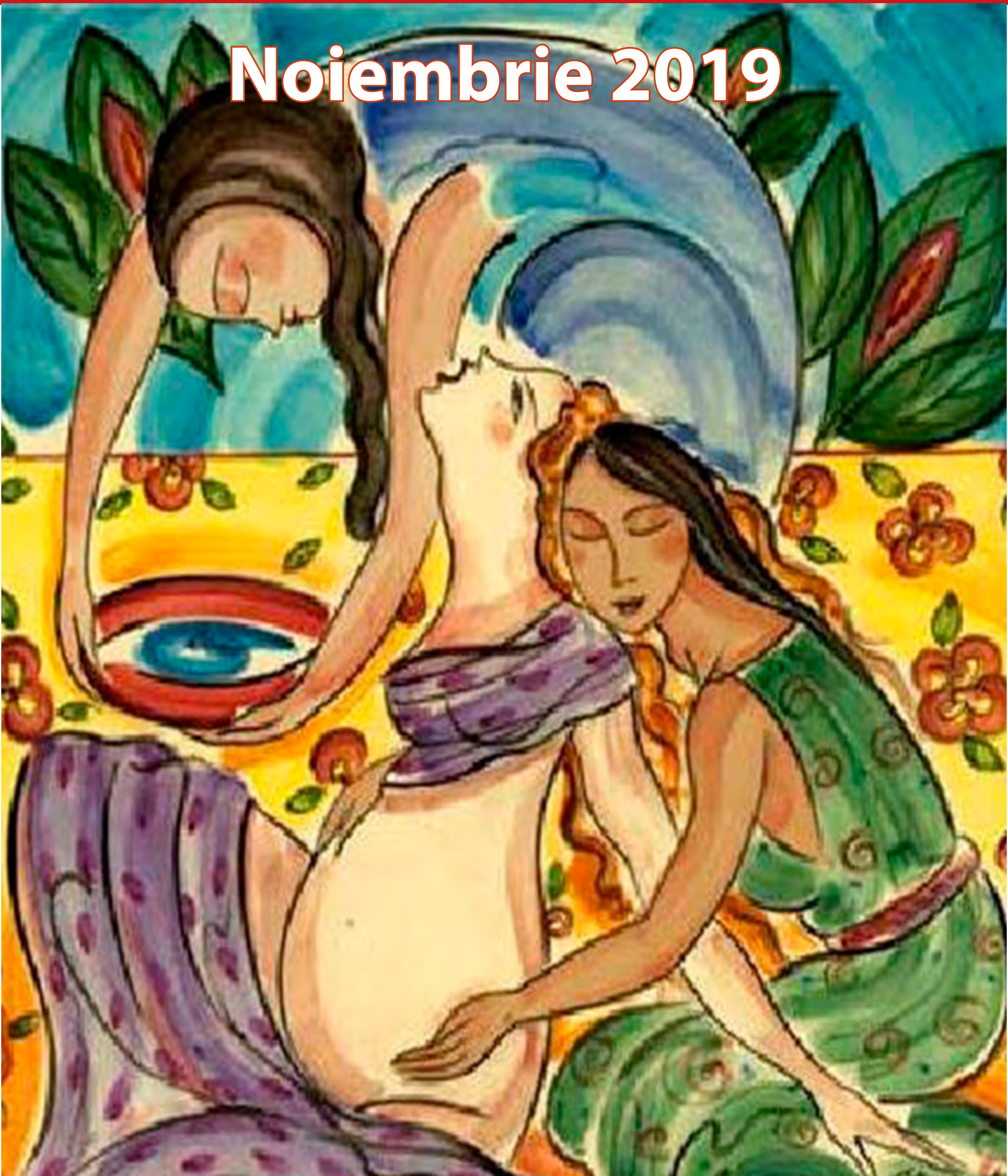


eAsistent.ro

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

Noiembrie 2019



Cuvânt înainte

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

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

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

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

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

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

Cu drag,

Colectivul de redacție

EDITORIAL

Editorial	4
-----------	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Comunicarea pe teme despre sănătate, centrată pe pacient, reflectată în practică	7
--	---

EVENIMENT

Săptămâna mondială a conștientizării privind rezistența la antibiotice - 12-18 noiembrie	14
14 noiembrie - Ziua mondială a luptei împotriva diabetului	16
Ziua mondială a copiilor născuți prematur – 17 noiembrie	18
18 noiembrie - Ziua mondială a bronho-pneumopatiei obstructive cronice (BPOC)	20

INTERVIU

La ce să te aștepți când cineva apropiat va muri – despre îngrijirile paliative	22
---	----

ISTORIE

Originile obstetricii – o scurtă istorie	29
--	----

LUMEA MEDICALĂ

Activitatea fizică și adulții în vârstă de peste 65 de ani	38
--	----

CĂRȚI MEDICALE

Îngrijirea postcancer	43
Relaționarea medic-pacient	44
Diabetul zaharat pe scurt	45

ECHIPA EDITORIALĂ

46



Editorial

Luna noiembrie aduce evenimente de marcă ale lumii medicale la nivel internațional. Se detașează, în această privință, **Săptămâna mondială a conștientizării privind rezistența la antibiotice** (12-18 noiembrie) și **Ziua mondială a luptei împotriva diabetului** (14 noiembrie), ambele de mare actualitate și pentru România.

Astfel, rezistența la antibiotice a devenit, și la noi, un pericol major la adresa sănătății publice, afectând capacitatea noastră de a trata

anumite infecții. În ceea ce privește diabetul, prevalența acestuia în rândul adulților cu vârsta 20-79 ani era, în 2017, de 12.4% în România, față de 9% la nivel european.

