

eAsistent.ro

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

Martie 2017



Cuvânt înainte

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

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

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

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

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

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

Cu drag,

Colectivul de redacție

EDITORIAL

Luna martie stă sub semnul importanței educației medicale	4
---	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Importanța screening-ului pentru sindromul de apnee obstructivă în somn	7
---	---

EVENIMENT

3 Martie 2017: Ziua Mondială a Auzului	16
24 Martie 2017 - Ziua mondială de luptă împotriva tuberculozei (TB) – istorie și provocări	19

INTERVIU

Interviu cu Daniela Stan, moașă, asistent coordonator și liderul echipei de formatori din cadrul proiectului “Școala Mamei”, Spitalul “Profesor Doctor Panait Sârbu” și cu Maria Spiridon, nutriționist, dietetician și formator la “Școala Mamei”, Spitalul “Profesor Doctor Panait Sârbu”	25
---	----

ISTORIE

Istoria profesiei de moașă	39
----------------------------	----

LUMEA MEDICALĂ

Noutăți în screening-ul pentru cancerul de col uterin – trusa de auto- testare pentru HPV	46
Sănătatea femeilor, copiilor și adolescenților – O prioritate globală pentru anii 2016-2030	49

CĂRȚI MEDICALE

Nursingul pacientului critic	54
Educație pentru sănătate și prim ajutor	55
Geriatric și geropatologie pentru asistenți medicali	56

ECHIPA	57
---------------	----



Luna martie stă sub semnul importanței educației medicale

Marcată de câteva evenimente importante - 3 martie 2017 - Ziua Mondială a Auzului, 8 martie 2017 - Ziua Internațională a Femeii și 24 martie 2017 - Ziua mondială de luptă împotriva tuberculozei, am ales să dedicăm acest număr importanței educației medicale și a unei relații de strânsă colaborare dintre personalul medical și populație, pentru prevenirea îmbolnăvirilor și consolidarea valorii sociale acordate sănătății, la nivel de societate.

Cu prilejul zilei de 3 martie – în sprijinul Zilei Mondiale a Auzului – punem în lumină acțiunile pe care le pot întreprinde factorii de

decizie pentru a diminua impactul socio-economic al deficiențelor de auz, sprijinind zona de prevenire și screening pentru depistare precoce, până la reabilitare cu ajutorul protezelor auditive sau a folosirii limbajului mimico-gestual, pentru o cât mai completă integrare în societate a celor care au o astfel de nevoie.

În luna în care sărbătorim Ziua Femeii (implicit și Ziua Mamei), vă propunem să le cunoaștem (în cadrul secțiunii – Interviu) pe unele dintre profesionistele care asistă, îngrijesc, ghidează și încurajează viitoarele mămici. Ele lucrează la Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie Prof. Dr. Panait Sârbu și predau, în regim de voluntariat, “Cursuri interactive pentru părinți” în cadrul proiectului numit ȘCOALA MAMEI.

Tot ca un tribut adus Zilei Internaționale a femeii, vă propunem să citiți, în secțiunea Istorie, o poveste a profesiei de moașă. Se poate spune că, dacă examinăm atitudinile societății față de naștere, ne putem da seama care erau principalele valori în familie și societate în fiecare perioadă istorică.

În cadrul articolului dedicat Zilei mondiale de luptă împotriva tuberculozei lansăm o dezbatere despre rolul parteneriatului dintre personalul medical, pacient și societate în rezolvarea problemelor complexe legate de TB. Fiind și o problemă socială, tuberculoza nu implică doar medicul și pacientul, ci și comunitatea în care acesta trăiește. Atât timp cât autoritățile publice locale, primăriile și consiliile locale, școala și biserica, firmele și ONG-urile de la nivelul comunităților, toți cei care pot ajuta nu se alătură eforturilor de eliminare a acestei boli, se pot câștiga doar bătălii parțiale. De exemplu, autoritățile pot crea rețele de lucrători comunitari (asistenți medicali comunitari și mediatori sanitari romi) care să administreze tratamentul sub directă observare pacienților cu tuberculoză, să identifice tipuri de ajutoare sociale de care să beneficieze toți pacienții din comunitate, adaptate pentru nevoile fiecăruia și să colaboreze cu medicii de familie din localitate. Foarte important este ca medicina primară să deruleze sesiuni de informare în comunitate cu participarea medicilor specialiști (pneumologi), prin

care nu doar să se promoveze prevenția și tratamentul, dar și să se combată stigmatizarea, discriminarea, marginalizarea și să se caute căi de a depăși barierele de acces la îngrijire, cu participarea comunității. Doar așa putem progresa pe acest drum.

Cum v-am obișnuit până acum, revista vă aduce și de data aceasta noutăți din Lumea medicală prin articolele - Noutăți în screening-ul pentru cancerul de col uterin – trusa de auto- testare pentru HPV și Sănătatea femeilor, copiilor și adolescenților – O prioritate globală pentru anii 2016-2030.

De mare interes este și articolul” Ucigași de top ai femeilor din Europa și SUA – bolile de inimă și accidentele vasculare cerebrale”, propus luna aceasta pentru secțiunea Educație Medicală. Din acest articol aflăm că toate femeile se confruntă cu amenințarea bolilor de inimă. Însă, devenind conștiente de simptome și riscuri și având o dietă sănătoasă, combinată cu un program adecvat de exerciții fizice, ne putem proteja sănătatea. Provocarea este reprezentată de faptul că unele simptome ale bolilor de inimă la femei pot fi diferite de cele ale bărbaților. Astfel, deși cel mai frecvent simptom al atacurilor de cord la femei este un anumit tip de durere, presiune sau disconfort în piept, acesta nu este întotdeauna simptomul cel mai sever sau important, femeile putând avea un atac de cord fără dureri în piept.

Nu lipsesc nici cărțile lunii martie (Nursingul pacientului critic, Educație pentru sănătate și prim ajutor și Geriatrie și geropatologie pentru asistenți medicali), trei recomandări pentru o lectură utilă.

Sperăm să vă bucurați și de acest număr extrem de bogat în evenimente speciale și informații de ultimă oră din lumea medicală. De asemenea, vă așteptăm să ne împărtășiți ideile, sugestiile și, de ce nu, să alegeți să publicați articolele dumneavoastră în revista care vă aparține.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București

Ucigași de top ai femeilor din Europa și SUA – bolile de inimă și accidentele vasculare cerebrale

Cele mai recente informații (din mai 2016) estimate pentru cele 28 state membre ale Uniunii Europene (UE) referitoare la cauzele de deces au devenit disponibile. Ele arată că bolile sistemului circulator și cancerul (neoplasmele maligne) au fost, de departe, principalele cauze de deces în UE.

Așadar, bolile cardiovasculare sunt principala cauza de deces în UE. Acestea se referă la un grup larg de probleme medicale care afectează sistemul circulator (inima, vasele de sânge și arterele), de multe ori cauzate de ateroscleroză - acumularea anormală a lipidelor în pereții vaselor, sub forma unor plăci de aterom, care reduc lumenul vascular și micșorează aportul de sânge la țesuturi. Unele dintre cele mai comune boli care afectează sistemul circulator includ boala cardiacă ischemică (infarct miocardic) și bolile vasculare cerebrale (accidente vasculare cerebrale).

Când ne gândim la boli de inimă, cei mai mulți dintre noi credem că este ceva de care ar trebui să ne facem griji doar peste o anumită vârstă. Doar că datele recente arată că factorii de risc în cazul bolilor de inimă sunt în creștere la femeile mai tinere.



De aceea, este important ca femeile în jur de 20 sau 30 de ani să ia măsuri de pe acum și să-și încurajeze prietenele, surorile, ori colegile să facă același lucru.

Tocmai pentru că femeile sunt cele care au grijă de ceilalți din jur, este cazul ca tot ele să ia măsuri în cazul unei boli care ucide 1 din 3 persoane. Iar vestea bună este că 80 la sută din bolile de inimă și accidentele vasculare cerebrale pot fi prevenite.

Bolile cardio-vasculare – particularități pentru femei

Toate femeile se confruntă cu amenințarea bolilor de inimă. Însă, devenind conștiente de simptome și riscuri și având o dietă sănătoasă, combinată cu un program adecvat de exerciții fizice, ne putem proteja sănătatea.

Provocarea este reprezentată de faptul că unele simptome ale bolilor de inimă la femei pot fi diferite de cele ale bărbaților. Astfel, deși cel mai frecvent simptom al atacurilor de cord la femei este un anumit tip de durere, presiune sau disconfort în piept, acesta nu este întotdeauna simptomul cel mai sever sau important, femeile putând avea un atac de cord fără dureri în piept.

În cazul femeilor sunt mai multe șanse decât în cazul bărbaților ca simptomele atacului de cord să fie altele decât durerile în piept și să se refere la un disconfort la nivelul gâtului, maxilarului, umerilor, părții superioare a spatelui sau la nivel abdominal, dificultăți de respirație, durerea în unul sau ambele brațe, greață și vărsături, transpirații, oboseală neobișnuită și amețeli.

Deci, simptomele sunt mult mai subtile decât durerea toracică puternică care este adesea asociată cu atacurile de cord. Femeile vor descrie durerile în piept ca o presiune sau o senzație de apăsare. Acest lucru poate fi generat de faptul că femeile tind să aibă blocaje nu numai în principalele artere, dar și în arterele mai mici care furnizează sânge la inimă - o afecțiune numită boală coronariană microvasculară.

Simptomele femeilor pot apărea mai frecvent atunci când acestea se odihnesc, sau chiar în somn. De asemenea, stresul mental poate declanșa simptome de atac de cord la femei.

