

Martie 2019



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, un mozaic de evenimente profesionale și de suflet	4
--	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Progrese recente în tratamentul tuberculozei	7
--	---

EVENIMENT

Martie - luna campaniilor de informare în domeniul cancerului colorectal	13
3 martie este Ziua mondială a auzului	14
14 martie este dedicată Zilei mondiale a rinichiului	15
21 martie - Ziua Mondială a Sindromului Down	16
24 martie - Ziua Mondială a Tuberculozei	18

INTERVIU

Interviul psihosocial pentru adolescenți: Instrument de identificare a depresiei și anxietății - două probleme majore la adolescenți	20
--	----

ISTORIE

Evoluția screening-ului medical	30
---------------------------------	----

LUMEA MEDICALĂ

Depresia și anxietatea la adolescenți – două pericole reale	37
---	----

CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Bariere în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale în activitatea asistenților medicali	43
---	----

CĂRȚI MEDICALE

Lippincott Nursing Procedures	50
Esențialul în pediatrie	51
Medicină, nutriție și bună dispoziție	52

ECHIPA	53
---------------	----



Luna martie, un mozaic de evenimente profesionale și de suflet

În cea mai specială lună din an, cea în care sărbătorim ziua colegelor, mamelor ori fiicelor noastre, care este, în același timp, și luna în care tradiția populară ne aduce sărbătoarea mărțișorului, vă doresc tuturor o primăvară frumoasă, în care să vă bucurați de bunul cel mai de preț – sănătate - și de renăscută energie.

Este și numărul care cuprinde câteva evenimente profesionale importante la nivel mondial, pe care le prezentăm pe scurt. Astfel, luna martie este dedicată, în primul rând, campaniilor de informare în

domeniul cancerului colorectal. Apoi, 3 martie este Ziua Mondială a Auzului, 14 martie este dedicată Zilei mondiale a rinichiului, iar 21 martie este Ziua Mondială a Sindromului Down. Nu în ultimul rând, ca în fiecare an, pe 24 martie, comunitatea medicală marchează Ziua Mondială a Tuberculozei (TBC). Este evenimentul care are rolul de a sensibiliza opinia publică cu privire la consecințele devastatoare ale TBC asupra sănătății, sociale și economice, și de a intensifica eforturile menite a pune capăt epidemiei globale de TBC.

De asemenea, articolul publicat în cadrul secțiunii *Educație Medicală* vorbește despre eforturile necesare pentru stoparea epidemiei globale de TBC și evitarea uriașelor costuri sociale și economice asociate. El demonstrează faptul că investițiile pe termen lung în cercetare, voința politică de a eradica epidemia globală de TBC până în 2030 și eforturile științifice asidue sunt cruciale pentru a garanta continuarea progreselor în controlul TBC, precum și pentru ca beneficiile avansurilor recente să ajungă la cei care au cel mai mult nevoie de ele, pacienții cu TBC-MDR și TBC-XDR din rândul populațiilor defavorizate.

În secțiunea *Lumea medicală* regăsiți un articol despre depresia și anxietatea la adolescenți – două pericole reale. Cercetările arată că schimbările din creier din adolescență cresc vulnerabilitatea și riscul de depresie. Statisticile ne indică și că depresia și tulburările bipolare afectează 14.3% din tinerii cu vârste între 13-17 ani, iar 11.7% dintre adolescenți îndeplinesc condițiile pentru tulburare depresivă majoră sau distimie, iar cea mai mare parte a tulburărilor cresc în medie de 2 ori între vârstele de 13 și 18 ani.

Dincolo de a sublinia pericolele, revista vă prezintă, în secțiunea *Interviu*, un instrument de identificare a depresiei și anxietății la adolescenți. Pentru profesioniștii din sistemul de sănătate care lucrează cu adolescenții, în acest caz, ar putea fi util să preia și să folosească un instrument psihosocial dezvoltat de specialiștii în domeniu din SUA. Mai exact, este vorba despre un model de organizare a informației psihosociale rafinat de Dr. Eric Cohen (Spitalul de Pediatrie din Los Angeles), ale cărui baze au fost puse de Dr.

Harvey Berman din Seattle, încă din 1972. Modelul structurează întrebările din interviul realizat de medic cu adolescentul astfel încât să faciliteze comunicarea și să creeze un climat de simpatie, încredere, confidențialitate, mediu bazat pe respect în care tânărul să simtă că poate primi servicii de sănătate adecvate. Abordarea este cunoscută sub acronimul HEADSS.

În cadrul secțiunii *Istorie*, ni se oferă o interesantă incursiune în istoria screeningului medical. De aici veți afla că înainte de Al Doilea Război Mondial fuseseră doar câteva programe pilot de detectare a cancerului. După Al Doilea Război Mondial, dezvoltarea testului citologic pentru cancerul de col uterin (în principal, testul Papanicolau) a creat un paradox de sănătate publică necunoscut până atunci în oncologie: incidența a crescut și mortalitatea a scăzut, în principal datorită faptului că multe dintre tumorile nou descoperite multumită screening-ului erau în situ și au avut, astfel, un prognostic excelent după intervenția chirurgicală.

Avem, ca în fiecare număr, și secțiunea *Cărți*, unde vă recomandăm 3 apariții editoriale relevante profesiei noastre: *Lippincott Nursing Procedures (Procedurile de nursing Lippincott)*, sub redacția: Lippincott, Williams, Wilkins, *Esențialul în pediatrie* de Alexandra Fuchs și *Medicină, nutriție și bună dispoziție* de Dr Simona Tivadar.

Vă dorim să citiți cu plăcere numărul de martie al revistei și vă invităm, ca întotdeauna, să vă alăturați echipei noastre editoriale, trimițându-ne spre publicare articolele dumneavoastră.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR - filiala București



Progrese recente în tratamentul tuberculozei

Stoparea epidemiei globale de TBC și evitarea uriașelor costuri sociale și economice asociate sunt obiective realizabile, în măsura în care se va înregistra o scădere dramatică a deceselor cauzate de TB și a cazurilor noi.

Pentru a atinge aceste obiective până în 2030, comunitatea internațională are nevoie ca următoarele intervenții să se dovedească de succes:

1. extinderea scopului și numărului de subiecți țintiți de intervențiile preventive și curative pentru TBC, cu accent pe abordările de impact, integrate și centrate pe pacient;
2. angajarea unui număr mai mare de persoane interesate și care pot acționa în programele de prevenție, precum diverse instituții guvernamentale și specialiști sau autorități de la nivelul comunității și din sectorul privat;
3. accelerarea eforturilor de cercetare pentru descoperirea de noi metode și modele de intervenții care să schimbe dramatic prevenția și îngrijirea din domeniul TBC.

Regimul actual de tratament al TBC-ului susceptibil la medicamente a fost definit în anii 1980.

Până atunci, opțiunile erau limitate. Chimioterapia TBC nu a fost disponibilă până în anii 1940. Imunoterapia și măsurile de schimbare a mediului și nutriției și intervențiile chirurgicale erau potențial periculoase. Rata de decese pentru cazurile TBC confirmate depășea 50%, în acea perioadă.

În 1944, a fost izolată streptomicina, iar acidul para-aminosalicilic a fost descoperit. În 1952 a fost descoperit isoniazida. Toate aceste medicamente cu eficacitate demonstrată împotriva *M.tuberculosis* au fost evaluate deosebit de riguros în primele studii randomizate efectuate în medicina clinică. Regimurile combinate au făcut apoi posibilă vindecarea durabilă a TBC-ului, însă, până în anii 1970, cel mai scurt tratament eficient dura 18 luni.

De la definirea, în anii 1980, a principalului regim de tratament pentru TBC-ul susceptibil la medicamente folosit până acum, apariția pandemiei HIV și a formelor de TBC rezistente la medicamente au adus provocări serioase pentru cercetările terapeutice din domeniul TBC.

Acum, obiectivele prioritare includ scurtarea regimului de tratament al formelor susceptibile la medicamente, îmbunătățirea regimului de tratament pentru formele rezistente la medicamente și simplificarea terapiilor combinate TBC-HIV. Pentru atingerea acestor obiective, cercetătorii evaluează o paletă de medicamente noi și strategii terapeutice noi.

Dovezile disponibile până acum arată o rată de vindecare de 95% fără recădere pentru curele scurte de chimioterapie, cu o fază intensivă de 2 luni în care se administrează 4 medicamente - rifampicina, isoniazida, pirazinamida și streptomicina sau etambutolul - și o fază de continuare de 4 luni în care se administrează 2 medicamente (rifampicina și isoniazida). Nicio combinație de medicamente administrată mai puțin de 6 luni nu a avut o rată de recădere mai mică de 10%, iar combinațiile care nu au inclus rifampicina



pentru toata durata terapiei au fost asociate cu o rată de recădere de 30%.

