

eAsistent.ro

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

Noiembrie 2014

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

Noiembrie – luna dedicată de Revista eAsistent Spitalului Clinic Colțea



Revista noastră și-a propus să vă prezinte, în fiecare lună, istoria unui spital de elită din București și interviuri cu reprezentanți ai echipei manageriale.

Așa se face că, la secțiunea "Istorie", veți găsi de această dată povestea celui mai vechi spital din București (funcțional și astăzi) a cărui construcție a început în anul 1704. Este vorba despre Spitalul Clinic Colțea, care își leagă numele de cel al Spătarului Mihail Cantacuzino.

Din interviul cu Directorul Medical al Spitalului Clinic Colțea, doamna Dr. Mihaela Pârvulescu veți afla că aici

s-au efectuat printre primele operații laparoscopice, sub îndrumarea regretatului profesor dr. Nicolae Angelescu. Însă, cea mai mare realizare a acestui spital este înființarea Compartimentului de transplant medular care și-a început activitatea în anul 2013.

Cu colega noastră Gabriela Iovan-Asistent Șef al Spitalului Clinic Colțea - am vorbit despre cariera și mentorii săi, despre cazuri care au emoționat-o până la lacrimi, despre ce înseamnă profesionalism și perseverență în această profesie. Toate aceste detalii și impresii le veți găsi la secțiunea "Interviu".

În secțiunea "Eveniment" veți citi o scurtă prezentare a unui moment celebrat la nivel mondial: 14 noiembrie - Ziua Mondială a Diabetului. În fiecare an, Ziua Mondială a Diabetului are o tematică specială care reflectă diverse subiecte cheie legate de această boală. Temele din anii trecuți au inclus costul diabetului, diabetul la copii și adolescenți sau prevenirea diabetului. Pentru 2014-2016, tema este Diabetul și Stilul de Viață Sănătos. Ea este dezvoltată și într-un alt articol pe o direcție încă destul de controversată: Generarea unui șoc pentru metabolism printr-o stare de cvasi-înfometare – soluția pentru diabetul de tip 2?

Secțiunea "Educație medicală" aduce în discuție o abordare holistică și (încă) neconvențională în psihoterapie: psihogenealogia familială. Aceasta consideră că loialitățile inconștiente față de un părinte sau alt membru al familiei, deoarece ne pot guverna viața, trebuie aduse la lumină și înțelese. Trebuie aflat ce anume din istoria, tradițiile și regulile existente într-o familie ne obligă sau influențează decisiv și cum putem relega aceste fire, de multe ori invizibile, pentru a fi liberi să ne trăim viața conform propriilor nevoi, dorințe și planuri. Tocmai aceste lucruri sunt aduse de

psihogenealogia familială în reflectorul psiho-terapiei.

Parcurgând revista veți găsi, la secțiunea "Lumea Medicală", articolul "Sindromul salvatorului – un pericol pentru personalul medical". Acesta își propune să treacă în revistă cele mai comune manifestări ale sindromului salvatorului (foarte prezent în domeniul nostru de activitate), când poate apărea, ce simptome are și cum poate fi gestionat eficient.

În acest număr al revistei vă recomandăm și 3 publicații:

- Autismul și Sindromul Asperger – Ghid pentru Asistenți Medicali, de Christopher Barber - un material foarte util pentru asistenții medicali din domeniul îngrijirii afecțiunilor din spectrul autismului, contribuind în mod practic la înțelegerea mai bună a domeniului, inclusiv a cauzelor potențiale și a implicațiilor asupra vieții celor care au aceste afecțiuni și a vieții familiilor lor.
- Ghid practic pentru diabetic de Yves Mallette, un îndrumar foarte accesibil pentru oricine dorește să înțeleagă, să prevină îmbolnăvirea sau să țină sub control evoluția diabetului de tip 2.
- Folosește-ți mintea ca să îți ții de Dr. Daniel G. Amen, care ne prezintă, cu argumente științifice solide, cum putem să ne schimbăm creierul pentru a ne schimba viața în bine, a ne simți mai tineri, a fi mai energici și optimiști, și, de asemenea, pentru a ne feri de bolile cerebrale neurodegenerative, odată cu înaintarea în vârstă.

Dragi prieteni ai revistei eAsistent, mai întâi de toate, va mulțumim că ne citiți și ne sunteți alături.

Apoi, vă invităm să parcurgeți articolele din noiembrie, să ne transmiteți opiniile voastre și să ne scrieți despre ce ați mai dori să aflați din paginile acestei publicații

care vă aparține.

Vă așteptăm ideile sau articolele pe adresa redacției:
secretariat@oammrbuc.ro

**Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR -
filiala București**

**Trebuie să renunțăm la a "ne spăla
rufele murdare numai în familie"?
Moștenirea" conștientă și inconștientă
din familie - un tărâm generos de
studiu pentru psihoterapie și nu
numai....**



O abordare holistică și (încă) neconvențională în psihoterapie este psihogenealogia familială. Relațiile intra-psihice- între eu, sinele și supra-eul unei persoane - sunt fundamentale în psihoterapie. Dacă luăm în calcul, însă și modul în care o persoană internalizează relațiile interpersonale, în special pe cele din familie, putem aduce beneficii importante și rapide în procesul terapeutic.

Loialități inconștiente față de un părinte sau alt membru al familiei ne pot guverna viața, așa că ele trebuie aduse

la lumină și înțelese. Trebuie aflat ce anume din istoria, tradițiile și regulile existente într-o familie ne obligă sau influențează decisiv și cum putem relega aceste fire, de multe ori invizibile, pentru a fi liberi să ne trăim viața conform propriilor nevoi, dorințe și planuri. Tocmai aceste lucruri sunt aduse de psihogenealogia familială în reflectorul psiho-terapiei.

Psihogenealogia familială, o orientare dezvoltată în anii 1970 de Anne Ancelin Schutzenberger este, în principal, o abordare contextuală și transgenerațională pornind de la un filon psihanalitic. Fiecare dintre aceste perspective își are propria ei importanță, contribuțiile lor fiind complementare – psihogenealogia cuprinde atât dimensiunea personală a individului, la toate nivelurile ei (conștient, inconștient, co-conștient), cât și pe cea familială a acestuia, ambele fiind apoi încadrate în contextul socio-economico-cultural. Psihogenealogia familială aduce, deci, o abordare holistică și contextuală. În terapie este nevoie de o viziune de ansamblu asupra contextului și a relațiilor intra- și inter-personale, pentru a putea descoperi cu adevărat legăturile dintre evenimente și aspectele relevante, o analiză atât pe orizontală (familia care trăiește acum), cât și pe verticală, prin întoarcerea în timp de-a lungul mai multor generații.

În psihogenealogia familială, este foarte importantă înțelegerea regulilor, explicite, dar mai ales tacite, ale familiei, ale mediului respectiv, cine le stabilește și cine și cum le transmite mai departe. Numai așa pot fi ajutați membrii familiei respective să construiască relații mai sănătoase și să depășească acele reguli care sunt nocive dezvoltării lor și propriului plan de viață. Acest proces psiho-genealogic îi permite fiecăruia să înțeleagă ce anume înseamnă să fie membru al unei familii, care sunt speranțele, așteptările și regulile pe

care și le asumă ca membru al acestui grup.

Împreună cu relațiile interpersonale și revelarea regulilor jocului din cadrul unei familii, psihogenealogia ia în considerare și contextul socio-economic și culturalo-etnic, care au, de asemenea, consecințe asupra comportamentului persoanei respective în viața reală. Un exemplu, în acest sens, este “nevroza de clasă”, care explică de ce unui copil bun îi poate fi uneori foarte greu să depășească nivelul studiilor tatălui sau mamei. Acest copil se poate îmbolnăvi în ajunul unui examen important, își poate uita actele de identitate, etc, căci percepe, în mod inconștient, promovarea socială și intelectuală ca pe o potențială sursă de ruptură între el și familie, de frustrare în familie din cauza așa-zisei “lipse de loialitate” a copilului. Un concept important, în acest context, este și “dubla constrângere” pe care copilul o poate resimți din partea părinților, care trimit un mesaj ambivalent de genul “fă ca mine, dar nu cumva să faci ca mine...”.

Psihogenealogia transgenerațională ia în calcul toate aceste loialități invizibile și inconștiente, aceste duble constrângeri, precum și factorii contextuali, pentru o abordare integrativă, care încearcă să detecteze atât tiparul vieții personale a individului, cât și pe cel al familiei, totul în context socio-economic și cultural.