Alte două evenimente importante pentru lumea medicală pe care revista noastră vi le propune în numărul acesta sunt **Ziua mondială a copiilor născuți prematur** (17 noiembrie) și **Ziua mondială BPOC** (18 noiembrie).

La secțiunea *Educație medicală* vă prezentăm o temă critică pentru întreaga noastră profesie – cum să evităm blocarea comunicării cu pacientul și apariția conflictului. Este o temă importantă deoarece conflictul afectează negativ celelalte aspecte precum îngrijirea, siguranța și costul, iar conflictele nerezolvate pot afecta, de asemenea, productivitatea și calitatea îngrijirii pacienților. Articolul ne aduce recomandări practice despre ce putem face pentru a rezolva conflictul.

Secțiunea *Lumea medicală* ne prezintă articolul *Activitatea fizică și adulții în vârstă de peste 65 de ani*. Aflăm, dintr-un studiu desfășurat recent, că această grupă de vârstă are cel mai mult de câștigat în urma exercițiilor fizice, îmbunătățindu-și, pe parcursul câtorva săptămâni, agilitatea fizică și psihică. În plus, beneficiile de sănătate apar chiar și în cazul a 30 de minute pe zi de exerciții fizice ușoare, dusul gunoiului, aspirat, urcatul scărilor, spălatul rufelor sau mersul la cumpărături.

Interviul lunii este o traducere și adaptare a unei discuții despre subiectul care a reprezentat dintotdeauna una dintre marile spaime ale omului. Acest dialog cu doctorul Joe Feuerstein, profesor asociat de medicină clinică la Universitatea Columbia și director medical la două clinici de îngrijiri paliative din SUA, a fost acordat site-ului Medium.com și a apărut anul trecut în rubrica "Sănătate" a acestuia.

La secțiunea *Istorie*, aflăm că dezvoltarea obstetricii este indisolubil legată de profesia de moașă. De exemplu, prima cezariană de succes din Insulele Britanice a fost realizată de o moașă irlandeză, Mary

Donally, în 1738. Mai aflăm și că, în viitoarea decadă sau două, cea mai vizibilă schimbare în obstetrică pare că va fi feminizarea specialității. În prezent, în Marea Britanie, de exemplu, aproape 90% dintre obstetricienii activi sunt bărbați, dar mai mult de 50% dintre studenți sunt femei. În schimb, un număr mic de bărbați se pregătesc să devină moașe. Așadar, diferența de gen dintre profesiile medicale și moașe, prezentă încă de pe vremea lui Hipocrate, este acum pe cale să dispară.

Doresc să remarc și recomandările editoriale ale lunii noiembrie – *Îngrijirea postcancer* de Gerald M. Lemole, Pallav K. Mehta, Dwight L. McKee, *Relaționarea medic-pacient* de Lucian Josan și *Diabetul zaharat pe scurt* de Ian N. Scobie, Katherine Samaras.

Bucurați-vă, așadar, și de acest număr bogat în informații și noutăți din lumea medicală. Ca întotdeauna, vă încurajăm să ne împărtășiți ideile, sugestiile și, de ce nu, să alegeți să publicați articolele scrise de dumneavoastră, membri OAMGMAMR București, în revista care vă aparține.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București



Comunicarea pe teme despre sănătate, centrată pe pacient, reflectată în practică

Sunt comunități medicale care depun activ eforturi susținute pentru a-și educa pacienții cu privire la ce măsuri ar trebui luate pentru a-și menține sau recăpăta sănătatea, care sunt acțiunile pe care le pot întreprinde ei, ce pot face dacă sunt nemulțumiți cu o anumită situație sau ce căi au pentru a obține

mai multe informații cu privire la diferitele programe de tratament clinic...

Cu toate acestea, chiar și aceștia, oameni care sunt foarte implicați în a-și servi pacienții și comunitatea locală, pot întâmpina diferite obstacole în eforturile lor, iar cea mai frecventă temă este blocarea comunicării și apariția conflictului.

Deoarece conflictele nerezolvate afectează negativ celelalte aspecte precum calitatea îngrijirii pacienților, siguranța actului medical și costul lui, este important ca posibilele conflicte să fie rezolvate cât mai repede.

Când apare conflictul cu un pacient, ce poate face un furnizor de servicii de sănătate? Regula pe care ne-o reamintesc experții este următoarea:

Conflictul se întâmplă în domeniul sănătății ca și în viață. Când apare, regula este concentrarea pe situația respectivă, menținându-se respectul pentru propria persoană (a profesionistului din sănătate), pentru pacient și pentru relație.

Tot specialiștii ne recomandă 25 de fraze utile pentru gestionarea conflictului cu pacientul. Și aceasta pentru că nu întotdeauna atunci când un lucrător medical interacționează cu un pacient relaționarea merge foarte ușor.

Cercetările spun că medicii consideră că între 15 și 60 % dintre pacienți sunt considerați "dificili".

Această "etichetă,, este în sine discutabilă, de aceea, cel mai simplu mod de a o defini o reprezintă situația în care "o conversație care până atunci a fost normală se transformă pe neașteptate și apar manifestările de controversă sau conflict". În astfel de situații, specialiștii recomandă gestionarea conflictului în cadrul relației mai degrabă decât apelul la medierea unei alte persoane".

Deși multe dintre aceste recomandări pot fi cunoscute, merită re-luate, tocmai pentru a le aduce mai explicit în relație cu tema conflictului dintre personalul medical și pacient.

Cele două reguli principale sunt:

1. Faceți diferența dintre persoană și problemă
2. Cunoașteți sursa reală a conflictului

O lucrare clasică a Proiectului Harvard pe tema negocierii, intitulată „Cum să obținem un DA?”, analizează zeci de ani de negocieri internaționale și de soluționare a conflictelor și oferă sfaturi excelente în domeniu. Autorii subliniază cum, în conversațiile dificile, este crucial **să fie separate persoanele de problemă**. Fundamentul abordării lor este „**să tratezi oamenii ca pe ființe umane și problema în baza meritelor sale**”.

