

eAsistent.ro

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

MARTIE 2024



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

Între educație și sănătate există o strânsă legătură 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Cancerul de prostată - ce este important de știut? 7

EVENIMENT

Ziua Internațională de Conștientizare a Infecției cu HPV: 4 martie 18

INTERVIU

Ce se întâmplă după ce renunți la fumat? 22

ISTORIE

Accidentul vascular cerebral în antichitatea greacă și musulmană și o serie de mituri care persistă și astăzi 28

LUMEA MEDICALĂ

Expunerea cronică la particule fine și riscurile legate de principalele boli cardiovasculare sau respiratorii 39

CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Cultura organizațională – analiză conceptuală 47

CĂRȚI MEDICALE

Mayo Clinic despre sănătatea prostatei, ediția a 3-a: Răspunsuri la întrebări despre mărirea prostatei, inflamație și cancer de Derek J. Lomas și Paras S. Shah, Ed Paperback, 2022 54

Tratamentul HPV: Înțelegerea principiilor fundamentale ale HPV și vindecarea negilor genitali atât din punct de vedere fizic, cât și emoțional, de Bowe Parker, Ed. Bowe Parker 2014 56

Curajul de a nu fi apreciat de Ichiro Kishimi și Fumitake Koga, Ed. Allen&Unwin, 2019 58

ECHIPA EDITORIALĂ 60

Foto copertă: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/319460>



Între educație și sănătate există o strânsă legătură

Corelația pozitivă dintre educație și sănătate este demonstrată de diverse studii¹ și în mai multe discipline ca de exemplu: sănătatea publică, studiile privind educația în domeniul sănătății

¹ <https://academic.oup.com/heapro/article/26/2/163/594426>

și educația pentru sănătate, sociologia și economia sănătății.

Cu toate că fiecare disciplină interpretează rolul educației și mecanismul prin care se explică corelația cu sănătatea într-un mod diferit, în general, ele ajung la concluzia că educația poate crește eficiența acțiunilor care au ca scop să ne protejeze propria sănătate, poate contribui la o mai bună alocare a resurselor spre propria sănătate sau, pentru că persoana cu un nivel mai ridicat de educație devine mult mai orientată spre viitor, persoana ajunge și să investească mai mult și în propria sănătate. Alții autori vorbesc despre faptul că persoanele educate au mai multe șanse de a fi angajate, ceea ce este mai bine pentru propria sănătate față de cazul șomerilor.

Un nivel de educație mai ridicat este, de asemenea, asociat cu potențialul de a obține un venit mai mare, care permite achiziționarea de servicii medicale și finanțarea unor obiceiuri sănătoase. În sociologie, educația este văzută ca o sursă de resurse socio-psihologice și, de asemenea, este asociată cu stiluri de viață sănătoase. În domeniul sănătății publice, persoanele mai educate au tendința de a prefera obiceiurile sănătoase sau de a le evita pe cele nesănătoase, iar educația este o componentă-cheie a culturii sanitare. În abordările privind sănătatea industrială, tipul de loc de muncă este, de asemenea, relevant, deoarece probabilitatea de a întâlni pericole în mediul fizic de lucru influențează sănătatea, iar cei cu un nivel de educație mai ridicat au mai multe șanse să lucreze într-un mediu mai sigur.

Chiar dacă studiile nu se pun de acord care este de fapt mecanismul cauzal (și probabil că nu o vor putea face, pentru că fiecare are propria manieră de a privi problema), adevărul este o combinație a tuturor acestora și duce la o concluzie simplă: educația și sănătatea merg mână în mână.

Plecând de la acest adevăr, următoarea întrebare de bun simț este: ne putem baza că fiecare persoană își poate construi auto-didactic propriul sistem de educație pentru sănătate, în funcție de propria educație și capacitate de a discerne între ceea ce face bine propriei sănătăți și ce nu, sau ar trebui să gândim mult mai strategic aceste

acțiuni de educație pentru sănătate?

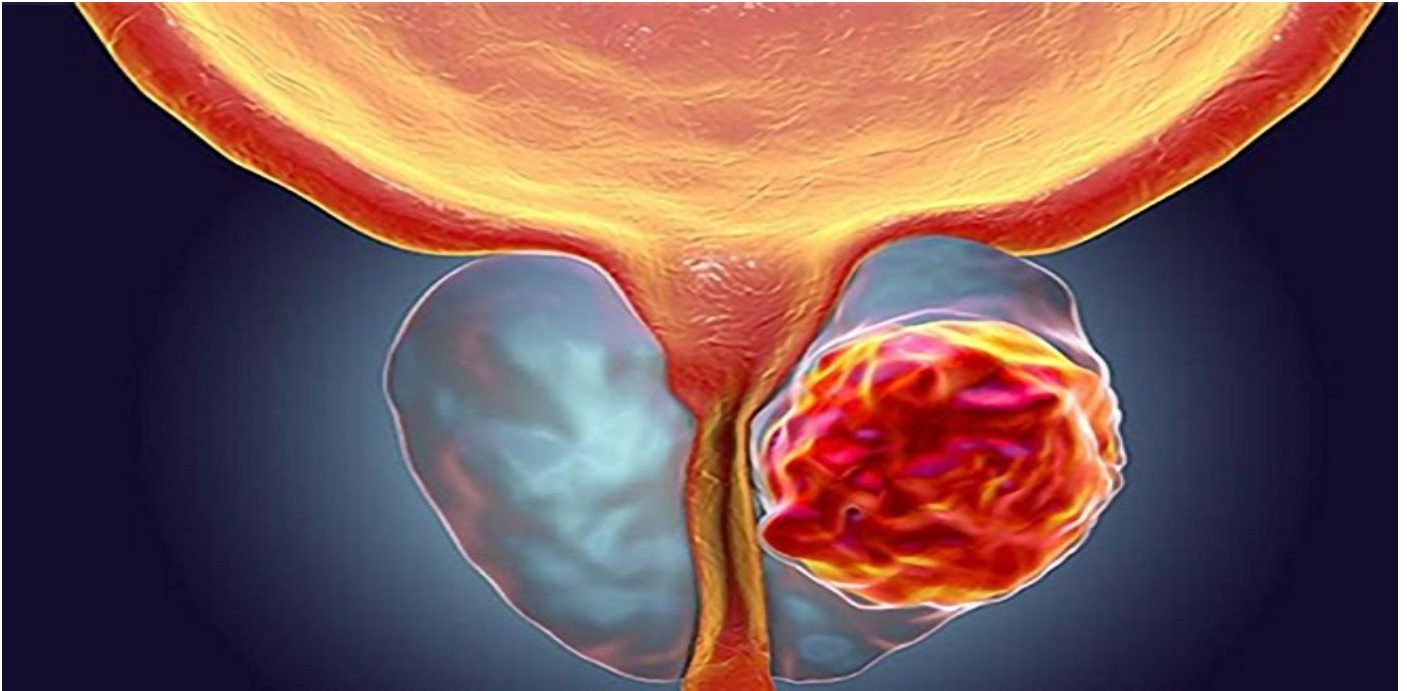
Ne putem aștepta ca un copil care este expus la informații și modele pe care nu le poate judeca singur, fie în mediul online, fie în cel social sau familial, să-și formeze singur atitudini și comportamente sanogene? Sau ar trebui să ne gândim că este nevoie ca educația pentru sănătate să fie făcută ca disciplină obligatorie și bine susținută în toate școlile din România?

Poate ar merita să ne uităm la exemplele din alte țări ale Uniunii Europene, unde marea majoritate a statelor membre au inclus în curriculum-ul școlar educația pentru sănătate, cu participare obligatorie.

Probabil ele o fac pentru că au înțeles și că este mult mai eficient să ai o populație educată și în ceea ce privește sănătatea, dacă vrei ca societate să ai o populație mai sănătoasă și un sistem în care sunt mai puține inegalități, de exemplu, pentru copiii din medii sociale dezavantajate.

Dincolo de această temă importantă de reflecție și acțiune, vă încurajez să citiți articolele lunii martie din revistă și vă trimit, ca de fiecare dată, cele mai bune gânduri.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București



Cancerul de prostată - ce este important de știut?

Timp aprox. de lectură: 10 minute

S-a estimat că, în țările UE-27, în 2020, cancerul de prostată reprezintă 23,2% din toate cazurile noi de cancer (cu excepția cancerelor cutanate nemelanomatoase) diagnosticate la bărbați și 9,9% din toate decesele cauzate de cancer la bărbați.

Acest lucru îl face să fie cel mai frecvent cancer care apare la bărbați și a treia cauză de deces prin cancer la bărbați - după cancerul pulmonar și cancerul colorectal. La bărbații americani, fără a include can-

cerul de piele, cancerul de prostată este cel mai frecvent cancer.

În România, cancerul de prostată este cel mai frecvent întâlnit tip de cancer în rândul bărbaților de peste 50 de ani. Din datele oficiale, există în jur de 5.000 de cazuri noi pe an.

Dar bărbații pot avea și alte modificări ale prostatei care nu sunt cancer.

Prostatita

Este o inflamație a glandei prostatei care poate rezulta dintr-o infecție bacteriană. Afectează cel puțin jumătate dintre bărbați la un moment dat în timpul vieții lor. Faptul că aveți această afecțiune nu crește riscul de a suferi de alte boli de prostată.

Simptomele prostatitei pot fi: dificultăți la urinare; senzație de arsură sau de usturime sau durere la urinare; nevoie puternică și frecventă de a urina, chiar și atunci când există doar o cantitate mică de urină; frisoane și febră mare; dureri de spate sau dureri de corp; dureri în partea de jos a abdomenului, în zona inghinală sau în spatele scrotului; presiune sau durere rectală; scurgeri uretrale cu mișcări intestinale; senzație de pulsație genitală și rectală; probleme sexuale și pierderea apetitului sexual.

Prostatita bacteriană acută

Acest tip este cauzat de o infecție bacteriană care apare brusc. Simptomele includ frisoane severe și febră. Adesea există sânge în urină. Nivelul testului PSA poate fi mai mare decât în mod normal. Trebuie să mergeți la cabinetul medicului urolog sau la camera de urgență pentru tratament.

Este cel mai puțin frecvent dintre cele patru tipuri, dar este cel mai ușor de diagnosticat și de tratat. Cele mai multe cazuri pot fi vinde-

cate cu o doză mare de antibiotice, administrată timp de 7 până la 14 zile, iar apoi doze mai mici timp de câteva săptămâni. De asemenea, este posibil să aveți nevoie de medicamente pentru a vă ajuta cu durerea sau disconfortul. Dacă nivelul PSA a fost ridicat, acesta va reveni probabil la normal odată ce infecția este eliminată.

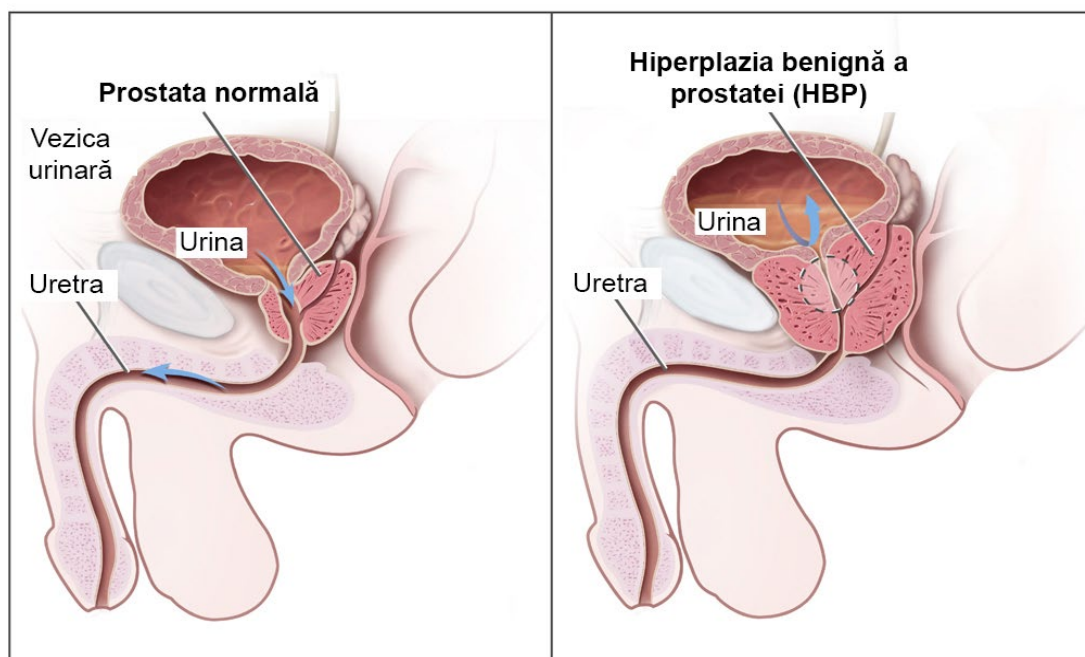
Prostatita bacteriană cronică

Cauzată tot de bacterii, acest tip de prostatită nu apare brusc, dar poate fi deranjant. Singurul simptom pe care îl puteți avea sunt infecțiile urinare care revin mereu. Cauza poate fi un defect al prostatei care permite bacteriilor să se adune în tractul urinar. Tratamentul cu antibiotice pe o perioadă mai lungă de timp este cel mai bun pentru acest tip. Tratamentul durează între 4 și 12 săptămâni. Acest tip de tratament rezolvă aproximativ 60 la sută din cazuri. Antibioticele pe termen lung, în doze mici, pot ajuta la ameliorarea simptomelor în cazurile care nu se vor elimina.