Factori de risc în cazul bolilor de inimă la femei

Cu toate că mai mulți factori tradiționali de risc pentru bolile arterelor coronare sunt comuni atât femeilor cât și bărbaților - cum ar fi colesterolul ridicat, hipertensiunea arterială și obezitatea - alți factori pot juca un rol mai important în dezvoltarea bolilor de inimă la femei. Aceștia pot include:

- Diabetul. Femeile cu diabet au un risc mai mare de boli de inimă decât bărbații cu diabet zaharat.
- Stresul mental și depresia afectează inimile femeilor mai mult decât pe cele ale bărbaților. Explicația vine din aceea că depresia face dificilă menținerea unui stil de viață sănătos și respectarea corespunzătoare a tratamentului recomandat. De aceea, în caz de depresie sau stres excesiv, femeile sunt încurajate să discute cu medicul lor și despre riscul bolilor cardi-vasculare.
- Fumatul este un factor mai mare de risc pentru boli de inimă la

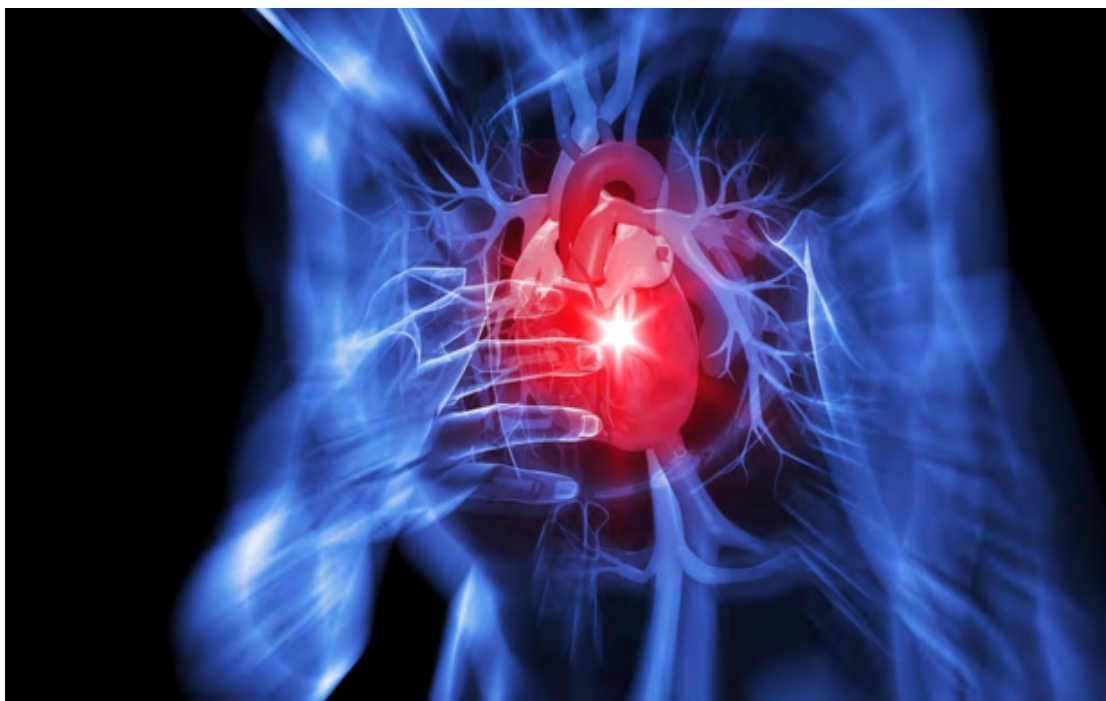
femei decât la bărbați.

- Inactivitatea. Lipsa activității fizice este un factor de risc major pentru bolile de inimă, iar unele cercetări au arătat că femeile sunt mai inactive decât bărbații.
- Menopauza. Nivelurile scăzute de estrogeni după menopauză reprezintă un factor important de risc pentru dezvoltarea bolilor cardiovasculare pe vasele de sânge mai mici (boala coronariană microvasculară).
- Sindromul inimii frânte. Această condiție - adesea cauzată de situații stresante grave - apare mai frecvent după menopauză. Această condiție poate fi numită cardiomiopatie tsubo sau cardiomiopatie de stres.
- Complicații ale sarcinii. Tensiune arterială mare sau diabet zaharat în timpul sarcinii pot crește riscul pe termen lung de hipertensiune arterială sau diabet zaharat și pot face ca mama să dezvolte boli de inimă.
- Unele cercetări au constatat că, dacă mama are complicații ale sarcinii, cum ar fi hipertensiune arterială sau diabet zaharat, copiii pot avea, de asemenea, un risc crescut de boli de inimă în viitor.
- Femeile cu boli inflamatorii, cum ar fi artrita reumatoidă sau lupusul, pot prezenta un risc crescut de boli de inimă.

Ce pot face femeile pentru a reduce riscul de boli cardio-vasculare?

Câteva modificări ale stilului de viață pot reduce semnificativ riscul de a face boli de inimă: renunțarea la fumat, exerciții fizice regulate, menținerea unei greutate normale, o nutriție sănătoasă (care include cereale integrale, o varietate de fructe și legume, puține grăsimi, produse lactate fără grăsimi și carne slabă și exclude grăsimi saturate, zaharuri adăugate și cantități mari de sare).

Pe lângă menținerea medicației prescrise de medic, trebuie gestio-



nați și factorii majori de risc pentru bolile de inimă, cum ar fi hipertensiunea arterială, colesterolul ridicat și diabetul zaharat.

Tensiune arterială crescută

Hipertensiunea arterială (hipertensiunea) este un alt factor de risc major pentru bolile de inimă, dar și pentru bolile de rinichi și pentru insuficiența cardiacă congestivă. Hipertensiunea este, de asemenea, cel mai important factor de risc pentru accidentul vascular cerebral.

Responsabile de tensiunea arterială crescută sunt antecedentele familiale, excesul de greutate și o dietă bogată în sare. Riscurile sunt mai mari pentru persoanele mai în vârstă și pentru femei.

Pentru că nu are simptome evidente, mulți oameni acordă puțină atenție hipertensiunii arteriale.

Vestea bună este că, prin educație și puțin efort, fiecare dintre noi poate lua măsuri pentru a controla sau a preveni tensiunea arterială ridicată, evitând astfel multe tulburări care ne pun viața în pericol.

De aceea, o categorie intermediară a tensiunii arteriale, numită pre-hipertensiune, a fost creată pentru a alerta persoanele cu risc crescut de a dezvolta hipertensiune, astfel încât acestea să poată lua măsuri din timp.

Tensiunea arterială este presiunea exercitată de către sânge asupra pereților arterelor atunci când inima bate (tensiune arterială sistolică) și atunci când inima se odihnește (tensiune arterială diastolică). Ea se măsoară în milimetri coloană de mercur (mmHg) și se exprimă prin două numere, primul reprezentând tensiunea sistolică, iar cel de-al doilea pe cea diastolică.

Înainte de a decide dacă tensiunea arterială este prea mare, aceasta trebuie verificată în mai multe zile diferite. Tensiunea arterială este considerată „mare” atunci când acesta rămâne peste nivelurile pre-hipertensive pentru o perioadă de timp. De exemplu, dacă o persoană are pre-hipertensiune, prezintă risc crescut de atac de cord, accident vascular cerebral, sau insuficiență cardiacă. De asemenea, în cazul în care tensiunea arterială sistolică este de 140 mm Hg sau mai mare, persoana este mai susceptibilă de a dezvolta boli cardiovasculare și renale, chiar dacă tensiunea arterială diastolică nu este prea mare. Iar peste 55 de ani femeile sunt mult mai predispuse să dezvolte tensiune arterială sistolică ridicată, caz în care se impun două măsuri: schimbarea stilului de viață și tratamentul medicamentos.

<i>Tensiune arterială</i>	<i>Sistolică</i>	<i>Diastolică</i>
<i>Normală</i>	<i>Mai puțin de 120 mmHg</i>	<i>Mai puțin de 80 mmHg</i>
<i>Pre-hipertensiune</i>	<i>120–139 mmHg</i>	<i>80–89 mmHg</i>
<i>Hipertensiune</i>	<i>Mai mare de 140 mmHg</i>	<i>Mai mare de 90 mmHg</i>

Valorile tensiunii arteriale se apreciază astfel – de exemplu, dacă tensiunea sistolică este 115 mmHg, iar cea diastolică 85 mmHg se consideră pre-hipertensiune.



Dacă tensiunea dumneavoastră arterială nu este prea mare, o puteți menține sub control prin menținerea unei greutate normale, activități fizice regulate, reducerea consumului de alcool și schimbarea obiceiurilor alimentare. O dietă specială care poate ajuta la scăderea tensiunii arteriale este „DASH” (Dieta Alimentară de Stopare a Hipertensiunii). Ea pune accentul pe fructe, legume, lapte și produse lactate, produse din cereale integrale, pește, carne de pasăre, fasole, semințe și nuci. DASH cere, de asemenea, mai puțină sare / sodiu, dulciuri, zaharuri, băuturi care conțin zahăr, grăsimi și carne roșie. Substanțele nutritive care sunt asociate cu scăderea tensiunii arteriale sunt, deci, potasiul, magneziul, calciul, proteinele și fibrele. Pe de altă parte, sodiul este o substanță care crește tensiunea arterială și este ingredientul principal în sare. De aceea, reducerea consumului de sare ne ajută cel mai mult să evităm hipertensiunea.

Hipertensiunea arterială este factorul de risc numărul 1 pentru insuficiența cardiacă congestivă și accidentul vascular cerebral. În cazul în care tensiunea arterială este mai mare de 140/90 mmHg, este absolut necesar să discutați cu medicul dumneavoastră despre începerea sau ajustarea medicației, precum și despre schimbarea stilului de viață. Controlul greutății este, de asemenea, foar-

te important, chiar și pentru o persoană moderat supraponderală.

De asemenea, este foarte important să știm semnele de avertizare pentru accidentul vascular cerebral, care este o urgență medicală. Oricine are un accident vascular cerebral sau suspectează unul la un membru al familiei sau cunoscut este important să recunoască simptomele, astfel încât pacientul să ajungă rapid la un spital. Dacă acesta primește tratamentul adecvat în termen de 60 de minute, se poate preveni dizabilitatea.

Principalele semne de avertizare ale unui accident vascular cerebral sunt: amorțeală bruscă sau o slăbiciune la nivelul feței, brațului sau piciorului (mai ales pe aceeași parte a corpului); confuzie bruscă, probleme în a vorbi sau a înțelege ce ni se spune; probleme bruște de vedere la unul sau ambii ochi; dificultăți bruște la mers, amețeli sau pierderea echilibrului ori a coordonării; dureri bruște și severe de cap, fără o cauză cunoscută.

Dacă credeți că cineva ar putea avea un accident vascular cerebral, sunați imediat la 112. De asemenea, pentru oricare dintre noi este util să vă asigurați că membrii familiei și alte persoane apropiate cunosc semnele de avertizare ale unui accident vascular cerebral. Cel mai simplu este să le dați o copie a acestei liste. Rugați-i să cheme 112 imediat dacă oricine prezintă orice semne ale unui accident vascular cerebral. În felul acesta putem salva ori ferii de dizabilitate un semen de-al nostru.

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

Surse de documentare:

<http://health.usnews.com/health-care/for-better/articles/2017-02-24/womens-heart-health-know-your-risks-and-take-action>

<https://www.fda.gov/ForConsumers/ByAudience/ForWomen/Wo->

mensHealthTopics/ucm117974.htm

https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/hdbk_wmn.pdf

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cardiovascular_diseases_statistics

http://www.sfatulmedicului.ro/Boli-ale-inimii-si-vaselor/ateroscleroza-cauze-simptome-si-tratament_11801

3 Martie 2017: Ziua Mondială a Auzului

**ACTION
FOR
HEARING
LOSS**

Make a Sound Investment



**3 March 2017
World Hearing Day**

For more information and materials, visit:
www.who.int/pbd/deafness/world-hearing-day/en

În fiecare an, ignorarea consecințelor aduse de deficiențele de auz duce la costuri de aproape 100 miliarde USD în sistemele de sănătate de la nivel global, precum și la alte costuri de 100 miliarde suferite de economia mondială, prin scăderea productivității adusă de șomaj și pensionarea timpurie a persoanelor cu deficiențe de auz.

De exemplu, studiile arată că pentru aceste persoane șomajul este de două ori mai probabil decât pentru cei care aud normal, chiar dacă au nivel comparabil de pregătire și experiență.

Aceste cifre sunt alarmante. Tocmai de aceea tema de anul acesta a Zilei Mondiale a Auzului, sărbătorită pe 3 martie, este “Acțiune împotriva deficiențelor de auz – Să facem o investiție sustenabilă” pentru a atrage atenția asupra impactului economic major pe care această dizabilitate îl provoacă, în plus de impactul asupra vieții persoanelor în cauză și a celor apropiați.