De asemenea, un alt aspect integrativ este atenția deosebită acordată comunicării verbale și non-verbale – nu numai ce spune persoana respectivă, ci cum o spune, postura, mimica și gestică, încordările musculare, ritmul respirator, îmbrăcămintea și accesoriiile, cu scopul de a sesiza simptome relevante.

Acest proces de psihoterapie integrativă și de interacțiune adus de psihogenealogia familială are patru etape. În prima etapă, psihoterapeutul observă și-l

ascultă pe clientul care vorbește și-și construiește geno-sociograma, arborele genealogic redat din memorie și completat cu evenimentele importante de viață și cu contextul afectiv aferent (legăturile sociometrice). Această geno-sociogramă spune ceea ce a păstrat familia în memoria ei colectivă, nefiind rezultatul unei cercetări genealogice obiective.

Evenimentele importante de viață care ies la lumină în urma procesului de realizare a geno-sociogramei sunt, de obicei, cele legate de “pierderile obiectului dragostei” (de exemplu, moartea timpurie a mamei, divorțul părinților, ruperea unei relații de cuplu, moartea partnerului de viață) și straniile coincidențe de date și vârste din familie (așa-zisul sindrom de aniversare). Important este modul în care clientul percepe personajele din propria geno-sociogramă, conexiunile dintre ele și interpretează evenimentele de viață pe care le-a selectat în procesul de construire a geno-sociogramei. Uneori, chiar și lacunele din această reprezentare spun multe despre ce a fost șters din istoria familiei.

Psihogenealogia familială încearcă și să afle, căutând în istoria familiei, dacă există loialități familiale invizibile și inconștiente care pot duce la identificarea inconștientă cu o persoană importantă din familie, ceea ce poate rezulta într-o “repetare” a destinului acelei persoane sau, cel puțin, a unor evenimente marcante din viața acelei persoane. O formă de manifestare a acestei repetări ar fi “sindromul de aniversare” – persoane care se îmbolnăvesc de cancer sau alte boli grave sau suferă un accident într-o perioadă (dată sau vârstă) “aniversară” a unui eveniment marcant pentru familie, când o mamă, un bunic, etc, muriseră de aceeași boală sau în urma unui accident similar. Există studii care confirmă existența acestui “sindrom de aniversare”,

precum cele statistice ale lui Josephine Hilgard din anii 1954-1957 sau studiul făcut pe sine însuși de doctorul american George Engel în 1975 (când a suferit o criză cardiacă la data aniversară a morții subite, prin stop cardiac, a fratelui său, cu un an în urmă). Acest sindrom pare a fi statistic- semnificativ – există observații clinice și cu privire la existența unor “coincidențe” semnificative ale datelor de naștere- moarte în multe familii și a unor incontenstabile repetări familiale.

În paralel cu reconstituirea istoriei familiei, este important ca în această etapă să se ia în calcul și contextul economic și istorico-politico-sociologic al datelor importante din această istorie, căci acest context poate oferi multe informații despre evoluția mentalităților și trăirilor familiale. Cu ajutorul geno-sociogramei, clientul este situat în timp și spațiu – de unde vine, cine sunt părinții, cărei culturi îi aparține, cărei tradiții. Acestea sunt aspecte foarte importante fiindcă identitatea unui individ se definește și prin ce imagine oferă altora, ce imagine proiectează alții asupra lui, prin statutul lui social și rolurile sociale pe care le are, iar geno-sociograma ajută la găsirea de răspunsuri adecvate tuturor acestor întrebări cheie despre cine suntem.

A doua etapă constă din căutarea de către psihoterapeut a unor indicii importante – semnificante – verbal sau non-verbale, și atribuirea unor semnificații acestor indicii. Psihoterapeutul îi adresează apoi clientului o serie de întrebări pentru a valida ipoteza și semnificațiile atribuite acestor indicii. În etapele următoare, psihoterapeutul stabilește, împreună cu clientul, o legătură practică între semnificații și indicii. Etapa folosește pentru a-l ajuta pe client să acționeze în direcția atingerii obiectivelor sale, trecându-se astfel la un dialog activ. Astfel, dacă primele etape ale terapiei transgeneraționale se axează

pe a vedea de unde vine clientul, cine este și ce anume a moștenit, ultimele îl ajută să-și regăsească locul în aceasta filiație și să se proiecteze în viitor, să vadă ce nevoi și dorințe are pentru a-și construi propriul proiect de viață în mod liber.

Pe toată durata acestui proces, psihogenealogia familială permite punerea în lumină a rolurilor familiale și regulile care stau la baza lor, pentru a înțelege modalitățile tranzacționale practice care acționează în familie și care sunt scenariile de viață (cine preia profesia, fuga, boala, etc). În același timp, psihogenealogia ilustrează existența transmiterii transgeneraționale a convingerilor de viață, a regulilor și rolurilor, chiar a unui întreg scenariu de viață. Trasmiterile familiale pot fi de doua feluri: intergeneraționale (lucruri gândite și vorbite între bunici și părinți, părinți și copii) și transgeneraționale (ne-vorbite, ne-spuse, chiar secrete, care trec mai departe fără a fi conștientizate și gândite). Acestea din urmă sunt cele care pot duce la trauma și boli psiho-somatice.

Exemple de transmitere transgenerațională sunt loialitățile familiale invizibile, secretele și miturile familiale sau sindroamele de aniversare. Importanța transmiterii transgeneraționale este larg recunoscută, în special în psihanaliză (Freud o prezintă în "Totem și Tabu"). Mecanismul transmiterii ne-spuse a informațiilor de la un individ la altul, de la un grup la altul, de la o generație la alta continuă să se afle sub semnul întrebării, el aflându-se clar la confluența multor discipline, de la biologie și fizică cuantică (vezi conceptele de sincronicitate și interconectivitate corp-timp-spațiu) la neuro-științe.

Psihogenealogia familială se practică individual (psihoterapeutul lucrând cu un singur client), dar mai ales în grup (cu participanți din medii diferite).

Cel de-a doilea mod de lucru aduce beneficii multe și rapide. Dinamismul lucrului în grup îi ajută pe clienți să-și descopere și înțeleagă mai repede și mai profund problemele, familia, miturile și sistemele familiale, istoria, identitatea și ce-i împiedică să fie ei înșiși. Oamenii se susțin unii pe alții și se incită la dezvăluiri și interpretări. Lucrul cu grupul se desfășoară de-a lungul a circa 20 de ore de terapie, de-a lungul unei întregi săptămâni sau, condensat, în două-trei zile.

Potențialul de schimbare bazat pe înțelegerea convingerilor unui individ și ale familiei lui și însănătoșirea relațiilor intra-familiale este superior celui adus de o relație de psihoterapie individuală (psihoterapeut-client) clasică, primele fiind foarte eficace și eficiente pentru a obține o schimbare a comportamentului acestuia sau a stării lui de sănătate psihică.

Prin înțelegerea comportamentului individului în grup, a modalităților de interacțiune dintre subiect și grupul său de origine, psihogenealogia familială poate juca un rol cheie nu numai în procesul psiho-terapeutic, ci și în dezvoltarea antropologiei și sociologiei. Ea ne permite să aprofundăm înțelegerea unor aspecte cheie, precum locul și rolul individului în grup, solicitările la care este supus și modul, vizibil sau invizibil, în care se manifestă acestea, reacțiile posibile la problemele celorlalți sau semnificația comportamentului verbal și nonverbal.

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

Sursa: Schutzenberger, Anne Ancelin, "Psihogenealogia și rănilor din familie", București, Philobia, 2014, ISBN 978-606-8560-05-2

5 milioane de oameni au murit de diabet în 2013

14 Noiembrie, Ziua Mondială a Diabetului



Începând din 1991, Ziua Mondială a Diabetului este un eveniment marcat în fiecare an, pe 14 noiembrie, de către membrii și partenerii Federației Internaționale a Diabetului (FID).

Scopul urmărit este acela de a informa și sensibiliza opinia publică asupra pericolului grav pe care îl reprezintă diabetul pentru sănătatea publică.

Circa 5 milioane de persoane au murit anul trecut, la nivel mondial, din cauza diabetului. Organizația Mondială a Sănătății estimează că în următorii zece ani numărul deceselor cauzate de diabet va crește cu mai mult de 50%. Astfel diabetul va deveni cea de-a șaptea cauză a mortalității la nivel mondial în 2030. Conform datelor FID, se estimează că, în România, sunt deja circa 1,2 milioane de persoane care suferă de diabet, dintre care circa 0,3 milioane sunt nediagnosticate.

În fiecare an, Ziua Mondială a Diabetului are o tematică specială care reflectă diverse subiecte cheie legate de această boală. Temele din anii trecuți au inclus costul diabetului, diabetul la copii și adolescenți sau prevenirea diabetului.