Prostatita cronică sau sindromul durerii pelviene cronice de durere

Se întâlnește la bărbații de orice vârstă, de la adolescenți până la vârstnici, iar simptomele sale pot apărea și dispărea fără avertisment. Poate exista durere sau disconfort în zona inghinală sau a vezicii urinare. Celulele care luptă împotriva infecției sunt adesea prezente, chiar dacă nu se găsesc bacterii.

Există mai multe tratamente diferite pentru această problemă, în funcție de simptomele pe care le aveți. Acestea includ medicamente antiinflamatorii și alte tratamente pentru controlul durerii, cum ar fi băile calde. Pot fi administrate și alte medicamente, cum ar fi alfa-blocantele care au rolul de a relaxa țesutul muscular din prostată pentru a facilita eliminarea urinei.



HBP (hiperplazie prostatică benignă)

Este o creștere anormală a celulelor. Rezultatul este că prostata se mărește. HBP nu este legată de cancer și nu crește riscul de a face cancer de prostată - totuși, simptomele pentru HBP și cancerul de prostată pot fi similare.

Simptomele HBP: dificultăți la începutul jetului de urină; eliminarea frecventă a urinei, în special noaptea; senzația că vezica urinară nu s-a golit complet; o nevoie puternică sau bruscă de a elimina urina; jet de urină slab sau lent; oprire și reluare de mai multe ori în timpul eliminării urinei; efort pentru a începe să elimine urina. În cel mai rău caz, HBP poate duce la: o vezică slabă, reflux de urină care provoacă infecții ale vezicii urinare sau ale rinichilor, blocarea completă a fluxului de urină și insuficiență renală.

HBP nu poate fi vindecată, dar medicamentele sau chirurgia pot ameliora adesea simptomele. Discutați cu medicul dumneavoastră despre cea mai bună variantă pentru dumneavoastră. Simptomele dvs. se pot schimba în timp, așa că asigurați-vă că îi spuneți medicului dvs. despre orice schimbări apărute. Bărbații cu simptome ușoare de

HBP care nu le consideră deranjante aleg adesea această abordare. Așteptarea atentă înseamnă să faceți controale anuale.

Tratamentul este început doar dacă simptomele devin o problemă prea mare. **Dacă alegeți așteptarea atentă, acești pași simpli pot ajuta la diminuarea simptomelor dumneavoastră:** limitați consumul de alcool seara, în special al băuturilor cu alcool sau cofeină; goliți vezica până la capăt atunci când eliminați urina; folosiți des toaleta și nu așteptați perioade lungi de timp fără să eliminați urina; unele medicamente pot agrava simptomele HBP, așa că discutați cu medicul sau farmacistul dumneavoastră despre orice medicament pe care îl luați, cum ar fi medicamente pentru răceală și tuse, antidepresive, medicamente pentru tensiune arterială.

Mulți bărbați cu simptome ușoare până la moderate de HBP au ales tratamentele medicamentoase în locul intervenției chirurgicale. Sunt utilizate două tipuri principale de medicamente: un tip relaxează mușchii din apropierea prostatei, iar celălalt tip micșorează glanda prostatică. Unele dovezi arată că administrarea ambelor medicamente împreună poate funcționa cel mai bine pentru a împiedica agravarea simptomelor HBP.

Alfa-blocantele sunt medicamente care ajută la relaxarea mușchilor din apropierea prostatei pentru a reduce presiunea și a permite urinei să curgă mai liber, dar nu reduc dimensiunea prostatei. Pentru mulți bărbați, aceste medicamente pot îmbunătăți fluxul de urină și pot reduce simptomele HBP în câteva zile. Posibilele efecte secundare includ amețeli, dureri de cap și oboseală.

Inhibitorii de 5 alfa-reductază sunt medicamente care ajută la micșorarea prostatei. Ei ameliorează simptomele prin blocarea activității unei enzime cunoscută sub numele de 5-alfa reductază. Această enzimă transformă testosteronul, hormonul masculin, în dihidrotestosteron (DHT), care stimulează creșterea prostatei. Atunci când acțiunea 5-alfa reductazei este blocată, producția de DHT este redusă și creșterea prostatei încetinește. Acest lucru ajută la micșorarea prostatei, la reducerea blocajului și la limitarea necesității unei intervenții chi-

rurgicale.

Deși datorită tratamentelor numărul operațiilor de prostată a scăzut de-a lungul anilor, operațiile pentru HBP sunt încă printre cele mai frecvente intervenții chirurgicale pentru bărbații americani.

Intervenția chirurgicală este utilizată atunci când simptomele sunt severe sau când terapia medicamentoasă nu a funcționat bine. Recomandarea este să discutați opțiunile cu medicul dumneavoastră și să întrebați despre potențialele beneficii și riscuri pe termen scurt și lung cu fiecare procedură.

Cancerul de prostată

Înseamnă că în țesuturile prostatei se formează celule canceroase. Cancerul de prostată tinde să se dezvolte lent, în comparație cu majoritatea celorlalte tipuri de cancer. Modificările celulare pot începe cu 10, 20 sau chiar 30 de ani înainte ca o tumoare să devină suficient de mare pentru a provoca simptome. În cele din urmă, celulele canceroase se pot răspândi (metastaza). În momentul în care apar simptomele, cancerul poate fi deja avansat.

Până la vârsta de 50 de ani, foarte puțini bărbați prezintă simptome de cancer de prostată, dar este posibil să fie prezente unele celule precanceroase sau canceroase. Mai mult de jumătate dintre bărbații americani au un anumit tip de cancer în glandele prostatei până la vârsta de 80 de ani. Cele mai multe dintre aceste cancere nu pun niciodată probleme. Este posibil ca acestea să nu provoace niciodată simptome sau să nu devină o amenințare serioasă pentru sănătate.

Simptomele cancerului de prostată sunt: dificultăți la urinare; nevoie frecventă de a urina, mai ales noaptea; flux de urină slab sau întrerupt; durere sau arsură la urinare; sânge în urină sau în spermă; ejacularea dureroasă; dureri persistente în spate, șolduri sau pelvis.

Așa cum aminteam și mai devreme, simptomele enumerate mai sus pot fi cauzate și de modificări benigne ale prostatei sau de alte pro-

bleme de sănătate. Cancerul de prostată se poate răspândi la ganglionii limfatici din pelvis. Sau se poate răspândi în restul corpului. El tinde să se răspândească la oase. Astfel, durerea osoasă, în special în spate, poate fi un simptom al cancerului de prostată avansat.

Există și o serie de factori de risc care au fost legați de cancerul de prostată. Faptul că aveți unul sau mai mulți factori de risc nu înseamnă că veți face cancer de prostată. Înseamnă doar că riscul de a face boala este mai mare.

1. **Vârsta.** Bărbații care au 50 de ani sau mai mult au un risc mai mare de cancer de prostată.
2. **Antecedente familiale.** Bărbații ai căror tați sau frați au avut cancer de prostată au un risc de 2 până la 3 ori mai mare de cancer de prostată față de bărbații care nu au antecedente familiale ale bolii. Un bărbat care are 3 membri apropiați ai familiei cu cancer de prostată are un risc de aproximativ 10 ori mai mare decât un bărbat care nu are un istoric familial de cancer de prostată.
3. **Dieta.** Riscul de cancer de prostată poate fi mai mare pentru bărbații care au o dietă bogată în grăsimi.

Așadar, vă puteți reduce riscul de cancer de prostată dacă: alegeți o dietă sănătoasă, plină de fructe și legume; alegeți alimente sănătoase în locul suplimentelor; faceți exerciții fizice în majoritatea zilelor săptămânii și mențineți o greutate sănătoasă.

Cele mai utile teste de depistare sunt cele care s-au dovedit a reduce riscul unei persoane de a muri de cancer. În prezent se desfășoară studii de cercetare de mare anvergură, cu mii de bărbați, pentru a studia testarea pentru cancerul de prostată. Institutul Național de Cancer din SUA studiază combinația dintre antigenul prostatic specific (testul PSA) și examenul digital rectal (DRE) ca o modalitate de a obține rezultate mai precise.

Examenul digital rectal (DRE) este o modalitate standard de verificare a prostatei. Cu un deget înmănușat și lubrifiat, medicul dumneavoastră simte prostata din rect. Testul durează aproximativ 10-15 secun-

de. Acest examen verifică: mărimea, fermitatea și textura prostatei; orice zone dure, noduli sau creșteri care se răspândesc dincolo de prostată și orice durere cauzată de atingerea sau apăsarea prostatei. DRE permite medicului să simtă doar o singură parte a prostatei.

PSA este o proteină produsă de celulele prostatei. În mod normal, este secretată în canalele din prostată, unde ajută la producerea spermei, dar uneori se scurge în sânge. Atunci când PSA se află în sânge, poate fi măsurat cu un test de sânge numit testul PSA. În cazul cancerului de prostată, în sânge ajunge mai mult PSA decât este normal. Cu toate acestea, un nivel ridicat de PSA în sânge nu este o dovadă a cancerului și multe alte lucruri pot cauza un rezultat fals pozitiv al testului. De exemplu, nivelul PSA din sânge este adesea crescut la bărbații cu prostatită. Chiar și lucrurile care deranjează glanda prostatică - cum ar fi mersul pe bicicletă sau pe motocicletă, sau efectuarea unui DRE, un orgasm în ultimele 24 de ore, o biopsie de prostată sau o operație de prostată - pot crește nivelul PSA.

De asemenea, unele glande prostatice produc în mod natural mai mult PSA decât altele. Nivelul PSA crește odată cu vârsta. Iar unele medicamente pot face ca nivelul PSA al unui bărbat să scadă.

Testele PSA sunt adesea folosite și pentru a urmări bărbații după tratamentul cancerului de prostată și pentru a verifica dacă există semne de recidivă a cancerului.

Nu se știe încă cu certitudine dacă testarea PSA pentru depistarea cancerului de prostată poate reduce riscul unui bărbat de a muri din cauza bolii. Cercetătorii lucrează pentru a afla mai multe despre capacitatea testului PSA de a-i ajuta pe medici să facă diferența între cancerul de prostată și problemele benigne ale prostatei, precum și despre cel mai bun lucru de făcut dacă un bărbat are un nivel ridicat de PSA. Deocamdată, bărbații și medicii lor folosesc citirile PSA de-a lungul timpului ca un ghid pentru a vedea dacă este nevoie de mai multă urmărire.

Dacă simptomele sau rezultatele testelor sugerează cancer de pros-

tată, medicul trimite pacientul la un specialist (urolog) pentru o biopsie de prostată. Pentru o biopsie, se prelevează probe mici de țesut direct din prostată. Medicul va lua probe din mai multe zone ale prostatei. Acest lucru poate ajuta la scăderea riscului de a rata orice zonă a glandei care ar putea avea celule canceroase. La fel ca și alte tipuri de cancer, cancerul de prostată poate fi diagnosticat doar prin examinarea țesutului la microscop. Majoritatea bărbaților cărora li se fac biopsii în urma examenelor de depistare a cancerului de prostată nu au cancer.

Bărbații cu cancer de prostată localizat se confruntă cu o serie de opțiuni de tratament, inclusiv prostatectomia radicală, radioterapia cu sau fără terapie de deprivare de androgeni și supravegherea activă. Este important să se înțeleagă rezultatele funcționale probabile ale fiecărui tratament în timp, deoarece se așteaptă ca majoritatea pacienților să trăiască cel puțin 15 ani după diagnosticare.