Conform statisticilor Autorității Naționale pentru Persoane cu Dizabilități (ANPD) din România, în sep-

tembrie 2016 erau înregistrate oficial aproape 24 000 de cazuri de copii și adulți cu deficiențe de auz, iar dintre acești adulți, doar 14% erau încadrați în câmpul muncii.

Ziua Mondială a Auzului din 2017 își propune să pună în lumină acțiunile pe care le pot întreprinde factorii de decizie pentru a diminua impactul socio-economic al acestor deficiențe, de la prevenire și screening pentru depistare precoce, până la reabilitare cu ajutorul protezelor auditive sau a folosirii limbajului mimico-gestual (LMG). Factorii de decizie de la nivel național și internațional sunt chemați să aloce resursele financiare adecvate pentru implementarea acestor măsuri, să asigure integrarea completă a îngrijirilor pentru sănătatea urechii și a auzului în sistemele de asigurări de sănătate, să dezvolte resursele umane necesare oferirii acestor îngrijiri și integrării socio-economice a persoanelor cu deficiențe de auz și să introducă programe de prevenție și screening.

Pentru România, în plus de dezvoltarea și implementarea de politici publice care să promoveze obiectivele definite mai sus, factorii de decizie ar trebui să ia în considerare și alte câteva măsuri cu un impact puternic pentru îmbunătățirea incluziunii socio-economice a persoanelor cu deficiențe de auz. În principal, aceste măsuri vizează accesibilizarea sistemelor de informare publică, promovarea Limbajului Mimico-Gestual (LMG) prin introducerea lui în categoria limbilor moderne care pot fi studiate la nivel universitar pentru a asigura formarea de specialiști în comunicarea specifică și educația specială a persoanelor cu deficiențe de auz, ceea ce le-ar îmbunătăți accesul acestora la educație, sănătate și piața muncii.

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

Surse de documentare:

<http://www.who.int/pbd/deafness/world-hearing-day/2017/en/>

<http://www.who.int/pbd/deafness/world-hearing-day/WHD2017Brochure.pdf?ua=1>

<http://anpd.gov.ro/web/transparenta/statistici/trimestriale/ogp.gov.ro/wp-content/uploads/2016/.../Integrarea-invizibila-profBarbu-March-1.ppt>

<http://www.who.int/pbd/deafness/world-hearing-day/2017/en/>



24 martie 2017 - Ziua mondială de luptă împotriva tuberculozei (TB) – istorie și provocări

În anul 1982, la centenarul prezentării Dr. Robert Koch, descoperitorul tuberculozei, “Uniunea Internațională împotriva tuberculozei și a bolilor pulmonare” (The International Union against Tuberculosis and Lung Disease – IUATLD) a propus stabilirea zilei de 24 martie pentru a marca, printr-un eveniment mondial oficial, lupta contra tuberculozei. Parte a unui efort comun depus de IU-

ATLD și de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), tema acestuia avea să fie “Înfrângerea TB: Acum și pentru totdeauna”. Cu toate acestea, el nu a fost anunțat ca un eveniment ce urma să fie sărbătorit anual de către Adunarea Mondială a Sănătății a OMS și de către ONU.

Prima reuniune dedicată Zilei Mondiale a TB a fost organizată de OMS și de Fundația Regală a Olandei, în anul 1995, în Den Haag, Olanda. Cu acel prilej s-a decis transformarea într-un eveniment anual.

În cadrul conferinței de presă de la Berlin, în anul 1997, OMS a declarat că tratamentul sub observare directă (DOT – Direct Observed Treatment) este cel mai mare progres ce vizează controlul tuberculozei în întreaga lume. Un număr de 200 de organizații și-au alăturat eforturile prin activități de sensibilizare cu privire la TB, iar în cadrul Zilei Mondiale din 1998, în timpul conferinței de presă din Londra prilejuită de eveniment, OMS a anunțat topul celor 22 de țări cele mai afectate de TB.

O serie de organizații s-au mobilizat să dea o mână de ajutor. De exemplu, Comitetul Internațional al Crucii Roșii începe lupta împotriva tuberculozei din penitenciare, afectate de supraaglomera-re și nutriția deficitară. În același timp, apare o nouă rețea “Stop TB Partnership” care luptă împotriva tuberculozei prin sprijinirea activităților de prevenție și tratament.

An după an, Ziua Mondială de luptă împotriva tuberculozei a devenit ocazia de a sensibiliza cu privire la povara reprezentată de tuberculoză la nivel mondial, de a face bilanțul stadiului și eforturilor de prevenire a tuberculozei și de îngrijire și de a mobiliza angajamentul politic și social pentru continuarea progreselor și a pune capăt TB.

Anul acesta este dedicat continuării eforturilor începute în 2016, în cadrul campaniei cu tema - “Uniți punem capăt TB. Nimeni nu este ignorat” (“Unite to End TB. Leave No One Behind”). Aceasta abordează inclusiv acțiuni precum stigmatizarea, discriminarea,



marginalizarea și caută căi de a depăși barierele de acces la îngrijire. Abordarea nevoilor de sănătate ale celor dezavantajați, marginalizați, care nu au acces la sistemul de sănătate va însemna îmbunătățirea accesului la serviciile de sănătate pentru toată lumea.

OMS a raportat că 10,4 milioane de oameni s-au îmbolnăvit de tuberculoză în 2015 și că au existat 1,8 milioane de decese din această cauză, ceea ce transformă acest flagel în criminalul de top la nivel mondial, pe zona bolilor infecțioase. Această boală este adânc înrădăcinată în populațiile pentru care drepturile omului și demnitatea existenței sunt limitate. În timp ce oricine poate contracta TBC, boala prosperă în rândul persoanelor care trăiesc în sărăcie, comunități și grupuri care sunt marginalizate, precum și printre populațiile vulnerabile.

O serie de factori precum malnutriția, condițiile precare de locuit și lipsa condițiilor sanitare, la care se adaugă alți factori agravanți, cum ar fi tutunul, alcoolul și diabetul, cresc vulnerabilitatea la TB și afectează accesul la asistența medicală necesară.

Mai mult, acest acces este uneori limitat de costurile exagerate de tratament și îngrijire sau de lipsa protecției sociale, ceea ce întreține cercul vicios al sărăciei și bolii. Tuberculoza multidrug rezistentă



(MDR-TB) adaugă îngrijorare suplimentară și face intervenția și mai urgentă.

În România sunt aproximativ 30.000 de bolnavi cu tuberculoză și aproape 1.500 de pacienți cu tuberculoză multi-drog rezistentă în tratament, ceea ce plasează țara noastră pe locul 6 în Regiunea Europa a Organizației Mondiale a Sănătății. Mai grav este că, în România, majoritatea persoanelor diagnosticate cu TB provin din rândul populației tinere și active.

Motivele pentru care România se plasează pe această poziție problematică par a fi generate, pe de o parte, de slăbiciunile Programului Național de Control al Tuberculozei și, pe de altă parte, de lipsa de suport din partea comunităților în care trăiesc persoanele bolnave sau cu risc mare de îmbolnăvire. Din prima categorie se pot enumera, în primul rând, problemele în asigurarea unui diagnostic rapid și complet, în special a TB-MDR/XDR. Deși la nivel mondial există metode de diagnostic rapid care scad timpul de diagnosticare de la 6 luni la până la 2 ore, în România accesul la aceste metode este disponibil doar prin proiectele cu finanțare internațională,

pentru un număr limitat de pacienți. Cu toate că OMS estimează că în România ar trebui diagnosticate, în fiecare an, între 800 și 1000 de cazuri noi de TB-MDR, în realitate, lipsa echipamentelor necesare duce la identificarea a doar 600 de cazuri de tuberculoză rezistentă și extrem de rezistentă la tratament.

Al doilea element vulnerabil în România este asigurarea tratamentului. Atât timp cât doar o parte din medicamente sunt disponibile în România, iar schema de tratament nu este întodeauna administrată complet și corect, vindecarea bolnavilor nu este posibilă. Așa se face că ei sunt practic condamnați la moarte și reprezintă un permanent risc de infecție pentru ceilalți.

Al treilea palier de risc în România este reprezentat de asigurarea aderenței la tratament - rata de abandon a tratamentului variind între 6% (pentru cazurile noi) și peste 25% (pentru pacienții cu tuberculoză rezistentă).

În mod normal, pe perioada tratamentului, pacienții cu tuberculoză au nevoie de suport medical, psihologic și social, pentru încheierea lui cu succes. În lipsa unor servicii de asistență medico-psiho-socială care să ajute pacientul să facă față efectelor adverse extrem de severe ale medicamentelor, împovărat de absența mijloacelor materiale pentru asigurarea transportului zilnic la medic, fără o alimentație adecvată absolut necesară vindecării (minim 4.000 de calorii/zi), ori lipsit de mijloace materiale pentru procurarea medicamentelor complementare pentru tratamentul efectelor adverse, acesta abandonează lupta.

În plus, fiind și o problemă socială, tuberculoza nu implică doar medicul și pacientul, ci și comunitatea în care acesta trăiește. Atât timp cât autoritățile publice locale, primăriile și consiliile locale, școala și biserica, firmele și ONG-urile de la nivelul comunităților, toți cei care pot ajuta nu se alătură eforturilor de eliminare a acestei boli, se pot câștiga doar bătălii parțiale. De exemplu, autoritățile pot crea rețele de lucrători comunitari (asistenți medicali comunitari și mediatori sanitari romi) care să administreze tratamentul sub directă observare pacienților cu tuberculoză, să identifice

tipuri de ajutoare sociale de care să beneficieze toți pacienții din comunitate, adaptate pentru nevoile fiecăruia și să colaboreze cu medicii de familie din localitate. Foarte important este ca ei să deruleze sesiuni de informare în comunitate cu participarea medicilor specialiști (pneumologi) prin care nu doar să se promoveze prevenția și tratamentul, dar și să se combată stigmatizarea, discriminarea, marginalizarea și să se caute căi de a depăși barierele de acces la îngrijire, cu participarea comunității.

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

Surse de documentare:

<http://www.who.int/campaigns/tb-day/2017/event/en/>

www.stop-tb.ro

http://www.romania-actualitati.ro/ziua_mondiala_de_lupta_impotriva_tuberculozei-48850

Interviu cu Daniela Stan, moașă, asistent coordonator și liderul echipei de formatori din cadrul proiectului “Școala Mamei”, Spitalul “Profesor Doctor Panait Sârbu” și cu Maria Spiridon, nutriționist, dietetician și formator la “Școala Mamei”, Spitalul “Profesor Doctor Panait Sârbu”

În luna în care sărbătorim Ziua Femeii (implicit și Ziua Mamei), ce poate fi mai firesc decât să încercăm să le cunoaștem pe unele dintre profesionistele care asistă, îngrijesc, ghidează și încurajează viitoarele mămici.