Un alt mod de a formula acest lucru este să acceptăm că există două seturi de motive de conflict:

- primul este reprezentat de ***oamenii implicați în conflict***: medicul și pacientul său luați individual și împreună, în relația profesională.
- Al doilea este ***problema în sine***.

În acest context, este important să ne gândim la ele separat. De ce? Specialiștii spun că „relația tinde să fie afectată de problema în discuție”.

Aceștia dau exemplul a doi marinari naufragiați într-o barcă de salvare, care se luptă asupra proviziilor limitate pe care le mai au. Fiecare o privește pe cealaltă persoană ca fiind problema. Dar, pentru a supraviețui, ai au nevoie să „separe problemele obiective de persoanele implicate”. Ca atare, ar trebui să se concentreze pe obiectivul comun de supraviețuire, indiferent de cât de dificile pot fi relațiile personale dintre ei.

Când practicienii care se preocupă să-și păstreze anumiți pacienți vorbesc despre conflictul cu aceștia, devine clar faptul că obiectivul lor este să păstreze relația cu pacientul ***respectiv***. Dar chiar și în cazul pacienților dificili (cei care nu ne plac), cercetătorii consideră că imperativele morale cer personalului medical să aibă o relație de colaborare cu ***fiecare*** pacient.



“I’m happy to see you, too.”

În orice caz, este important să separăm pacientul ca persoană de problema pe care acesta o ridică. Cu alte cuvinte, **”să gestionăm relația cu persoana într-un mod personal și problema în discuție în mod strategic”**.

Legat de a doua regulă, există o mare varietate de cercetări și informații despre conflict, gestionarea și soluționarea acestuia. Ceea ce au ele în comun este opinia cu privire la natura conflictului. Indiferent care se consideră a fi natura conflictului, acesta va influența modul în care este abordat. O posibilă viziune asupra conflictului (bazată puternic pe Foucault) este aceea că ”el emană din diferențele de interese, valori și opinii asupra lumii ale participanților”.

Adică, medicul și pacientul său au fiecare păreri despre cum ar trebui să meargă lucrurile. Aceste opinii motivează cuvintele și acțiunile fiecăruia. Din când în când, opiniile medicului și ale pacientului său diferă. Cu alte cuvinte, interesele celor doi intră în conflict.

De ce este important? Pentru că trebuie să aflăm care sunt interesele și ideile celor doi. Ce ne spun specialiștii este că fiecare din-

tre cei implicați în conflict trebuie să reflecteze asupra contribuției sale în relație și anume:

Medicul sau personalul medical trebuie să reflecteze asupra câtorva elemente:

- “Ce trebuie să se întâmple în cazul de față pentru a mă simți de succes ca practicant al profesiei medicale?”
- „Care sunt temerile mele?”
- „Cum influențează atitudinea mea față de această conversație percepția asupra ei?”
- „Care ar fi un rezultat ideal în opinia mea?”
- „Ce presupuneri fac cu privire la intențiile celeilalte persoane?”

Apoi, dumneavoastră, medicul sau personalul medical, veți analiza ce crede **cealaltă persoană – pacientul**. Chiar dacă cunoașteți deja bine un pacient, este bine să nu presupuneți nimic. Este recomandat să îl întrebați pe pacient ce gândește și să ascultați răspunsul. Este posibil ca ideea dvs. despre o „îngrijire bună” să fie diferită de cea a pacientului, așa cum ne arată diverse studii.

- Cum vede pacientul această situație? Adică, care sunt părerile lui despre ceea ce ar trebui să se întâmple?
- Care sunt nevoile și temerile lui?
- Ce consideră pacientul ca fiind problema?

Dumneavoastră, ca personal medical, vi se recomandă să repetați ce ați aflat de la pacient. Puteți pune întrebări de clarificare pentru a vă asigura că înțelegeți **perspectiva pacientului** cu privire la această problemă, după cum urmează:

- „Am înțeles corect?”
- „Am omis ceva?”

Elementul de legătură între cei doi - **relația** - va fi apoi analizată. Pentru că oamenii vor să fie înțeleși așa cum văd ei lucrurile, când

dvs., personalul medical, credeți că înțelegeți perspectiva pacientului, cea mai ușoară și mai importantă tactică pe care o puteți aborda este să îi spuneți că ***I-ați auzit*** - indiferent dacă sunteți de acord cu pacientul sau nu, spunând:

- „Înțeleg de ce credeți acest lucru.”
- „Înțeleg la ce vă referiți.”
- „Dacă aș fi în locul dvs., probabil aș gândi la fel.”

Acum dumneavoastră, personalul medical, sunteți pregătit să abordați și ***problema în discuție***. Pentru aceasta lucrați împreună. Colaborarea nu este bună doar pentru relație, este bună și pentru rezolvarea problemelor.

Întrebați-vă pacientul ce crede că ar putea funcționa. Orice v-ar spune, găsiți ceva cu care puteți fi de acord și construiți pe această bază.

- “De ce nu să nu colaborăm pentru a rezolva. . .?”
- „Cum credeți că putem face acest lucru?”
- „Cum putem rezolva acest lucru?”
- „De ce ai avea nevoie de la mine?”

Când nu puteți îndeplini toate sugestiile pacientului, puteți spune:

- „Dacă aș avea o baghetă magică...”
- „Mi-aș dori să pot răspunde pozitiv la toate aceste întrebări.”
- „Știu că acest lucru este important. Iată ce pot face...”