O cercetare relativ recentă publicată la 23 ianuarie în JAMA analizează rezultatele funcționale ale unui studiu populațional al bărbaților diagnosticați cu cancer de prostată localizat. Pentru cercetarea lor, specialiștii de la Universitatea Vanderbilt din Nashville, Tennessee au analizat funcția sexuală, sănătatea urinară, funcția intestinală, funcția hormonală și alte rezultate la o cohortă urmărită timp de 10 ani. Dintre cei 2455 de pacienți pentru care au fost disponibile date la 10 ani, 1877 au fost considerați la momentul inițial ca având un prognostic favorabil (definit ca fiind cT1-cT2bN0M0, nivel de antigen specific prostatic mai mic de 20 ng/mL și grup de grade 1-2), iar 568 aveau cancer de prostată cu prognostic nefavorabil (definit ca fiind cT2cN0M0, nivel de antigen specific prostatic de 20-50 ng/mL sau grup de grade 3-5). Datele de urmărire au fost colectate prin chestionar până la 1 februarie 2022. Bărbații din studiu au fost toți mai tineri de 80 de ani, iar trei sferturi dintre ei erau albi.

La 10 ani, rezultatele au fost diferite în funcție de perioada de timp care a trecut de la diagnosticare (de exemplu, au constatat rezultate diferite la urmărirea la 3 și 5 ani) și de tratamentul pe care l-a primit

pacientul. În rândul bărbaților cu prognostic favorabil la diagnostic, 20% au fost supuși unei supravegheri active timp de cel puțin 1 an, în timp ce 56% au primit prostatectomie radicală, 19% au beneficiat de radioterapie cu fascicule externe (EBRT) fără ADT și 5% au beneficiat de brahiterapie. Aproape o treime dintre bărbații care au optat inițial pentru supraveghere au continuat să fie supuși unei intervenții terapeutice până la 10 ani.

Pentru pacienții cu un prognostic favorabil, rezultatele confirmă faptul că *"supravegherea activă este o opțiune excelentă, deoarece evită efectele asociate cu celelalte tratamente"*. În cele din urmă, a spus Dr. Al Hussein Al Awamlh, coordonatorul studiului *"aceasta este o problemă legată de preferințele pacienților. Este important ca pacienții să înțeleagă modul în care sunt afectate diferite funcții și să decidă ce este mai bine pentru ei - cu ce pot trăi și cu ce nu, cu condiția ca toate opțiunile să fie sigure din punct de vedere oncologic"*. Noile descoperiri, a declarat Dr. Litwin, MD, de la Universitatea din California, Los Angeles, *"sunt esențiale pentru a arăta că majoritatea bărbaților cu cancer de prostată nu mor din cauza acestuia; prin urmare, efectele asupra calității vieții sfârșesc prin a fi problemele cheie în luarea deciziilor."*

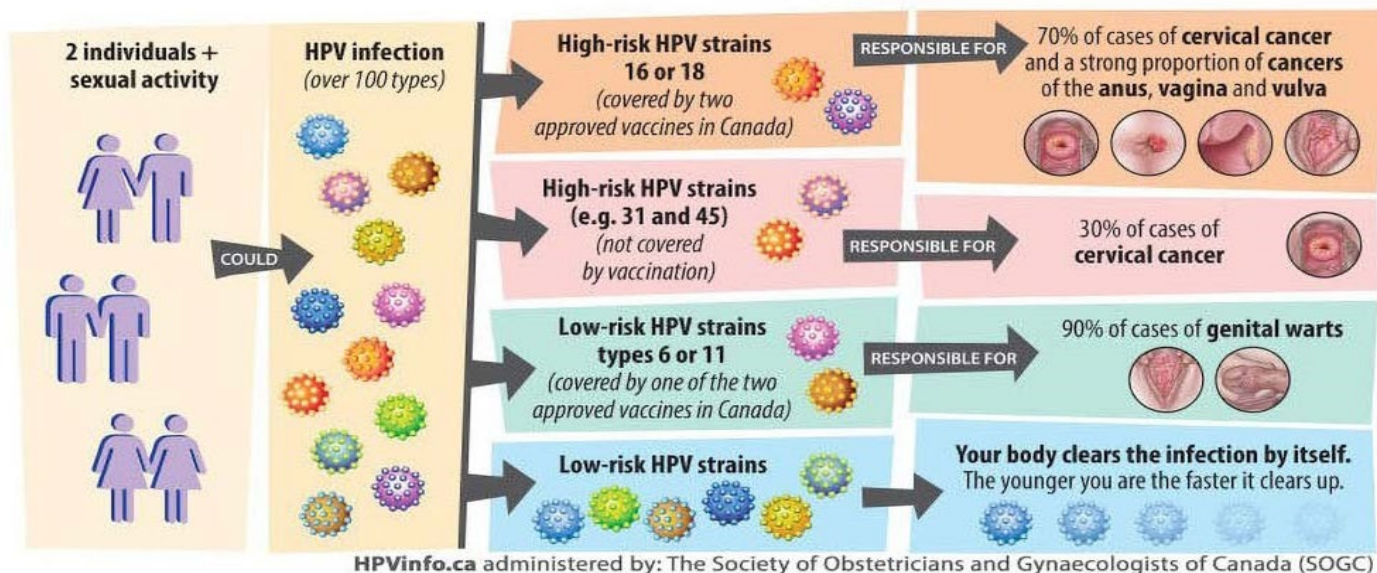
Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. <https://visitors-centre.jrc.ec.europa.eu/en/media/infographics/prostate-cancer-burden-eu-27>
2. Understanding Functional Outcomes in Prostate Cancer (<https://www.medscape.com/s/viewarticle/understanding-functional-outcomes-prostate-cancer-2024a10001t2>)
3. What Is Prostate Cancer? | https://www.cdc.gov/cancer/prostate/basic_info/what-is-prostate-cancer.htm

4. What Are the Symptoms of Prostate Cancer? | https://www.cdc.gov/cancer/prostate/basic_info/symptoms.htm
5. Prostate Cancer Health Tips | <https://www.cdc.gov/cancer/prostate/prostate-cancer-health-tip-sheet.htm>
6. Prostate cancer - Symptoms and causes - Mayo Clinic <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/prostate-cancer/symptoms-causes/syc-20353087>
7. Understanding Prostate Changes - NCI (<https://www.cancer.gov/types/prostate/understanding-prostate-changes>)
8. Sursa foto 1: <https://www.cancercuretoday.com/prostate-cancer/>
9. Sursa foto 2: <https://www.cancer.gov/types/prostate/understanding-prostate-changes>

How do you get HPV?



Ziua Internațională de Conștientizare a Infecției cu HPV: 4 martie

Timp aprox. de lectură: 5 minute

Datele disponibile ne arată că infecția cu HPV cauzează aproximativ 5% din totalul cazurilor de cancer la nivel mondial și aproximativ 2,5% din totalul cazurilor de cancer din Europa, iar 87.000 de cazuri de cancer la nivelul întregii regiuni europene a

Organizației Mondiale a Sănătății sunt cauzate de infecția cu HPV.

Cea mai comună afecțiune oncologică asociată infecției cu HPV este cancerul de col uterin, dar acest virus este implicat și în cancere mult mai rar întâlnite, precum cele ale organelor genitale (penis, vagin, vulvă), cancerele anale, precum și unele cancere de la nivelul capului și gâtului.

Dacă ne uităm la țările Uniunii Europene (UE), în anul 2022, cancerul de col uterin a reprezentat al treilea cel mai des întâlnit cancer în rândul femeilor din categoria de vârstă activă, 15 – 49 de ani. În UE, rata de incidență standardizată în funcție de vârstă a cancerului de col uterin variază considerabil, de la cea mai mică - 5,2 cazuri la 100.000 de locuitori de sex feminin în Malta, la cea mai mare - **32,6 cazuri la 100.000 de locuitori de sex feminin în România**.

În aceste condiții, Organizația Mondială a Sănătății a definit o strategie globală de eliminare a cancerului de col uterin care își propune: o viziune a unei lumi în care cancerul de col uterin este eliminat ca o problemă de sănătate publică.

Aceasta implică un prag de **4 la 100 000 de femei/an** bazat pe următoarele **obiective care trebuie îndeplinite până în 2030**, pentru ca țările să fie **pe calea eliminării cancerului de col uterin**:

- 90% dintre fete complet vaccinate cu vaccinul HPV până la vârsta de 15 ani.
- 70% dintre femei sunt depistate cu un test de înaltă performanță până la vârsta de 35 de ani și din nou până la 45 de ani.
- 90% dintre femeile identificate cu boală de col uterin primesc tratament (90% dintre femeile cu pre cancer tratate și 90% dintre femeile cu cancer invaziv gestionate).

În ceea ce privește situația din România, o serie de măsuri urmăresc să o îmbunătățească prin creșterea accesului la vaccinarea anti-HPV. De exemplu, din luna decembrie 2023, vaccinarea împotriva

infecțiilor cu HPV se poate face în regim compensat extins, astfel¹ : 100% pentru fete și băieți cu vârsta între 11 și 18 ani, pe baza unei rețete compensate eliberată de medici de toate specialitățile, aflați în contract cu casele de asigurări de sănătate; 50% pentru femeile cu vârsta între 19 și 45 de ani, pe baza unei rețete compensate eliberată de medici de toate specialitățile, aflați în contract cu casele de asigurări de sănătate.

Cu toate acestea și în pofida unei tendințe ușor îmbunătățite de acceptare în ultimii ani, rata de vaccinare anti-HPV în țara noastră rămâne la un nivel suboptim raportat la țintele propuse în Planul Național pentru Prevenirea și Combaterea Cancerului (30% în anul 2025 și 40% în anul 2030) și cu atât mai mult față de Planul European de Combatere a Cancerului (care susține țintele OMS de eliminare a cancerelor cauzate de infecția cu HPV prin creșterea ratelor de vaccinare anti-HPV până la 90%).

Iată de ce intervenții suplimentare merită inițiate. În acest sens, merită amintit faptul că România ar putea accesa finanțări ce sunt puse la dispoziția țărilor membre de Comisia Europeană pentru a susține creșterea ratelor de vaccinare împotriva HPV și care ar putea-o ajuta să părăsească această **nefastă primă poziție în rândul statelor din Uniunea Europeană, în ceea ce privește incidența și mortalitatea provocată de cancerul de col uterin.**

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. <https://www.statnews.com/2023/11/08/hpv-vaccines-cancer-screenings/>
 2. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem (<https://www.who.int/publications/i/>)
- 1 Monitorul Oficial al României, Partea I, Nr. 1082/29.XI.2023, protocolul terapeutic corespunzător poziției nr. 355 cod (J07BM03): DCI VACCIN PAPILOMAVIRUS

item/9789240014107)

3. HPV Awareness Day 2024 | International HPV Awareness Day HPV Campaign (<https://www.askabout HPV.org/>)
4. EU Science Hub. 2020 Cancer incidence and mortality in EU-27 countries. <https://ec.europa.eu/jrc/en/news/2020-cancer-incidence-and-mortality-eu-27-countries>;
5. ANNEX to the Commission Implementing Decision on the financing of the Programme for the Union's action in the field of health ('EU4Health Programme') and the adoption of the work programme for 2024, C(2023) 8524 final (2023) European Commission. pp 15-18. Available at: https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-12/funding_c_2023_8524_annex1_en.pdf
6. De Martel C, Ferlay J, Franceschi S, et al. 2012. "Global burden of cancers attributable to infections in 2008: A review and synthetic analysis". Lancet Oncology 2012; 13(6):607-615. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22575588>;
7. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php>
8. Sursa foto: » Get the correct facts about HPV (<https://tbrhsc.net/get-the-correct-facts-about-hpv/>)



Ce se întâmplă după ce renunți la fumat?

Timp aprox. de lectură: 7 minute

Potrivit unui studiu recent, efectele fumatului asupra unei persoane care a renunțat la acest obicei continuă să afecteze în mod negativ răspunsul său imunitar.

De zeci de ani ești sfătuit, dacă fumezi, să renunți la fumat și, dacă nu fumezi, să nu începi niciodată. Însă, chiar și pentru cei care renunță la fumat, datele din acest nou studiu sugerează că fumatul ar putea fi chiar mai rău decât am crezut.

Studiul, care a fost publicat în luna februarie în revista *Nature*, are ca principală concluzie faptul că fumatul are efecte nocive asupra răspunsurilor imunitare mult mai îndelungate decât se știa până acum.

Persoanele care au renunțat la fumat și-au recăpătat în scurt timp funcția normală a sistemului lor imunitar de a organiza răspunsul general rapid la bacterii sau viruși. Dar cercetătorii au descoperit și că sistemul de apărare mai lent, dar mai bine direcționat al celulelor T adaptative, nu reacționează atât de bine și de repede, după renunțarea la fumat, la agenții patogeni întâlniți în trecut.

"Am putut observa că efectul fumatului activ asupra răspunsurilor inflamatorii la stimularea bacteriană s-a estompat atunci când indivizii au renunțat la fumat", a declarat reporterilor autorul principal al studiului, Darragh Duffy de la Institutul Pasteur, despre răspunsul înnăscut. "În schimb, efectul asupra răspunsului celulelor T a fost menținut timp de mulți ani după ce indivizii au renunțat la fumat".