Progresul făcut de la lipsa unei terapii la dezvoltarea unui regim de tratament eficace, complet oral, în 40 de ani, a fost remarcabil, astfel încât, în anii 1990, se părea că obstacolele majore pentru controlul TBC fuseseră lăsate în urmă.

Și totuși, din 1967, când a fost dezvoltată rifampicina, nu au mai apărut medicamente de primă linie. Între timp, pandemia globală de HIV a dus la creșterea incidenței TBC și a pus o presiune majoră asupra resurselor sistemului de sănătate.

O mare parte a problemei TBC-ului de la nivel global este localizată în țări sub-dezvoltate și în curs de dezvoltare din Africa și Asia,

unde administrarea și monitorizarea terapiei de 6 luni este deosebit de dificilă. Ca urmare, e mare nevoie de o scurtare a duratei tratamentului, după cum arată și modelele matematice – o terapie ultra-scurtă (sub 2 luni), care ar preveni apariția a 20% dintre cazurile noi și 25% dintre decese.

Aderența nesatisfăcătoare la terapia de 6 luni și controlul inadecvat al răspândirii TBC au dus la apariția TBC-ului cu rezistență polimedicamentoasă (TBC-MDR), cu rezistența bacilului atât la rifamicină, cât și isoniazidă.

Managementul TBC MDR cere, de obicei, folosirea agenților injectabili (amikacina, kanamicina și capreomicina) pe o durată de 4-6 luni și a unor medicamente orale de linia a doua timp de câțiva ani.

Deși s-au înregistrat, în Bangladesh, succese în cazul unor terapii mai scurte (9 luni), acestea au cerut folosirea a 9 medicamente.

Cazurile de TBC XDR (TBC cu rezistență polimedicamentoasă extremă) sunt de asemenea în creștere, iar acestea sunt și mai dificil de tratat. Astfel, specialiștii subliniază că este nevoie de noi regimuri de tratament, mai scurte, mai simple și, de preferință, cu administrare orală.

Aceeași nevoie acută de noi regimuri de tratament se înregistrează și în cazul pacienților cu TBC co-infecțati cu HIV, care se confruntă acum cu toxicitatea suprapusă a regimurilor terapeutice combinate, deloc ușor de administrat având în vedere metabolismul anumitor medicamente anti-retrovirale.

Un alt aspect important pentru discuția despre noi regimuri terapeutice este adus de posibila reactivare precoce a infecțiilor TBC latente adusă de imunosupresia cauzată de infecția HIV sau de folosirea în creștere a medicamentelor imuno-modulatoare puternice. Aceasta subliniază nevoia găsirii unor strategii mai bune de tratare a TBC-ului latent în cazul populațiilor la risc.

Tocmai pentru a adresa această nevoie acută de a avea noi regimuri de tratament pentru TBC, Organizația Mondială a Sănătății

a inițiat, în 2017, un amplu efort de a identifica cele mai eficace intervenții pe bază de dovezi. Astfel, în urma unui apel public, înregistrările medicale anonimizate folosite în diverse studii clinice, studii observaționale și programe naționale de control TBC au fost colectate într-o bază de date globală menținută de McGill University din Canada, în cadrul unui contract cu OMS.

Pe baza analizei acestor înregistrări, OMS a putut identifica un număr de recomandări pentru schimbarea abordărilor terapeutice. “Intervențiile bazate pe dovezi sunt esențiale pentru îngrijirea clinică optimă a pacienților și pentru furnizarea eficace și eficientă a serviciilor de sănătate publică”, a afirmat, în acest context, Profesorul Holger Schünemann, Director al Cochrane Canada și membru al International GRADE Working Group, care a condus grupul de lucru al experților.

Ca urmare a acestei inițiative, OMS anunța, în august 2018, schimbări majore în regimurile de tratament pentru TBC MDR. “Peisajul terapeutic pentru pacienții cu TBC-MDR se va transforma dramatic în bine... Folosind noile date disponibile și cu implicarea unui mare număr de persoane cheie, OMS a analizat rapid dovezile disponibile și a comunicat schimbări majore care vor îmbunătăți șansele de supraviețuire ale pacienților cu TBC-MDR de la nivel global. Trebuie să acționăm rapid, dacă vrem să ținem sub control criza globală TBC-MDR”, anunță comunicatul OMS.

Prima schimbare importantă anunțată de OMS este o nouă ierarhizare a medicamentelor disponibile pentru TBC MDR, luând în calcul echilibrul dintre beneficiile și efectele adverse așteptate. Rata de succes terapeutic în cazul TBC-MDR este acum scăzută în multe țări și ar putea fi crescută dacă se îmbunătățește accesul pentru toți pacienții TBC MDR la medicamentele cel mai bine clasate din noua ierarhie.

A doua schimbare importantă este apariția unui regim complet oral drept una dintre opțiunile preferate pentru TBC MDR, în care agenții injectabili vor fi înlocuiți de alternative mai puternice precum bedaquilina (primul medicament dezvoltat în mod special pen-

tru tratarea TBC-ului cu rezistență polimedicamentoasă). Agenții injectabili provoacă durere, iar multor pacienți le aduc și efecte adverse serioase, care duc, deseori, la întreruperea tratamentului.

Progresele din ultimii ani, precum și noua inițiativă OMS, aduc motive de optimism în privința folosirii cu succes, în viitorul apropiat și pe scară largă, a acestor regimuri noi de tratament.

Totuși, investițiile pe termen lung în cercetare, voința politică de a eradica epidemia globală de TBC până în 2030 și eforturile științifice asidue sunt cruciale pentru a garanta continuarea progreselor în controlul TBC, precum și pentru ca beneficiile avansurilor recente să ajungă la cei care au cel mai mult nevoie de ele, pacienții cu TBC-MDR și TBC-XDR din rândul populațiilor defavorizate.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Sursa de documentare:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3968807/>

https://www.who.int/tb/features_archive/new_MDR_regimens/en/

https://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf?ua=1

sursa foto 2 - www.who.int



MARCH IS COLORECTAL CANCER AWARENESS MONTH

Martie - luna campaniilor de informare în domeniul cancerului colorectal

Această lună este dedicată, în primul rând, campaniilor de informare în domeniul cancerului colorectal. De ce este important acest lucru?

Dacă toate persoanele în vârstă de peste 50 de ani apelează regulat la screening, statisticile spun că 6 din 10 decese cauzate de cancerul colorectal ar putea fi prevenite. Tocmai de aceea, profesioniștii din domeniul sănătății, familia și fiecare dintre noi putem promova astfel de examinări care pot salva vieți.

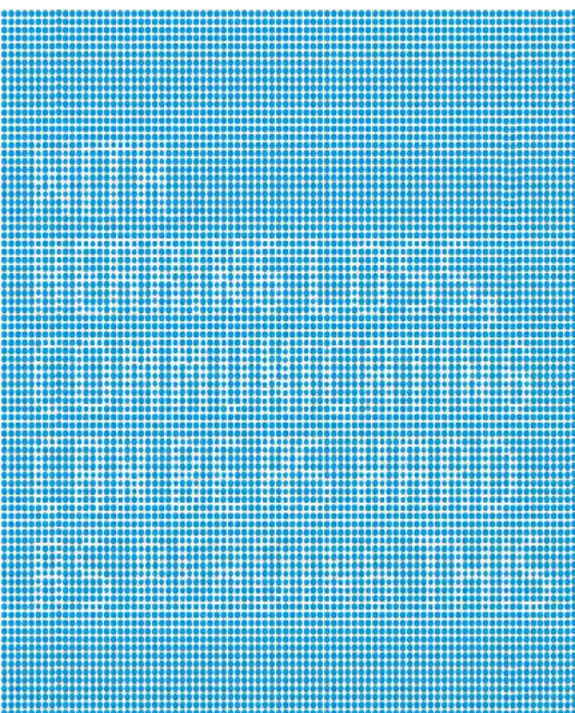
Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Sursa de documentare:

sursa foto 1 - <https://rgcf.org>

<https://healthfinder.gov/NHO/MarchToolkit.aspx>

3 martie este Ziua mondială a auzului



Could you be missing out?

Check your hearing!



An app to check your hearing.

World Hearing Day 2019



3 martie este Ziua mondială a auzului. OMS ne atrage atenția asupra importanței identificării precoce a problemelor de auz.