Pentru **2014-2016, tema Zilei Mondiale a Diabetului este Diabetul și Stilul de Viață Sănătos**. De ce este această temă atât de importantă? Răspunsul vine din faptul că diabetul poate fi ținut sub control, în primul rând, prin gestionarea atentă a stilului de viață. Impactul semnificativ al stilului de viață asupra apariției și dezvoltării diabetului, faptul că obezitatea și sedentarismul au devenit un adevărat flagel la nivel mondial, în special în țările dezvoltate și în curs de dezvoltare, explică de ce numărul bolnavilor este în continuă creștere în lume, deși terapiile pentru diabet au evoluat în ultimii 30 de ani.

În România Ziua Mondială a Diabetului a fost marcată prin evenimente axate în primul rând pe sensibilizarea opiniei publice asupra importanței prevenirii și detectării precoce a acestei afecțiuni. De exemplu, în ultimii ani, în data de 14 noiembrie, s-au aprins lumini albastre (albastrul fiind culoarea aleasă de FID pentru a reprezenta speranța luptei împotriva diabetului) care îmbracă clădiri și monumente reprezentative din toată

lumea, inclusiv din București și din alte mari orașe din țară și s-au desfășurat concerte și alte evenimente artistice pentru marcarea momentului. De asemenea, opinia publică este implicată în mod direct în aceste campanii prin testare gratuită a glicemiei, încurajarea unui stil de viață sănătos prin participarea la diverse marșuri ale bicicliștilor și alte evenimente sportive.

În 2013, Ziua Mondială a Diabetului a inclus și o serie de manifestări științifice dedicate medicilor și autorităților medicale, precum congrese medicale pe tema diabetului și decernarea premiilor de Excelență "Educație și Prevenție în Diabet". De remarcat este și lansarea primelor linii de transport în comun dedicate prevenirii diabetului, în municipiul Craiova. Acestea sunt marcate cu autocolante cu mesajul Campaniei Naționale „Controlează-ți Diabetul”.

Este important să nu uităm că principalul mesaj al tuturor acestor campanii este acela că detectarea precoce a diabetului este esențială pentru controlarea eficace a bolii și evitarea multora dintre complicațiile serioase care pot apărea în urma acestei boli.

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

Surse:

<http://www.idf.org/worlddiabetesday/about>

http://educatie-diabet.ro/ziua_mondiala_a_diabetului.php

<http://www.sanatateatv.ro/stiri-medicale/romania->

locul-27-din-30-de-tari-in-indexul-european-de-diabet-dr-beatriz-cebolla-in-romania-diabetul-nu-este-o-prioritate/

<http://www.comunicatedepresa.ro/violet-advertising5/arcul-de-triumf-iluminat-in-albastru-ca-simbol-al-luptei-impotriva-diabetului/>

Generarea unui șoc pentru metabolism printr-o stare de cvasi-înfometare – să fie asta soluția pentru diabetul de tip 2?

Cheia răspunsului se află în înțelegerea mecanismului care declanșează de fapt boala.

Primul lucru care ne vine în minte multora dintre noi când auzim despre cauzele diabetului este consumul excesiv de zahăr, ceea ce pare oarecum logic, având în vedere glicemia ridicată care este asociată cu această boală.

Rolul zahărului ca factor care contribuie decisiv la declanșarea diabetului rămâne, însă, nedemonstrat în mare parte. Asociația Americană a Diabetului (American



Diabetes Association – ADA) și Dr. Richard Bessler, autorul cărții “Spune-mi adevărul, doctore” consideră ca fiind un mit această părere, că excesul de zahăr cauzează diabetul.

Toate kaloriile au un rol decisiv, nu numai acelea care provin din excesul de zahăr. La fel de importante sunt și cele aduse de aportul de grăsimi sau de mâncatul excesiv. Acesta a fost și punctul de plecare într-un număr de studii recente care au încercat să descifreze mecanismul exact al bolii pentru a putea apoi arăta dacă evoluția ei poate fi nu numai ținută sub control, ci și reversată până la vindecare sau, din contră, pentru a înțelege dacă diabetul este o condiție cronică pe viață, incurabilă.

Unul dintre aceste studii recente (așa numitul Studiu Contrapunct – Counterpoint Trial condus în SUA de Prof. Taylor și asociații lui) a adus rezultate remarcabile, dătătoare de speranțe, care contrazic opinia convențională că diabetul de tip 2 este ireversibil, incurabil. Această opinie este, de altfel, puternic sprijinită de istoria de până acum a bolii, caracterizată, în general, de lipsa cazurilor de succes în care administrarea de medicație anti-

hiperglicemică a oprit evoluția bolii spre dependența de insulină. Iar situația stă la fel și în privința efectelor aduse de regimurile alimentare sau de activitate fizică recomandate de obicei diabeticii, ambele fiind, de asemenea, neputincioase în eliminarea apariției complicațiilor bolii, în ciuda contribuției lor pozitive la atingerea unui bun control al nivelului zahărului din sânge.

Această cercetare care aduce multe speranțe diabeticii și specialiștilor din domeniu s-a axat pe studiul efectelor unei diete cu 600 de calorii ținută timp de 8 săptămâni asupra nivelului de grăsimi din ficat și pancreas și respectiv, a nivelului de glucoză din sânge. Studiul a demonstrat că în timpul unei astfel de diete dure organismul este forțat să ardă grăsimi, în primul rând din ficat. Nivelul grăsimilor din ficat a fost adus la normal (după o scădere de 30%), iar procesele metabolice care reglează glucoza au revenit la o funcționare normală în numai 7 zile. Acestea sunt rezultate remarcabile. Deși nu demonstrează irefutabil relația de cauzalitate dintre nivelul crescut al grăsimilor din ficat și pancreas și efectele metabolice observate în cazul diabetului, ele sugerează un grad crescut de corelare dintre cele două.

Odată cu scăderea nivelului de grăsimi din ficat și pancreas, s-a observat și normalizarea sensibilității la insulină a ficatului și a nivelului glucozei din sânge, asociere confirmată și de rezultatele chirurgiei bariatrice. Se știa de ceva vreme că acest tip de chirurgie, în special cele mai restrictive intervenții, duc la reversarea completă a diabetului de tip 2 într-o proporție crescută de cazuri. Și, având în vedere că cele două abordări au în comun un element semnificativ, natura acută a intervenției, se poate avansa și ipoteza că motivul pentru care dietele și exercițiile fizice recomandate în mod obișnuit diabeticii nu dau rezultate este lipsa

acestui șoc hipo-caloric asupra organismului.

Chirurgia bariatrică se bazează tot pe producerea unui șoc hipo-caloric, dar reversarea diabetului depinde de cât de mult scade greutatea pacientului după operație. Ca și în cazul dietei de 600 de calorii ținută 8 săptămâni, îmbunătățirea metabolismului glucozei și eliminarea anormalităților metabolice asociate cu diabetul de tip 2 sunt vizibile la o săptămână după operație. Conform unui studiu din 2004, rata de succes în reversarea diabetului variază de la 99% în cazul intervențiilor cele mai radicale (diversiune bilo-pancreatică) la 84% în cazul by-pass-ului gastric și 48% în cazul inelelor gastrice. Un alt studiu a arătat că 86 din 88 de diabetici obezi care au fost operați bariatric s-au întors la un nivel normal al toleranței la glucoză la 4 luni după intervenție și au rămas la acel nivel toți cei 6 ani cât a durat monitorizarea lor.

Atât chirurgia bariatrică cât și dieta drastică analizată de studiul Contrapunct subliniază importanța șocului hipo-caloric pentru a reversa diabetul, iar rezultatele sunt cel puțin remarcabile în cazul amândurora.

Studiul explică foarte bine și care pare a fi mecanismul real al diabetului, ipoteza lansată de autori (Taylor și asociații săi) despre apariția diabetului în cazul unei persoane cu un metabolism normal al glucozei, dar cu rezistență la insulină. Întâi apare un exces repetat de energie, când nivelul kaloriilor intrate în organism prin alimentație este mai mare decât al celor consumate. În timp, acest exces caloric duce la excesul de acizi grași/grăsimi în ficat și pancreas. La rândul lui, acest exces de grăsimi afectează secreția de insulină a celulelor beta care ar trebui să gestioneze nivelul de glucoză, ducând la hiperglicemie postprandială – un nivel anormal de ridicat al glucozei în sânge, urmat de o scădere

mai înceată după masă. La rândul ei, hiperglicemia postprandială crește și mai mult secreția de insulină, care apoi crește producția de grăsimi a ficatului. Cele doua cicluri interconectate operează în mod continuu și cresc nivelul de acizi grași din pancreas, afectând funcționarea celulelor beta până când se atinge punctul critic la care metabolismul glucozei de către acea persoană se dereglează, iar hiperglicemia atinge un nivel la care apare diabetul de tip 2. Toți pașii, în afară de ultimul, durează de obicei ani de zile. Ultimul pas este știut a fi abrupt și rapid, durând maximum 2 ani.