Așa am ajuns la Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie Prof. Dr. Panait Sârbu unde am discutat cu două dintre doamnele care predau “Cursuri interactive pentru părinți” în cadrul proiectului numit ȘCOALA MAMEI. Este vorba despre Daniela Stan, moașă, asistent coordonator și liderul proiectului “Școala Mamei” din cadrul Spitalului “Profesor Doctor Panait Sârbu”, inițiatoarea și sufletul echipei, și Maria Spiridon, nutriționist și dietetician în cadrul Spitalului “Profesor Doctor Panait Sârbu”, un alt membru al echipei de 5 formatori – voluntari, o doamnă cu un zâmbet fermecător.

Discuția noastră a pornit de la experiența pe care o avusesem în

cadrul unui eveniment al școlii derulat cu ceva timp înainte, la care fuseseră invitați și reprezentanți ai OAMGMAMR, alături de partenerii lor de la două centre de pregătire a asistentelor medicale din Republica Moldova (vizita făcea parte dintr-un proiect internațional). Observasem, atunci, cât de mult interes manifestau cei prezenți, cum se antrenau unii pe alții să pună întrebări, cum filmau momentele în care kinetoterapeuta făcea masaj unui bebeluș, cum se agitau, mai ales tăticii.



Foto – echipa Școlii Mamei, reprezentanții OAMGMAMR și partenerii acestora



Foto – lecția de masaj

De mult nu mai participasem la un curs atât de interactiv. Iar acest lucru mi s-a părut o noutate și o rază de soare pentru domeniul educației pacientului, destul de puțin maturizat la noi.

Cum a debutat această Școală și, mai ales, cum ați clădit acest interes din partea familiilor tinere?

Maria - Din păcate, eu nu am fost chiar de la debutul Școlii. Aceasta începuse deja, când am ajuns eu. Am spus da fără nicio ezitare, când mi s-a propus să particip. Eu cred că reușita se datorează faptului că am pus suflet, de fiecare dată, încă de la început. Și, de fiecare dată, am încercat să îi implicăm și pe tătici, mai ales în partea mea de nutriție și dietetică. Bineînțeles că tăticii au răspuns prezent și au fost, de fiecare dată, alături de partenerii lor de viață. Mai ales că acestea vor avea nevoie de susținere, de ajutor.

Iar tăticii au realizat că aceste cursuri reprezintă cel mai bun loc de a învăța cum să-și ajute partenerele, căci nu prea au pe cine altcineva să întrebe. Câteodată m-au și întrebat dacă facem prezența. Eu le-am spus că nu avem de ce să facem prezența, pentru că este interesul lor să vină. Așa că vin din propria voință.

Ce întrebări legate de nutriție vă pun, de obicei?

Maria - Mă întreabă ce pot face ei ca să poată asigura o alimentație cât mai bio, fără conservanți, fără îngrășămintе chimice, fără lucruri care să dauneze, atât mamei, cât și fătului, pe perioada sarcinii, cât și apoi, pe perioada alăptării. Se gândesc și la viitor, când copilul va mânca alimente obișnuite, ca cei mari, și vor să știe ce trebuie să facă atunci. Bineînțeles că îi interesează și pentru ei înșiși, cum să se alimenteze sănătos. Mai ales că se întâmplă ca burtica tatălui să crească și ea în același timp cu a mamei. Întreabă ce ceaiuri să folosească, ce preparate pot să facă, așa încât să aibă din toți nutrienții, din tot ce le trebuie.

Daniela – Avem paciente cu diverse patologii asociate sarcinii, iar Maria este de un real folos în acest domeniu.

Maria – Absolut, aceasta este partea a doua, foarte importantă, într-adevăr. Mulți oameni se așteaptă ca un nutriționist, un dietetician, să nu aibă prea mare lucru de făcut într-o maternitate. Însă, aici, putem avea complicații cardiace, renale sau hepatice, ca să nu menționez diabetul gestațional. Acesta trebuie gestionat foarte bine, căci altfel apar complicații la naștere, atât pentru mamă, cât și pentru făt. Este un rol foarte complex.

Gândindu-mă la tiparele clasice în care bunicile erau, de obicei, acelea care aveau informațiile și o ghidau pe gravidă sau mămică, în ce măsură ați reușit să le faceți pe acestea din urmă să asculte, mai degrabă, ce spune nutriționistul sau medicul sau asistentul medical? Cam în ce proporție ați reușit să preluați

rolul acesta de consilier de încredere?

Maria - Da, această evoluție se produce, mai ales că participă foarte multe cupluri, din ce în ce mai multe cupluri. Și oamenii sunt foarte deschiși. Au început să se informeze pe cont propriu. Mulți ne-au spus că au căutat pe internet, ca să poată ajunge la astfel de cursuri. Avem medici tineri care îi îndreaptă către noi, le recomandă să vină la cursul nostru.

Printre participanții la cursuri avem chiar și medici de-ai noștri, ginecologi, care urmează să aibă copii. Pe mine chiar m-a bucurat foarte tare când le-am văzut în sală și apoi când mi-au spus că le-a plăcut la Școala Părinților. Acest lucru îi determină să ne recomande și altor cupluri, cu și mai multă căldură.

Pe de altă parte, vorbim despre cu totul și cu totul alte generații. Sunt mult mai informate, caută informații și le triază, ceea ce este iarăși foarte important. Și, chiar dacă unii vin cu lecția făcută de pe net, totuși vor să audă și părerea noastră de specialiști, căci doresc să se asigure că sunt informați corect.



Simțiți că-și modelează înțelegerea în funcție de ce aud la cursuri?

Daniela – Sigur că da. Fiind o serie de cursuri, noi avem posibilitatea să îi urmărim în timp, pas cu pas. Vin înainte de naștere, apoi, nasc tot aici, multe dintre ele. Discutăm tot timpul cu ele.

Nu întrerupem brusc colaborarea. O mare parte dintre mămici țin legătura cu Maria pentru aspectele de nutriție, iar cu noi pe partea de alăptare și îngrijire a nou-născutului.

Această relație care se construiește contează foarte mult.

Maria – Da, absolut corect și la fel se întâmplă și cu gestionarea greutateii. Multe mămici rămân cu niște kilograme în plus după sarcină. Atunci îmi cer ajutorul, ca să rezolvăm și această problemă.

Încercăm să le facem educație nutrițională mamicilor și prin ce mănâncă în maternitate, prin alimentația pe care le-o oferim, zi de zi. La noi alimentația este pregătită mereu dietetic, cu alimente sănătoase, proaspete, foarte bine controlate, din toate punctele de vedere. Le spunem că nu are niciun rost să le ceară celor de acasă să le aducă alimente, fiindcă la noi vor găsi întotdeauna o mâncare proaspătă, sănătoasă și gustoasă. Avem altceva în fiecare zi. De la noi se vor întoarce apoi acasă cu o nouă deschidere și înțelegere asupra alimentației sănătoase.

Daniela – În această privință, avem o deschidere foarte mare și din partea managerului spitalului. Aparatura din bucătărie este ultra-performantă, astfel încât să putem prepara alimentele cât mai bine, răspunzând cerințelor și nevoilor pacienților noștri.

Managerul nostru s-a implicat personal în aceste aspecte, ca, de altfel, în tot ceea ce se întâmplă în spital. Ușa dânsului ne este permanent deschisă. Când am vrut să demarez acest proiect, m-a sprijinit total și mi-a spus, da, facem așa cum spui tu. Este un om deosebit. Așa este omul acesta, Omul din spatele Managerului.

Omul din spatele halatului alb. Se așteaptă de la noi să ne facem treaba la superlativ și ne oferă tot sprijinul în acest sens. Lucrăm în echipă, tocmai de aceea merg foarte bine lucrurile și, chiar și

așa, noi încercăm mereu să le îmbunătățim, să găsim și să susținem veriga slabă din lanț. Cu cât evaluăm mai des ce se întâmplă, fără să întrerupem funcționarea sistemului, cu atât evoluăm mai repede.

Maria – Când avem o problemă, ne sfătuim în echipă și o rezolvăm. Găsim mereu deschidere unii la ceilalți. Asta m-a și atras, de altfel, și m-a făcut să rămân aici, căci eu venisem inițial pentru un post temporar.

Știți cumva, ca proporție, câte dintre mămicile care nasc în Maternitatea Giulești trec și prin Școala Mamei?

Daniela – este o idee minunată. Încă nu am evaluat activitatea în acest mod, dar o vom face. Numărul este, însă, în continuă creștere. Asta putem spune deja, fără să fie nevoie să facem vreun calcul. Am avut chiar cupluri care au mai făcut aceste cursuri la primul copil sau cupluri care au făcut acest curs în mediul privat dar, auzind despre cursul nostru de la prieteni sau cunoștințe, se înscriu la el. Iar la final primim multe felicitări.

Noi îi ajutăm să facă față, ca viitori părinți, presiunilor zilnice. Este vorba despre o experiență din care își pot lua singuri cele mai importante lecții. Pot învăța multe, în urma activităților practice pe care noi le desfășurăm în timpul cursului. Se spune că instinctele matern și patern sunt fundamentale, că te naști învățat să fii părinte. Din punctul meu de vedere, "profesia" de părinte trebuie învățată, de multe ori, cu trudă. Așa că sfatul meu pentru cei ce urmează să devină părinți este să se bucure de fiecare moment dinainte și de după venirea pe lume a bebelușului, dar și să se pregătească, ca să se poată descurca cât mai bine.

Maria – Ei spun că în cadrul cursurilor private lucrurile nu au aceeași amploare ca la noi, unde există câte un modul pentru fiecare specialitate. Aceasta le dă timpul necesar să "digere", să-și fixeze cunoștințele.

Daniela – Nimeni nu te poate îndruma mai bine decât specialistul, așa că, pentru fiecare modul, noi avem câte un specialist.

Care sunt cele mai mari satisfacții pe care vi le-a adus acest proiect al Școlii Mamei?

Daniela – În primul rând, când vezi că pacienta care vine să nască deține toate informațiile, că acestea sunt complete și corecte, că ea nu mai este temătoare, pentru că știe exact ce se va întâmpla cu ea, minut cu minut, ai o mare satisfacție. Ea cunoaște echipa și este familiarizată cu locul. Pentru aceasta, le oferim posibilitatea ca înainte de a naște să vină să viziteze maternitatea, iar atunci când se internează, pacientele sunt extrem de încrezătoare și liniștite, primindu-și copilul cu sfială și cu infinită recunoștință. Momentul este magic. Uneori ne transmit și nouă emoțiile lor. Aceasta contează foarte mult – ne dă încredere că munca noastră este apreciată și ne face să ne simțim foarte bine.

Când ați introdus aceste vizite?

Daniela - Încă de la început, fiindcă primeam o mulțime de întrebări despre cum sunt saloanele, ce se întâmplă în sala de nașteri. Chiar dacă noi le povestim, nu are același impact emoțional ca atunci când le văd ele cu ochii lor. Atunci ne-am stabilit o zi în care facem un tur al maternității. Reacția a fost una pe măsură. Părinții au fost foarte încântați de propunerea mea.

Maria - Și eu am aceeași abordare - pe graviduțele care au nevoie de consilierea mea le chem la biroul meu din blocul alimentar. Atunci ele văd unde se prepară mesele lor. Sau, de exemplu, în cazul graviduțelor care au o greutate mai mare la început, o altă satisfacție foarte mare pentru mine este când copilul se naște cu o greutate normală, iar mama nu mai ia în greutate, în plus de ce vine din creșterea greutății copilului, reușind să țină lucrurile sub control.