Mulți oameni trăiesc cu probleme de auz neidentificate, adesea nereușind să-și dea seama că nu aud anumite sunete și nu înțeleg toate cuvintele. Verificarea auzului este primul pas spre abordarea problemei.

Pe 3 martie 2019, OMS a lansat o aplicație care permite oamenilor să-și verifice auzul. Aceasta este numită HearWHO și are rolul de a atrage atenția asupra importanței auzului, de a-i încuraja pe oameni să-și verifice regulat auzul și a le permite lucrătorilor din domeniul sănătății să ofere consultații persoanelor din comunitățile lor.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Sursa de documentare:

<https://www.who.int/deafness/world-hearing-day/2019/en/>

**KIDNEY
HEALTH**
FOR EVERYONE
EVERYWHERE



World Kidney Day
is a joint initiative of



International Federation
of Kidney Foundations

© World Kidney Day 2006 2019

14 martie este dedicată Zilei mondiale a rinichiului

14 martie este dedicată Zilei mondiale a rinichiului. La nivel mondial, se estimează că 850 de milioane de oameni au boli de rinichi. Boala cronică de rinichi provoacă cel puțin 2,4 milioane de decese pe an, fiind acum, dintre cauzele de deces, printre cele cu cea mai rapidă creștere. Rolul acestei zile este a reaminti povara pe care o reprezintă bolile de rinichi peste tot în lume și de a milita pentru reducerea disparităților și inechităților privind accesul la tratament.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Sursa de documentare:

<https://www.worldkidneyday.org/world-kidney-day-is-only-20-days-away-all-you-need-to-know/>



21 martie - Ziua Mondială a Sindromului Down

Sindromul Down este una dintre cele mai frecvente cauze genetice de întârziere cognitivă. Apare în toate regiunile de pe glob, unde statisticile indică 3,5 milioane de cazuri și, de obicei, are efecte variabile asupra stilurilor de învățare, caracteristicilor fizice sau sănătății.

Accesul adecvat la serviciile de sănătate, la programele de intervenție timpurie și la educația incluzivă, precum și la cercetarea adecvată, sunt vitale pentru creșterea și dezvoltarea persoanei cu Sindrom Down.

În decembrie 2011, Adunarea Generală a Națiunilor Unite a declarat data de 21 martie ca Ziua Mondială a Sindromului Down și a promovat respectarea ei, începând de anul următor, pentru a crește

gradul de conștientizare a opiniei publice cu privire la drepturile persoanelor cu Sindrom Down care trebuie să aibă oportunitatea de a trăi o viață împlinită și egală cu a ceilalți, în toate aspectele.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Sursa de documentare:

<https://www.csid.ro/boli-afectiuni/alergii-boli-imunologice-boli-genetice/sindromul-down-simptome-cauze-diagnostic-tratament-17807640>

<http://www.un.org/en/events/downsyndromeday/>

KEY TB FACTS

- 10 million people fell ill with TB in 2017, including 0.9 million among people living with HIV.
- TB was one of the top 10 causes of death worldwide in 2017, and was responsible for more deaths than HIV. In 2017, 1.6 million people died from TB*, including 0.3 million among people with HIV.
- Globally in 2017, an estimated 558 000 people developed TB that was resistant to rifampicin (RR-TB), the most effective first-line drug, and of these, 82% had multidrug-resistant TB (MDR-TB).

ACHIEVEMENTS



54 million
lives saved
between 2000 and 2017



33% drop
in TB deaths
between 2000 and 2017

CHALLENGES



MDR-TB crisis
Gaps in detection and treatment. Only one in four people needing MDR-TB treatment were enrolled on it



Funding gap
US\$3.5 billion funding shortfall for TB implementation in 2018, and over US\$2.0 billion per year for TB research

24 martie - Ziua Mondială a Tuberculozei

În fiecare an, pe 24 martie, comunitatea medicală marchează Ziua Mondială a Tuberculozei (TBC). Este evenimentul care are rolul de a sensibiliza opinia publică cu privire la consecințele devastatoare ale TB asupra sănătății, sociale și economice și de a intensifica eforturile menite a pune capăt epidemiei globale de TBC.

Data marchează ziua din anul 1882 când dr. Robert Koch a anunțat că a identificat bacteria care provoacă tuberculoza, descoperire care a deschis calea spre diagnosticarea și vindecarea acestei boli.

Cu toate progresele făcute, semnificativ rămâne faptul că 10 milioane de persoane s-au îmbolnăvit de TBC în anul 2017 și peste 550

000 de persoane au dezvoltat forme de tuberculoză care este rezistentă la rifampicină, cel mai eficace medicament de linia întâi și, dintre acestea, 82% au forme de tuberculoză multidrog rezistentă.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Sursa de documentare:

<https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/03/24/default-calendar/world-tb-day-2019>

https://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf?ua=1

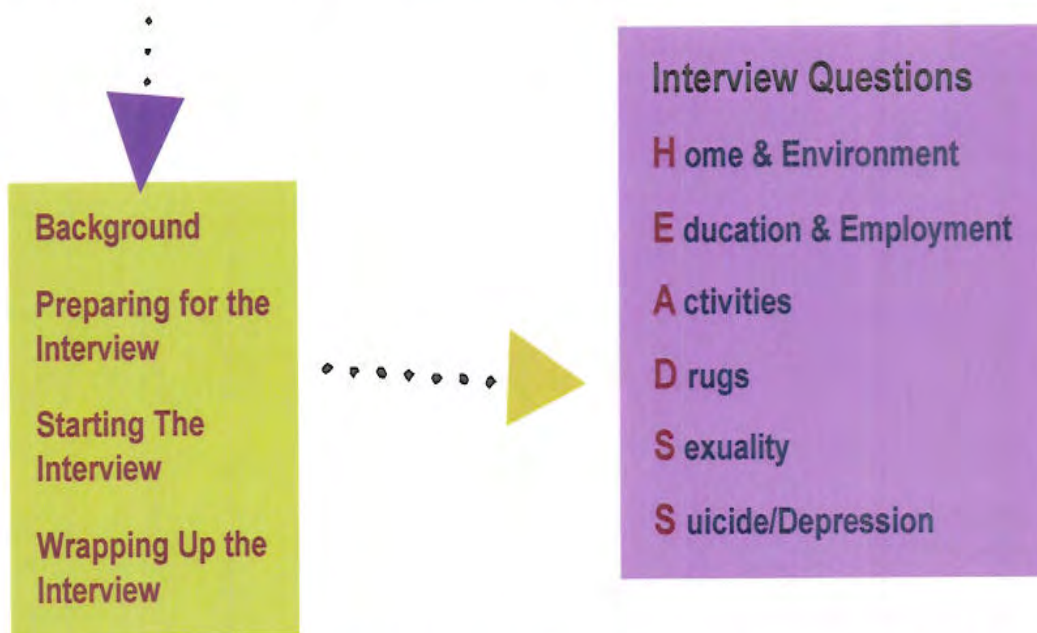
Interviul psihosocial pentru adolescenți: Instrument de identificare a depresiei și anxietății- două probleme majore la adolescenți

Cauzele majore de mortalitate și morbiditate la adolescenți sunt accidentele, inclusiv cele rutiere, cel puțin jumătate dintre acestea fiind legate de consumul de droguri sau alcool. Alte cauze de morbiditate includ sarcinile neplanificate, infecțiile cu transmitere sexuală, disfuncțiile alimentare și cele emoționale. Acestea sunt situații care pot să nu fie evidente în cadrul unui interviu standard pe care-l realizează medicul, în baza modelelor cunoscute de acesta.

Pentru profesioniștii din sistemul de sănătate care lucrează cu adolescenții, în acest caz, ar putea fi util să preia și să folosească un instrument psihosocial dezvoltat de specialiștii în domeniu din SUA. Mai exact, este vorba despre un model de organizare a informației psihosociale rafinat de Dr. Eric Cohen (Spitalul de Pediatrie din Los Angeles), ale cărui baze au fost puse de Dr. Harvey Berman din Seattle, încă din 1972.

Modelul structurează întrebările din interviul realizat de medic cu adolescentul astfel încât să faciliteze comunicarea și să creeze un climat de simpatie, încredere, confidențialitate, mediu bazat pe

H.E.A.D.S.S. - A Psychosocial Interview For Adolescents



Adapted from Contemporary Pediatrics,, Getting into Adolescent Heads (July 1988), by John M. Goldenring, MD, MPH, & Eric Cohen, MD

respect în care tânărul să simtă că poate primi servicii de sănătate adecvate. Abordarea este cunoscută sub acronimul HEADSS - **H**ome, **E**ducation/Employment, peer group **A**ctivities, **D**rugs, **S**exuality and **S**uicide/ depression (Acasă, Educație, Activități cu cei de aceeași vârstă, Droguri, Sexualitate și Suicid / depresie).