Ipoteza testată de studiul Contrapunct a fost aceea că lanțul de evenimente care duce la apariția diabetului poate fi întrerupt și apoi reversat prin scăderea abruptă a conținutului de grăsimi al ficatului și atacarea trigliceridelor produse de ficat, care împiedică funcționarea corespunzătoare a celulelor beta. Această reversare se produce mulțumită unei restricții calorice severe și bruște, care forțează corpul să ardă aceste grăsimi într-un ritm susținut, fiindcă nu mai este nimic altceva de consumat pentru producerea energiei, odată ce mica rezervă de glucoză este folosită. Acest șoc hipo-caloric “trezește” celulele beta prin eliminarea inhibitorilor trigliceridelor, ceea ce reversează condiția diabetică. Astfel, acele intervenții care nu sunt suficient de severe – precum dietele recomandate în mod obișnuit și exercițiile fizice – nu reușesc să rupă lanțul de evenimente ce duce la condiția ficatului gras. De fapt, conform ipotezei, diabetul este o boală a ficatului gras.

Studiul Contrapunct aruncă lumină și asupra lipsei relative de eficacitate a medicației care scade nivelul glicemiei de a preveni complicațiile aduse de diabet. Poate fi pentru ca, adresând nivelul glicemiei, această medicație adresează doar un simptom al diabetului,

nu cauza fundamentală care împiedică funcționarea normală a celulelor beta, cum fac dietele care aduc un șoc hipo-caloric.

Studiul acesta deschide noi orizonturi în studiul diabetului, aducând răspunsuri convingătoare și dătătoare de speranțe la un număr de întrebări cheie legate de boală - este reversibil diabetul de tip 2? Răspunsul este, da. În plus, se pune întrebarea dacă se poate reversa diabetul în cazul persoanelor cu un indice de masă corporală normal? Având în vedere prezența condiției ficatului gras chiar și în cazul persoanelor cu un indice normal, răspunsul este pozitiv și pentru a doua întrebare. Va recidiva diabetul? Nu, atât timp cât nivelul grăsimilor din ficat și pancreas este sub pragul la care se declanșează diabetul în cazul persoanei respective. Care este cel mai bun mod de a preveni creșterea în greutate după o asemenea dietă hipo-calorică? Mișcarea și un regim alimentar care nu are calorii în exces.

Astfel, pentru a preveni apariția diabetului de tip 2, este foarte clar că trebuie să ne gestionăm dieta și greutatea pentru a nu ajunge într-o situație pozitiv calorică, unde luăm din alimentație mai multe calorii decât ardem. Având în vedere etiologia diabetului prezentată mai sus, evitarea excesului de grăsimi în ficat prin evitarea surplusului de calorii față de cât este necesar și, pentru cineva fără semnele pre-diabetului, menținerea greutății este mai importantă decât natura dietei. Pentru pre-diabetici, chiar și o dietă de 600 de calorii ținută 1-2 săptămâni poate fi destul de eficace. Pentru reversarea diabetului de tip 2, pare a fi necesară generarea unui șoc pentru metabolism printr-o stare de cvasi-înfometare care să rupă ciclurile de feedback insulină-ficat gras-trigliceride-hiperglicemie. În afară de această abordare, doar chirurgia bariatrică pare a oferi o soluție pentru reversarea diabetului. Pentru cineva

care se confruntă cu o boală altfel incurabilă, o dietă de șoc timp de 8 săptămâni pare a fi o problemă relativ nesemnificativă, iar dacă o asemenea dietă ținută timp de 1-2 săptămâni ar elimina pre-diabetul, acesta ar fi un avans semnificativ în domeniul sănătății publice.

Studiul Contrapunct poate reprezenta un moment de cotitură în gestionarea eficace, printr-o soluție relativ simplă, a epidemiei diabetice. Deși dătător de speranțe, el ar trebui urmat de studii pe un număr mai mare de persoane și cu un orizont mai extins de monitorizare a grupului, pentru a confirma obținerea unor asemenea rezultate remarcabile și pe termen lung.

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

Surse:

INTERNATIONAL HEALTH NEWS, William R. Ware, PhD – Editor NUMBER 250 SEPTEMBER 2014 INTERNATIONAL HEALTH NEWS William R. Ware, PhD- Editor NUMBER 242 NOVEMBER 2013

<http://www.yourhealthbase.com/archives/ihn242.pdf>

Besser, Richard, Dr., "Spune-mi adevarul, doctore", București, Lifestyle Publishing, 2014, ISBN 978-606-8566-09-2

Interviu cu Directorul Medical al Spitalului Clinic Colțea, doamna Dr. Mihaela Pârvulescu

Asigurați conducerea unui spital care este numit de unele publicații „leagănul medicinei românești” și care a reprezentat prima bază de învățământ medical. Greu de crezut că există vreun bucureștean care să nu fi auzit de el. Ce credeți că particularizează această instituție medicală?

Dincolo de faptul că, într-adevar, Spitalul Clinic Colțea a fost și este una din cele mai importante baze de învățământ medical, lucru cunoscut îndeobște de personalul medical și mai puțin de “mireni”, instituția noastră s-a remarcat, de-a lungul timpului, prin seriozitatea personalului său față de prestația medicală și, nu în ultimul rând, prin respectul față de pacient și nevoile acestuia.

Într-un alt registru, Spitalul Clinic Colțea se face remarcat prin stilul său arhitectonic. Nu cred că poate trece cineva pe Bulevardul Brătianu și să nu se oprească să admire impozanta clădire care adăpostește acest așezământ medical unic în București. Faptul că spitalul a beneficiat de un amplu proces de reabilitare structurală și de dotări de ultimă generație a făcut să crească atât calitatea condițiilor hoteliere, cât și calitatea actului

medical, prin sporirea posibilităților de investigare, monitorizare și tratament medical și chirurgical.

Dacă ar fi să vorbim despre reușitele echipei Spitalului Clinic Colțea, cu ce vă mândriți în mod deosebit?

Sunt câteva repere importante de menționat aici. Astfel, în Spitalul Clinic Colțea s-au efectuat printre primele operații laparoscopice, sub îndrumarea regretatului profesor dr. Nicolae Angelescu. Apoi, trebuie să știți că Secția de ORL derulează un program național de implant cohlear. Clinica de radioterapie a spitalului și personalul său specializat deservește un important număr de pacienți din toate zonele țării, la un standard ridicat, date fiind dotările cu 2 acceleratoare

de particule 2D și 3D, dar și linia de brahiterapie. Am reușit, de asemenea, în anul 2012, să completăm ambulatorul de specialitate cu încă 5 cabinete: neurologie, psihiatrie, endocrinologie, alergologie, boli

transmisibile și infecțioase.

Însă cea mai mare realizare a noastră este înființarea compartimentului de transplant medular care și-a început activitatea în anul 2013 și continuă cu succes derularea programului național de transplant medular.

Dintre proiectele de viitor, care este acela care vă preocupă cel mai mult? Ne puteți povesti puțin despre el?

În viitorul apropiat încercăm să obținem încă un accelerator pentru secția de radioterapie, prin programul derulat de Ministerul Sănătății. Un astfel de echipament ar veni în ajutorul pacienților care beneficiază de acest tip de terapie,

și care, în momentul de față, se confruntă cu o lungă listă de așteptare. Mai mult, acest nou echipament ar scădea presiunea asupra personalului medical. Este foarte adevărat că amplasarea unui



asemenea echipament necesită de specialitate. Din această zonă, amenajarea unui spațiu conform primul obiectiv pe care sperăm să-l cerintelor CNCAN (n.b. Autoritatea finalizăm până la sfârșitul acestui națională competentă în domeniul an este înființarea cabinetului de nuclear, care exercită atribuțiile oftalmologie.

de reglementare, autorizare și Dar cel mai important proiect în



control), obținerea de autorizații de funcționare și angajarea de personal de specialitate.

Avem în plan și dotarea spitalului cu un echipament de RMN, într-un viitor mai îndepărtat.

Data fiind politica Ministerului Sănătății de a muta o mare parte din spitalizarea continuă în cea de zi, ne vom preocupa de lăgirea gamei de specialități din ambulatorul

derulare este crearea unei "Bănci de celule stem hematopietice" care va optimiza activitatea compartimentului de transplant medular.