Rezultatele au fost obținute în cadrul proiectului Milieu Intérieur, un studiu pe termen lung efectuat pe persoane sănătoase din Franța care explorează impactul factorilor de mediu asupra răspunsurilor imunitare. În cadrul studiului, 1.000 de participanți au răspuns la chestionare cu privire la 136 de alimente, stil de viață, factori demografici și socioeconomi. De asemenea, respondenții au dat probe de sânge pentru teste de laborator în cadrul cărora cercetătorii au stimulat producția a 13 citokine, molecule implicate în apărarea imunitară a organismului, ca răspuns la 12 proteine active în infecțiile microbiene și virale.

Potrivit concluziilor sale, trei factori s-au evidențiat ca fiind importanți în modul în care au variat răspunsurile imunitare: fumatul, indicele de masă corporală și infecția cu citomegalovirus (un membru al familiei herpesului).

Persoanele care au fumat au avut răspunsuri inflamatorii crescute, dar aceste niveluri mai ridicate au fost tranzitorii, scăzând după renunțarea la fumat. Însă efectele asupra răspunsului adaptativ au

persistat timp de mulți ani după ce au renunțat la fumat și au modificat nivelurile citokinelor eliberate după infecții sau alte provocări imunitare.

Studiul este catalogat drept "revelator" de William Schaffner, medic, epidemiolog și profesor de boli infecțioase la Centrul Medical al Universității Vanderbilt, SUA. Într-un interviu pentru publicația STAT a declarat:

"Știm cu toții că fumătorii sunt predispuși la anumite infecții. Însă nu este doar atât...Până acum am atribuit acest risc continuu deteriorării structurale a plămânilor. Este posibil să fie adevărat, dar acest studiu prezintă un motiv suplimentar pentru care oamenii sunt susceptibili ca după o perioadă de fumat să fie supuși unui risc crescut, și anume răspunsul lor imunitar adaptativ".

Pentru a-și explica rezultatele, cercetătorii de la Institutul Pasteur au pus fumatul pe seama schimbărilor epigenetice, în care un proces numit metilare modifică secvențele de ADN din nucleu, schimbând activarea sau dezactivarea anumitor gene. În cadrul studiului, fumatul a redus metilarea ADN-ului în anumite locuri implicate în procesele de semnalizare și în metabolism, ceea ce a avut un impact asupra acestor citokine și a modului în care acestea au răspuns la provocările imunitare.

"Acest lucru arată un exemplu al modului în care factorii de mediu pot avea consecințe pe termen lung prin modificări epigenetice care pot afecta expresia unor gene specifice din rețelele de gene, și modifică răspunsurile imune ale indivizilor expuși", a declarat presei Violaine Saint-André, autorul principal al studiului. "Este cam la același nivel cu efectul vârstei, al sexului sau al geneticii asupra unora dintre riscurile de boală. Adică, este considerabil".

Următorul pas al cercetătorilor va fi să urmărească mai departe această cohortă de persoane. Iar Darragh Duffy de la Institutul Pasteur a repetat mesajul de a nu fuma.

"Știm că fumatul este dăunător din mai multe puncte de vedere. Am

adăugat un nou nivel de înțelegere a modului în care poate avea consecințe negative asupra sănătății. De fapt, **cel bun moment din viața ta este cel în care nu începi să fumezi**. Dar dacă sunteți fumător, **cel mai bun moment pentru a vă opri este acum**."

Așadar, care sunt beneficiile renunțării la fumat?

Vestea bună este că renunțarea la fumat reduce semnificativ riscul de îmbolnăvire și deces. Riscurile scad și mai mult, cu cât o persoană se abține mai mult timp de la fumat. De fapt, unele studii spun că renunțarea la fumat înainte de vârsta de 40 de ani reduce cu aproximativ 90% riscul de a muri din cauza bolilor legate de fumat și încetinește procesul de îmbătrânire.

Iar lista include beneficii contra riscurilor:

- Cardiace: după 1 an de renunțare la fumat, riscul de a face un atac de cord scade brusc.
- De accident vascular cerebral: în 2-5 ani, riscul de accident vascular cerebral se reduce la jumătate față de cel al unui fumător.
- De cancer: Riscurile pentru cancerul gurii, gâtului, esofagului și vezicii urinare scad la jumătate, în termen de 5 ani de la renunțarea la fumat și în 10 ani, pentru cancerul pulmonar.

Dincolo de aceste beneficii pe termen mediu și lung, sunt de menționat și beneficiile imediate. Astfel, la scurt timp după ce au renunțat la fumat, oamenii experimentează următoarele beneficii pentru sănătate, care le pot îmbunătăți semnificativ calitatea vieții:

- respirația devine mai ușoară
- tusea și respirația șuierătoare zilnică se reduc, apoi dispar
- simțul gustului și al mirosului se ameliorează
- exercițiile fizice și activitățile devin mai ușoare
- circulația la nivelul mâinilor și picioarelor se îmbunătățește

Renunțarea la fumat: o călătorie diferită pentru fiecare persoană

Însă renunțarea la fumat este o călătorie diferită pentru fiecare persoană, iar ceea ce funcționează pentru o persoană nu va funcționa întotdeauna pentru o alta. Fiecare trebuie să vadă ce metodă funcționează cel mai bine în cazul său.

Ca sfaturi din practică, atunci când încercați să renunțați la fumat, vă poate ajuta:

- Să faceți liste de motive pentru care este o idee bună să vă lăsați de fumat. Citiți-le atunci când apare tentația de a fuma.
- Să folosiți o aplicație pentru a vă urmări progresul. Atingerea unor repere, cum ar fi o zi fără fumat, poate ajuta o persoană să se motiveze să continue.
- Încercați produsele de înlocuire a nicotinei. Plasturii de nicotină, guma și pastilele pot ajuta la reducerea poftei de fumat, făcând mai ușor să rezistați în orice moment.
- Să apelați la un specialist sau la o echipă de specialiști.

În acest sens, mulți oameni consideră că apelarea la un furnizor de asistență medicală pentru sprijin îi poate ajuta să renunțe definitiv la fumat. Un medic de specialitate poate prescrie medicamente ca terapie pentru persoanele care doresc să renunțe la fumat.

Un alt sfat util al psihologului clinician Cătălina Constantin, care este și director al Centrului Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog este *„Persoana care suferă de adicție trebuie să meargă la un specialist în sănătate mintală, la un psihiatru - cel mai adesea. Eu recomand ca primul pas pe care o persoană care suferă de adicție să îl facă este să meargă la psihiatru. Iar psihiatrul îl evaluează și prescrie sau nu tratament medicamentos, după care urmează intervențiile psihoterapeutului și intervențiile asistentului social - acolo unde este cazul - intervențiile făcute în comunitate: ambulator, serviciile de psihiatrie*

comunitară, pe care noi nu le avem încă, dar le vom avea.”

Ce merită să ținem minte, așadar, este că fumatul nu doar că dăunează aproape fiecărui organ din corp. El este dăunător pentru sănătatea generală a fumătorului și afectează în mod negativ răspunsul său imunitar. Așadar, acționați acum. Vă puteți reduce în mod semnificativ șansele de a vă îmbolnăvi de boli legate de fumat dacă renunțați cât mai curând la el.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. Smoking changes adaptive immunity with persistent effects | Nature <https://www.nature.com/articles/s41586-023-06968-8>
2. 'Revelatory' study finds a smoking impact that remains after quitting (<https://www.statnews.com/2024/02/14/smoking-hurts-immune-response-after-quitting-study/>)
3. Sursa foto: Five ways to quit smoking (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/319460>)
4. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/317956>
5. Poți renunța la dependența de fumat, alcool sau droguri doar cu multă voință sau este un mit? Psiholog: „Adicția e o boală psihică. Nu e vorba despre faptul că poți, dar nu vrei” - <https://www.hotnews.ro/stiri-sanatate-26924605-poti-renunta-dependenta-fumat-alcool-jocuri-noroc-sau-droguri-doar-multa-vointa-sau-este-mit-adictia-boala-psihica-nu-vorba-despre-faptul-poti-dar-nu-vrei.htm>
6. Cercetătorii au numit 8 măsuri prin care poate fi încetinit procesul de îmbătrânire - <https://www.hotnews.ro/stiri-sanatate-26663429-cercetatorii-numit-8-masuri-prin-care-poate-incetinit-procesul-imbatranire.htm>



Accidentul vascular cerebral în antichitatea greacă și musulmană și o serie de mituri care persistă și astăzi

Efortul colectiv al oamenilor de a înțelege creierul și boala sa comună, accidentul vascular cerebral, s-a întins pe parcursul mai multor secole, culturi și societăți.

Timp aprox. de lectură: 10 minute

Dintre aceștia, medicii antici greci și musulmani au adus la vremea lor contribuții importante la înțelegerea și gestionarea accidentului vascular cerebral.

Istoria medicinei este la fel de veche ca și omenirea însăși, dar descendența medicinei moderne începe din Europa antică. În secolele V-II î. e. n, filozofii greci Hipocrate, Aristotel și adepții lor, iar în secolul al II-lea e. n. Galen din Pergamum, și-au prezentat teoriile filozofice privind accidentul vascular cerebral. Acestea au influențat medicii și filozofii de mai târziu, până la începutul secolului al XV-lea e. n. Cu toate acestea, după moartea lui Galen, nu au mai existat alte inovații din partea filozofilor europeni.

Perioada cuprinsă între 800 și 1200 e. n. este considerată semnificativă în istoria lumii. Indicatorii de progres și dezvoltare în lumea antică s-au mutat din Europa, spre est. Istoricii numesc această perioadă ca fiind epoca de aur a islamului.

Printre medicii musulmani din acea epoca de aur a islamului s-au numărat Rhazes, Ibnisina, Haly Abbas, Maimonide și mulți alții. Ei au rafinat acele concepte vechi ale lui Hipocrate, Aristotel și Galen și au introdus altele noi. Cu toate acestea, ei nu au contestat miturile și principiile antice. Acești medici au scris cărți în care și-au explicat teoriile, detaliind cazurile lor clinice, nu numai în ceea ce privește accidentul vascular cerebral, ci și în multe alte domenii ale medicinei. De fapt, aceste cărți au fost predate în școlile medicale europene până în secolul al XVII-lea e.n.

Atât medicii antici greci, cât și cei musulmani, au încercat să definească clinic modul de recunoaștere a accidentului vascular cerebral. Aceștia considerau accidentul vascular cerebral ca fiind o afecțiune cu debut brusc, care lăsa pacientul nemișcat sau fără cuvinte. Putea exista o afectare severă a mișcărilor și a senzațiilor. În cazurile mai puțin grave, putea exista o slăbiciune unilaterală a corpului, cu sau fără câteva simptome premonitorii, cum ar fi amețeli, dureri de cap, scotome și amorțeală a membrelor. Ei știau că accidentul vascular cerebral putea duce la comă sau la probleme de respirație. De ase-

menea, ei au observat că apoplexia era legată de sângerarea în interiorul unui organ. Pulsul pacienților putea fi, de asemenea, slab, iar aceștia puteau avea venele jugulare umflate și vapoase, sediment urinar zgrunțuros sau granulat.

Putem spune că medicii musulmani, între anii 800 și 1200 d.Hr., au jucat un rol remarcabil, conservând și rafinând filozofiile greco-romane, formulând propriile teorii și ajungând la concluzii proprii, unele dintre acestea corespunzând modelelor noastre moderne legate de AVC. Aceștia au recunoscut importanța creierului ca sursă a simptomelor AVC, au propus natura vasculară a etiologiei AVC și au avut unele idei despre hemoragia intraventriculară și despre procesul de ateroscleroză. Strategiile lor de gestionare au fost acum eliminate, dar unele dintre medicamentele pe bază de plante pe care le foloseau se consideră a fi utile în gestionarea accidentului vascular cerebral chiar și astăzi.