La momentul actual interviul de evaluare HEADSS se folosește în SUA atât în serviciile de consultații de sănătate acordate adolescenților, cât și în unitățile de îngrijire pentru adolescenți, și este folosit ca instrument de pregătire pentru studenții din primii ani de facultate la universitățile de medicină și farmacie americane.

Elementele care constituie fundamentele pregătirii interviului sunt următoarele:

1. Limitarea prezenței adulților: părinții, membrii familiei sau alți adulți pot fi prezenți la interviul HEADSS pe care medicul îl are cu un adolescent doar dacă acesta din urmă își dă în mod explicit acordul sau cere acest lucru.

2. Garantarea confidențialității: niciun adolescent nu va răspunde sincer la întrebările medicului dacă acesta nu-i dă asigurări chiar de la începutul interviului și nu-l convinge că tot ce se discută va fi confidențial.
3. Confruntarea cu sistemul de convingeri al lucrătorului medical: fiecare medic are un set clar de convingeri bazate pe cunoștințe, experiențe și un nivel de toleranță în gestionarea situațiilor particulare. Lucrătorul medical care lucrează cu adolescenții poate fi în situația de a-și vedea testate aceste convingeri. Dacă, de exemplu, medicul are o dilemă provocată de propriile convingeri care sunt "testate" în situația unui adolescent care are nevoie de consiliere pentru o sarcină nedorită, soluția este să roage un coleg să se ocupe de caz sau să refere cazul către serviciile de consiliere adecvate.
4. Gestionarea presupuzițiilor: în funcție de sistemul individual de convingeri, premisele de la care pornește orice lucrător medical sunt: tinerii locuiesc în familii formate din doi părinți, toți tinerii merg la școală și se înțeleg cu colegii și alți tineri de vârsta lor, toți tinerii sunt heterosexuali. Este extrem de important ca medicul să nu facă presupuneri și să nu dea sentințe, ci să pună întrebări într-un mod care demonstrează respect și grijă.

Începutul interviului

Introducerea este esențială și presupune o corectă poziționare și raportare față de adolescent. Pentru aceasta, chiar dacă părinții sunt de față, medicul se va adresa și se va prezenta prima dată către adolescent. După aceasta îl va ruga pe adolescent să-i prezinte pe părinții săi. În felul acesta, adolescentul primește un mesaj clar că medicul este interesat de discuția cu el și nu de cea cu părinții.

Imediat după aceea, medicul îi va întreba și pe părinți, dar și pe adolescent, care este înțelegerea lor asupra confidențialității în sănătate.

După ce a ascultat aceste răspunsuri, medicul va face completări și va



preciza care este opinia sa cu privire la respectarea confidențialității, adaptată la situația respectivă.

I. Trecând la interviul propriu-zis, prima secțiune se referă la **domiciliul** și familia adolescentului. Întrebările din această zonă vor explora informațiile despre părinți, locuință și condițiile de locuire și relațiile din familie. Întrebările vor fi exploratorii și pot cuprinde întrebări precum:

1. Cine locuiește cu tine? Unde locuiești? De cât timp? Acasă ai camera ta?
2. Câți frați ai și ce vârste au? Au probleme de sănătate? De ce gen?
3. Cu ce se ocupă părinții tăi? Au probleme de sănătate? Ce probleme au?
4. Care sunt regulile acasă?
5. Cum te înțelegi cu părinții? Dar cu frații? Care sunt temele pe care apar dezacorduri, în familia ta? Cum se rezolvă, de obicei, acestea?
6. Care sunt lucrurile pe care ai vrea să le schimbi la familia ta?

În această parte de discuție, partea cea mai grea pentru medic este

să întrebe dacă părinții adolescentului au probleme cu alcoolul sau drogurile. O abordare care ar putea funcționa este următoarea: „În munca mea cu adolescenții am întâlnit tineri care nu se înțelegeau cu părinții și aveau certuri cu ei. Unii dintre ei mi-au spus că aceasta se întâmpla pentru că părinții lor consumau alcool sau droguri. La tine se întâmplă ceva de genul acesta?”

II. În a doua secțiune medicul pune întrebări despre **educație** sau muncă. Pe această zonă, interviul va explora informațiile despre situația școlară, eventualele dificultăți, dacă copilul muncește deja și cât. Aici medicul pune întrebări precum:

1. La ce școală mergi? În ce clasă ești? Ai schimbat recent școala?
2. Care sunt lucrurile cele mai bune și cele mai rele care se întâmplă la școală? Care sunt subiectele tale favorite? Dar cele care-ți plac mai puțin?
3. Câte ore îți faci temele zilnic?
4. Cât ai lipsit de la școală în ultimul an? Ai repetat vreodată anul?
5. Ce vrei să faci după terminarea școlii? Ce planuri de viitor ai?
6. Câte ore lucrezi în acest moment? Dar în trecut, cât ai lucrat? Unde?
7. Cum te împaci cu profesorii sau șefii? Dar cu colegii de vârstă ta?
8. Ai fost vreodată agresat verbal, emoțional sau fizic de un coleg?

III. Cea de-a treia secțiune este dedicată **activităților** adolescentului. În cadrul ei medicul explorează dacă adolescentul are activități în afara școlii, ce face în timpul liber și cum se distrează cu prietenii. Pentru a afla aceste lucruri va pune întrebări precum:

1. Prietenii tăi au aceeași vârstă cu tine? Ce fac ei (merg la școală, lucrează etc.)?

2. Ai prieteni și fete și băieți sau te înțelegi mai bine doar cu fetele/băieții?
3. Ai un prieten sau o prietenă bună? Ai mulți prieteni?
4. Ce faci în timpul liber? Îl petreci cu familia? Cam cât timp? Ce gen de activități faceți?
5. Te vezi cu prietenii în week end sau în alte ocazii?
6. Mergi la petrecerile lor?
7. Ce hobbyuri ai?
8. Faci sport sau exerciții fizice în mod regulat?
9. Ai vreo afiliere religioasă? Mergi la biserică?
10. Cât timp petreci uitându-te la televizor? La ce emisiuni te uiți?
11. Care e muzica favorită?
12. Când mergi cu mașina, cât de frecvent îți pui centura de siguranță?
13. Ai avut vreodată probleme cu poliția? Faci parte dintr-un grup?

IV. Cea de-a secțiune este dedicată subiectului - **droguri**. Este zona în cadrul căreia medicul va explora eventualele comportamente riscante. Pentru că este un subiect delicat, despre care adolescenții nu discută cu ușurință, este bine ca medicul să exploreze comportamentul la nivelul cercului de prieteni mai întâi, ca de exemplu:

1. Când ieși cu prietenii sau la petreceri, cei din grupul tău beau sau fumează? Tu o faci? Cât de mult și cât de des?
2. Vreunul dintre membrii familiei tale beau, fumează sau consumă droguri? Dacă da, reprezintă acest lucru o problemă pentru tine? Ce crezi despre asta?
3. Vreunul dintre prietenii tăi sau tu ați încercat să luați droguri? Ce anume? Ai folosit pentru asta ace?
4. Iei droguri în mod regulat? Cât de mult și cât de des?



5. Tu sau prietenii tăi ați condus vreodată după ce ați băut?
6. Ai fost vreodată implicat într-un accident de mașină sau alte probleme cu legea care au fost legate de consum de alcool sau droguri?
7. Cum faci rost de bani pentru țigări, alcool sau droguri?

V. Următoarea secțiune este dedicată subiectului **sexualitate**. În această zonă, medicul va explora următoarele:

1. Ai avut vreodată o relație? Când? Cum a fost? Cât a durat?
2. Ai făcut sex? A fost o experiență bună? Ești confortabilă cu activitatea ta sexuală? Câți parteneri ai avut?
3. Ai folosit contraceptive? Ce tip și cât de des (10, 50 sau 70% din timp)?
4. Ai fost vreodată însărcinată sau ai avortat?
5. Ai avut vreodată vreun disconfort de care ești îngrijorată? Ai făcut vreodată investigații pentru boli cu transmitere sexuală? Ce știi despre bolile cu transmitere sexuală și prevenție?
6. Ai vreo îngrijorare legată de hepatite sau SIDA?

7. Ai avut vreo experiență în ultimii ani când cineva ți-a făcut ceva care te-a făcut să te simți inconfortabil sau nerespectată?
8. Dacă cineva te abuzează, cu cine ai vorbi despre asta? Cum crezi că ai reacționa?
9. *Pentru fete:* când ai avut prima menstră, ultima și cum sunt ciclurile. Ce știi despre auto-examinarea sânilor?
10. *Pentru băieți:* Ce știi despre auto-examinarea testiculelor?