Aveți o echipă de conducere formată doar din doamne și lucrați într-un domeniu în care numărul femeilor este destul de mare. Care sunt provocările unei femei medic, care este și membru al unei echipe de conducere dintr-

un spital?

Faptul că suntem o echipă de conducere în exclusivitate feminină a fost și este pentru noi un argument motivant de realizare a obiectivelor propuse. Avem privilegiul de a conduce una din cele mai importante baze de învățământ medical și am reușit să asigurăm, în condiții în totdeauna propice, o coerență în desfășurarea actului medical, în mod echilibrat, pentru toate secțiile spitalului, prin asigurarea resurselor materiale și de personal, dar mai ales fără a acumula datorii la bugetul de stat.

Cred că cea mai mare reușită a echipei manageriale este faptul că am câștigat respectul și colaborarea șefilor de clinici și compartimente din spital. Putem afirma că avem o echipă managerială "lărgită".

Privind retrospectiv la cariera dumneavoastră profesională și la ceea ce vă propuneți la începutul ei, care sunt lucrurile pe care le-ați realizat și ce vă doriți mai departe?

Cel mai important lucru pe care l-am realizat a fost să îmi tratez profesia cu dragoste și respect. Sunt șef de secție de peste 20 de

ani și, în tot acest timp, am încercat să creez un loc de muncă modern, în care personalul să fie stimulat să dea tot ce are mai bun, astfel încât munca noastră să fie apreciată și respectată.

Deviza mea profesională a fost și este să fim în pas cu noile metode de diagnostic și tratament, să asigurăm cadrul necesar de desfășurare a actului medical cu cât mai puține sincope și, nu în ultimul rând, să utilizez "omul potrivit" cu locul și specificul activității. În epoca "mașinilor" suntem tentați să uităm că cea mai importantă resursă este "omul".

Cum vedeți rolul organismelor profesionale de tipul Colegiului Medicilor sau Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali în susținerea profesiilor de medic și asistent medical?

Din punctul meu de vedere, aș dori o implicare mai activă a Colegiului în viața profesională a medicilor pe care-l "păstorește".

Ce vă doriți în plus de la aceste organisme profesionale?

Aș dori să fie mai aproape de

nevoile membrilor săi, să ne bage în seamă nu numai când sunt alegeri.

În ce privește asistentele medicale, avem o lege care nu permite angajarea unor asistente generaliste în laboratoare de analize medicale, anatomie patologică, radiologie, radioterapie, (cel puțin nu în sectorul de stat), dar nu se preocupă nimeni de instruirea personalului în aceste domenii. Poate OAMGMAMR ar putea schimba acest lucru.

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

Interviu cu doamna Asistent Șef Gabriela Iovan, Spitalul Clinic Colțea

Am vorbit despre cariera și mentorii săi, despre cazuri care au emoționat-o până la lacrimi, despre ce înseamnă profesionalism și perseverență în această profesie.

Dar cel mai mult m-a impresionat deschiderea cu care și-a asumat responsabilitatea pentru educația și

standardul profesional al personalului de îngrijire din spital. *"Noi, cei din posturile de conducere, ar trebui să veghem mai mult asupra comportamentului colegilor. Să impunem o anumită rigoare și disciplină. Nu poți, de exemplu, să administrezi tratamentul la patul bolnavului și, în același timp, să vorbești despre lucruri personale, mai*

mult țipând, cu o colegă din capătul celălalt al salonului."



Descrieți-ne, vă rog, parcursul dumneavoastră profesional. Care au fost cele mai importante etape și ce au însemnat ele pentru dumneavoastră?

Eu am terminat liceul sanitar. O școală care, consider eu, a pus bazele solide ale pregătirii mele profesionale de mai târziu. Dar mi-au fost necesare și specializările ulterioare: o echivalare la Fundeni, Școala Postliceală "Carol Davila", care mi-a adus specializarea de asistent medical generalist și Facultatea de Asistente Medicale și Moașe. Nu am scăpat nimic, din toate ocaziile pe care le-am întâlnit și care m-au ajutat să mă formez și perfecționez.

Activitatea mea profesională la Colțea a început în 1995. M-am angajat în laboratorul Clinicii de Hematologie. Venisem dintr-un laborator central unde toata lumea era cumva la fel, nu prea aveai cum să-ți manifesti personalitatea, să te diferențiezi. Nimeni nu-ți stimula cumva profesionalismul și nu te motiva. Treaba mergea, dar fără satisfacții. Aici, la Colțea, lucrurile stăteau altfel. Când am venit la Colțea, am găsit aici oameni care m-au ajutat să-mi descopăr valoarea, să capăt încredere în mine. Ma refer la doamna profesor dr. Popescu, doamna profesor dr. Lupu, doamna doctor Nicoleta Berbec.

În anul 2002 am devenit Asistent Șef în Clinica de Hematologie. În 2006, am devenit Director de Îngrijiri Medicale. Era perioada în care domnul Prof. Dr. Cristian Popescu era managerul spitalului. Din 2008, am revenit Asistent Șef la Hematologie, iar în 2011 am devenit Asistent Șef Unitate. Fiind spital cu mai puțin de 400 de paturi nu putem avea titulatura de "director de îngrijiri medicale", deși, practic, fac același lucru.

Ce au însemnat pentru mine toți anii aceștia? Am învățat foarte mult. Aici a fost un șantier, ani de zile. Am avut o relație strânsă cu dumnealor, tocmai în ideea

de a construi și a face ceva bun pentru toată lumea. Mai ales că îndeplineam visul colectivului clinicii – Compartimentul de Transplant Medular. S-a întâmplat, în sfârșit. Trebuie să știți că fiecare etapă a trebuit supravegheată și coordonată și ne-am implicat în tot ce am putut. Ne-am gândit ca și pentru salariați să fie bine. De exemplu, am făcut zona de vestiare. Unele nu au putut fi realizate, pentru că exista un proiect de la care foarte greu ne puteam abate. Însă, cu perseverență și înțelegere s-au întâmplat multe lucruri bune. De exemplu, acest proiect nu prevedea magazie centrală, nu prevedea arhivă, garderobă. Cu răbdare și investită cu încredere și responsabilizată de doamna profesor dr. Lupu am reușit împreună să facem multe schimbări în bine. Au fost ani agitați, dar și foarte fructuoși, care mi-au dat satisfacții mari.

Pe parcursul carierei, cu siguranță că ați învățat de la fiecare din mentorii pe care i-ați avut. Ne puteți povesti ce anume ați "primit" de la fiecare dintre ei?

Cel mai important lucru pe care l-am învățat, de la unul dintre mentorii mei, doamna Prof. Dr. Popescu a fost faptul că profesionalismul personalului medical trebuie să fie dublat de un caracter pe măsură, de omenie, de apropiere și grijă față de pacient. În afară de a-i trata boala, trebuie să ai grijă de sufletul lui. Pacienții noștri au boli incurabile, iar suferința își pune amprenta asupra psihicului și moralului lor. Trebuie să ai grijă cum te porți. Foarte mulți dintre ei se schimbă după ce se îmbolnăvesc. Văd lucrurile și viața altfel. Văzând-o pe dumneaei cum aborda pacienții și problemele, am înțeles aceste lucruri și m-am format așa.

De la dânsa am învățat și să nu mă mulțumesc cu "jumătăți de măsură" în profesie. Era o persoană foarte

exigentă și ne-a împins dincolo de limitele confortului profesional. Îmi aduc aminte cum lucram în laborator și repetam analize până ce obțineam cel mai bun rezultat. Nu se lăsa până nu "scotea" din mine ce era mai bun. Era foarte riguroasă în rezultate. Voia ce era mai bun.

Aceasta a fost formarea mea. Dincolo de această perioadă de pregătire, un alt mentor pentru mine, de data aceasta în perioada mea de maturitate profesională, este doamna Prof. Dr. Anca Lupu, actualul manager al spitalului. Dânsa mi-a dat "aripi". A avut încredere în a mă susține. Dumneaei imprimă un model de corectitudine, rigoare și exigență, pentru că nu are "jumătăți de măsură". Este un mentor care m-a solicitat mult, m-a provocat, dar care mi-a dat și încredere. Am progresat astfel și mi-a plăcut acest lucru. Îi mulțumesc foarte mult pentru încrederea acordată.

Care este cea mai emoționantă amintire profesională pe care o aveți (poate ceva legat de un coleg, un medic, un pacient, un aparținător)? Povestiți-ne despre ea, vă rog.