Dincolo de importanța acestor elemente care au ajutat procesul de cunoaștere în domeniul medicinei, **o serie de mituri și concepții greșite despre accidentul vascular cerebral au rămas și persistă la nivelul publicului larg, iar ele merită clarificate.**

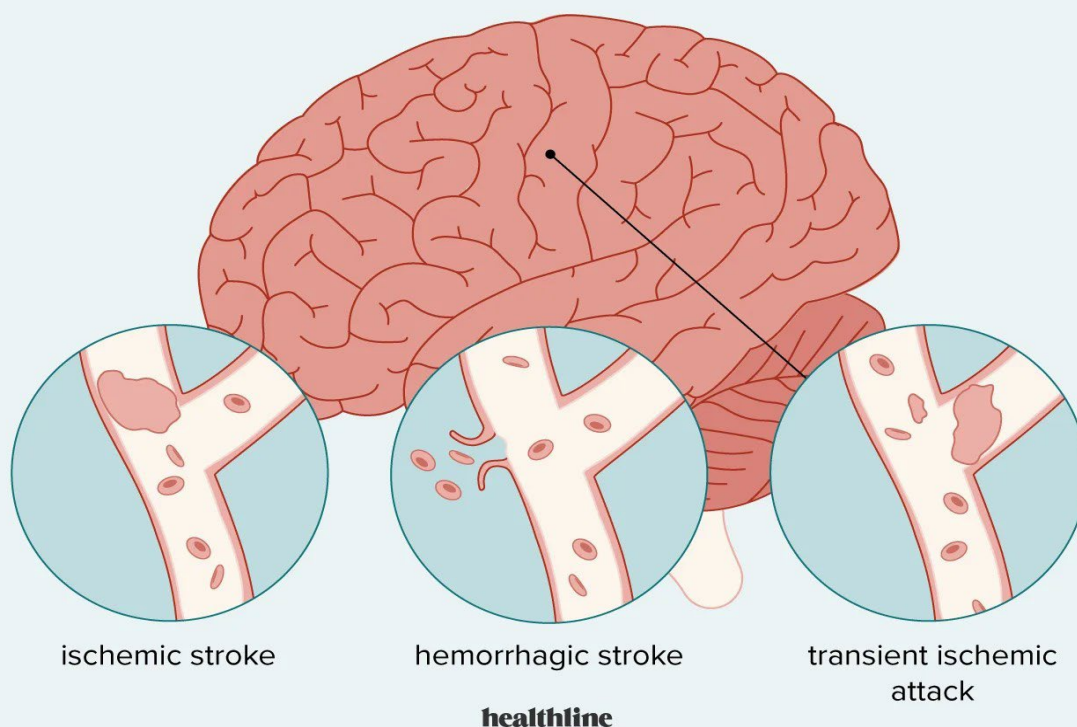
În 2019, accidentul vascular cerebral a fost a doua cauză principală de mortalitate la nivel mondial, reprezentând 11% din decesele înregistrate.

Există trei tipuri principale de accident vascular cerebral.

Primul și cel mai frecvent, care reprezintă 87% din cazuri, este **accidentul vascular cerebral ischemic**. Acesta apare atunci când fluxul de sânge prin artera care furnizează oxigen către creier se blochează.

Al doilea este un accident **vascular cerebral hemoragic**, cauzat de o ruptură într-o arteră din creier, care la rândul său deteriorează țesuturile din jur.

TYPES OF STROKES IN THE BRAIN



Cel de-al treilea tip de accident vascular cerebral este un **atac ischemic tranzitoriu**, care este uneori numit "mini-accident vascular cerebral". Acesta apare atunci când fluxul sanguin este blocat temporar la nivelul creierului, de obicei pentru cel mult 5 minute.

Deși accidentul vascular cerebral este foarte frecvent, acesta este adesea înțeles greșit. Iată ce clarificări a adus doctorul Rafael Alexander Ortiz, șeful secției de chirurgie neuro-endovasculară și neuro-radiologie intervențională de la Lenox Hill Hospital (SUA), întrebat de publicația [medicalnewsodanews.com](https://www.medicalnewsodanews.com) despre cele mai frecvente 10 mituri.

Mitul 1. Accidentul vascular cerebral este o problemă a inimii

"Unii oameni cred că accidentul vascular cerebral este o problemă

a inimii", a declarat Dr. Ortiz. Acest lucru este incorect. **Un accident vascular cerebral este o problemă a creierului, cauzată de blocarea sau ruperea arterelor sau a venelor din creier, și nu a inimii."**

Unii oameni confundă accidentul vascular cerebral cu un atac de cord, care este cauzat de un blocaj al fluxului sanguin către inimă, și nu către creier.

În realitate, deși riscul de accident vascular cerebral este legat de factorii de risc cardiovascular, accidentele vasculare cerebrale se produc la nivelul creierului, nu al inimii.

Mitul 2. Accidentul vascular cerebral nu poate fi prevenit

"Cei mai frecvenți factori de risc pentru accidentul vascular cerebral includ hipertensiunea, fumatul, colesterolul ridicat, obezitatea, diabetul, traumatismele la nivelul capului sau gâtului și aritmiile cardiace", a declarat Dr. Ortiz.

Mulți dintre acești factori de risc pot fi modificați prin stilul de viață. **Practicarea de exerciții fizice în mod regulat și o dietă sănătoasă pot reduce factorii de risc precum hipertensiunea, colesterolul ridicat, obezitatea și diabetul. Alți factori de risc includ consumul de alcool și stresul.** Dacă o persoană își reduce sau elimină aceste riscuri poate reduce, de asemenea, riscul său de accident vascular cerebral.

Mitul 3. Accidentul vascular cerebral nu este o boală "de familie"

Tulburările genetice unice, cum ar fi siclemia, sau boala celulelor secerătoare, cresc riscul unei persoane de a suferi un accident vascular cerebral.

Factorii genetici, inclusiv un risc mai mare de hipertensiune arterială și alți factori de risc cardiovascular, pot, de asemenea, crește indirect riscul de accident vascular cerebral.

Deoarece este probabil ca familiile să aibă aceleași stiluri de viață, factorii nesănătoși ai stilului de viață sunt susceptibili de a crește riscul de accident vascular cerebral în rândul membrilor familiei, mai ales atunci când sunt cuplați cu factorii de risc genetici.

Mitul 4. Simptomele accidentului vascular cerebral sunt greu de recunoscut

Cele mai frecvente simptome ale accidentului vascular cerebral sunt ușor de recunoscut și formează acronimul " B. E. F.A.S.T.":

B: Brusc dezechilibru. Pierderea bruscă a echilibrului sau a coordonării.

E: Episod de vedere încețoșată sau pierderea vederii la unul sau ambii ochi.

F: Fața "cade" - când o parte a feței devine amorțită și produce un "zâmbet" neuniform

A: Amorțirea sau slăbirea unui braț, care atunci când este ridicat, alunecă încet în jos

S: Slăbirea vorbirii sau dificultăți de vorbire

T: Timpul să sunați la 112

Simptomele accidentului vascular cerebral includ:

- amorțeală sau slăbiciune la nivelul feței, brațului, piciorului sau la o parte a corpului
- confuzie și probleme de vorbire sau de înțelegere a vorbirii
- dificultăți de vedere la unul sau la ambii ochi

- dificultăți la mers, inclusiv amețeli, pierderea echilibrului și a coordonării
- dureri de cap severe fără o cauză cunoscută.

Mitul 5. Accidentul vascular cerebral nu poate fi tratat

"Există o convingere greșită că accidentele vasculare cerebrale sunt ireversibile și nu pot fi tratate...Tratamentul de urgență al unui accident vascular cerebral cu injectarea unui medicament care distruge cheagurile, trombectomia mecanică minim invazivă pentru îndepărtarea cheagurilor sau intervenția chirurgicală pot inversa simptomele unui accident vascular cerebral la mulți pacienți, mai ales dacă aceștia ajung la spital suficient de devreme pentru terapie (în decurs de câteva minute sau ore de la debutul simptomelor)", a explicat Dr. Ortiz.

"Cu cât simptomele durează mai mult, cu atât este mai mică probabilitatea unui rezultat bun. Prin urmare, este esențial ca la debutul simptomelor de accident vascular cerebral - adică dacă apar probleme de vorbire, vedere dublă, paralizie sau amorțeală etc. - să fie chemată o ambulanță (112) pentru ca persoana să fie transportată la cel mai apropiat spital", a continuat el.

Cercetările arată, de asemenea, că cei care ajung în termen de 3 ore de la primele simptome au, de obicei, mai puține dizabilități la 3 luni după aceea decât cei care au ajuns mai târziu.

Mitul 6. Accidentul vascular cerebral apare numai la persoanele în vârstă

Vârsta este un factor de risc semnificativ pentru accidentul vascular cerebral. Riscul de accident vascular cerebral se dublează la fiecare 10 ani după vârsta de 55 de ani.

Cu toate acestea, **accidentele vasculare cerebrale pot apărea la orice vârstă.**

Un studiu care a examinat datele din sistemul de sănătate a constatat că 34% dintre spitalizările pentru AVC din 2009 au fost înregistrate la persoane cu vârstă sub 65 de ani.

O analiză din 2013 subliniază și ea că "aproximativ 15% din toate accidentele vasculare cerebrale ischemice apar la adulții tineri și la adolescenți".

Cercetătorii au observat că factorii de risc de accident vascular cerebral, inclusiv hipertensiunea, diabetul, obezitatea, tulburările lipidice și consumul de tutun, se numără printre cele mai frecvente afecțiuni coexistente în rândul acestui grup de vârstă.

Mitul 7. Toate accidentele vasculare cerebrale au simptome

Nu toate accidentele vasculare cerebrale au simptome. Mai mult, unele cercetări sugerează că accidentele vasculare cerebrale fără simptome sunt mult mai frecvente decât cele cu simptome.

Un studiu a constatat că din cele peste 11 milioane de accidente vasculare cerebrale din 1998, 770.000 au prezentat simptome, în timp ce aproape 11 milioane au fost silențioase.

Dovezile acestor așa-numite accidente vasculare cerebrale silențioase apar pe imaginile RMN sub forma unor pete albe de la țesutul cicatrizat în urma unui blocaj sau a rupturii unui vas de sânge.

Adesea, **accidentele vasculare cerebrale silențioase sunt identificate atunci când pacienții primesc scanări RMN pentru simptome care includ dureri de cap, probleme cognitive și amețeli.**

Deși apar fără simptome, acestea trebuie tratate în mod similar cu accidentele vasculare cerebrale cu simptome. Și aceasta pentru că ac-

cidentele vasculare cerebrale silențioase îi expun pe oameni la riscul de accidente vasculare cerebrale simptomatice viitoare , declin cognitiv și demență.

Mitul 8. Un mini-accident vascular cerebral nu este atât de riscant

"Termenul de mini-accident vascular cerebral a fost folosit în mod incorect, deoarece unii cred că este legat de accidente vasculare cerebrale mici, care prezintă un risc scăzut", a declarat doctorul Ortiz.

"Această afirmație este incorectă, deoarece acesta este un atac ischemic tranzitoriu. Nu este un accident vascular cerebral mic, ci un semnal că poate apărea un accident vascular cerebral mare.

Orice simptom al unui accident vascular cerebral acut, tranzitoriu sau persistent, necesită o examinare și un tratament de urgență pentru a preveni un accident vascular cerebral mare devastator", a adăugat el.

Mitul 9. Accidentul vascular cerebral provoacă întotdeauna paralizie

Accidentul vascular cerebral este una dintre principalele cauze de invaliditate pe termen lung, dar **nu toți cei care suferă un accident vascular cerebral vor suferi paralizie sau slăbiciune**. Cercetările arată că accidentul vascular cerebral duce la reducerea mobilității la peste jumătate dintre supraviețuitorii de accident vascular cerebral cu vârsta de 65 de ani și peste.

Cu toate acestea, impactul pe termen lung al accidentului vascular cerebral variază în funcție de mulți factori, cum ar fi cantitatea de țesut cerebral afectat și zona afectată. Leziunile la nivelul creierului stâng, de exemplu, vor afecta partea dreaptă a corpului și viceversa.

Dacă accidentul vascular cerebral se produce în partea stângă a cre-

ierului, efectele pot include: paralizie pe partea dreaptă a corpului; probleme de vorbire și de limbaj; comportament lent și precaut; pierderea memoriei.

Dacă afectează partea dreaptă a creierului, poate apărea și paralizia, de data aceasta pe partea stângă a corpului. Alte efecte pot include: probleme de vedere; comportament curios; pierderea memoriei.

Mitul 10. Recuperarea după accidentul vascular cerebral se întâmplă rapid

Recuperarea după un accident vascular cerebral poate dura luni, și chiar ani. Cu toate acestea, este posibil ca mulți să nu se recupereze complet.

Conform *American Stroke Association*, dintre supraviețuitorii de accident vascular cerebral: 10% își vor reveni aproape complet; alți 10% vor avea nevoie de îngrijire într-un azil de bătrâni sau într-o altă instituție pe termen lung; 25% se vor recupera cu deficiențe minore; 40% vor avea deficiențe moderate sau severe.

Cercetările sugerează că există o fereastră de timp critică între 2-3 luni de la debutul accidentului vascular cerebral, în timpul căreia reabilitarea motorie intensivă are mai multe șanse de a duce la recuperare. De asemenea, este posibil ca unii să se poată recupera spontan în această perioadă. Dincolo de această perioadă și după 6 luni, îmbunătățirile sunt încă posibile, deși este probabil să fie mult mai lente.