VI. Ultima secțiune se referă la explorarea elementelor corelate cu anxietatea sau depresia, precursorul direct al sinuciderilor. Cei mai importanți indicatori ai tendințelor suicidale au fost determinați de istoria psihologiei ca fiind: 1/ probleme severe în familie; 2/ schimbări în performanțele școlare; 3/ schimbări în modelele legate de prieteni; 4/ preocupări legate de moarte; 5/ comportamente rebele sau cu risc asupra sănătății precum droguri sau alcool. Tot în această zonă de risc s-ar putea include un istoric familial de probleme psihologice sau suicid, ori de abuz de substanțe.

Medicul mai poate explora alte două zone și anume:

1. Obiceiurile legate de somn. Adolescenții care au probleme de anxietate sau depresie au dificultăți în a adormi. De obicei, durează mai mult de 30 de minute să adoarmă, sau chiar mai mult de o oră. De obicei, la adolescenți, problemele de somn nu sunt neobișnuite, dar dacă ele apar de mai mult de două ori pe lună, sunt îngrijorătoare. Iar subiectul poate fi cu ușurință abordat.
2. Obiceiurile alimentare. Dietele la modă, dietele drastice, anorexia sau bulimia, obezitatea și excesul de mâncare sunt indicatorii unor probleme psihologice semnificative. A pune întrebări adolescentului despre cum se percepe, dacă se vede prea slab sau prea gras, dacă crede că are o alimentație prea bogată etc., poate ajuta la identificarea unor obiceiuri alimentare nesănătoase și chiar dezechilibre alimentare.



La fel ca introducerea, finalul interviului trebuie să aparțină adolescentului.

Primul lucru pe care-l poate face medicul este să propună un final inedit, ca de exemplu să-i ceară tânărului să concluzioneze întreaga lui viață printr-un cuvânt sau să indice care este "proгноza me-teo a vieții lui" (de exemplu, mai degrabă senină, cu câțiva nori, înnorată și ploi în averse etc.).

Al doilea ar fi să-i ceară să spună ce vede când se uită în oglindă. Dacă adolescentul răspunde că este "plictisit", acesta este un semn de depresie.

O altă întrebare de finalizare a discuției este – cine este persoana, un adult, la care apelează în cazul în care apare o problemă în viața lor și dacă au încredere în această persoană. Este momentul în care medicul trebuie să-și ofere ajutorul și să-l asigure pe adolescent că și el îl poate sprijini dacă are probleme sau întrebări legate de sănătate.

Tot acum este momentul în care medicul îl încurajează pe adolescent să-și exprime orice alte îngrijorări și-i cere feedback cu privire la modul în care a decurs discuția. În plus, îi va spune că, dacă a uitat să spună ceva în timpul interviului, este binevenit să sune sau să revină la o nouă programare.

În cazul adolescenților care prezintă factori de risc, medicul trebuie să-și exprime îngrijorarea și să-l întrebe pe adolescent dacă este dispus să afle mai multe despre cum poate gestiona problemele. Cei mai mulți adolescenți nu recunosc riscul unui stil de viață nesănătos, pentru că ei văd acele comportamente mai degrabă ca soluții și nu ca probleme. Provocarea pentru medic este să-l convingă pe adolescent că un anumit comportament reprezintă o problemă și să-l sprijine să găsească strategii de gestionare a ei.

Dacă lucrurile stau bine, medicul trebuie să recunoască acest lucru.

Iar dacă există informații pe care medicul le poate da pe diferite subiecte, în special cele legate de promovarea sănătății în domeniul sexualității și folosirii substanțelor, este important să facă acest lucru și să ofere materiale educaționale pe orice temă de interes pentru adolescent.

Traducere și adaptare de Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

HEADSS – un interviu psihosocial pentru adolescenți:

https://www.medschool.lsuhsu.edu/medical_education/undergraduate/spm/SPM_100/documents/HEADSS_000.pdf (inclusiv sursa foto 1)

Sursa foto 2 - <https://www.nytimes.com/2007/04/24/health/24teen.html>

Sursa foto 3 - <https://www.artdeseduire.com/relation/psychologue-sumonter-rupture>

Sursa foto 4- <https://www.cabinet-psy-paris.fr/josiane-guedj/>

Evoluția screening-ului medical

Screening-ul constă în a identifica prezența unei condiții medicale atunci când este încă în stadiu preclinic, când persoana respectivă nu prezintă simptome.

Obiectivul este detectarea timpurie pentru monitorizare și potențiala schimbare a stilului de viață sau detectarea cât mai rapidă pentru a putea trata condiția medicală respectivă într-un mod cât mai eficient.

Aceste teste nu sunt considerate un diagnostic, ci sunt folosite pentru a identifica acele persoane care au nevoie de investigații suplimentare pentru a se determina prezența sau absența unei boli.

Pentru a decide dacă screening-ul este benefic, profesioniștii din sănătate trebuie să răspundă la trei întrebări: “Este îmbunătățit prognosticul de începerea mai devreme a tratamentului?”, “Cât de valid și repetabil este testul?” și “Care este indicatorul cost-beneficiu?” Aceste trei condiții au început să fie satisfacute de medicina secolului 20, după Al Doilea Război Mondial.

Alături de screening-ul pentru tuberculoză, două dintre primele pro-



grame de screening care au apărut în medicina secolului 20 au fost cel pentru cancer cervical (cancerul de col uterin) și cel pentru cancerul de sân (prin mamografie).

Evoluția cancerului de col uterin îl face detectabil în faza preclinică și crește șansele de vindecare sau de reducere a mortalității.

Înainte de Al Doilea Război Mondial fuseseră doar câteva programe pilot de detectare a cancerului. După Al Doilea Război Mondial, dezvoltarea testului citologic pentru cancerul de col uterin (în principal, testul Papanicolau) a creat un paradox de sănătate publică necunoscut până atunci în oncologie: incidența a crescut și mortalitatea a scăzut, în principal datorită faptului că multe dintre tumorile nou descoperite multumită screening-ului erau în situ și au avut, astfel, un prognostic excelent după intervenția chirurgicală.

Papanicolau și Traut au raportat utilitatea testului Papanicolau pentru depistarea celulelor neoplastice de col uterin pentru prima oară în 1943. După aceea, a fost folosit pe larg ca test de screening, începând cu anii 1950. În anii 1960, sensibilitatea testului de a detec-

ta carcinomul de col uterin în diverse stadii a fost considerată ca variind între 89% și aproape 100%. Cazurile depistate ca pozitive în urma testului Papanicolau sunt confirmate prin metodele clinice standard de diagnosticare, biopsia și diagnosticul histologic.

Primul centru de detectare timpurie a cancerului a fost, probabil, cel înființat în 1937 de Dr Elise L'Esperance în New York. Aici se desfășurau examinări cuprinzătoare ale adulților care nu prezentau simptome, cu scopul de a depista precoce cazurile de cancer.

Femeilor li se administra un test Papanicolau, iar dacă se descopereau leziuni suspecte, testul era însoțit și de o biopsie chirurgicală, care era examinată minuțios tot în cadrul acestui centru. În 1937, au venit la clinică doar 37 de persoane. În 1946, numărul a crescut la 1356. Odată cu înființarea, 3 ani mai târziu, a unui Centru în cadrul Memorial Hospital din New York, numărul persoanelor care au venit pentru screening a crescut constant. Până la începutul anilor 1950, se înființaseră în SUA încă 250 de centre similare de depistare timpurie a cancerului.

Screening-ul în masă pentru cancerul de sân a început, practic, când mamografia a devenit disponibilă ca instrument de scree-



ning, în anii 1960. Mamografia a permis detectarea unor tumori nepalpabile și diferențierea tumorilor maligne de cele benigne.

În prezent, screening-ul medical a devenit un subiect important de discuție pentru lumea medicală, în special pentru profesioniștii de sănătate publică. El are potențialul să acopere o parte din ce în ce mai mare a populației, pentru din ce în ce mai multe condiții medicale, folosind tehnologii din ce în ce mai avansate.

Să luăm, ca exemplu, programele de screening din Marea Britanie, care acoperă, printre altele – cancerul de col uterin, cancerul de sân, cancerul colorectal, anevrismul de aortă abdominală, retinopatia diabetică și o serie de teste de screening ante-natal și pentru nou născuți (inclusiv pentru anomaliile fetale, bolile infecțioase din timpul gravidității, screening pentru acuitatea auditivă a nou născuților, pentru talasemie).