Au fost multe. Extrem de multe. Suntem într-un spital unde vezi multe lucruri dramatice, unde ești martor la multe drame.

Cred că cel mai mult m-a impresionat, dar am și fost fericită, când am putut aduce comisia de profesori pentru susținerea bacalaureatului la un pacient internat în spital cu o problemă foarte gravă. Era elev la Liceul "Dinu Lipatti". Una dintre probe a fost la vioară. Și-a susținut recitalul în rezerva în care era internat, în fața comisiei. Toată lumea avea lacrimi în ochi. Era un băiat foarte frumos, deștept și foarte talentat. Avea vârsta băiatului meu. A murit, dar nu fără a-și împlini visul de

a lua examenul de bacalaureat. Mă bucur că am putut să-i împlinim visul. Dorea foarte mult acest lucru.

Care este lucrul care vă face să vă simțiți mândră că ați ales această profesie?

Mă simt foarte mândră și îmi place când pot ajuta omenii. Am o mare satisfacție când lucrurile sunt făcute bine. Probabil că așa m-am născut, cu darul acesta. Cred că în profesia aceasta nu poți ajunge la performanță, nu ești cu adevărat bun, dacă nu ajuți necondiționat.

De-a lungul anilor am format multe asistente de pe băncile școlii. Am principiul că trebuie să oferi, să formezi, să-i înveți pe ceilalți, înainte să pretinzi. Oamenii formați de mine au o anumită libertate și înțelegere din partea mea, atunci când au problemele firești de viață ale fiecăruia dintre noi, evident fără a afecta activitatea. Dar în momentele în care am avut nevoie de ei, au fost acolo și și-au făcut bine treaba. Aici nu se condiționează actul medical. Cred că există multă omenie în Spitalul Colțea. Este un lucru pe care l-am constatat și de care sunt mulțumită.

Cum vedeți dumneavoastră rolul OAMGMAMR filiala București în promovarea intereselor profesiei dumneavoastră?

Apreciez ceea ce face acum filiala București a Ordinului. Lumea este încrezătoare în ajutorul pe care chiar îl primim. Vedem mai multă atenție și grijă ca formarea profesională să fie la un anumit standard. Cursurile pe care noi trebuie să le parcurgem sunt mai bine controlate, spre binele formării asistenților. Sunt foarte multe manifestări pentru asistenți. Mă gândesc la Școala de Vară și la Școala de Iarnă de la Albota, de la

Sarmisegetuza. Am învățat foarte multe de la lectori, care au fost foarte bine aleși. Inclusiv lucruri utile pentru noi.

Ce vă doriți de la această organizație profesională?

Sufăr foarte mult că profesia noastră nobilă nu mai este atât de respectată ca înainte de 1989. Din păcate, în ultima vreme, asistentele medicale se fac "pe bandă rulantă". Sunt persoane care nu au calitățile necesare pentru a face această profesie, pentru a fi un asistent bun. Am predat la două școli postliceale și știu exact cum decurg lucrurile. Îmi pare atât de rău că se întâmplă că oameni nepotriviți ajung să facă această profesie.

Mă gândesc că OAMGMAMR ar putea să promoveze valorile reale, modelele adevărate în profesia noastră. Profesia a fost mult întinată de imaginea publică negativă. Poate că atunci când Ordinul i-ar promova pe asistenții medicali cu adevărat valoroși, cu 30-40 de ani de activitate, recunoscuți profesional de colegi, de medici, de pacienți, lucrurile ar arăta și valoarea profesiei noastre și calitățile care ar trebui să ajungă exemple.

Apoi noi, cei din posturile de conducere, ar trebui să veghem mai mult asupra comportamentului colegilor. Să impunem o anumită rigoare și disciplină. Nu poți, de exemplu, să administrezi tratamentul la patul bolnavului și în același timp să vorbești, mai mult ținând, cu o colegă din capătul celălalt al salonului despre lucruri personale.

Ce aspirații sau proiecte de viitor aveți?

O să fiu foarte practică. Îmi doresc, de exemplu, o firmă de curățenie în spital. Care să ne ajute să nu ajungă să se degradeze spitalul acesta frumos.

Este important, de asemenea, să rămânem un spital care nu are datorii, așa cum suntem în acest moment.

Împreună cu reprezentantul OAMGMAMR din spital – doamna Dana Preda din Secția ATI, o persoană care-și ia munca foarte în serios, ne străduim să găsim teme pentru cursuri, subiecte care ne interesează cu adevărat. Spitalul având profil oncologic, aceste cursuri ne ajută să ne specializăm mai bine tot personalul, indiferent de specialitate.

Cam acestea sunt gândurile mele. Unele practice, imediate, altele de perspectivă, care privesc întreaga profesie. Și cea mai mare dorință este aceea de a vedea pusă în valoare această profesie nobilă pe care o iubesc – cea de asistent medical.

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



Istoria celui mai vechi spital din București care funcționează într-o clădire emblematică a capitalei. Spitalul Colțea, la peste 300 de ani de la înființare.

Cel mai vechi spital din București (funcțional și astăzi) își leagă numele de cel al Spătarului Mihail Cantacuzino. El este acela care a pus bazele spitalului Colțea, la 14 decembrie 1704. Fascinat de modelul italianesc de la "Ospedale di S. Lazzaro e Medicanti" din Veneția, care, la vremea aceea, era una dintre cele mai moderne instituții medicale din lume, Mihail Cantacuzino a comandat construirea unui așezământ de îngrijire

a bolnavilor.

Mihail Cantacuzino a rămas "de veghe" la Colțea chiar și după moartea sa. Statuia spătarului, ridicată din marmură de Carrara de sculptorul român de origine germană, Karl Storck, străjuiește spitalul din 1869.



Clădirea spitalului Colțea a adăpostit și cea mai înaltă construcție de la 1715, Turnul Colții. *"Peste turlele multe și ușoare ale bisericii Sf. Gheorghe, ochiul se oprea cu admirare asupra celei mai înalte și mai tari zidiri, turnul Colții, care domina orașul și-și arăta falnic crenelurile peste nori"*, povestea mândru fostul prim-ministru al României și diplomatul, Ion Ghica. Tot în acea perioadă apăruse și zicala: „înalt cât Turnul Colții!”, pe care o foloseau oamenii ca să facă diverse comparații. Turnul a fost proiectat de arhitectul olandez Joseph Schiffler. Acest turn a avut peste 50 metri și a fost socotit de un călugăr grec drept unul dintre

cele mai impunătoare monumente europene. El se compara cu marea clopotniță din Petersburg, biserica San Marco din Veneția și mănăstirea Lavra Pecerska din Kiev. A avut și rol de foișor de foc. În anul 1802 a fost afectat de un cutremur, iar în 1888 a fost demolat.

În anul 1739, Colțea a ars într-un incendiu, dar a renăscut din propria cenușă. Reconstrucția i se datorează Domnitorului Țării Românești, Constantin Mavrocordat. Clădirile au fost refăcute în 1837-1842, respectiv 1888. După ce a fost refăcută, instituția și-a extins activitatea, înființându-se noi secții și clinici.

În ultimii 10 ani, Spitalul Colțea a revenit printre preocupările edililor capitale: *"Reabilitarea spitalului va contribui la imaginea civilizată, urbană a centrului capitalei, precum și la funcționarea acestui*

ansamblu spitalicesc în condiții moderne și civilizate, la standardele europene la care aspirăm cu toții” anunța, în 2006, un comunicat al primăriei sectorului 3.

La înființarea sa, spitalul Colțea avea să figureze printre primele spitale din Europa, alături de “Charite” din Berlin și “Guy” din Londra. La început, spitalul avea 24 de paturi: 12 pentru bărbați și 12 pentru femei, separați în două clădiri. În pavilionul de bărbați, îngrijitorii erau neapărat bărbați, iar în cel de femei, infirmierele



erau tot femei. Conform regulamentului spitalului, doctorul trebuia să îngrijească de pacienți, indiferent de starea lor socială. Totodată, spitalul se obliga să asigure înmormântarea celor care mureau acolo. Astfel, Cantacuzinii au creat instrucțiuni precise pentru acest spital: *“Dacă vre-un boier scăpătat, petrecând în sărăcie și bolnav, or pământean de aci sau străin, fie și neguțător sau vre-un alt om cinstit, dar sarac și bolnav va voi să alerge spre ajutor la spital, să fie primit și să-și aibă hrană și îngrijirea cu îndestulare și cuvenită starei sale, fără însă ca să rămâie în spital ci în altă chilie*

deosebită unde și doctoru îl va cerceta la veri ce nevoe. Iar preotu cimitirului va avea grijă pentru căutarea lui cu îndestulare; și de se va întâmpla să moară, să fie îngropat și înmormântat cu toata cinstea, după cum adică s-a vorbit mai sus și despre ceilalți săraci”. Așadar, prima misiune a spitalului a fost una de natură social-medicală.

