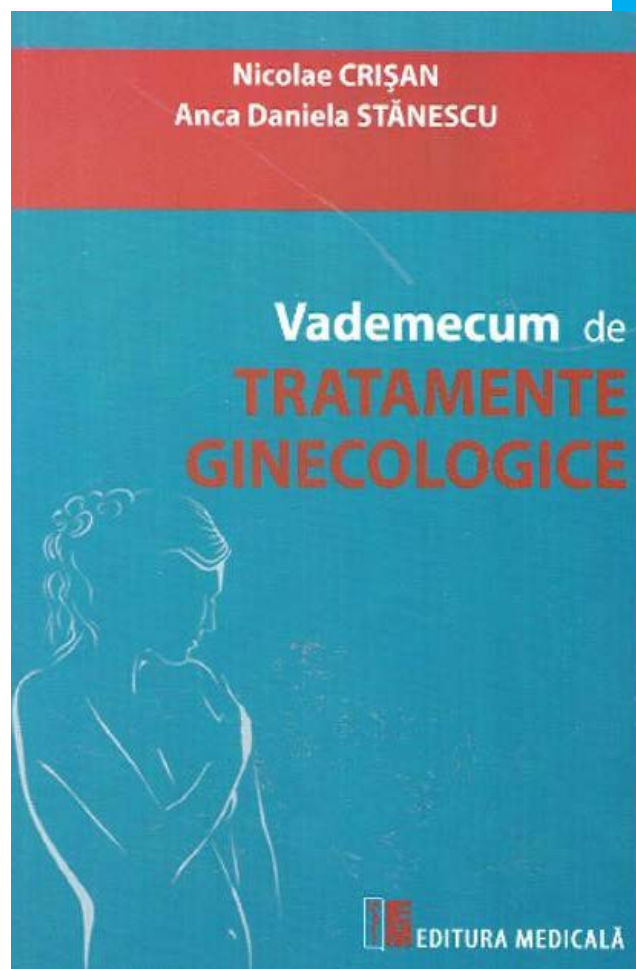
Autori: Nicolae Crișan, Anca Daniela Stănescu

Editura: Medicală, 2014

Lucrarea, de maxim interes teoretic, dar mai ales practic, reprezintă o trecere în revistă a celor mai moderne tratamente în principalele afecțiuni ginecologice – amenoreele și sindromul premenstrual, hemoragiile uterine, infecțiile genitale și tuberculoza genitală, chisturile ovariene, endometrioza și adenomioza, polifibroza uterină.

Capitole separate sunt dedicate contracepției hormonale și a spermicidelor, tratamentului infertilității, prin expunerea detaliată a tuturor procedurilor, tehnicilor și a stimulatorilor ovulației, cât și terapiei hormonale de substituție în menopauză.

La final, chimioterapia în cancerle ovariene prezintă cele mai noi clase de antineoplazice și efectele lor secundare. Stilul schematic, deosebit de accesibil, cu informații de mare actualitate face ca acest vademecum să devină indispensabil specialiștilor ginecologi, rezidenților, endocrinologilor, medicilor de familie, dar și publicului larg.



În cuprinsul lucrării veți găsi temele:

Amenoreele.

Hemoragiile uterine disfuncționale.

Sindromul premenstrual.

Infecțiile genitale feminine.

Tuberculoza genitală.

Chisturile ovariene funcționale.

Sindromul ovarelor polichistice.

Endometrioza. Adenomioza.

Mijloacele terapeutice “nechirurgicale” indicate în polifibromatoza uterină.

Tratamentul infertilității - Proceduri și tehnici - Stimulatorii ovulației.

Contracepția hormonală – Spermicidele.

Terapia hormonală de substituție în menopauză.

Chimioterapie în cancerul ovarien.

Cartea se adresează medicilor specialiști, ginecologi, endocrinologi, de alte specialități, medicilor de familie, rezidenților și publicului larg.