Aceste programe sunt programe de screening sistematic al populației, adică întreaga populație eligibilă pentru screening este invitată să participe în mod automat – de exemplu, la atingerea unei anumite vârste, fără a trebui să indice, în prealabil, un interes pentru acest screening.

Avansul tehnologic permite acum și screening-ul genetic pentru anumite condiții, mai ales în cazul nou-născuților, ca, de exemplu, hipotiroidismul congenital, sindromul Down sau fibroza chistică.

Pentru a se asigura calitatea și eficacitatea programelor de screening, autoritățile de sănătate publică cer ca anumite condiții să fie întrunite în privința testării, tratamentului pentru condiția medicală respectivă și pentru formatul programului, după cum urmează:

- Condiția medicală pentru care se face screening trebuie să fie o importantă problemă de sănătate publică
- Trebuie să existe un tratament acceptat pentru pacienții care sunt diagnosticați cu această condiție
- Trebuie să existe facilități accesibile de diagnosticare și tratament
- Trebuie ca respectiva condiție medicală să aibă un stadiu latent



sau de simptomatologie timpurie

- Trebuie ca testarea sau investigația să fie potrivită și acceptabilă pentru populație
- Trebuie să existe o înțelegere bună a evoluției bolii, de la faza latentă la cea în care boala este declarată ca fiind prezentă
- Trebuie să existe o abordare agreată asupra subiecților care vor fi tratați ca pacienți
- Costurile de depistare a cazurilor (inclusiv diagnosticarea și tratarea pacienților diagnosticați) trebuie să fie rezonabile față de costul total al îngrijirilor medicale
- Descoperirea cazurilor trebuie să fie un proces continuu și nu un eveniment singular, de genul “o dată pentru totdeauna.”

Dificultatea de a dezvolta un test de screening care să aibă cât mai puține rezultate fals-pozitive și fals-negative nu trebuie subestimată, acesta fiind un subiect fierbinte pentru cercetătorii din domeniu.

Un alt subiect important al dezbaterilor curente despre programele de screening se referă la obligativitatea de a participa față de participarea voluntară, pe baza acceptului informat rezultat din informațiile primite de grupurile țintă.

În această privință, un caz interesant vine din Marea Britanie, unde, recent, o broșură de informare asupra unei campanii de screening pentru cancerul de sân a fost criticată fiindcă nu prezenta și potențialele efecte secundare negative, acelea de supra-diagnosticare și supra-tratare.

Provocarea pe care profesioniștii de sănătate publică o subliniază în cazul acceptului informat care vine din informarea și educarea grupului țintă este legată de tipul de informații și modul de prezentare (selectivitate și simplitate) care pot fi folosite pentru a asigura înțelegerea de către grupul țintă.

Discuțiile de acest gen despre materialele scrise de informare este

doar o parte a unei discuții mai largi pe care organizatorii acestor campanii de screening trebuie să o aibă despre complexul de factori care influențează și informează modul în care persoanele iau decizii în privința participării la screening. În acest context, un factor important este tehnologia folosită în timpul screening-ului.

De asemenea, modul în care persoanele își auto-evaluează riscul de a dezvolta acea condiție medicală sau norma socială, prezența unei forme de stigmatizare sau, din contră, a unei aprecieri sociale, asociată unei asemenea alegeri de a participa în cadrul programului de screening.

Dincolo de toate aceste discuții și provocări care urmăresc să crească eficacitatea și eficiența programelor de screening, specialiștii sunt unanimi în privința importanței crescute a acestor instrumente.

Screening-ul medical există de 60 de ani și are deja o istorie foarte bogată. Identificarea pre-clinică a bolii a fost și a rămas o componentă majoră a medicinei moderne și a sănătății publice, contribuind indiscutabil la câteva dintre succesele majore din acest domeniu.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9566.2011.01441.x>

<http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199204854.001.1/med-9780199204854-chapter-030302>

https://www.hopkinsmedicine.org/healthlibrary/conditions/pathology/screening_tests_for_common_diseases_85,P00965

<http://www.worker-health.org/medcalscreenfaq.html>

<https://pmj.bmj.com/content/80/946/463>

Sursa foto 1 - <https://adevarul.ro/locale/targu-mures> In-

ca2500-teste-gratuite-depistarea-cancerului-col-uterin-1_541181650d133766a80acd6e/index.html

Sursa foto 2 - www.dreamstime.com

Sursa foto 3 - <https://www.michigan.gov>

Depresia și anxietatea la adolescenți – două pericole reale

Creierul pare să fie extrem de plastic în adolescență și extrem de sensibil la stres – această concluzie vine din faptul că ne reamintim acea perioadă mult mai bine decât oricare alta, atunci au loc multiple schimbări, iar statisticile arată că aceasta este vârsta predilectă la care apar problemele psihologice serioase.

Cercetările arată că schimbările din creier din adolescență cresc vulnerabilitatea și riscul de depresie. Statisticile ne indică și că depresia și tulburările bipolare afectează 14.3% din tinerii cu vârste între 13-17 ani, iar 11.7% dintre adolescenți îndeplinesc condițiile pentru tulburare depresivă majoră sau distimie, iar cea mai mare parte a tulburărilor cresc în medie de 2 ori între vârstele de 13 și 18 ani.

În plus, anxietatea reprezintă tulburarea cea mai frecventă în copilărie și adolescență (31.9% din adolescenți). Din spectrul anxietății, tinerii sunt afectați diferit: cei de vârste mai mici, de diferite tipuri de fobie și de anxietatea separării, în timp ce cei de vârste mai mari, de diferite tipuri de anxietate socială.



Depresia și tulburările bipolare la 13 ani (8.4%) față de 18 ani (15.4%)



15.9% din fetele de 13-17 ani au depresie față de 7.7% din băieții de 13-17 ani

Diferențierea pe sexe este și ea un factor important. Anxietatea și atacurile de panică care, până la pubertate, apar în mod egal la fete și băieți, ajung să se dubleze, în cazul fetelor. Tot fetele sunt cele care riscă de 2 ori mai mult să experimenteze depresia față de băieți.

Motivația acestei diferențe de gen poate fi dată de faptul că zonele din creier afectate de depresie au o concentrare mare de receptori ai hormonilor sexuali.

Pe de altă parte, se constată că anxietatea și depresia la adolescenți sunt în creștere. Printre cauze se numără cele de mediu, sociale și politice care au dus la creșterea numărului de adolescenți care au

avut un episod depresiv (cu 37% între 2005 și 2014).

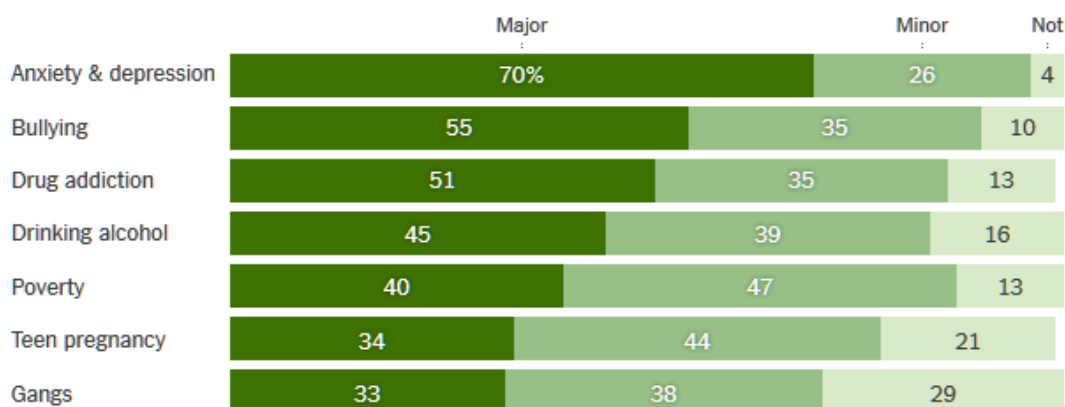
Adolescenții de liceu din zilele noastre sunt mult mai predispuși la anxietate, iar probabilitatea ca ei să aibă nevoie de sprijinul unui specialist (psiholog sau psihiatru) este de două ori mai mare decât la tinerii anilor 1980.

După cum arată un studiu realizat de Pew Research Center și menționat într-un articol publicat de New York Times pe 20 februarie 2019, cei mai mulți adolescenți americani plasează depresia și anxietatea printre cele mai serioase probleme pentru cei din grupa lor de vârstă.