În concluzie, dincolo de prevenție, care este esențială, trebuie să știm că avem din ce în ce mai multe modalități de a trata accidentele vasculare cerebrale, dacă medicii intervin la timp. Iar apoi, cu ajutorul reabilitării, un procent bun de pacienți vor putea funcționa destul de bine.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. <https://www.healthline.com/health/stroke#symptoms> (inclusiv sursa foto 1)
2. Debunking 10 misconceptions about stroke (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/medical-myths-all-about-stroke>) (inclusiv sursa foto 2)
3. These nine myths about stroke could be dangerous (<https://www.osfhealthcare.org/blog/nine-myths-about-stroke/>)
4. Stroke: Should you worry if your symptoms pass in under an hour? (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/warning-stroke-what-it-is-and-why-you-shouldnt-dismiss-the-symptoms>)
5. Stroke medicine in antiquity: The Greek and Muslim contribution - PMC (<https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6130168/>)



Expunerea cronică la particule fine și riscurile legate de principalele boli cardiovasculare sau respiratorii

Timp aprox. de lectură: 9 minute

Poluarea aerului este o cauză majoră de mortalitate și de îmbolnăvire în Europa și în lume și reprezintă cel mai mare risc de mediu pentru sănătate, fiind responsabilă în fiecare an pentru mii de decese prevenibile datorate unor boli cardiovasculare, respiratorii și altor boli netransmisibile.

Poluantul atmosferic considerat ca având cel mai grav impact asupra sănătății umane este reprezentat de particulele fine (PM2.5). Expunerea

la acestea (PM2.5), în special în zonele urbane, atinge adesea niveluri care depășesc pragurile de siguranță recomandate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS).

Aceste particule PM2.5 sunt suficient de mici pentru a fi inhalate în profunzime în plămâni și pot pătrunde în fluxul sanguin, ducând la o serie de probleme de sănătate, cum ar fi inflamația sistemică, vasoconstricția, modificări electrice cardiace și formarea de cheaguri de sânge, toate acestea putând contribui la dezvoltarea bolilor cardiovasculare.

În Europa, arderea combustibililor rezidențiali și emisiile din transportul rutier contribuie în mod semnificativ la creșterea PM2.5. Studiile toxicologice indică faptul că PM2.5 provenite din aceste surse sunt relativ mai periculoase, din cauza conținutului ridicat de carbon negru și organic.

Există suficiente dovezi din studiile de cohortă privind asocierile dintre mortalitatea din toate cauzele și mortalitatea cardiopulmonară și expunerea medie pe termen lung la carbon negru. Studiile toxicologice au încercat, de asemenea, să cuantifice nivelurile de nocivitate ale diferitelor tipuri de aerosoli și au furnizat dovezi solide că diferitele subcomponente ale PM2.5 au niveluri diferite de nocivitate. În ciuda acestor indicații, modelele actuale de risc nu țin cont de toxicitatea diferențiată a subcomponentelor PM2.5, ceea ce reprezintă o limitare fundamentală. De asemenea, merită menționat și faptul că studiile de toxicitate nu cuantifică efectele acumulate pe termen lung asupra sănătății în urma expunerii la PM2.5.

Pe de altă parte, un număr tot mai mare de lucrări de specialitate privind PM2.5 a arătat că poluanții antropogeni și, în special, PM2.5 derivate din combustie au un potențial ridicat de a induce stresul oxidativ.

De asemenea, un nou studiu arată că nivelurile mai ridicate de poluanți atmosferici, în special de ozon și de particule fine, au fost asociate cu un risc crescut de crize de astm la copiii care locuiesc în centre-

le urbane. Acest studiu publicat în revista **Lancet Planetary Health** relatează că nivelurile mai ridicate de poluare a aerului, în special concentrațiile de ozon și de particule fine, au fost asociate cu crize de astm și cu un declin al funcției pulmonare la copiii care locuiesc în centrele urbane. De asemenea, cercetătorii au observat că acești poluanți atmosferici ar putea declanșa crize de astm chiar și atunci când concentrațiile lor sunt sub standardele naționale de calitate a aerului. Ei au adăugat și că concentrațiile mai mari de ozon și de particule fine au fost asociate cu activarea unor căi inflamatorii specifice în căile respiratorii, ajutând la înțelegerea modului în care nivelurile mai ridicate de poluanți pot duce la un risc crescut de crize de astm la copiii care trăiesc în zonele urbane.

Cercetătorii au folosit probele nazale pentru a determina dacă boala respiratorie a fost cauzată de o infecție virală sau de factori non-virali. De asemenea, aceștia au clasificat participanții în funcție de nivelul de exacerbare a astmului în timpul bolii. Ei au folosit apoi date privind indicele de calitate a aerului și concentrațiile de poluanți individuali colectate de Agenția pentru Protecția Mediului pentru fiecare zonă geografică inclusă în studiu. Aceste date privind poluarea aerului au fost puse în corespondență cu locația și data îmbolnăvirii fiecărui participant.

Astfel, autorii studiului au raportat că valorile indicelui de calitate a aerului au fost mai mari cu nouă zile înainte și după debutul simptomelor, la participanții cu o exacerbare a astmului non-viral față de cei cu o exacerbare a astmului viral. În plus, valorile indicelui de calitate a aerului au fost corelate negativ cu funcția pulmonară la participanții cu exacerbări ale astmului non-viral.

O asociere similară între indicele de calitate a aerului și exacerbările de astm non-virale a fost observată, de asemenea, folosind date dintr-un studiu diferit care a implicat 419 persoane cu vârste cuprinse între 6 și 20 de ani care locuiau în gospodării cu venituri mici din opt orașe mari din SUA.

Datele din ambele studii au arătat că concentrațiile de ozon și de par-

ticule fine PM2.5 au fost mai mari în timpul episoadelor de exacerbare a astmului non-viral. Mai mult, concentrațiile de ozon au fost asociate cu un declin al funcției pulmonare.

Pe de altă parte, valorile indicelui de calitate a aerului și concentrațiile de ozon nu au depășit standardele naționale de calitate a aerului, iar concentrațiile de particule fine au depășit valorile standard de mediu doar în unele cazuri.

Autorii studiului au declarat că acest lucru ar putea sugera că expunerea și la niveluri scăzute de poluanți atmosferici timp de mai multe zile ar putea fi suficientă pentru a provoca un atac de astm. De asemenea, aceștia au remarcat că valorile regionale ale Agenției Regionale de Mediu ar putea să nu indice nivelurile ridicate ale acestor poluanți în anumite localități urbane. În plus, expunerea personală la poluanții atmosferici poate varia, chiar și în cazul persoanelor care locuiesc în aceeași localitate.

Cercetătorii au declarat că căile moleculare implicate în exacerbarea astmului asociate cu anumiți poluanți atmosferici ar putea explica prevalența și morbiditatea mai mare a astmului la copiii care trăiesc în centrele urbane. Identificarea căilor care sunt specifice exacerbărilor de astm cauzate de niveluri mai ridicate de poluanți atmosferici ar putea ajuta, de asemenea, la conceperea de intervenții care să vizeze aceste căi moleculare.

În plus, dispozitivele personale care ajută la monitorizarea nivelurilor de calitate a aerului și utilizarea filtrelor de aer în timpul unor niveluri ridicate de poluare atmosferică ar putea contribui la reducerea riscului de exacerbare a astmului asociat cu poluarea.

În același timp, numeroase studii, inclusiv studii epidemiologice la scară largă, au constatat în mod constant că expunerea la PM2.5 poate declanșa afecțiuni cardiovasculare adverse și crește riscul de spitalizare și mortalitate legate de afecțiuni cardiovasculare. S-a constatat că expunerile cronice la PM2.5 , care durează un an sau mai mult, prezintă un risc mult mai mare pentru sănătatea cardiovasculară de-

cât expunerile pe termen scurt, care durează doar câteva zile.

Cu toate acestea, există încă lacune majore în cunoașterea pe această temă. În primul rând, majoritatea studiilor publicate s-au concentrat pe unul sau pe un număr mic de subtipuri de boli cardiovasculare sau au tratat bolile cardiovasculare ca un criteriu de evaluare compozit, ceea ce poate să nu identifice subtipurile cele mai vulnerabile la PM2.5 .

Având în vedere povara în creștere rapidă a bolilor cardiovasculare la nivel mondial, o comparație directă a mărimilor efectului între subtipuri din cadrul aceleiași cohorte ar ajuta la o mai bună înțelegere a mecanismelor care stau la baza acestora și ar documenta intervențiile specifice pentru a reduce impactul PM2.5 .

Într-un studiu de cohortă recent, efectuat pe 59 de milioane de beneficiari Medicare din SUA, autorii au constatat că expunerea medie pe trei ani la PM2.5 a fost asociată cu riscuri relative crescute de primă internare în spital pentru cardiopatie ischemică, boli cerebrovasculare, insuficiență cardiacă, cardiomiopatie, aritmie și anevrism aortic toracic și abdominal. Pentru rezultatul compozit al bolilor cardiovasculare, curba expunere-răspuns a crescut în mod monoton, sugerând că nu există un prag sigur pentru sănătatea cardiovasculară generală; în comparație cu cel mai mic interval de expunere între 0 și 5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, riscul de internare în spital a crescut deja la expuneri între 5 și 6 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ și a crescut de 1,29 ori la expuneri între 9 și 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$

Acest din urmă interval a cuprins media națională de 9,7 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ și este evaluat de Agenția pentru Protecția Mediului din SUA pentru viitoarele standarde naționale de calitate a aerului înconjurător. La scară absolută, riscul de internare în spital a crescut de la 2,59% la expuneri $\leq 5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ la 3,35% la expuneri cuprinse între 9 și 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; cardiopatia ischemică, boala cerebrovasculară, insuficiența cardiacă și aritmia au prezentat creșteri considerabile ale riscului absolut de internare în spital asociate cu PM2.5.

Aceste rezultate sunt cruciale pentru fundamentarea unor intervenții

specifice pentru a atenua impactul negativ al PM2.5 asupra acestor afecțiuni. În modelele decalate pe un singur an, efectul PM2.5 a persistat cel puțin trei ani după expunere, sugerând un impact de lungă durată al PM2.5 asupra sănătății cardiovasculare. De asemenea, aceasta a presupus că beneficiile politicilor de reducere a PM2.5 s-ar realiza imediat după implementare și ar continua să se acumuleze timp de mai mulți ani. În general, constatările au evidențiat beneficiile importante care ar putea fi obținute prin aderarea la linia directoare recent publicată de OMS privind calitatea aerului de $\leq 5 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Este important să subliniem, de asemenea, că studiul are unele limitări, care au fost semnalate de autori. În primul rând, din cauza surselor limitate de date disponibile, autorii nu au putut lua în considerare factorii de risc la nivel individual, cum ar fi indicii de masă corporală și fumatul, pentru internările în spital legate de afecțiuni cardiovasculare.

De asemenea, potențiala generalizare a constatărilor a fost limitată de profilul demografic al populației Medicare și de perioada de studiu (2000-2016). Prin urmare, nu este clar dacă asociațiile observate ar persista în populațiile mai tinere sau în contextul perioadei mai recente. Cu toate acestea, rata admitterilor în spital legate de afecțiuni cardiovasculare a fost relativ stabilă și în scădere și, deoarece autorii au luat în considerare schimbările temporale în analiza lor, ei apreciază că este probabil ca estimările efectului să fi rămas în aceeași direcție.

Având în vedere urbanizarea în creștere și îmbătrânirea populației, este puțin probabil ca expunerea umană la poluanții atmosferici periculoși să scadă, iar mortalitatea excesivă este de așteptat să crească. Prin urmare, este important să se măsoare frecvent contribuția acestor sectoare de emisii cu "toxicitate ridicată" la excesul de mortalitate, ceea ce va facilita conceperea strategiilor viitoare într-un mod mai eficient și evaluarea eficacității celor actuale.

Planul de acțiune "poluare zero" al Comisiei Europene stabilește un

obiectiv de reducere a impactului poluării atmosferice asupra sănătății (estimat prin numărul de decese premature atribuibile particulelor fine (PM2.5)) cu cel puțin 55% până în 2030, comparativ cu cel din 2005. Între 2005 și 2021, numărul de decese premature în UE atribuibile PM2.5 a scăzut cu 41%.

Scăderea mortalității premature a fost rezultatul punerii în aplicare a politicilor UE, naționale și locale de îmbunătățire a calității aerului (de exemplu, directivele UE privind calitatea aerului înconjurător și planurile și măsurile naționale, regionale și locale derivate din acestea) și de reducere a emisiilor de poluanți atmosferici, inclusiv a particulelor. Aceste politici au reușit să reducă emisiile de particule fine provenite din încălzirea casnică, principala lor sursă, precum și din alte surse, cum ar fi transportul, industria și agricultura.