Pentru a introduce un compromis, puteți spune:

- „Ce ai spune dacă ...?”
- „Cum te-ai simți dacă...?”
- „Ați fi deschis la...?”

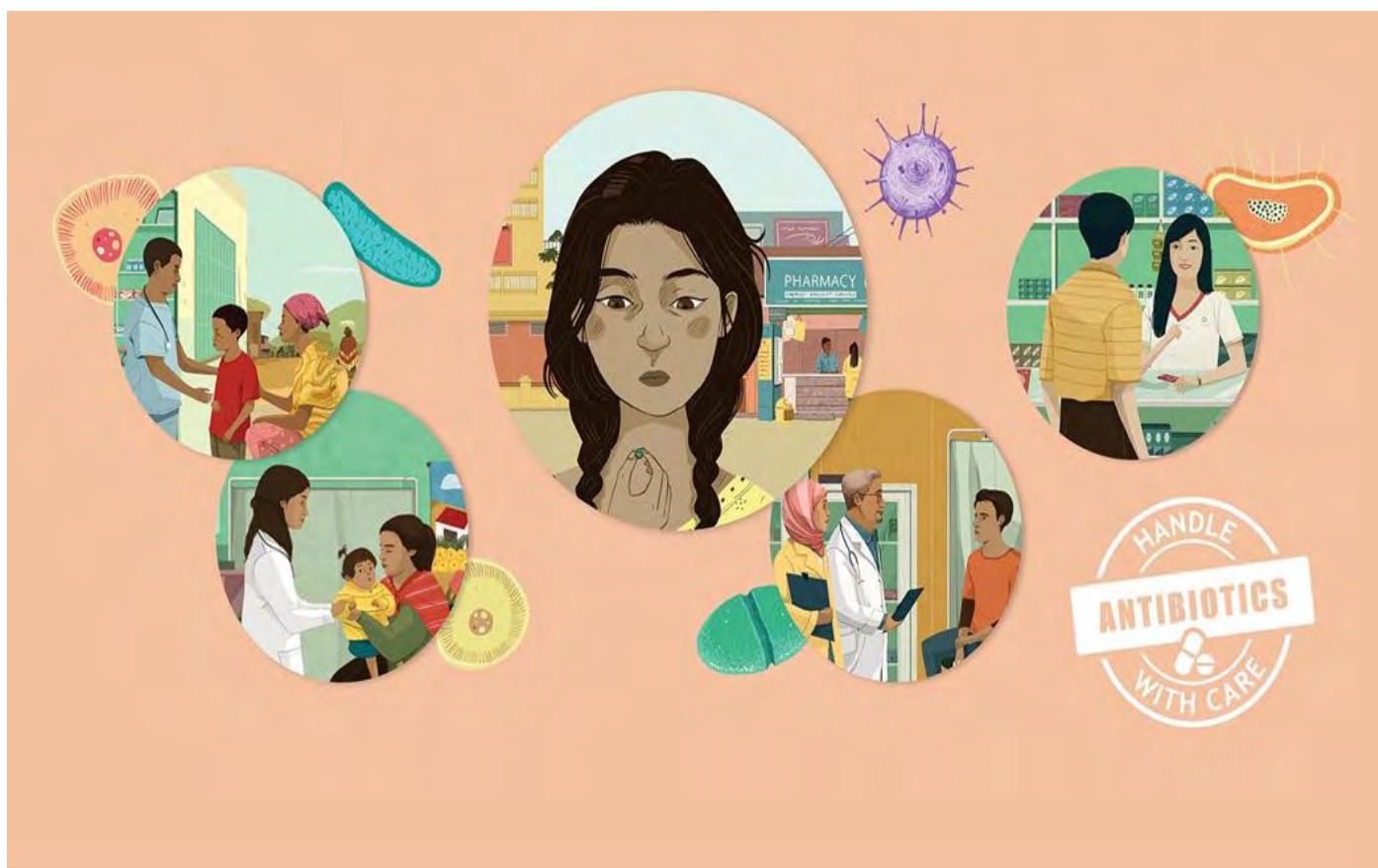
În concluzie, ce vă propune acest model este să vă concentrați pe problema în discuție, în timp ce vă mențineți respectul de sine,

respectați pacientul și relația cu acesta. În plus, ați găsit ceva propus de pacientul dvs., cu care puteți fi de acord, și pe care-l apreciați sau să vă bazați. Aceste fraze vă pot ajuta să repuneți conversația pe făgașul normal, păstrând relația intactă.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent, Traducere și adaptare după articolul "25 de fraze utile pentru gestionarea conflictelor cu pacienții în interacțiunea cu aceștia" (<https://healthcommunicationpartners.com/25-phrases-conflict/>)

Sursa foto 1: <http://www.safebee.com>

Sursa foto 2: <https://equimanagement.com>



Săptămâna mondială a conștientizării privind rezistența la antibiotice - 12-18 noiembrie

În fiecare an, în noiembrie, Săptămâna mondială a conștientizării privind rezistența la antibiotice urmărește să încurajeze adoptarea de comportamente sănătoase în rândul publicului, cadrelor medicale și factorilor de decizie pentru a opri răspândirea rezistenței la antibiotice.

Rezistența la antibiotice a devenit un pericol major la adresa sănătății publice, afectând capacitatea noastră de a trata anumite infecții.