Acest studiu arată că peste 70% dintre adolescenți văd tulburările de genul anxietății sau depresiei ca probleme importante. Efectuat pe 920 de adolescenți cu vârste între 13-17 ani din SUA, studiul a fost realizat online și telefonic, în toamna anului trecut.

Specialiștii cred că modul în care se raportează adolescenții la aceste tulburări ar putea veni și din faptul că a crescut rata de utilizare a social media, din presiunea sistemului de educație pentru performanță școlară și din teama față de potențialele agresiuni (atacuri cu arme în școli).

Tot ei recomandă, de exemplu, consilierea adolescenților cu privire la un alt factor major de stres pentru adolescenți – supraveghe-



Source: Pew Research Center

rea permanentă a celorlalți tineri de vârsta lor pe social media și teama de a pierde ceva, pe care aceasta o generează. Consilierea ar putea însemna să-i faci pe tineri să înțeleagă cum funcționează social media - comparând-o cu situația în care o persoană face 50 de fotografii până obține una perfectă, ceea ce poate ajuta la diminuarea anxietății.

Pe lângă faptul că această situație îngrijorătoare a creșterii ponderii tulburărilor respective la adolescenți și tineri se poate datora și faptului că screeningul este din ce în ce mai performant (conform opiniei directorului executiv al Asociației Americane de Psihologie, Lynn Bufka), ea este accentuată de bombardamentul permanent de informație caracteristic perioadei, la care se adaugă obișnuitele schimbări fizice și hormonale.

În aceste condiții, este importantă consilierea acordată de specialiști pentru identificare strategiilor de gestionare, la care se adaugă construirea unui suport stabil din partea adulților aflați în preajma adolescenților.

Iar aceste modele de sprijin sunt cu atât mai importante cu cât un studiu realizat în 2017, tot în SUA, a arătat că numărul de copii internați în spitalele americane după tentative de sinucidere s-a dublat între 2008 și 2015.

Pentru a controla aceste situații, screeningul de risc de suicid sau depresie ar trebui să urmărească câteva elemente esențiale și anume:

1. Tulburările de somn (dificultățile în a adormi, așa-numita insomnie de adormire, trezirile frecvente peste noapte, sau trezirea foarte matinală, numită și insomnie de trezire, excesul de somn sau oboseala crescută)
2. Schimbările de apetit sau comportament alimentar
3. Sentimentul de plictiseală
4. Izbucnirile de furie sau comportamentul puternic impulsiv
5. Istoricul de izolare

6. Sentimentele de neputință, neajutorare, care sunt doi predictorii importanți de depresie și risc de sinucidere
7. Încercări de suicid în trecut, istoricul de depresie sau consiliere psihologică la adolescent, familia lui sau prieteni
8. Istoric de abuz de droguri, alcool, diverse probleme cu legea, recente schimbări în performanța școlară
9. Istoric de "accidente" recurente
10. Simptomatologie psihosomatică
11. Ideeație suicidală (inclusiv pierderi recente sau în trecut)
12. Lipsa de interes în cadrul interviului de screening, evitarea contactului vizual, postura de depresie
13. Preocupări legate de moarte (îmbrăcăminte, muzică, filme, artă)
14. Istoric de traume emoționale sau psihosociale
15. Adolescentul este gay, lesbiană, bisexual sau transexual.

Dincolo de rolul profesioniștilor care au rolul de a realiza screeningul, Dr. Bufka recomandă adulților care sunt îngrijorați de adolescenții aflați în grija lor să-i asculte, fără să vină cu recomandări sau să-i judece prea mult și să le faciliteze accesul la un consilier sau psiholog, dacă este nevoie.

Mirela Mustață – Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

<https://childmind.org>

<https://childmind.org/report/2017-childrens-mental-health-report/anxiety-depression-adolescence/>

<https://www.nytimes.com/2019/02/20/health/teenage-depression-statistics.html?smtyp=cur&smid=tw-nythealth> (inclusiv sursă foto)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5894225/>

https://www.medschool.lsuhsu.edu/medical_education/undergraduate/spm/SPM_100/documents/HEADSS_000.pdf

Activitatea asistenților medicali din București cu privire la prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale este apreciată la nivel internațional!

Posterul „Barriers in preventing healthcare associated infections in the nurses’ activity” care a prezentat rezultatele obținute în cadrul unui studiu științific realizat în perioada februarie-iunie 2018 a fost nominalizat între cele 10 Cele mai bune E-Postere la Conferința „The Third CEE Conference on Hospital Hygiene and Patient Safety” din 12-13 martie 2019 de la Viena organizată de Semmelweis Foundation.

Lucrarea face parte din activitatea științifică a doctorandului Viorica Nedelcu.

Bariere în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale în activitatea asistenților medicali

Autori:

Viorica Nedelcu

OAMGMAMR Filiala Municipiului București, București, România;

Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" din București, București, România

Mariana Zazu

OAMGMAMR Filiala Municipiului București, București, România;

Doina Carmen Mazilu

OAMGMAMR Filiala Municipiului București, București, România;

Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" din București, București, România

Ioana Marina Grințescu

Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" din București, București, România

Spitalul Clinic de Urgență București, Secția ATI, București, România

INTRODUCERE

Infecțiile asociate asistenței medicale (IAAM) reprezintă complicații nedorite ale îngrijirilor de sănătate, cu impact semnificativ asupra evoluției pacienților. Cea mai simplă și eficientă metodă de limitare și control a IAAM este igiena mâinilor. Deși personalul medical recunoaște importanța igienei mâinilor, acest lucru nu se reflectă totuși în practica clinică a acestora. O sursă a complianței scăzute cu igiena mâinilor a personalului medical ar putea fi reprezentată de un nivel inadecvat de cunoștințe al acestora privind importanța igienei mâinilor, indicațiile, criteriile tehnice și recomandările internaționale. Educația medicală continuă (EMC) poate reprezenta astfel o strategie importantă de îmbunătățire a complianței personalului medical cu igiena mâinilor.

MATERIAL ȘI METODĂ

Scopul studiului realizat în perioada februarie-iunie 2018 a fost identificarea principalelor bariere de complianță scăzută a asistenților medicali în ceea ce privește nivelul cunoștințelor cu privire la igiena mâinilor și prevenirea IAAM. Principalele obiective stabilite au fost: a) identificarea nivelului de cunoștințe; b) identificarea lacunelor în cunoștințe; și c) stabilirea unei corelații între nivelul cunoștințelor și experiența profesională. A fost aplicat un chestionar cu 25 de itemi cu grad mediu de dificultate. Prelucrarea statistică a datelor a fost realizată cu programul SPSSv23.0.

REZULTATE

În studiu au fost incluși 236 asistenți medicali cu vârstă medie de 45,6 ani și vechimea medie în profesie de 15 ani. 32,2% din participanți au prezentat un nivel foarte bun de cunoștințe, 28,8% un nivel bun și 39% un nivel satisfăcător. Calificativul mediu acordat eșantionului a fost bun, acesta corelând negativ, dar nesemnificativ, cu vârsta și cu vechimea în profesie. În general, asistenții medicali au avut

dificultăți în a furniza răspunsuri corecte la itemii privind igiena mâinilor, prevenirea IAAM, dezinfectia și sterilizarea. Itemii care au ridicat mai puține dificultăți au fost cei cu privire la: precauțiunile standard și precauții adresate căii de transmitere, expunerea accidentală la produse biologice și managementul deșeurilor medicale.

CONCLUZII

Îmbunătățirea complianței cu igiena mâinilor a asistenților medicali în practica de îngrijire presupune implementarea unei strategii de EMC adaptată nevoilor educaționale ale acestora, care să vizeze domeniile identificate ca fiind deficitare: igiena mâinilor, prevenirea IAAM, dezinfectia și sterilizarea.