Urgențe ginecologice, obstetricale, neonatologice

Autorii: Peter Czekelius, Livia Ognean, Andrada Schneider

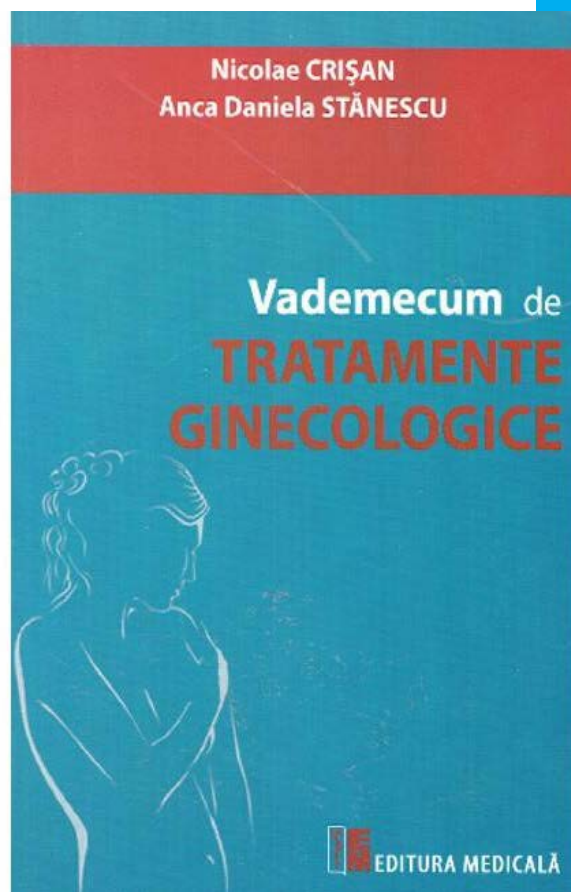
Editura Medicală, 2009

O carte mai veche dar utilă. Ne vorbește despre viața și sănătatea oamenilor care se adresează medicilor în situațiile de urgență și care depind de recunoașterea rapidă a patologiei, de promptitudinea intervenției și de conduita terapeutică țintită.

Această lucrare, gândită ca o carte de buzunar, vine în sprijinul tuturor celor de care depinde recunoașterea rapidă a patologiei ginecologice, obstetricale, neonatologice și perinatologice în vederea unei intervenții cât mai prompte și a unei conduite terapeutice țintite. Ultimul capitol servește ca o posibilitate de consultare în situațiile de incertitudine, fiind descrise urgențe din alte specialități care trebuie diferențiate diagnostic.

Cartea ține seama de nivelul actual de cunoștințe, dar lasă la sfârșitul ei un spațiu liber pentru completări personale la metodele de tratament apărute între timp. Imaginile color au fost introduse în text acolo unde ele servesc cel mai bine unei orientări rapide asupra nucleului problemei.

Întreaga lucrare este concepută atât de succint și concentrat, încât nu determină pierderi de timp impor-



tante, fiind orientată prin excelență spre partea practică medicală.

Cartea cuprinde temele: Urgențe ginecologice. Inflamații. Hemoragii. Urgențe în tratamentul carcinoamelor. Stări de soc. Urgențe obstetricale: Antepartum. Intrapartum. Postpartum.

Urgențe neonatale: Resuscitarea neonatală. Afecțiuni cardiorespiratorii. Afecțiuni neurologice. Infecții. Urgențe metabolice. Urgențe chirurgicale. Proceduri în urgențele neonatale. Afecțiuni care aparțin altor specialități și sunt semnificative din punct de vedere al diagnosticului diferențial: Afecțiuni gastro-intestinale. Afecțiuni urologice. Tulburări de coagulare. Tulburări de metabolism. Afecțiuni neurologice. Peripartum.

Lucrarea se adresează medicilor ginecologi, obstetricieni, specialiștilor în medicina de urgență, neonatologi, rezidenților, studenților.

eAsistent.ro

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



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.