Fiecare țară poate adopta măsuri pentru a ține sub control acest fenomen, printre care se numără:

1. Implementarea protocoalelor și ghidurilor de prevenire și control al infecțiilor
2. Asigurarea unui acces adecvat la antibiotice
3. Implementarea unor sisteme de monitorizare privind rezistența la antibiotice
4. Îmbunătățirea capacității laboratoarelor de a identifica bacteriile rezistente la antibiotice

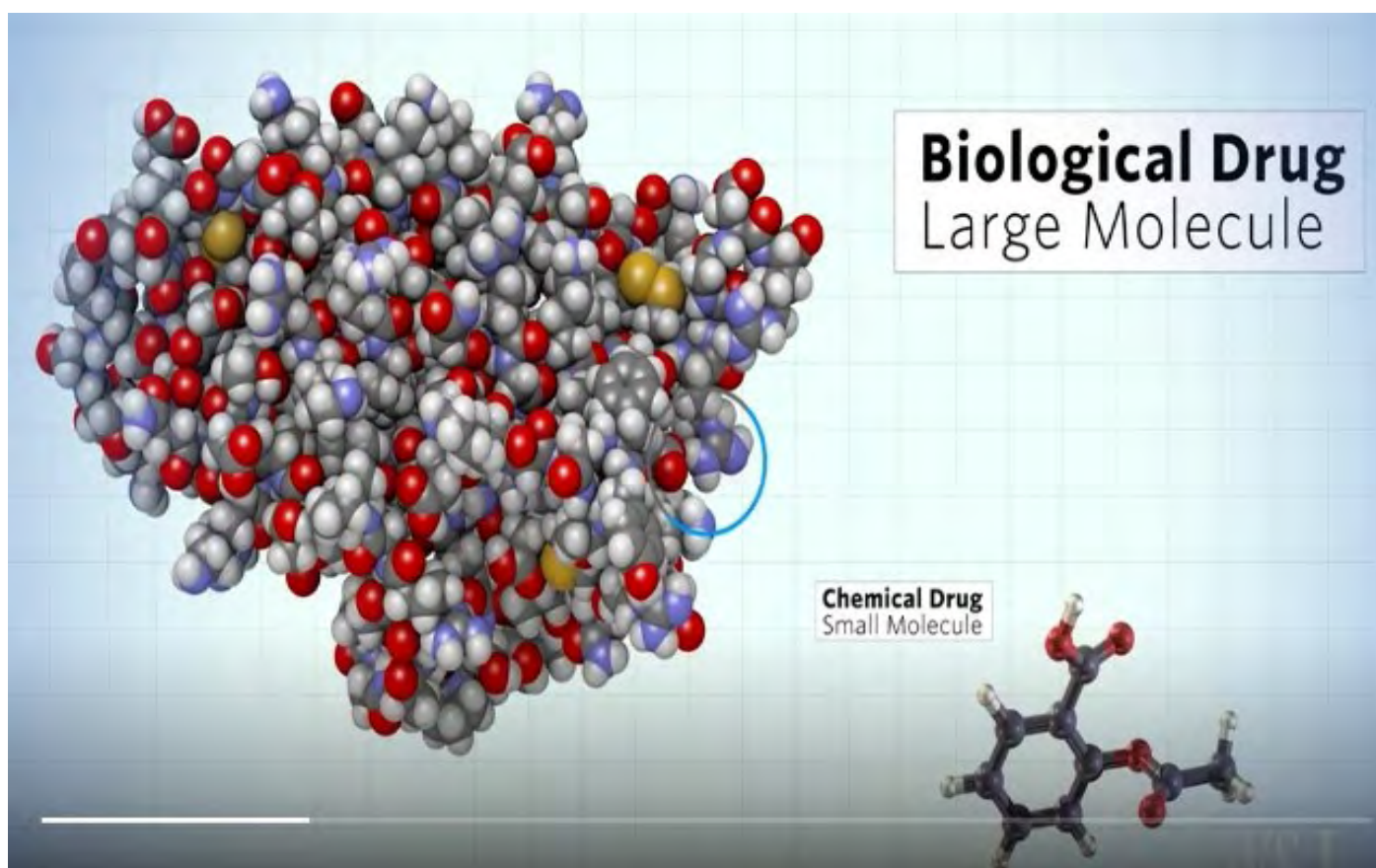
În plus, este de o importanță critică pentru autoritățile naționale să își unească eforturile pentru a impulsiona cercetarea în domeniul descoperirii unor noi medicamente, vaccinuri și alte terapii pentru tratarea infecțiilor.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

<https://www.who.int> (sursa foto)

<https://www.cdc.gov>



14 noiembrie - Ziua mondială a luptei împotriva diabetului

Astăzi, în lume, mai mult de 420 de milioane de persoane trăiesc cu diabet. Acesta este a șaptea cauză de deces și o sursă majoră de complicații costisitoare și debilitante, precum atacurile de cord, atacurile vasculare, insuficiența renală, orbirea sau amputațiile membrelor inferioare.

În 2019, Ziua mondială a diabetului este marcată sub sloganul Diabetul - o problemă și a familiei, atrăgând atenția asupra importanței familiei pentru prevenția sau controlul acestei boli, prin adop-

tarea unor alegeri sănătoase în privința stilului de viață. Suntem încurajați să mâncăm sănătos, să fim activi fizic și să evităm fumatul și creșterea excesivă în greutate.

De asemenea, tot cu ocazia Zilei mondiale a diabetului de anul acesta, OMS a anunțat lansarea unui program pilot de pre-calificare a unor produse bio-terapeutice cu insulina umană ca ingredient activ pentru a putea crește accesul la tratamentul cu insulină, mai ales în țările cu veniturile mici și medii.

Produsele bio-terapeutice sunt medicamente biologice deosebit de complexe, rezultate în urma unor procese biologice care au fost manipulate sau modificate. O aplicație practică majoră a biotehnologiei este dezvoltarea de produse bio-terapeutice de uz medical folosind bacterii modificate genetic, drojdii, ciuperci sau celule animale sau chiar umane. Această categorie de produse include citokinele, factorii de creștere, hormonii, interferonii și alte peptide și proteine de reglare.