Daniela – da, avem satisfacții foarte mari. Mă întrebai despre tătici – cum sunt ei? De fapt, ei pun cele mai multe întrebări, când vin la curs. Sunt interesați până și de alăptat. Ca tată, ei pot juca un rol cheie în a susține încrederea partenerei, înconjurând-o cu complimente, lăudându-i eforturile și spunându-i cuvinte de încurajare. Acest rol de susținere poate fi deosebit de util, când femeia este foarte obosită și foarte descurajată. Când o femeie este supusă unui stres extrem, este foarte important ca partenerul să știe cum să o susțină. În plus, în cuplurile cu relații foarte strânse, bărbații pot prelua stările și emoțiile partenerei, ale viitoarei mămică. De exemplu, unul dintre viitorii tătici îmi spunea că a avut și el poftă de căpșuni, în același timp cu soția. Pot face chiar și depresie pre- și post-partum. La cursuri, ei își pot valida aceste emoții. Aceasta îi ajută foarte mult. Mai mult, în timpul modulului de psihologie, ajung să înțeleagă mai bine emoțiile partenerei și cum să le gestioneze.

Ca, de exemplu, ce să facă atunci când ea izbucnește în plâns din senin. Altceva este când înțelegi că aceste episoade sunt aduse de anumite modificări hormonale și că femeile nu au nevoie decât de susținere și dragoste, ca să treacă peste aceste episoade. La fel facem și noi în spital, când apar episoadele de “baby blue” la mămicile care tocmai au născut – suntem aici, le sprijinim. Dar, în plus de acest sprijin din maternitate, este foarte important ce se întâmplă dincolo de ușile maternității. Este foarte important sprijinul pe care îl oferă partenerul. La fel de important, sau, poate, mai mult de atât.

În plus de aceste cursuri, ei știu că există o linie telefonică pe care o pot apela oricând și vor primi sprijinul nostru. Și sună, să știți!

Dar momente dificile ați avut?

Daniela – Noi am început în anul 2010. Atunci duceam tot greul, însă, cu susținerea managerului, am reușit. Asta a contat foarte mult.

Ce m-a determinat să încep această Școală? Vedeam cât de temătoare de necunoscut erau gravidele când veneau să se interneze. Nu știau ce va urma și puneau tot felul de întrebări. Se simțeau descurajate. Am avut posibilitatea să constat, mai apoi, că cele care participau la cursuri erau mult mai echilibrate și mai bine pregătite. Lectorii care țin cursurile din cadrul acestei școli fac muncă de voluntariat. M-ai întrebat dacă nu am obosit? Nu, nu suntem obosite, căci ne gândim cât ajutam prin ceea ce facem. Când începem cursul, mă așez lângă ele și le spun – “gândiți-vă că vorbiți cu cea mai bună prietenă, nu vreau să vă jenați să puneți întrebări”.

Discutăm și despre viața de cuplu, despre viața sentimentală. Sunt multe întrebări. Uneori le vedem că ezită, însă, odată ce sparg gheața, își deschid sufletul și pun tot felul de întrebări. De exemplu, mi-aduc aminte că un viitor tătic m-a întrebat, la un moment dat, dacă după o naștere pe cale vaginală viața sexuală va mai fi aceeași. Noi vorbim despre aceste lucruri, pentru că sexualitatea este o parte importantă a intimității relației unui cuplu. Factorii care afectează intimitatea cuplului iau amploare, mai ales când vorbim de apariția rolului de mamă și tată.

Nu am avut niciodată momente dificile în cadrul echipei, de genul abandonului, de exemplu. Din contră, am colege de la Neonatologie care-mi spun – dacă ai nevoie de mine, sunt aici, poți oricând să apelezi. Nu că vreau să laud gratuit echipa, dar chiar suntem o



echipă. Ne-am sudat și lucrăm foarte bine împreună. Mă uitam, de 8 martie - toți medicii de la noi aveau brațele încărcate de flori și le ofereau doamnelor cu care se întâlneau, infirmiere, îngrijitoare,

asistente, moașe, doctorițe, paciente. Lucrul acesta spune multe despre echipa de aici, din cadrul spitalului nostru. Medicii ne mulțumesc nouă, asistenților medicali și moaselor, că le suntem alături și că datorită nouă își pot face treaba foarte bine. Chiar facem o echipă adevărată cu medicii, fiecare avem rolul nostru în echipă, conform pregătirii profesionale, însă suntem inter-dependenți și ne înțelegem din priviri.

Câte persoane sunt în echipa Școlii?

Daniela – Suntem 5 persoane - eu, care prezint modulul de Naștere și Alăptat, o avem pe Maria pentru modulul de nutriție, Cerasela -kineto-terapeut, Genoveva - psiholog și Dana de la neonatologie. Am început eu și apoi i-am adus și pe ceilalți, rând pe rând.

Care a fost parcursul dumneavoastră profesional până ați ajuns aici, în spital?

Maria - am lucrat într-un alt spital public, dar și în clinici private. Și, într-o perioadă cu program mai lejer, am aflat că aici este un loc vacant. Mi-am zis, de ce să nu încerc. Nu mai lucrasem într-o maternitate. Am venit, am dat examen și am intrat în echipă. Fac 6 ani în toamnă. Pentru că am lucrat în Clinica de Diabet "Nicolae Paulescu", am văzut ce înseamnă diabetul și complicațiile lui, iar atunci când am venit aici, am încercat să ajut persoanele cu risc.

Am acordat importanță fiecărui lucru pe care l-am făcut. Faptul că sunt încă aici contează extraordinar de mult. Venisem pentru o perioadă scurtă, însă nu am mai plecat. Sunt cea mai mândră că aparțin acestei echipe, inclusiv celei de la Școala Mamei. Mi-ar fi tare greu să renunț vreodată la ele.

Daniela - Am terminat un liceu sanitar, după care am urmat cursurile unei școli sanitare postliceale. De acolo am ieșit asistent medical generalist. Atunci nu mai existau școli pentru moașe, însă obstetrica-ginecologia m-a atras mereu.

Poate datorită faptului că voiam să văd oameni fericiți, cu zâmbetul

pe buze, ori poate pentru că iubesc foarte mult copiii. Am lucrat ca asistent medical de obstetrică ginecologie 5-6 ani, după care s-a înființat Facultatea de moașe la Universitatea de Medicină “Carol Davila.”

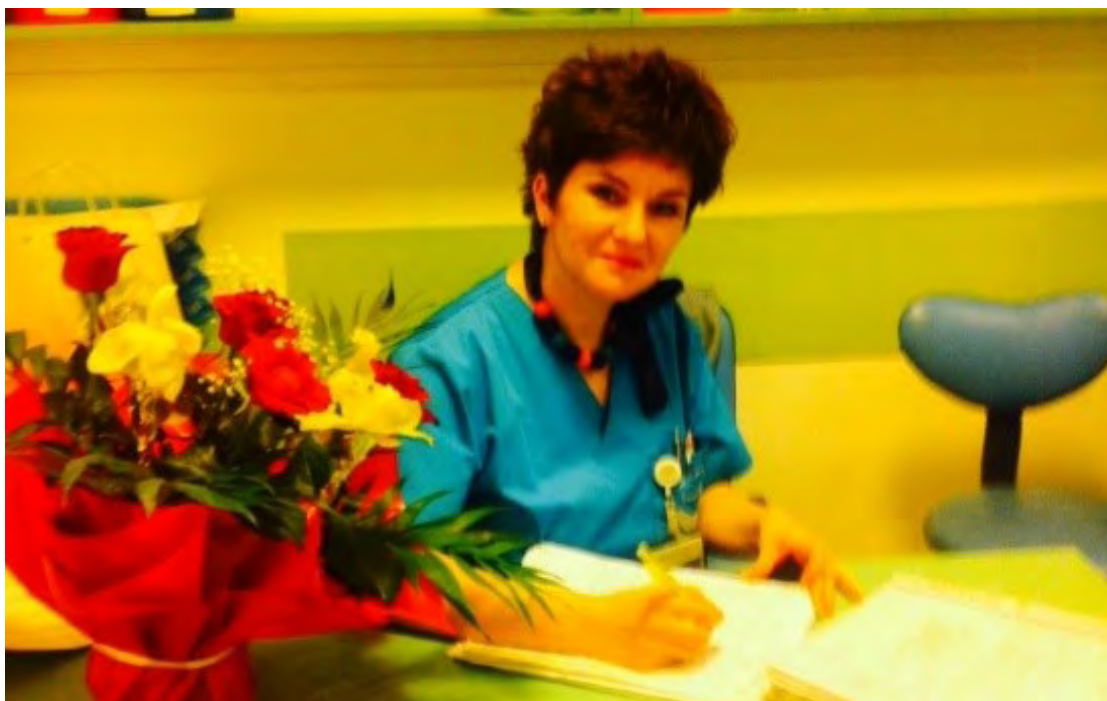
Am absolvit cu brio această facultate, după care am făcut și un Master în Cercetare și intervenții operaționale în sistemul de sănătate public. Și iată-mă aici. Lucrez ca moașă de 27 de ani. N-aș face nimic altceva, crede-mă. Chiar mi-am găsit menirea.

Ai ezitat vreodată în această alegere?

Nu, nici măcar o secundă. Asta fiindcă de când m-am angajat în clinica Panait Sârbu am dat peste un om deosebit. Se numește Sanda Păduraru. Pot să spun că ea mi-a fost mentor. Era o moașă cu state vechi. Țin minte și acum când m-a pus să iau tensiunea unei paciente. Aveam asemenea emoții că nu am auzit nimic. Atunci mi-a dat stetoscopul obstetrical să ascult BCF-ul unui făt. Mi-a fost imposibil să aud ceva. Așa că i-am spus cu o voce pierdută – “știți, eu în momentul ăsta nu aud nimic.” A fost atât de drăguță și m-a încurajat atât de mult. Dumneaei a fost mentorul meu. Îi mulțumesc din tot sufletul pentru asta. Ne-am întâlnit anul trecut și i-am mulțumit și atunci și îi mulțumesc și acum, pentru tot ce a făcut pentru mine, pentru că mi-a călăuzit pașii, m-a învățat cum să fiu empatică, cum să dăruiesc.

O altă persoană deosebită de la care am învățat multe lucruri a fost doamna Rodica Molnar. De la ea am învățat cum să fac față stresului, deoarece în nursing nu există jumătăți de măsură. Trebuie să fii adaptabil, ca să poți efectua aceeași normă de lucru, atunci când se întâmplă să fie mai puțini colegi, fără să afectezi calitatea muncii.

Am întâlnit oameni deosebiți în acest spital. Aceasta contează foarte mult.



Îți mai aduci aminte venirea pe lume a primului bebeluș?