Dacă la început spitalul avea doar 24 de paturi, treptat instituția s-a extins. Numărul de paturi a crescut, s-au înființat secții și clinici care au încercat să țină pasul cu dezvoltarea medicinei pe plan european. Dacă în anul 1704 spitalul avea 24 de paturi, în 1848 ajunge la aproape 100, în 1888 la 210 și între 1957 și 1980, la 502. În acest moment, Spitalul Colțea funcționează cu 315 paturi.

Printre primele performanțe chirurgicale realizate la Spitalul Colțea și documentate este menționată și o amputare practică a unui anume Costin din Metsovo, provenit dintr-un oraș armanesc din munții Pindului, Grecia.

Până pe la 1833, în Spitalul Colțea au profesat numai doctori străini. Primul român a fost Ioan Serafim. La Spitalul Colțea a profesat și una dintre personalitățile marcante ale medicinei secolului XIX, Nicolae Crețulescu. Acesta a înființat, în anul 1842, *“școala de mică chirurgie”* prima școală de învățământ medical din Țara Românească. *“Manualul de mică chirurgie”* o notă a vremii, a fost scris de Nicolae Crețulescu și editat din banii Spitalului Colțea în anul 1844. Tot aici s-au remarcat și alte personalități ale medicinei românești, printre care Carol Davila, Victor Babeș, Nicolae Manolescu sau Amza Jianu. Pentru că aici au fost chemați să profeseze cei mai buni medici ai vremurilor, instituția a ținut întotdeauna pasul cu cele mai noi

descoperiri științifice din domeniu. De aici au provenit și trei miniștri: Constantin Angelescu, Nicolae Crețulescu și Gheorghe Asachi. Mulți dintre conducătorii spitalului au devenit, în timp, miniștri ai Sănătății”, mărturisirea prof. dr. Nicolae Angelescu, chirurg și președinte al Fundației “Colțea”.

Spitalul Coltea a fost și prima bază de învățământ. În anul 1859 s-au înființat aici primele specialități medicale: chirurgia, medicina internă și oftalmologia. Astăzi, în spitalul Colțea, sunt diverse secții medicale printre care Medicină Internă, Chirurgie generală, Oncologie medicală, Radioterapie, Hematologie, ORL, ATI, alături de diferite laboratoare și de ambulatoriul integrat cu cabinetele de specialitate, de colective de cercetare științifică și de o bază activă de învățământ medical. Spitalul Clinic Colțea are și un compartiment de transplant medular care și-a început activitatea în anul 2013 și continuă cu succes derularea programului național de transplant medular. Personalul spitalului cuprinde 113 medici de diverse specialități și 260 asistente medicale.

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

Surse: <http://www.coltea.ro>

<http://a1.ro/news/inedit/spitalul-coltea-310-ani-de-istorie-aici-s-au-tratat-stra-stra-bunicii-vostri-id147594.html>

http://www.historia.ro/exclusiv_web/general/articol/cele-mai-vechi-cladiri-bucure-ti

Sindromul salvatorului – un pericol pentru personalul medical

Să oferi ajutor oamenilor din jur pentru a se vindeca, să le salvezi viața multora dintre ei este una dintre cele mai nobile și frumoase profesii din lume, care îi împlinește profund pe cei cu această vocație. Reversul medaliei este presiunea extraordinară pe care întâlnirea cu suferința umană și situațiile limită o pun pe umerii acestor salvatori, presiune pe care unii dintre ei nu o pot gestiona întotdeauna în mod corespunzător. Este, deci,



perfect legitim să vorbim și despre stresul salvatorului, nu numai despre cel al pacienților sau victimelor unor situații limită, accidente sau urgențe medicale.

Acest stres intens, cauzat de întâlnirea cu suferința,

moartea, desentimentul neputinței, poate duce, în timp, la apariția așa-zisului “sindrom al salvatorului,” o stare de epuizare fizică, nervoasă și psihică, câteodată însoțită și de pierderea motivației profesionale.

Acest articol își propune să treacă în revistă cele mai comune manifestări ale sindromului salvatorului – când poate apărea, ce simptome are și cum poate fi gestionat eficient. În acest context, este important de menționat că misiunile de salvare, inclusiv cele de tip medical (precum aducerea victimelor unui accident major la Unitatea de Primiri Urgențe a unui spital) pot prezenta mai multe tipuri de factori de stres și traumatici – situaționali (precum peisajul suferinței victimelor în stare gravă), ocupaționali și organizaționali care pot împiedica asupra desfășurării corespunzătoare a actului medical (lipsa anumitor echipamente sau medicamente, lipsa sângelui pentru transfuzii, etc.) și personali (factori ce țin de valorile și motivațiile, dar și eventualele probleme personale ale personalului medical implicat în misiunea de salvare).

Strâns legate și de tipurile de factori de stres prezenți, stările psihologice ale salvatorului se schimbă pe durata misiunii de

salvare, debutând cu faza de mobilizare și pregătire. Este o fază de efervescentă, stres și neliniște – cum va decurge totul, vom rezolva urgența? Pentru cei care lucrează într-o echipă, stresul este oarecum diminuat de interacțiunea din cadrul echipei. Faza de imersiune în operațiune este caracterizată de stres intens, însă solidaritatea și eficacitatea echipei, măsura în care ea este rodată în astfel de situații pot aduce un sprijin psihologic excelent în aceste momente. Simptomele care însoțesc stresul normal, adaptativ din faza de imersiune sunt fizice (accelerarea pulsului) și psihice (tensiune emoțională și anxioasă).

În mod paradoxal, stresul se atenuează în timpul fazei de executare a misiunii, iar aplicarea manevrelor medicale învățate și repetate de atâtea ori, precum și unitatea echipei, contribuie semnificativ la această diminuare a stresului. Totuși, stresul și suprasolicitarea rămân la un nivel relativ crescut și în această fază, iar lipsa de certitudine legată de un deznodământ pozitiv contribuie la creșterea acestora. Pot apărea și incidente critice care să aducă și mai mult stres, precum moartea unei victime. Încheierea misiunii poate

aduce o combinație de stări, de la epuizare fizică și psihică, la euforia unui deznodământ fericit. După încheierea misiunii, depinzând în mare măsură de rezultatele acesteia, se poate constata întoarcerea la calm, după dispariția progresivă a simptomelor de stres sau poate apărea un sindrom post-traumatic. Salvatorul este obsedat de amintirea evenimentului (are coșmaruri, etc) și nu se poate întoarce la viața de dinainte.

Burn-out-ul este unul dintre sindroamele psiho post-traumatice care poate apărea cel mai frecvent la personalul medical care lucrează în condiții deosebite de stres (de exemplu, asistenții medicali care

îngrijesc copii bolnavi de leucemie în fază terminală). De altfel, așa a și apărut termenul, folosit prima oară în 1941 de Freudenberg pentru a descrie starea de epuizare a acestor asistente medicale sau infirmiere.

Alături de sindromul burn-out, oboseala din compasiune este una dintre cele mai frecvente forme de manifestare a paletii de tulburări grupate sub categoria generică a sindromului salvatorului. Aceasta este oboseala cronică pe care o resimt mulți membri ai personalului medical, în special medicii psihiatri, care ajung să fie afectați, pe termen lung, de ascultarea repetată a plângerilor pacienților, în cazul în care empatia lor se transformă în



compasiune sau milă. Oboseala din compasiune se poate manifesta prin neputința de a se desprinde de cazurile de la serviciu în timpul liber, prin tristețe, demotivare și chiar depresie.

În aceste situații în care personalul medical dezvoltă milă pentru pacienți, el se lasă afectat emoțional de suferințele acestora, ceea ce poate crea probleme procesului terapeutic. Empatia este necesară pentru înțelegerea cazului și a suferinței pacienților, iar aceștia așteaptă într-adevăr o ascultare empatică din partea personalului medical. Ei așteaptă, însă, cel puțin la fel de mult, și gestionarea eficientă a cazului lor, ceea ce implică o gândire la rece și găsirea promptă de soluții medicale pentru rezolvarea problemei. Acest proces de rezolvare a cazului poate fi afectat de lipsa de detașare a personalului medical adusă de transformarea empatiei în milă.