Parte dintre aceste medicamente biologice erau inițial extrase, în cantități foarte mici, din țesuturi și secreții, adesea de origine umană. Odată cu dezvoltarea ingineriei genetice și a tehnologiilor ADN recombinat, a devenit posibilă prepararea în cantități mai mari a acestor medicamente biologice, ceea ce aduce speranțe și mai mari pentru creșterea folosirii lor în tratarea unor boli cronice, mai ales că până acum au demonstrat eficacitate în tratarea artritei reumatoide și a anumitor forme de cancer, ceea ce se speră și în cazul diabetului.

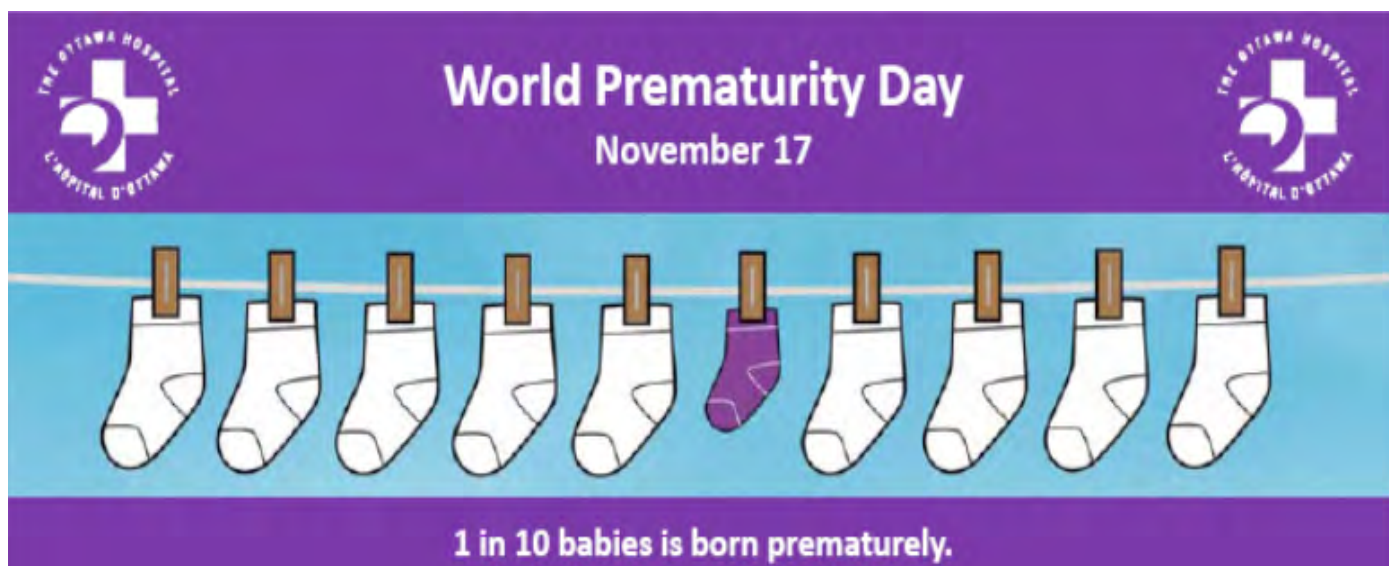
Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

<https://www.who.int>

<http://www.ms.ro>

Sursa foto: <https://www.wsj.com>



Ziua mondială a copiilor născuți prematur – 17 noiembrie

Potrivit statisticilor, în România, 1 copil din 10 se naște prematur, rata de prematuritate din Europa situându-se între 6% și 15%.

Nașterea prematură este cea care are loc cu mai mult de 3 săptămâni înainte de data estimată de naștere, deci înainte de începutul celei de-a 37a săptămâni a sarcinii.

Copiii născuți prematur, în special cei născuți foarte devreme, au frecvente probleme medicale serioase, precum probleme de respirație, cardiace, de dezvoltare a creierului, gastro-intestinale, de circulație, ale metabolismului sau ale sistemului imunitar.

Dintre factorii principali de risc pentru nașterea prematură, specialiștii remarcă stilul de viață al mamei, mai ales fumatul, consumul de alcool sau obezitatea, precum și lipsa îngrijirii prenatale.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

<https://clsi.org/about/blog/prematurity-awareness-month-and-newborn-screening/>

<https://adevarul.ro>

Sursa foto: <https://www.ottawahospital.on.ca>



18 noiembrie - Ziua mondială a bronho-pneumopatiei obstructive cronice (BPOC)

BPOC este a treia cauză de deces la nivel mondial și se așteaptă ca povara ei globală să crească pe mai departe.

Deși fumatul este o sursă majoră de risc pentru BPOC, doar 20% dintre fumători dezvoltă boala.

Din ce în ce mai multe studii arată că există și alți factori importanți de risc pentru BPOC, precum poluarea aerului, infecțiile respiratorii, alimentația precară, astmul cronic, dezvoltarea insuficientă a plămânilor.

mânilor, un statut socio-economic precar și factorii genetici.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare

<https://goldcopd.org>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Sursa foto: <https://www.medicalnewstoday.com>



La ce să te aștepți când cineva apropiat va muri – despre îngrijirile paliative

– traducere și adaptare a unui interviu al dr. Joe Feuerstein, profesor asociat de medicină clinică la Universitatea Columbia și director medical la două clinici de îngrijiri paliative din SUA.

Fiecare dintre noi, cu atât mai mult, acum, în lumea contemporană, din ce în ce mai îndepărtată de firescul natural al "marii treceri" cu care erau mult mai obișnuiți strămoșii noștri, și-a pus probabil o serie de întrebări atunci când cineva apropiat își trăia ultimele clipe. Sunt întrebări pentru care niciodată nu ești suficient de pregătit. Oare va fi mai bine îngrijit în spital sau într-un centru de îngrijiri paliative, oare acasă putem și știm cum să-l îngrijim?