Da, eram la camera de gardă, nu în sala de nașteri. Și țin minte că a venit o pacientă, era terțipară (la al treilea copil) și în expulzie. Atunci am pus mâna prima dată pe un bebeluș. Femeia era însoțită de soț, soacră, ceilalți doi copii. Țipetele ei se auzeau din cealaltă parte a maternității. Cred că nu se pot măsura emoțiile pe care le resimțeam în acel moment. M-am trezit cu domnul Prof. Marinescu în camera de gardă. Dumnealui alergase spre locul de unde se auzeau Țipetele. Eram transpirată și fericită. Pe pântecul mamei așezasem o minune de băiețel care își anunțase venirea pe lume. Dânsul m-a bătut pe umăr și mi-a spus –“Ăsta a fost doar începutul, draga mea. Vor mai fi mulți, foarte mulți!”

Nașterea unui copil este unul dintre cele mai frumoase lucruri din viața unui cuplu, dar și din viața unui profesionist. Este un miracol.

Gândindu-te la tot parcursul tău, care ar fi reperele, valorile care pot călăuzi o moașă la început de carieră?

Cel mai important lucru mi se pare dezvoltarea profesională – ca să poți ajuta, trebuie să fii tu însuși foarte bine pregătit. Pentru aceas-

ta, trebuie să ai norocul să dai peste o echipă minunată, pentru că anumite lucruri nu le poți învăța decât la locul de muncă. Se spune că meseria se fură. Însă trebuie să ai oamenii potriviți alături, care să te învețe cum să gestionezi fiecare clipă, căci aceasta este unică.

Trebuie să iei pe moment decizia cea mai potrivită pentru pacient, astfel încât lucrurile să evolueze în bine. Se spune că noi, cei care lucrăm în obstetrică-ginecologie, avem în mână două vieți, cea a mamei și cea a copilului. Așa că trebuie să fii atentă la fiecare semnal. Trebuie să faci o uniune cu pacienta, să fii un tot, ca să înțelegi ce se întâmplă. Domnul Profesor Marinescu spune că obstetrica-ginecologia este ca o cocotă – poți să o atragi destul de rapid, dar tot la fel poate să-ți scape din mână. În acest domeniu, de la fiziologic la patologic, nu este decât un pas, o fracțiune de secundă.

Dacă faci totul cu dăruire, cu abnegație și empatie și mai ești și foarte bine pregătit profesional și conștient că nu ești centrul universului, ci că vei avea nevoie mereu de o echipă, o echipă bine sudată și bine pregătită, atunci lucrurile vor merge pe un făgaș normal. Pentru toată dăruirea care ne definește, pentru toate zâmbetele aduse pe chipul părinților, pentru tot frumosul pe care îl sădim în sufletul lor și pentru toate zâmbetele pe care le oferim, consider că suntem o echipă minunată. Vreau să le mulțumesc tuturor, în numele mamelor care își țin prunci la piept.

Se vorbește foarte mult despre migrația specialiștilor din sistemul medical. Tu ce motive ai avut să rămâi?

Contează foarte mult ce-și dorește fiecare. Eu sunt foarte familistă. Nu aș putea sta o secundă departe de ai mei, indiferent cât de mulți bani mi s-ar oferi. Mărturisesc că am avut destul de multe oferte din afară, inclusiv de a lucra în mediul privat. Dar eu am rădăcinile destul de adânc fixate în acest pământ. Dacă nu am putut să plec din această maternitate, cu atât mai puțin pot pleca în afara țării. Spun aceasta în ciuda faptului că practica de moașă în România nu este lipsită de dificultăți.

Eu pot să-ți spun că n-aș pleca. Însă această motivație diferă de la om la om. Unii pleacă și pentru a-și putea exercita mai bine profesia, alții pentru bani.

Pe lângă rolul tău în spital, ești și membru în Biroul Executiv al OAMMR – filiala București. Cum te-ai simțit în rolul acesta? A fost unul care ți s-a potrivit?

Eu spun că da. Am încercat să fac tot posibilul să vin în întâmpinarea nevoilor colegelor mele. Am făcut ateliere de lucru, acum încercăm să lucrăm pe statutul moașei. Am și alte realizări, dar nu vreau să mă laud. Mai bine le-ai întreba pe colegile mele ce am reușit să fac pentru ele, ca reprezentantă a lor în această organizație profesională. Am reușit, de asemenea, să transmit către organizație toate așteptările și nevoile colegilor din spital și am încercat și am și reușit să le rezolvăm. Doamna Președinte Mazilu este foarte deschisă și ne-a ajutat întotdeauna să venim în întâmpinarea acestor nevoi și așteptări.

Din ce ți-ai propus la început de carieră, cât crezi că ai realizat?

90%, până acum. Îmi doresc să mai fac și un doctorat. Sunt un om perseverent și am și foarte multă răbdare. Tot ce îmi propun, reușesc să fac, până la urmă. Este imposibil să nu reușesc. La anul mă înscriu la Doctorat. Tema ar fi legată de "Gravida HIV-pozitivă."

Îți doresc să reușești și, dacă ții cont doar de ce am aflat din discuția noastră, sunt convinsă că așa va fi. Abia aștept să mă inviți la momentul susținerii tezei tale.

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

Istoria profesiei de moașă

Conform datelor furnizate de UNICEF, 353 000 de copii se nasc zilnic în întreaga lume (în jur de 4,3 nașteri la fiecare secundă). În timp ce populația actuală a lumii este de 7.2 miliarde, în continuă creștere, se așteaptă ca numărul de locuitori ai Terrei să ajungă la 8-10 miliarde, până în 2050.

Progresele din medicină și revoluția industrială sunt cei doi piloni principali pe care s-a sprijinit boomul demografic. Numărul deceselor la naștere a scăzut, iar copiii de astăzi au mai multe șanse să crească și să ajungă să aibă și ei copii. Parțial, numărul nașterilor în creștere se datorează politicilor guvernamentale în domeniu, reducerii ratei mortalității infantile, politicilor din anumite zone ale lumii cu privire la contracepție și avort, creșterii nivelului de dezvoltare socio-economică, diferențelor culturale sau oportunităților pentru femei.

Parte dintre acești 353 000 de copii care se nasc zilnic vin pe lume în spitale, alții acasă, femeile fiind asistate de o moașă sau o "doula" – termen generic folosit în limba engleză pentru a denumi o femeie experimentată care poate asista nașterea – iar alții în ambulanță sau alt mijloc de transport care o duce pe viitoarea mamă către spital.

Istoria obstetricii este una complicată și adesea ciclică. În timp ce în secolul al 19-lea, moașele erau cele care asistau majoritatea nașterilor, medicina modernă și noile tehnologii duc la medicalizarea puternică a nașterilor în secolul 20, sprijinul moașelor fiind des-

curajat, pentru ca, de curând, mișcarea de promovare a nașterilor naturale să ia din nou avânt.

Se poate spune că, dacă examinăm atitudinile societății față de naștere, ne putem da seama care erau principalele valori în familie și societate din acea perioadă.

Perioada antică și începutul celei medievale

Obstetrica este o meserie veche, fiind, prin tradiție, cea care oferă îngrijire, în timpul sarcinii și la naștere, femeilor și bebelușilor. Cele mai timpurii asistente la naștere au fost femeile. În mitologia antică, zeițele (nu zeii) erau asociate cu nașterea. În triburile “primitive” studiate de antropologi, femeia în travaliu era însoțită de mama ei sau o altă rudă de sex feminin. Moașele sunt și ele menționate în Vechiul Testament.



Basorelief din insula Dell' Sacra, Ostia, secolul I era noastră

Obstetrix este cuvântul latin pentru moașă. Se crede că derivă din obstare (să stea în față), pentru că persoana care asista la naștere stătea în fața femeii pentru a primi copilul. Abia în secolul 20, subiectul fiind predat în școlile medicale, s-a preferat schimbarea denumirii de “moașă” în “obstetrică”, probabil considerându-se că un nume latin pare mai academic decât cel anglo-saxon (din care provine numele moașă). De remarcat și că prima cezariană de suc-

ces în Insulele britanice a fost realizată de către o moașă irlandeză, Mary Donally, în 1738.

Secolul al XVI-lea

Deși, cum am văzut, moașele sunt prezente în societate încă din zorii istoriei umanității, diverse femei din trib ajutând la naștere chiar și înainte de apariția limbajului verbal, perioada în care moașele primesc un statut special în societate ar putea fi considerat secolul al 16-lea. De acum încolo, moașele, licențiate și educate pentru a asista nașterea, erau foarte respectate de membrii comunității. Ori de câte ori o moașă venea într-o casă pentru a oferi asistență, viitoarea mamă se îngrijea ca ea să fie bine primită și să se simtă apreciată, oferindu-i anumite prăjituri sau băuturi în semn de respect.



Nașterea copilului devenea un eveniment social. Femeile apropiate de noua mamă veneau în casa acesteia, împreună cu moașa, se ospătau și o încurajau pe femeia în travaliu. Ele se numeau surorile lui Dumnezeu (în limba engleză, God sibs). Cu timpul, numele s-a transformat într-un termen răspândit astăzi – godssips (limbutele).

Spre mijlocul secolului și după multe povești de groază despre decese la naștere, o familie cunoscută sub numele de Chamberlens a creat un instrument care avea să aducă o mică revoluție în domeniul nașterii. Ei au creat instrumentul cunoscut sub numele de forceps, invenție pe care o păzeau cu strășnicie. Pentru a păstra secretul, ei participau adesea la nașteri cu instrumentul ascuns sub mantie, o legau la ochi pe viitoarea mamă și făceau diverse zgomete, lovind în tigăi și oale, pentru a masca sunetul făcut de acesta (care se temeau că ar dezvălui cum era construit). Abia peste 200 de ani, instrumentul ajunge să fie utilizat pe scară largă, după ce prototipul original a fost descoperit în podeaua casei familiei Chamberlens, mult timp de la moartea inventatorilor acestuia.

Următoarea perioadă de progrese în obstetrică din Americi avea să fie generată de studiile medicilor care practicau tehnicile de sutură pe sclave pe care, de multe ori, chiar le cumpărau cu acest scop în minte. Ulterior, s-au dezvoltat mai multe proceduri ginecologice comune, mai ales referitoare la tratamentul fistulelor.

Perioada victoriană în Anglia

Peste ocean, femeile sărace din Londra mureau pe capete de “febra lăuziei” sau febra puerperală. Spitalele de aici, ca de altfel și cele din Statele Unite erau dedicate aproape în întregime aducerii pe lume a bebelușilor celor mai sărace femei. O diferență interesantă față de timpurile moderne când nașterea unui copil în spital ajunge să coste peste \$30.000.

Femeile intrau în spital să nască și multe mureau într-o săptămână. Și aceasta în timp ce medicii tineri alergau între sala de nașteri și morgă unde încercau să afle de ce acele femei au murit. Din păcate, pentru că nu-și spălau mâinile după autopsii, chiar ei erau cei care continuau să răspândească bacteriile pe care le aduceau de la morgă în saloane, îmbolnăvind femei sănătoase.

Din fericire pentru femeile din Londra, avea să apară “teoria microbilor” (ceea ce noi numim astăzi bacteriologie), iar tinerii studenți



la medicină au învățat despre tehnicile de spălare a mâinilor și sterilizare. Cum era de așteptat, odată ce aceste inovații simple au fost incluse în protocoalele din spitale, cazurile de febră a lăuziei au scăzut dramatic.