		Scor	Vârsta	Experiența prof.
Scor	Pearson Correlation	1	-.033	-.072
	Sig. (2-tailed)		.703	.282
	N	236	134	223
Vârsta (ani)	Pearson Correlation	-.033	1	.814**
	Sig. (2-tailed)	.703		.000
	N	134	134	128
Exper. profes. (ani)	Pearson Correlation	-.072	.814**	1
	Sig. (2-tailed)	.282	.000	
	N	223	128	223

Bariere	Itemi cu privire la:
Dificultăți majore în a identifica răspunsul corect	Igiena mâinilor
	Prevenirea IAAM
	Dezinfectia și sterilizarea
Dificultăți minore în a identifica răspunsul corect	Precauțiunile standard și precauțiile adresate căii de transmitere
	Expunerea accidentală la produse biologice
	Managementul deșeurilor medicale

Nivelul de cunoștințe	Foarte bun	Bun	Satisfăcător
Procent	32,2%	28,8%	39%

Barriers in preventing healthcare associated infections in the nurses' activity

Authors:

Viorica Nedelcu

The Order of Nurses, Midwives and Medical Assistants in Romania Bucharest Branch, Bucharest, Romania;

The "Carol Davila" University of Pharmacy and Medicine of Bucharest, Bucharest, Romania

Mariana Zazu

The Order of Nurses, Midwives and Medical Assistants in Romania Bucharest Branch, Bucharest, Romania;

Doina Carmen Mazilu

The Order of Nurses, Midwives and Medical Assistants in Romania Bucharest Branch, Bucharest, Romania;

The "Carol Davila" University of Pharmacy and Medicine of Bucharest, Bucharest, Romania

Ioana Marina Grințescu

The "Carol Davila" University of Pharmacy and Medicine of Bucharest, Bucharest, Romania

The Emergency Clinical Hospital Bucharest, ICU, Bucharest, Romania

Bucharest, Romania

INTRODUCTION

Healthcare associated infections (HCAI) represent unwanted complications of health care, with a significant impact on the patients' evolution. The most simple and efficient method of controlling and limiting HCAI is hand hygiene. Although the medical staff acknowledges the importance of hand hygiene, this isn't reflected always in their clinical practice. A source of low hand hygiene compliance in health care professionals could be represented by an inadequate knowledge level regarding the importance of hand hygiene, indications, technical criteria and international recommendations. Continuing medical education (CME) might thus represent an important strategy of improving hand hygiene compliance among the medical staff.

MATERIAL AND METHOD

The purpose of the study made between February-June 2018 was to identify the main barriers of the nurses' low compliance regarding their knowledge level about hand hygiene and HCAI prevention. The determined main objectives were: a) to identify the nurses knowledge level; b) to identify the knowledge gaps; and c) to establish a correlation between the knowledge level and the work experience. We used a 25-item questionnaire of an average degree of difficulty. The statistical analysis was performed using SPSSv23.0.

RESULTS

The study included 236 nurses of an average age of 45,6 and with an average work experience of 15 years. 32,2% of the participants had a very good knowledge level, 28,8%, a good level and 39%, a satisfactorily level. The average score of the sample was good, which correlated negatively, but insignificantly with the age and the work experience. Generally, the nurses had difficulties in giving the right answer to the items regarding hand hygiene, HCAI prevention, dis-

infection and sterilization. The items that presented fewer difficulties were the ones about: standard precautions and precautions regarding the mode of transmission, accidental exposure to biological products and medical waste management.

CONCLUSIONS

Improving the nurses' hand hygiene compliance in health care practice entails the implementation of a CME strategy adapted to their educational needs, that will target the areas identified as being deficient: hand hygiene, HCAI prevention, disinfection and sterilization.

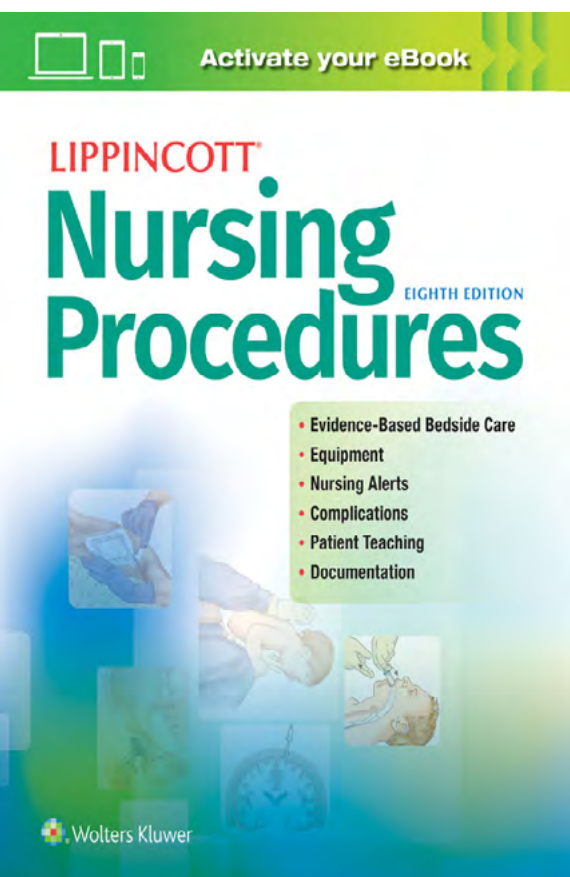
		Score	Age	Work experience (years)
Score	Pearson Correlation	1	-.033	-.072
	Sig. (2-tailed)		.703	.282
	N	236	134	223
Age	Pearson Correlation	-.033	1	.814**
	Sig. (2-tailed)	.703		.000
	N	134	134	128
Work experience (years)	Pearson Correlation	-.072	.814**	1
	Sig. (2-tailed)	.282	.000	
	N	223	128	223

Barriers	The items regarding:
Difficulties in giving the right answer	Hand hygiene
	HCAI prevention
	Disinfection and sterilization
Fewer difficulties in giving the right answer	Standard precautions and precautions regarding the mode of transmission
	Accidental exposure to biological products
	Medical waste management

Knowledge level	Very good	Good	Satisfactorily
Percent	32,2%	28,8%	39%

Lippincott Nursing Procedures

Sub redacția Lippincott Williams Wilkins,
Editura Wolters Kluver, 2018



Acest ghid cuprinzător include peste 400 de proceduri de nursing, de la cele de bază, până la cele mai avansate, precum intubarea, stimularea nervoasă periferică sau monitorizarea presiunii intra-abdominale.

Pentru fiecare dintre acestea sunt prezentate echipamentul și pașii necesari pentru executarea corectă. În plus, volumul include și precauțiile necesare pentru a menține siguranța pacientului și a furniza un act medical de calitate.

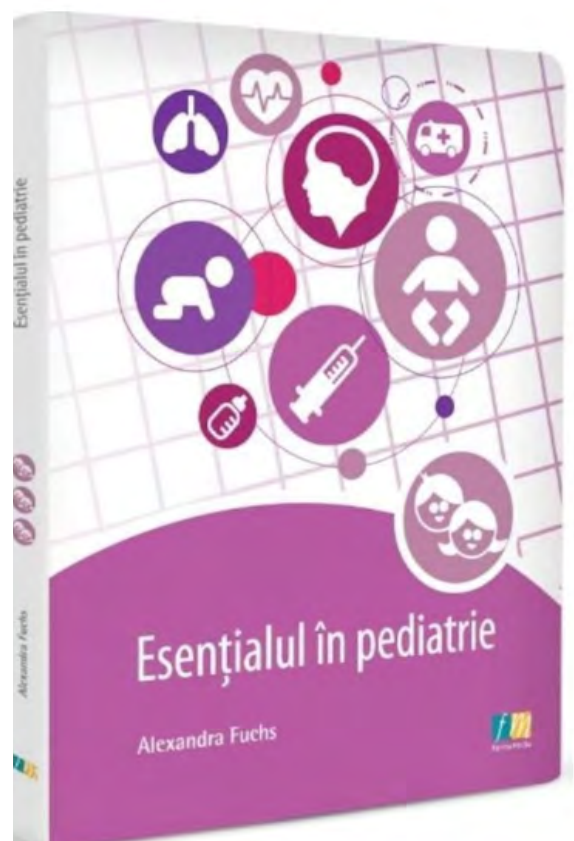
Esențialul în pediatrie

Autor: Alexandra Fuchs,

Editura Farmamedia - ediția 2017

Un volum deosebit de util în practica clinică de zi cu zi pentru toți profesioniștii din domeniul pediatriei.

Autoarea prezintă elementele de bază ale disciplinei într-un mod alert, folosind tabele relevante și algoritmi.



Medicină, nutriție și bună dispoziție

Autor: Dr Simona Tivadar,
Editura Humanitas, 2017



DR. SIMONA TIVADAR
MEDICINĂ, NUTRIȚIE
ȘI BUNĂ DISPOZIȚIE

HUMANITAS

Citând-o pe autoare, Dr. Simona Tivadar, o carte “despre biologia și funcționarea corpului omenesc, despre biochimie și alimente, despre adevărurile verificabile și fanteziile imposibil de reprodus promovate de medicina alternativă... Am scris așa cum vorbesc de obicei, zâmbind, fiindcă și eu cred că «glumind putem spune orice, chiar și adevărul» (Sigmund Freud).

O carte care aș vrea să-ți descrețească fruntea și să te facă să râzi din toată inima, fiindcă – știi ceva? – râsul împreună cu doctorul de nutriție nu îngrașă!”

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.