Pentru că subiectul este destul de puțin cunoscut, merită aflată perspectiva specialiștilor și urmate sfaturile lor. Un astfel de exemplu este

interviul (pentru secțiunea "Sănătate" a site-ului Medium.com) cu doctor Joe Feuerstein, profesor asociat de medicină clinică la Universitatea Columbia și director medical la două clinici de îngrijiri paliative, despre tema care a reprezentat dintotdeauna una dintre marile spaime ale omului - moartea.

Prin ce este diferit un centru de îngrijiri paliative de un spital obișnuit?

Dr Joe Feuerstein: Îngrijirile paliative (hospice) sunt un serviciu pentru persoanele care se află într-o stare terminală. Cu alte cuvinte, speranța lor de viață este mai mică de șase luni. În Statele Unite ale Americii, acest serviciu este plătit de Medicare.

Un medic va evalua persoana și, pe baza acestei evaluări, dacă medicul consideră că această persoană va trăi evenimentul final în următoarele șase luni, va fi eligibilă pentru internarea într-un centru de îngrijiri paliative.

Într-un spital, care este un centru medical acut, încercăm să tratăm și să vindecăm, în timp ce într-un centru de îngrijiri paliative înțelegem și acceptăm că sănătatea pacienților noștri nu mai poate fi îmbunătățită, dar îi vom ajuta să aibă o bună calitate a vieții.

Noi nu măsurăm constant semnele vitale, așa cum se face în mod obișnuit în spitale, nu recoltăm sânge pentru analize în fiecare dimineață, de exemplu. Nu se întâmplă nimic din toate acestea, pentru că obiectivul nostru este să acordăm timp familiei și pacientului. Noi vrem să oferim pacientului pacea necesară în acest proces de tranziție.

În astfel de circumstanțe, majoritatea pacienților se află fie acasă, fie într-o casă de îngrijire, fie într-un centru de îngrijiri paliative.

Care este diferența dintre căminele care asigură îngrijire și cele de îngrijiri paliative, care sunt localizate, de obicei, în centre medicale?

Centrele de îngrijiri paliative sunt destinate pacienților care sunt mult mai departe în acest proces de tranziție. Amintiți-vă că îngrijirile paliative sunt destinate pacienților care vor muri în următoarele șase luni. Aceștia nu vor fi internați într-un spital pentru șase luni, dar este posibil să fie acolo câteva săptămâni până la sfârșit, mai ales dacă apar probleme de control al simptomelor și pacientul se simte inconfortabil. Pentru că aici este vorba 100% despre confort.

Ce este îngrijirea paliativă și ce fel de medicamente sunt implicate?

Îngrijirea paliativă este o abordare multidisciplinară menită a-i ajuta pe pacienți oferindu-le îngrijirea necesară la sfârșitul vieții.

Practic, o soluție de morfină este varianta cea mai utilizată. Este foarte bună pentru situația în care pacientul are probleme cu respirația, situație care se întâmplă în cazul persoanei care se apropie de sfârșit. Plămânii acesteia nu mai funcționează atât de bine și nivelul de dioxid de carbon începe să crească. Atunci persoana are nevoie mai mare de aer și, în acest caz, morfina este excelentă. Ativan este folosit, de asemenea, pentru agitație, pentru că este necesar să-i menținem calmul și să reducem neliniștea.

Și apoi folosim scopolamina, care este un medicament pentru secreții. În organismul care se închide treptat, secrețiile nu se mai elimină așa cum s-ar face în mod normal. Imaginați-vă că nu puteți respira, sunteți anxioasă, și înconjurată de o mulțime de secreții. Este inacceptabil, așa că pur și simplu avem nevoie de medicamente care să ne ajute cu toate astea.

Și celălalt lucru este că, dacă familia este într-adevăr în incapacitatea de a face față nevoilor de îngrijire a pacientului acasă, centrul de îngrijiri paliative ar putea fi răspunsul.

La ce ar trebui să se aștepte familia de la serviciile de îngrijiri pa-

liative interne?

Trebuie să ne asigurăm că familia este capabilă să ofere servicii de îngrijiri paliative adecvate și atunci când nu suntem prezenți. De aceea, în casă există o cutie cu medicamente securizată și instruiim familia cu privire la modul de administrare a acestora.

Asistentele din centrul de îngrijiri paliative al spitalului vin de două ori pe săptămână pentru a evalua pacientul, iar apoi avem asistenți de sănătate la domiciliu, care vor veni să-i facă baie și duș. Avem consiliere spirituală și psihologică și asistent social, deoarece acest lucru este în mod evident foarte dificil și există multe probleme de dinamică socială prin care oamenii trec. Avem, de asemenea, consiliere în legătură cu moartea – timp de un an de la decesul persoanei, familia poate primi în continuare ajutor din partea asistenților sociali și a consilierilor spirituali pentru a face față pierderii.

Ne puteți face o imagine a procesului de a muri, pentru, să spunem, ultimele trei luni de zile?

Prima perioadă durează de fapt de 90 de zile și acum se manifestă multe emoții.

În primul rând, o mulțime de dinamici familiale pot fi foarte încordate, din motive clare. Pe de o parte, există frică și anxietate cu privire la ceea ce se va întâmpla. Pe de altă parte, dacă au existat probleme înainte, acesta este probabil unul dintre cele mai mari teste de stres pentru familie. Dacă există probleme de dinamică în cadrul familiei, acum ele se pot vedea.

De obicei, manifestarea principală a pacientului este somnolența. Somnul trece de la o perioadă mai normală de șase sau opt ore la 16 sau 18 ore. Deci, în cea mai mare parte a timpului, pacientul doarme.