Însă imaginea spitalelor era deja mult afectată. Cele mai multe femei din clasa superioară preferau să nască acasă.

Chiar și regina Victoria avea să nască la Palatul Buckingham, desigur, nu fără ajutor. Tot ea avea să fie cea care va aduce următoarea schimbare în lumea obstetricii, odată cu folosirea eterului.

Moșele în SUA

Cu toate că moșele asistau nașterile de la colonizarea Americii, profesia de asistent-obstetrician a fost înființată la începutul anilor 1920, ca răspuns la rata alarmantă a mortalității infantile și materne în Statele Unite. Atunci, pentru a rezolva problema, un grup de



obstetricieni, asistente medicale și mame au fondat Asociația Centrul Maternității (MCA), în New York City.

MCA a încercat să găsească în alte țări care aveau rezultate remarcabile în zona sănătății mamei și copilului exemple pozitive pentru a servi ca modele. Au descoperit că în aceste țări figura cea mai proeminentă era moșa. Din păcate, la acel moment, astfel de asistente medicale specializate în obstetrică

nu lucrau în SUA.

Aceasta este perioada în care o asistentă medicală - Mary Breckinridge - a fondat Serviciul de Nursing de Frontieră (FNS), în estul statului Kentucky. FNS a fost înființat pentru a oferi servicii de sănătate familiilor din zonele izolate în Munții Apalași, prin trimiterea de asistente medicale de sănătate publică în comunitățile rurale. Când a aflat despre asistentele-moașe din Europa, Breckinridge a hotărât să aducă astfel de specialiști din Franța sau Anglia. În 1929, ea va aduce moașe britanice în FNS, primii astfel de specialiști din America care aveau să furnizeze servicii medicale de calitate pacienților din zonele izolate, dar și familiilor lor.

Acestea aveau să fie primele experiențe documentate despre activitatea moașelor din Statele Unite care au reușit să reducă mortalitatea infantilă și să îmbunătățească sănătatea femeilor, mai ales în rândul familiilor celor mai sărace sau izolate.

Moașele din ziua de astăzi

Moașele specializate și, de cele mai multe ori, licențiate de astăzi sunt într-o poziție mult privilegiată, pentru că-și desfășoară activitatea în colaboarare și consultându-se cu alți specialiști din medicina primară, ginecologi sau neonatologi, pediatri ori asistente medicale, nutriționiști, kinetoterapeuți sau psihologi care oferă mamelor și nou-născuților sprijin în contextul mult mai generos oferit de sistemele medicale moderne.

Popularitatea și gradul de acceptare a moașelor a crescut semnificativ în ultimii 35 de ani. Numărul moașelor practiciene a crescut semnificativ, mai ales în țările cu sisteme medicale puternice, pe măsură ce femeile au descoperit beneficiile îngrijirilor de sănătate holistice și personalizate pe care o moașă modernă le poate oferi.

La nivel mondial, în aproape toate țările, asistentele medicale și moașele se estimează că oferă peste 80% din serviciile de îngrijire

a sănătății. Proporția personalului de îngrijire (asistente medicale și moașe) arată că, în timp ce în aproape 20% din statele membre există mai mult de 6 asistente medicale pentru fiecare medic, aproximativ 30% din țări au mai puțin de 2 asistente medicale pentru fiecare medic. În același timp, 43% dintre statele membre OMS raportează mai puțin de 2 asistente medicale sau moașe la 1000 de locuitori, iar 28% dintre state sub 1 specialist medical.

În țările cu sisteme medicale puternice, cum ar fi SUA, moașele promovează și practică o filosofie a sănătății. Ele reprezintă, în viziunea organizației profesionale care le reprezintă, dar și a majorității populației, o resursă națională pentru îmbunătățirea sănătății familiilor americane. Aceasta este o situație spre care este de dorit să se îndrepte și România.

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

Surse de documentare:

<http://interesjournals.org/full-articles/midwifery-and-midwives-a-historical-analysis.pdf?view=inline>

<https://www.dimensionshealth.org/dimensions-health-services-prince-georges-county-maryland-md/midwifery/history-of-midwifery/>

<http://all-that-is-interesting.com/midwife-history>

http://www.who.int/gho/health_workforce/nursing_midwifery_density/en/

Noutăți în screening-ul pentru cancerul de col uterin – trusa de auto- testare pentru HPV

Cancerul reprezintă un permanent pericol la adresa sănătății femeilor, iar cancerul de col uterin este unul dintre cele mai comune două forme de cancer care afectează femeile, alături de cancerul de sân. Vasta majoritate a femeilor active sexual dobândesc, la un moment dat, virusul papiloma uman, care are câteva zeci de tipuri ce pot cauza infecții ale zonei genitale. Câteva dintre aceste tipuri de virus HPV cauzează peste 90% din cazurile de cancer de col uterin.

Ultimele statistici disponibile la nivel mondial arată că aproximativ o jumătate de milion de femei mor anual în urma cancerului de col uterin și o jumătate de milion în urma cancerului de sân. Marea majoritate a acestor decese sunt localizate în țările sub-dezvoltate sau în curs de dezvoltare, unde prevenția, screening-ul și tratamentul sunt puțin răspândite. Dintre țările UE, unde se estimează că apar anual circa 33 000 de cazuri noi și se înregistrează circa 13 000 de decese pe an, România are incidența cea mai mare (34,9 cazuri), Elveția fiind la polul opus (cu 4,2 cazuri) ,

Depistarea precoce a acestui cancer face diferența între viață și



moarte, în cele mai multe cazuri. Astfel, în funcție de stadiul la care este depistat, rata supraviețuirii se modifică substanțial - în stadiul 1 (prezența leziunilor precanceroase) există peste 99%-100% șanse de recuperare. În cazul cancerului limitat la cervix, există în jur de 80% șanse de recuperare.

În stadiile 3 și 4, în care cancerul a ajuns la planșeul pelvin (stadiul 3) sau a invadat vezica și rectul (stadiul 4), șansele de recuperare sunt la 10-20%. Deci, screening-ul este de importanță vitală.

În cazul cancerului de col uterin, profilaxia secundară constă în efectuarea screening-ului care depistează de fapt leziunea în faza precanceroasă, asigurând șanse maxime de supraviețuire. Screening-ul prin citologie convențională, pe scară largă și complementat de supraveghere și tratament, poate aduce o reducere a incidenței cancerului invaziv cu 80%.

Totuși, în ciuda progreselor semnificative înregistrate în prevenția și depistarea infectării cu HPV și în tratamentul cancerului de col uterin, aceste beneficii se limitează la o populație relativ restrânsă

- femeile cu acces la vaccinarea anti HPV și la testare. Pentru a îmbunătăți acest acces, cercetătorii au creat o trusă de auto—testare HPV. Aceasta include un tampon special de colectare a probei și o eprubetă pentru depozitarea ei. Testul este apoi trimis la un laborator, care comunică rezultatele și recomandă pașii următori. Experții cred că 2017 este anul în care aceste teste vor fi lansate pe scară largă, ceea ce ar putea reprezenta cel mai mare program de prevenție a cancerului de col uterin de până acum.

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

Surse de documentare:

<https://consultqd.clevelandclinic.org/2016/10/top-10-medical-innovations-2017-revealed/>

http://www.sfatulmedicului.ro/HPV-si-cancerul-de-col-uterin/statistici-si-informatii-utile-despre-cancerul-de-col-uterin-in-romania_13063

[http://dspvs.ro/ + Analiza de situatie cancer de col uterin 2014.pdf](http://dspvs.ro/+Analiza%20de%20situatie%20cancer%20de%20col%20uterin%202014.pdf)

<http://www.webmd.com/cancer/de-col-uterin-cancer/ss/slide-show-de-col-uterin-cancer-overview>

Sănătatea femeilor, copiilor și adolescenților – O prioritate globală pentru anii 2016-2030

Diferențele biologice și de gen au un impact semnificativ asupra stării de sănătate. Deoarece în multe societăți femeile sunt dezavantajate de discriminarea înrădăcinată în factori socio-culturali, sănătatea acestora și a fetelor este în prim-planul agendei Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). În acest context, Strategia globală pentru sănătatea femeilor, copiilor și adolescenților pentru perioada 2016-2030 a fost unul dintre subiectele principale discutate în cadrul celei de-a 140-a sesiuni a Comitetului Executiv OMS, desfășurată la Geneva, în perioada 23 ianuarie -1 februarie 2017.

După 20 de ani de la semnarea Declarației și Platformei de Acțiune de la Beijing din 1995, femeile se confruntă încă cu foarte multe probleme de sănătate. De aceea, comunitatea internațională trebuie să-și reînnoiască apelul la acțiune. Foarte multe femei nu pot încă beneficia de oportunitatea de a fi educate, de a se întreține și de a obține serviciile de sănătate de care au nevoie, când au nevoie de ele.

Rata mortalității asociată femeilor și copiilor este încă prea ridicată

– 289 000 de decese ale mamelor în timpul nașterii sau 2.7 milioane de morți în rândul nou-născuților, la nivel global. Majoritatea acestor decese ar fi putut fi prevenite. Tocmai de aceea, OMS face eforturi sistematice pentru a întări sistemele naționale de sănătate și a se asigura că țările au resurse financiare solide în acest domeniu și personal medical suficient ca număr, bine pregătit și bine motivat.

În acest context, actualizarea și reafirmarea angajamentului față de Strategia globală pentru sănătatea femeilor, copiilor și adolescenților pentru perioada 2016-2030 reprezintă începutul unui nou capitol în promovarea sănătății publice la nivel mondial, prin catalizarea dezvoltării de politici publice, alocării de resurse financiare și implementării acțiunilor menite să îmbunătățească starea de sănătate a femeilor și fetelor, indiferent de cine sunt și oriunde trăiesc.

Cele 3 obiective fundamentale ale Strategiei sunt:

1. Supraviețuirea - eliminarea deceselor ce pot fi prevenite;
2. Bunăstarea - asigurarea stării de sănătate și de bine general;
3. Transformarea - Extinderea contextelor favorabile.

Varianta actualizată a strategiei globale este mult mai cuprinzătoare, ambițioasă și axată pe egalitatea de șanse decât cea precedentă. Este universală, cuprinzându-i pe toți, inclusiv pe cei marginalizați și greu accesibili, pentru toate situațiile, inclusiv cele de criză, și se aplică și problemelor transnaționale.