În cadrul "Green Deal"-ului European lansat de Comisia Europeană, s-a solicitat o îmbunătățire suplimentară a calității aerului și revizuirea standardelor de calitate a aerului din UE, pentru a le alinia mai strâns la cele mai recente recomandări ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) privind calitatea aerului.

Iar toate acestea au ca unic scop să atenueze impactul negativ al PM2.5 asupra unor afecțiuni precum cele pulmonare și cardio-vasculare pe care studiile au demonstrat că le influențează.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

1. Premature deaths due to exposure to fine particulate matter in Europe (<https://www.eea.europa.eu/en/analysis/indicators/health-impacts-of-exposure-to>)
2. Health effects of carbonaceous PM2.5 compounds from residential fuel combustion and road transport in Europe | Scientific Reports (<https://www.nature.com/articles/s41598-024-51916-9>)

3. Asthma: How air pollutants may increase attacks in urban children (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/nih-study-links-specific-outdoor-air-pollutants-to-asthma-attacks-in-urban-children>)
4. Exposure-response associations between chronic exposure to fine particulate matter and risks of hospital admission for major cardiovascular diseases: population based cohort study | The BMJ <https://www.bmj.com/content/384/bmj-2023-076939>
5. Sursa foto: Monitoring air pollution levels is key to adopting and implementing WHO's Global Air Quality Guidelines <https://www.who.int/news/item/10-10-2023-monitoring-air-pollution-levels-is-key-to-adopting-and-implementing-who-s-global-air-quality-guidelines>

Cultura organizațională – analiză conceptuală

În articolul din decembrie, menționez rolul esențial al culturii organizaționale în implementarea practicilor bazate pe dovezi. În acest context, făceam referire la cultura organizațională prin abordarea următoarelor aspecte:

1. **Implicarea întregului personal al organizației** în schimbarea care îi afectează, astfel încât **să accepte mai ușor schimbarea** (1).
2. Măsura în care **schimbarea propusă este în concordanță cu valorile și convingerile** personalului organizației.
3. Măsura în care cultura organizațională **susține schimbarea**.
4. Recunoașterea și înțelegerea **rolului culturii organizaționale, a sprijinului organizațional și al conducerii în procesul de audit** în scopul implementării cu succes a practicilor bazate pe dovezi.

Prin urmare, **cultura organizațională** este unul dintre aspectele care ar trebui **măsurate** în cadrul **analizei de context organizațional**, pentru a **planifica cele mai adecvate strategii**, atunci când ne propunem

să implementăm practici bazate pe dovezi.

Dar ce este cultura organizațională?

Conceptul de cultură organizațională a fost conturat în anii 1951 de către psihanalistul canadian Elliott Jaques, care a descris și a analizat comportamentele grupurilor corporatiste, dezvoltând astfel „*teoria culturii corporatiste*”(2). Însă, începând cu anii 1970-1980 putem discuta cu adevărat despre „*conceptul de cultură organizațională*”. În acest context, Hofstede (3) definea cultura organizațională ca o „*programare colectivă a minții, care distinge membrii unei categorii de indivizi de alți membri ai altor categorii*”, divizând-o în patru componente principale: simboluri, eroi, ritualuri și valori. Ulterior, această abordare a fost denumită **cultura organizațională din perspectiva programării mentale**. În acest concept, **simbolurile** reprezintă componenta cheie și sunt alcătuite din cuvinte, gesturi și obiecte, care au semnificații diferite pentru fiecare grup în parte. De asemenea, **eroii** au caracteristici care sunt foarte apreciate și sunt cei care motivează grupul și îl susține în îndeplinirea obiectivelor comune, respectiv persoanele pe care tot grupul se bazează în momentele de cumpănă. **Ritualurile** sunt activități colective care sunt considerate esențiale din punct de vedere social. **Valorile** sunt strâns legate de codurile morale și etice, ghidând demersurile membrilor unei organizații (ceea ce ar trebui să facă și cum ar trebui să facă), ceea ce duce la etichetarea „simpatiilor” și „antipatiilor” atât pentru angajatori, cât și pentru angajați (4).

Bro Uttal, în 1983, a definit cultura organizației ca un **sistem de valori comune** (*ceea ce este important*) și **credințe** (*cum funcționează lucrurile*) care, sub acțiunea membrilor organizației și a sistemelor de control în cadrul structurilor organizaționale, realizează **norme comportamentale** (*modul în care sunt făcute lucrurile*) (5).

Schein, în 1984, a privit cultura organizațională din **perspectiva reflexivă a învățării din experiențe** pentru supraviețuirea și dezvoltarea

tarea organizației. Prin urmare, **cultura organizațională** reprezintă „modele de bază pe care un grup le-a inventat, descoperit sau dezvoltat **prin învățare**, pentru a face față problemelor sale de **adaptare externă și integrare internă** și care au funcționat suficient de bine pentru a fi considerate valide și, prin urmare, **pentru a fi învățate de membrii grupului ca modalitate corectă de a percepe, gândi și simți în legătură cu acele probleme**” (6).

Davis, în 1984, privește cultura organizațională din perspectiva „sistemului de credințe și valori comune, care dau sens membrilor unei organizații și le oferă reguli de comportament în organizația lor” (7). Această perspectivă are o semnificație importantă, deoarece explică **rezistența la schimbare** a membrilor unui grup **sub acțiunea credințelor, valorilor fundamentale și predispozițiilor psihologice individuale**. Aceste convingeri fundamentale sunt cele care ghidează și susțin credințele din practica de zi cu zi. **Convingerile cotidiene** fac parte din cultura organizației și pot fi descrise ca reguli și atitudini comportamentale, dinamice, situaționale și adaptate contextului.

Ogbonna, în 1992, consolida definirea culturii organizaționale ca un sistem de credințe, atitudini și valori individuale, combinate cu programarea colectivă a minții, ceea ce conduce la „**valori, norme, credințe și obiceiuri pe care un individ le are în comun cu ceilalți membri ai unui grup social**” (8). Prin urmare, cultura organizațională are capacitatea de a oferi un sistem comun de semnificații, care formează fundamentul cooperării reciproce. Acest sistem comun stă la baza eficienței și performanței organizaționale (9).

Bate, în 1995, subliniază **funcția strategică a culturii organizaționale**: „cultura este un fenomen strategic, iar strategia este un fenomen cultural”, **fiind necesare strategii adecvate pentru orice schimbare la nivel organizațional** (10).

În 1997, Buchanan și Huczynski abordează **perspectiva managerială a culturii organizaționale**, conform căreia, managerii ar putea folosi simboluri și valori comune pentru a direcționa comportamentul personalului și obține angajamentul lor în îndeplinirea obiectivelor

organizației. Ei considerau că, în societatea actuală, **organizațiile caută să satisfacă nevoile membrilor lor** prin asigurarea unor responsabilități profesionale în condiții de siguranță și de confort în cadrul unei echipe multidisciplinare. Prin urmare, **angajații ar fi mai implicați în îndeplinirea obiectivelor, misiunii și viziunii organizației atunci când ei beneficiază de un mediu plăcut și o înțelegere consensuală a culturii organizaționale** (11).

Johnson și Scholes (1999) au abordat cultura organizațională din **perspectiva rețelei culturale** care face legătura dintre **aspectele politice, simbolice și structurale ale organizației**. Conform acestei teorii,

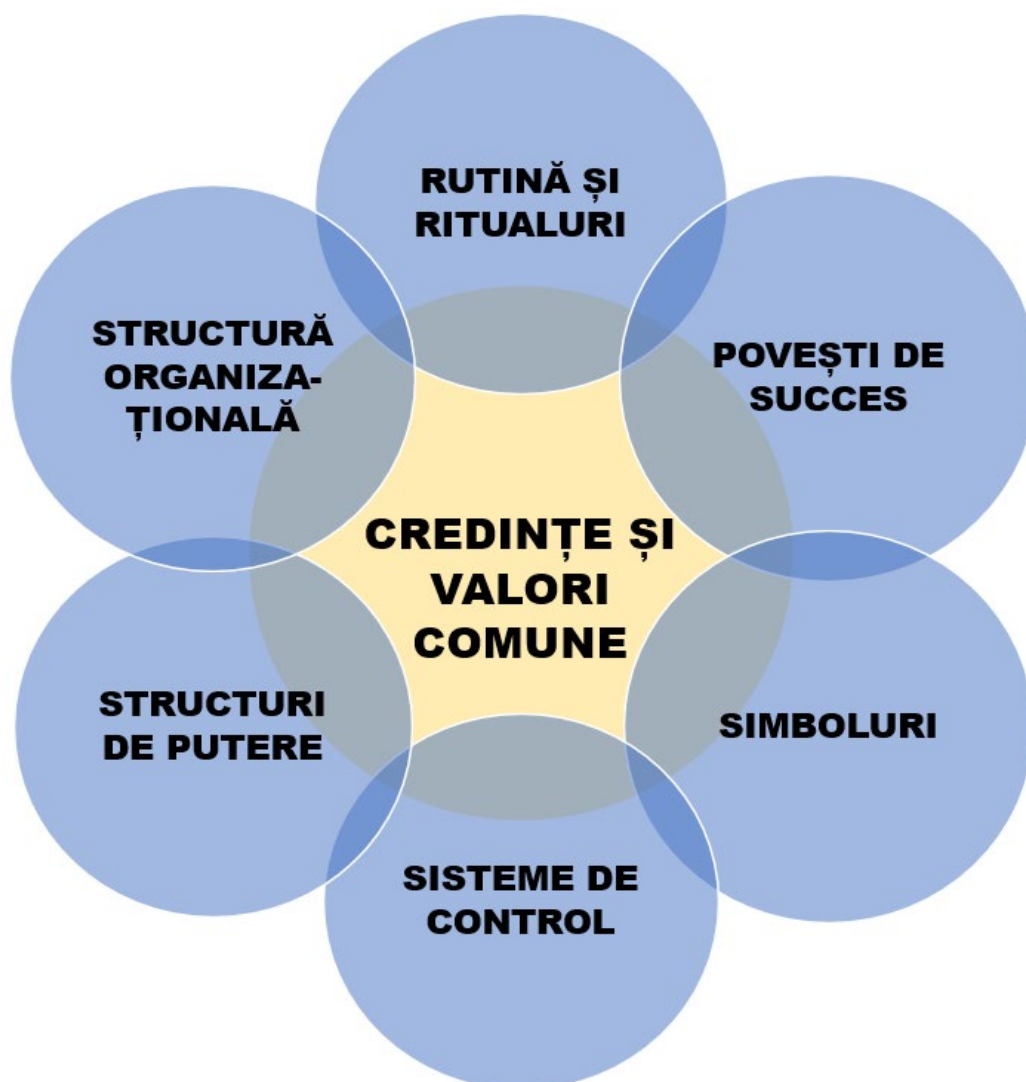


Figura 1. Rețeaua culturală a organizației (adaptat după Johnson et al, 2008)

În **rețeaua culturală** există un element central - paradigma (credințele și valorile comune) - care este conectat cu șase componente cheie interconectate: rutină și ritualuri, povești de succes, simboluri, sisteme de control, structuri de putere și structura organizațională (Figura 1). Liderii organizației sunt cei care stabilesc toate aceste componente. **Rezultatul culturii organizaționale este reprezentat de un model de comportament adecvat și de referință în cadrul organizației** (12).

În 2003, Campbell și Stonehouse au **subliniat impactul culturii organizaționale asupra angajaților** în ceea ce privește: **motivația, moralul, colaborarea benevolă, productivitatea, eficiența, calitatea muncii, inovația, creativitatea și atitudinea** lor la locul de muncă (13). De asemenea, cultura organizațională are o **contribuție semnificativă la crearea sentimentului de identitate** în rândul personalului, angajamentul lor față de organizație, precum și **îmbunătățirea performanței organizaționale, a satisfacției individuale și rezolvarea problemelor** (14,15)

Organizațiile folosesc diferite resurse și procese pentru a ghida comportamentul și schimbarea. Cultura organizațională joacă un rol indirect în influențarea comportamentului prin utilizarea unor **instrumente manageriale** concepute pentru a asigura funcționarea și dezvoltarea organizației: misiunea, viziunea, direcția strategică, obiectivele strategice, responsabilitățile, structura organizațională, comunicarea, luarea deciziilor, cooperarea și relațiile interpersonale. O organizație de succes ar trebui să aibă o cultură puternică care să fie capabilă să atragă, să rețină și să recompenseze oamenii pentru îndeplinirea rolurilor și atingerea obiectivelor. Culturile puternice sunt de obicei caracterizate de dăruire și cooperare în serviciul valorilor comune. Prin urmare, datorită acestui caracter social puternic, organizațiile ar trebui să fie construite în jurul oamenilor, și nu invers.