Personalul medical este supus, în mod inevitabil, șocurilor emoționale inerente "misiunii de salvare", fiind afectat de stres la fel ca pacienții pe care-i tratează sau victimele accidentelor cărora le acordă ajutor de urgență. El este expus în mod continuu unor factori de stres. Aceștia generează, în majoritatea cazurilor, reacții de stres care pot trece neobservate și care apoi vor dispărea. Dar sunt și cazuri în care reacțiile de stres îi pot marca în mod durabil, dezvoltându-se astfel sechele psihotraumatice. Din fericire, în perioada de formare profesională, personalul medical beneficiază de o anumită inițiere în problemele legate de stres și trauma. El poate, de asemenea, cere ajutor psiho-terapeutic pentru a evita diversele manifestări ale sindromului salvatorului, în special burn-out-ul sau oboseala din compasiune.

Este foarte important ca personalul medical să fie

conștient permanent de pericolul serios pe care l-ar putea reprezenta căderea în capcana "salvatorului invincibil", pe care nu-l poate doborî nimic și care nu are nevoie de ajutorul nimănui. El trebuie să depună un efort conștient și constant pentru a recunoaște timpuriu simptomele stresului și pentru a-l gestiona eficient, fie prin activități de deconectare în timpul liber, fie prin recurgerea la psiho-terapie, în cazul unui nivel crescut de stres cronic.

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

Surse:

Crocq, Louis, "16 conferințe despre trauma", București, Editura Trei, 2014, ISBN: 978-606-719-016-8

<http://salvatori.spard-team.com/stresul-salvatorului/>

<http://salvezidacastiisaactionezi.blogspot.ro/2013/07/13-rolul-si-responsabilitatile.html>

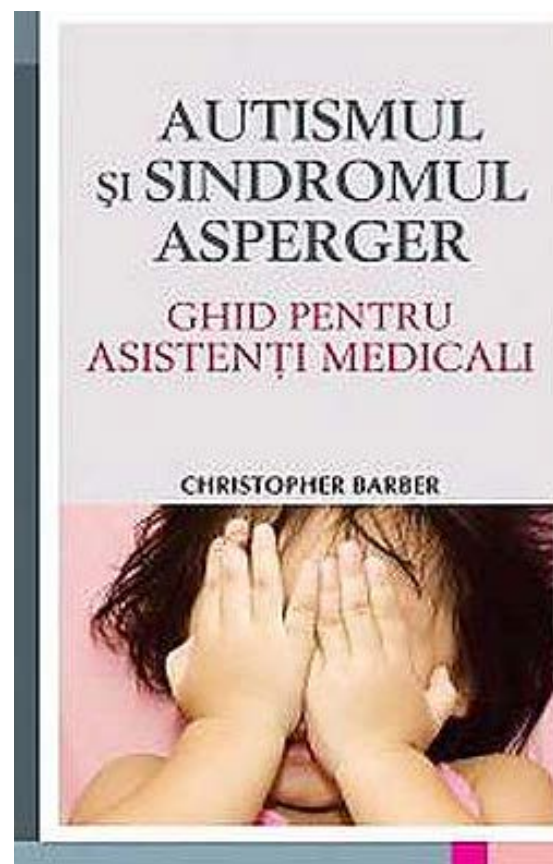
Autismul și Sindromul Asperger – Ghid pentru Asistenți Medicali

Christopher Barber

Editura ALL, 2013

Cartea este un ghid foarte util pentru asistenții medicali din domeniul îngrijirii afecțiunilor din spectrul autismului, contribuind în mod practic la înțelegerea mai bună a domeniului, inclusiv a cauzelor potențiale și a implicațiilor asupra vieții celor care au aceste afecțiuni și vieții familiilor lor.

Autorul, el însuși asistent medical, are o vastă experiență clinică în domeniul tulburărilor mintale, în special din zona autismului și a dizabilităților de învățare, iar cartea cristalizează toată această experiență într-o carte de referință pentru cei care lucrează în domeniu.

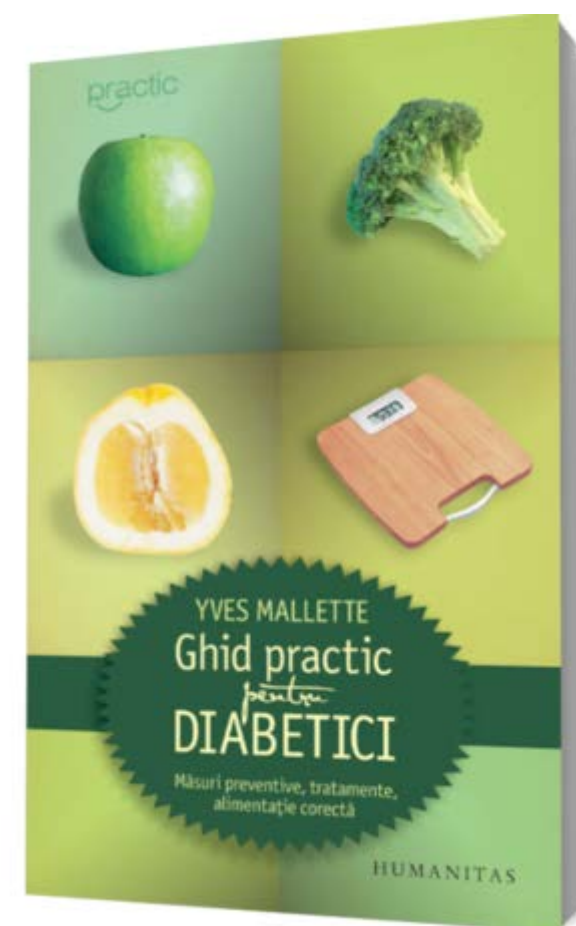


Ghid practic pentru diabetici

Yves Mallette

Editura Humanitas, 2009

Un ghid foarte accesibil pentru oricine dorește să înțeleagă, să prevină îmbolnăvirea sau să țină sub control evoluția diabetului de tip 2. Cartea se bazează pe ultimele descoperiri științifice în domeniu și prezintă pe înțelesul tuturor ce este diabetul de tip 2, sub toate aspectele lui, și la ce complicații medicale poate duce. De asemenea, autorul le propune diabeticilor modalități simple și practice de a duce o viață perfect normală.

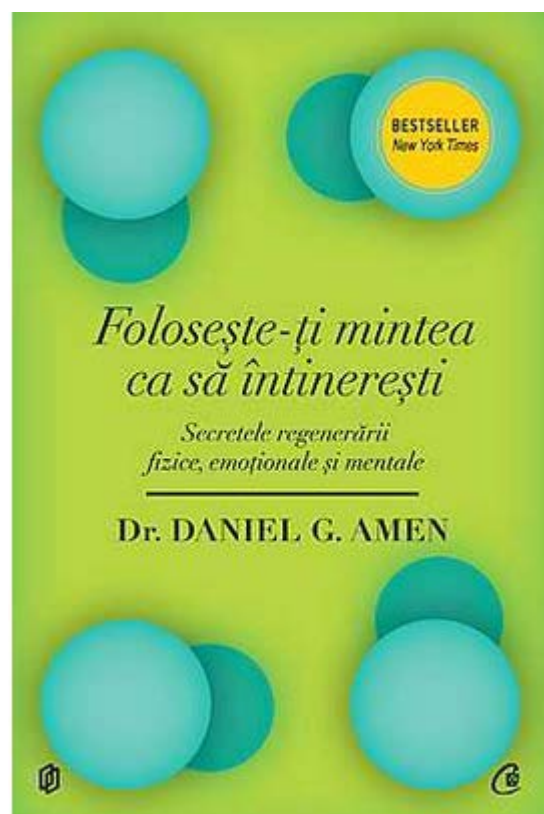


Această carte face parte din seria realizată de Yves Mallette pe tema problemelor grave de sănătate ale societății. Alte cărți din aceeași serie sunt Les maladies arthritiques, L'hypertension, une meurtrière silencieuse și L'asthme, une maladie qui a du souffle, toate publicate la Éditions Quebecor.

Folosește-ți mintea ca să întinerești

Dr. Daniel G. Amen

Editura Curtea Veche, 2014



Dr. Amen ne prezintă, extrem de convingător, cu argumente științifice solide, cum putem să ne schimbăm creierul pentru a ne schimba viața în bine, a ne simți mai tineri, a fi mai energici și optimiști, și, de asemenea, pentru a ne feri de bolile cerebrale neurodegenerative odată cu înaintarea în vârstă.

Cartea ne recomandă urmarea a 10 pași simpli, dar esențiali, pentru a înțelege și a ne îmbunătăți funcționarea creierului prin stimularea constantă a activității lui,

în principal prin dezvoltarea memoriei și atenției și gestionarea eficace și eficientă a energiei mintale

Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – specialist tehnic

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.