Un plus al acestei strategii este și accentul pus pe demonstrarea sustenabilității, inclusiv financiare, a unor intervenții de sănătate publică precum:

1. Asigurarea de metode moderne de contracepție și a unei îngrijiri de calitate pentru femeile gravide și nou-născuți. Beneficiile unei asemenea intervenții ar fi semnificative. Astfel, comparativ cu anul 2014, s-ar înregistra următoarele efecte – sarcinile nedorite ar scădea cu 70%; avorturile ar scădea cu 67%; morțile la naștere ar scă-

OBJECTIVES AND TARGETS aligned with the Sustainable Development Goals (SDGs)**SURVIVE** *End preventable deaths*

- Reduce global maternal mortality to less than 70 per 100,000 live births
- Reduce newborn mortality to at least as low as 12 per 1,000 live births in every country
- Reduce under-five mortality to at least as low as 25 per 1,000 live births in every country
- End epidemics of HIV, tuberculosis, malaria, neglected tropical diseases and other communicable diseases
- Reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases and promote mental health and well-being

**THRIVE** *Ensure health and well-being*

- End all forms of malnutrition and address the nutritional needs of children, adolescent girls, and pregnant and lactating women
- Ensure universal access to sexual and reproductive health-care services (including for family planning) and rights
- Ensure that all girls and boys have access to good-quality early childhood development
- Substantially reduce pollution-related deaths and illnesses
- Achieve universal health coverage, including financial risk protection and access to quality essential services, medicines and vaccines

**TRANSFORM** *Expand enabling environments*

- Eradicate extreme poverty
- Ensure that all girls and boys complete free, equitable and good-quality primary and secondary education
- Eliminate all harmful practices and all discrimination and violence against women and girls
- Achieve universal and equitable access to safe and affordable drinking water and to adequate and equitable sanitation and hygiene
- Enhance scientific research, upgrade technological capabilities and encourage innovation
- Provide legal identity for all, including birth registration
- Enhance the global partnership for sustainable development

dea cu 67%; mortalitatea infantilă, cu 77%, în timp ce transmiterea HIV de la mamă la nou-născut ar fi aproape eliminată. Rata de rentabilitate a investiției este estimată la 120 USD pentru fiecare dolar cheltuit.

2. Îngrijirile de calitate la naștere aduc un triplu beneficiu: salvând mamele, s-ar evita ca 113 000 de morți materne pe an, salvând nou-născuții, s-ar evita anual circa 1,3 milioane de decese neo-natale și, nu în ultimul rând, s-ar preveni nașterea de feți morți (circa 530 000 de morți pe an).

3. Imunizarea - aceasta este una dintre cele mai rentabile intervenții de sănătate publică. 10 vaccinuri, care ar costa circa 40 de miliarde USD, timp de 10 ani, au potențialul de a evita circa 24-26 de milioane de morți viitoare.

4. Alăptarea și hrănirea adecvată a nou-născuților – promovarea și sprijinirea alăptării în primii doi ani din viața nou-născutului ar putea elimina circa 12% dintre morți, în cazul copiilor sub 5 ani, și ar putea preveni sub-nutriția. În cazul Africii și Asiei, se estimează că eliminarea sub-nutriției ar duce la creșterea produsului intern brut cu 11%.



Strategia Globală pentru sănătatea femeilor, copiilor și adolescenților își propune să transforme societățile astfel încât drepturile acestora de a atinge cele mai înalte standarde de sănătate și bunăstare să fie respectate, indiferent unde trăiesc. Eficient aplicată, aceasta va aduce beneficii sociale, demografice și economice enorme la nivel mondial.

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

Surse de documentare:

<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>

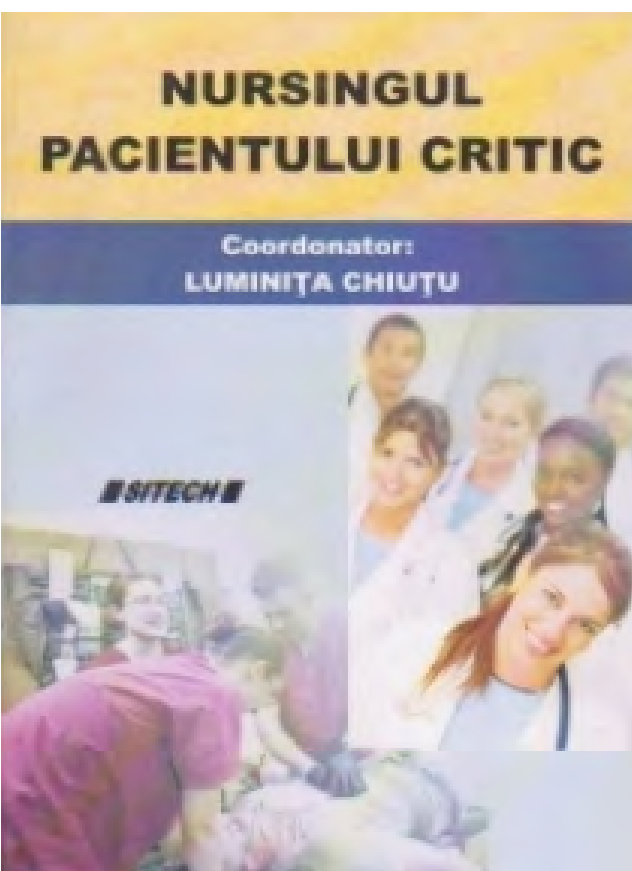
<http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/>

<http://www.who.int/life-course/news/commentaries/2015-intl-womens-day/en/>

Nursingul pacientului critic

Autori: Luminița Chiuțu (Coordonator), Elena Ioniță, Răducu Nemeș

Editura Sitech, 2014



Lucrarea coordonată de Luminița Chiuțu este adresată profesioniștilor din secțiile de terapie intensivă, în primul rând, asistenților medicali.

Pacientul critic are nevoi speciale de îngrijire, ceea ce face ca pregătirea de specialitate a profesioniștilor din aceste secții, atât cea teoretică, cât și cea practică, să fie de o complexitate deosebită.

În acest context, autorii subliniază cât de important este ca pregătirea asistenților medicali din secțiile de terapie intensivă, pornind de la cunoștințele teoretice până la abilitățile lor de executare a manevrelor necesare și la atenția distributivă, să atingă un înalt standard de excelență.

Autorii fac o trecere în revistă a manevrelor speciale folosite în îngrijirea pacientului critic, abordare deosebit de utilă atât pentru asistenții medicali de terapie intensivă, dar și pentru medicii coordonatori ai acestor secții.

Educație pentru sănătate și prim ajutor

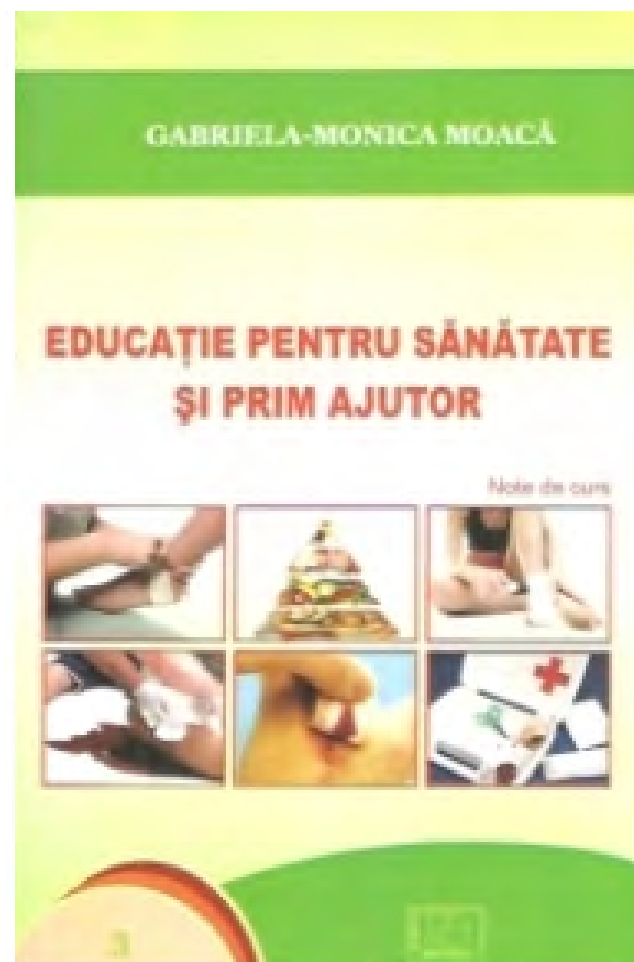
Autor: Gabriela Monica Moacă

Editura Bibliotheca, 2015

Promovarea sănătății este una dintre responsabilitățile fundamentale ale asistenților medicali. Un sistem de sănătate performant este un sistem în care educația pentru sănătate ocupă un rol central în preocupările și activitățile de zi cu zi ale specialiștilor din sistem, începând cu asistenții medicali din sistemul primar.

În acest context, volumul de față constituie o lectură fundamentală pentru asistenții medicali în misiunea lor de promovare a sănătății prin activități de educație pentru sănătate desfășurate în comunități, în școli, în cabinetele medicilor de familie sau în unitățile medicale din sistemul secundar și terțiar.

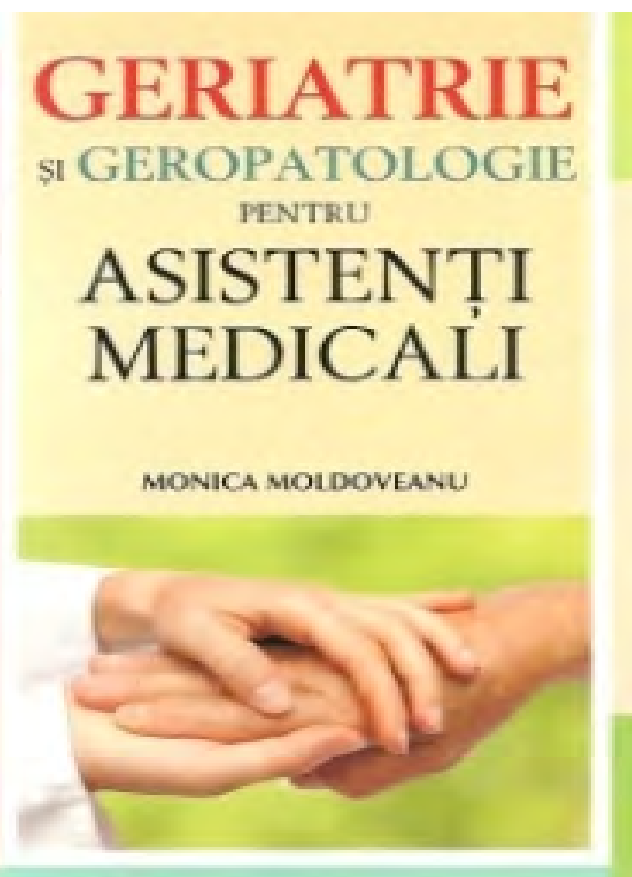
Relațiile construite de asistenții medicali cu membrii comunității sau cu pacienții sunt pârghii importante prin care indivizii și populația, în general, pot fi motivați să își dorească o stare de sănătate bună, să înțeleagă modul în care pot atinge acest obiectiv și să primească sprijin efectiv, personalizat, în această direcție.



Geriatric și geropatologie pentru asistenți medicali

Autor: Monica Moldoveanu

Editura ALL, 2011



Volumul reprezintă un ghid deosebit de util asistenților medicali specializați în acest domeniu al medicinei, dar și celor generaliști, precum și publicului larg.

Se face o trecere în revistă a particularităților vârstei a treia, pentru o înțelegere cuprinzătoare a provocărilor pe care ea le aduce din punct de vedere al stării de sănătate fizică, psihică și mintală.

Profesioniștii din sistemul medical sunt astfel echipați pentru a putea diagnostica, oferi tratament și îngrijiri adecvate nevoilor complexe ale acestei categorii demografice în continuă creștere.

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.