În concluzie, putem sublinia faptul că unul dintre aspectele importante ale contextului organizațional este cultura organizațională. Aceasta joacă un rol esențial în planificarea celor mai adecvate strategii atunci când ne propunem să implementăm practici bazate pe dovezi. În acest

sens, valorile, ritualurile, eroii și simbolurile sunt elementele centrale care pot influența schimbarea prin consens.

Autor: Mariana Zazu – Specialist în Dezvoltare Organizațională, OAMG-MAMR Filiala București; Director adjunct al Centrului Român de Cercetare în Îngrijiri de Sănătate: Centru de Excelență JBI

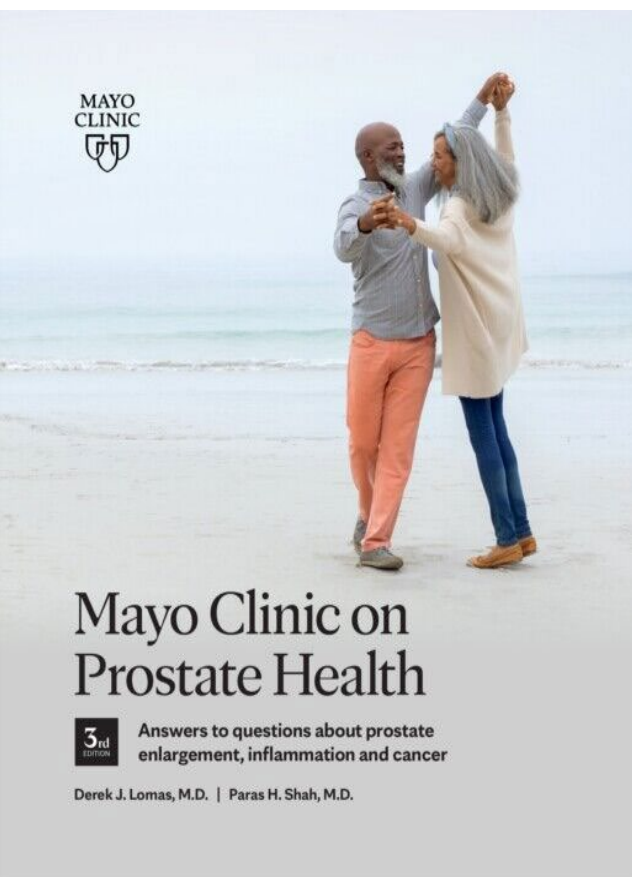
Surse bibliografice:

1. Deegan C, Watson A, Nestor G, Conlon C, Connaughton, F. Managing change initiatives in clinical areas, Nurs Manag, 2005, vol. 12, no. 4, pp. 24-29.
2. Hatch MJ, Cunliffe AL. 2013. A history of organizational culture in organization theory. Organization Theory: Modern, Symbolic and Postmodern Perspectives (2 ed.). Oxford: Oxford University Press. p. 161. ISBN 978-0-19-964037-9. OCLC 809554483.
3. Hofstede G. 1980. Culture's Consequences. Sage, Beverly Hills, CA.
4. Deal TE, Kennedy AA. Corporate cultures: The rites and rituals of corporate life: Addison-Wesley, 1982. ISBN: 0-201-10277-3. \$14.95. Business Horizons. 1983;26(2):82-5.
5. Uttal B. 1983. The corporate culture vultures. Fortune Magazine October 17
6. Schein EH. Culture as an environmental context for careers. Journal of Organizational Behavior. 1984 Jan;5(1):71-81.
7. Davis SM. 1984. Managing Corporate Culture. Ballinger, Cambridge, MA.
8. Ogbonna E. 1992. Managing Organisational Culture: Fantasy or Reality?. Journal of Human Resource Management. Volume 3, Number 2, pp. 42-54.
9. Furnham A, Gunter B. 1993. Corporate Assessment: Auditing a

Company's Personality. Routledge, London.

10. Bate P. 1995. Strategies for Cultural Change. Butterworth-Heinemann, Oxford.
11. Huczynski A, Buchanan DA. Organizational behaviour: An introductory text. Bradygames; 1997.
12. Johnson G, Scholes K, Whittington R. Exploring corporate strategy: Text and cases. Pearson education; 2008.
13. Campbell D, Stonehouse G, Houston B. Human resources and culture. In Business Strategy 2003 Jun 11 (pp. 47-62). Routledge.
14. Martins EC. The influence of organizational culture on creativity and innovation in a university library. MSc dissertation, University of South Africa, Pretoria. 2000.
15. Hellriegel, Slocum & Woodman. (2001). Organisational Behaviour. (9th ed). South-Western. pp. 523.

Mayo Clinic on Prostate Health, 3rd Edition: Answers to Questions about Prostate Enlargement, Inflammation and Cancer (Mayo Clinic despre sănătatea prostatei, ediția a 3-a: Răspunsuri la întrebări despre mărirea prostatei, inflamație și cancer) de Derek J. Lomas și Paras S. Shah, Ed Paperback, 2022



Problemele de prostată se numără printre cele mai frecvente motive pentru care bărbații își consultă medicul. Aceasta se datorează faptului că, odată cu înaintarea în vârstă, majoritatea bărbaților se confruntă cu diferite probleme de prostată - mărirea, inflamația sau cancerul.

Pentru ei, lucrarea se dorește un ghid ușor de înțeles, dar cuprinzător, pentru a preveni, înțelege, trata și trăi cu boala prostatei. Iar aceasta deoarece progresele în cercetare, o explozie a tehnologiei imagistice sofisticate și noile proceduri medicale au permis diagnosticarea mai timpurie a bolii de prostată și un tratament mai personalizat.

Acum, bolile de prostată, inclusiv cancerul de prostată, pot fi tratate și chiar prevenite. În acest context, lucrarea explică cum să menții o sănătate mai

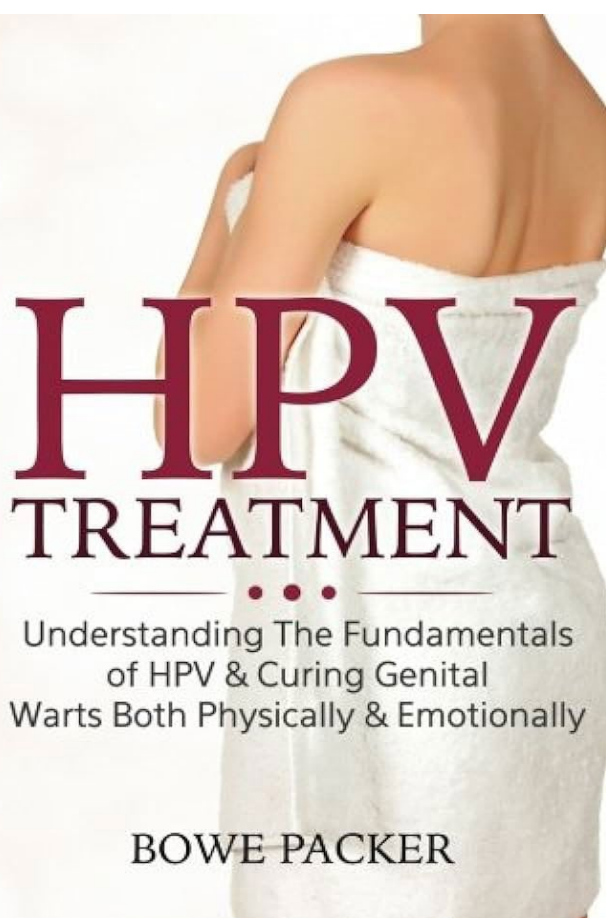
bună a prostatei și cum să evaluezi opțiunile de tratament atunci când apare o boală.

Preocupările legate de prostată încep adesea cu modificări ale tiparelor de urinare, dificultăți în ceea ce privește funcția sexuală sau îngrijorarea cu privire la nivelurile hormonale.

Din fericire, perspectiva de gestionare, vindecare și supraviețuire a bolii de prostată este mai bună acum decât oricând. Cititorul poate acum să evalueze opțiunile de tratament, să fie ghidat cum să facă față cancerului și efectelor secundare ale tratamentului și să descopere modalități de îmbunătățire a calității vieții.

Printre subiectele abordate se numără: dezbaterile privind testarea PSA; cele mai recente tehnologii imagistice; gama completă de opțiuni de tratament pentru prostatită și hiperplazia benignă de prostată; noile progrese în tratamentul cancerului de prostată; ce se întâmplă în cercetarea și gestionarea efectelor secundare ale tratamentului, inclusiv incontinența și impotența.

HPV Treatment: Understanding The Fundamentals of HPV & Curing Genital Warts Both Physically & Emotionally (Tratamentul HPV: Înțelegerea principiilor fundamentale ale HPV și vindecarea negilor genitali atât din punct de vedere fizic, cât și emoțional), de Bowe Parker, Ed. Bowe Parker 2014



Deși lucrarea este mai veche, ea rămâne de actualitate, mai ales în contextul în care se vorbește din ce în ce mai mult despre importanța cunoașterii acestui virus, a bolilor pe care le poate provoca și a metodelor de prevenție.

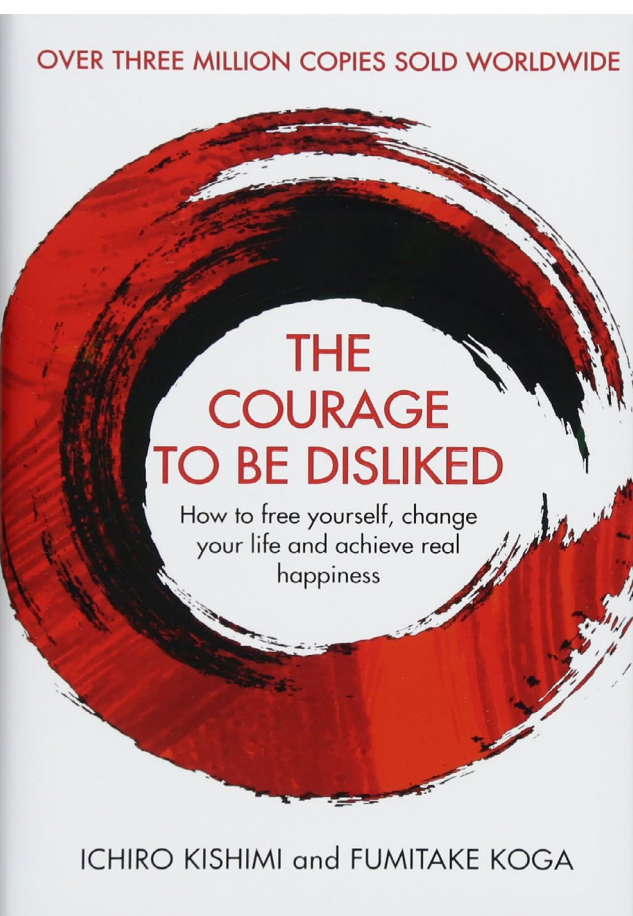
Acest ghid este conceput pentru cei care sunt pregătiți să învețe despre HPV/verucile genitale și care sunt în căutarea unor îndrumări pentru a obține tratamentul adecvat.

Să recunoaștem, dacă nu înțelegeți fundamentele de bază ale HPV, cum ar fi modul în care se transmite, cum să le preveniți și tratamentele disponibile, atunci cum ați putea ști de unde și cum să porniți?

Descoperiți aceste fundamente de bază, aplicați-le și fiți pe drumul cel bun pentru a trata HPV/ve-

rucile genitale în mod corespunzător. Înțelegerea și tratarea HPV-ului poate fi o sarcină descurajantă ca pacientă, dacă nu aveți elementele de bază și cum să începeți.

The Courage to Be Disliked (Curajul de a nu fi apreciat) de Ichiro Kishimi și Fumitake Koga, Ed. Allen&Unwin, 2019



Un model japonez cu lecțiile simple, dar profunde, necesare pentru a ne elibera adevăratul sine și pentru a găsi fericirea durabilă.

Curajul de a nu fi apreciat (sau de a fi antipatic) îți arată cum să deblochezi puterea din tine însuși pentru a deveni cea mai bună și mai adevărată versiune a ta, pentru a-ți schimba viitorul și pentru a-ți găsi fericirea de durată.

Folosind teoriile lui Alfred Adler, unul dintre cei trei giganți ai psihologiei din secolul al XIX-lea, alături de Freud și Jung, autorii explică modul în care suntem cu toții liberi să ne determinăm propriul viitor, liberi de lanțurile experiențelor trecute, de îndoieli și de așteptările celorlalți.

Este o filozofie profund eliberatoare, care ne permite să ne dezvoltăm curajul de a ne schimba și

de a ignora limitările pe care noi și cei din jur ni le impunem.

Rezultatul este o carte extrem de accesibilă și totodată profundă prin importanța sa. Acum lucrarea a fost publicată pentru prima dată și în limba engleză.

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.