O mulțime dintre pacienți vor avea zile mai bune spre sfârșit. Nu se întâmplă la toți, dar am văzut asta de destul de multe ori.

Și este cu adevărat un lucru minunat, pentru că oferă anumite



oportunități familiei, Și, deși nu sunt psiholog, pot să spun că plecarea poate fi magistrală.

Puteți descrie ultimele 24 de ore din viața unui pacient? Ce este diferit față de ce vedem în filme și la TV?

Spre deosebire de ce vedem în filme, moartea reală este un proces mai lent și, de cele mai multe ori, oamenii nu vorbesc chiar până la sfârșit.

Preponderentă este somnolența despre care am vorbit. Uneori s-ar putea ca pacientul să geamă din cauza a ceea ce numim agitație terminală, dar, în cea mai mare parte a timpului, literalmente, pacientul devine doar din ce în ce mai liniștit, din ce în ce mai slăbit.

Respirația devine mai puțin profundă, pacientul nu se mai manifestă verbal și nu mai răspunde la niciun stimul. Dacă trecerea se întâmplă în spital, puteți vedea cum nivelul oxigenului începe să scadă, iar semnele vitale încep să se diminueze.

Pentru unii trecerea este liniștită, în timp ce alții vor avea din ce în ce mai multe probleme de respirație – nevoia de oxigen, care hrănește

anxietatea și agitația - cea pentru care avem nevoie de medicația adecvată. Dacă trecerea este liniștită și ușoară, atunci doar urmărim acest proces al tranziției. Este, de fapt, un lucru foarte blând.

Vi se întâmplă ca unii membri ai familiei să spună că a fost o onoare profundă să fie cu persoana dragă în momentul sfârșitului vieții ei?

Atunci când este o trecere ușoară, oamenii spun multe astfel de lucruri. Pentru că aceasta este cea mai frumoasă tranziție și ceva foarte natural, prin care toată lumea va trece. Nu este un lucru înfricoșător. Este o tranziție la altceva.

De fapt, pentru că și eu sunt o persoană cu convingeri religioase, atunci când trebuia să intru să văd pe pacient și acesta moare, mereu pun mâna pe mâna lui și spun: „Mergi în pace”. Este un lucru sfânt, și care este frumos, atunci când este făcut corect.

Partea cea mai importantă a perioadei de tranziție este să fie cineva în preajmă. La fiecare pacient, când mi se spus că a murit, vreau să știu: a fost pașnic, a fost prezentă familia? Convingerea mea este că nimeni nu ar trebui să moară singur, dacă este posibil. Dacă o persoană iubită este prezentă, chiar dacă moartea se petrece într-un șopron, nu ești singur.

Aveți sfaturi pentru aparținătorii care trec prin asta și care se simt secătuiți de experiența prin care au trecut?

Aș spune doar că ar trebui să apeleze la serviciile de îngrijiri paliative cât mai devreme, pentru că asistenții noștri sunt oameni buni și capabili să vă ajute să gestionați aceste emoții. Ei încearcă să facă din acest proces un proces unul blând și plin de tandrețe. Ei încearcă să facă dintr-o experiență prin care fiecare dintre noi va trece una cât mai pașnică și cât mai puțin traumatizantă. Aceasta este ceea ce ar trebui să fie întreaga experiență a serviciilor paliative atunci când ele se fac corect. *Acest lucru se întâmplă tuturor. Nu vă speriați.*

Mirela Mustață, Redactor Executiv E-Asistent, Traducere și adaptare după interviul cu dr. Joe Feuerstein, profesor asociat de medicină clinică la Universitatea Columbia și director medical la două clinici de îngrijiri paliative, publicat în Medium.com, în august 2018.

<https://medium.com>

sursa foto 1: <https://www.stjoeschipfalls.org/>

sursa foto 2: <https://www.hospiceuk.org/>

Originile obstetricii – o scurtă istorie

În mitologia antică, la naștere erau prezente zeițele (nu și zeii). În triburile „primitive” studiate de antropologi în secolul trecut, femeia care năștea era ajutată de mama ei sau de o altă rudă de sex feminin. Figurile preistorice și desenele egiptene antice le arată pe femei născând în poziția stând sau ghemuite. Moașele sunt, de altfel, menționate în Vechiul Testament.

Istoria obstetricii este indisolubil legată de istoria profesiei de moașă. De exemplu, prima cezariană de succes din Insulele Britanice a fost realizată de o moașă irlandeză, Mary Donally, în 1738.

Mai mult, obstetrix a fost cuvântul latin folosit pentru moașă: se crede că derivă din obstare (să „stea înaintea”), deoarece moașa stătea în fața femeii pentru a primi copilul. Abia în secolul XX subiectul predat în școlile de medicină și-a schimbat numele din cel de „midwifery” în „obstetrică”, poate pentru că un nume latin părea mai academic decât cel anglo-saxon.

Scrierile lui Hipocrate din secolul al V-lea î.e.n. includ o descriere a nașterii normale. Nașterea la care sunt folosite instrumente a fost



limitată la bebelușii care nu se mișcau și a implicat utilizarea de cârlige, instrumente distructive sau forceps compresiv. Astfel de instrumente au fost descrise în textele sanscrite și erau cunoscute în Arabia, Mesopotamia și Tibet. Folosirea intervenției instrumentale în travaliul obstrucționat a crescut semnificativ mortalitatea maternă.

Soranus din Ephesus (98–138 e.n) a descris îngrijirea prenatală, travaliul și gestionarea malprezentării. El a spus că, în timpul travaliului, o femeie trebuie să fie îngrijită în pat până când nașterea este iminentă, apoi să fie mutată pe scaunul de naștere, unde moașa va sta în fața ei, încurajând-o să împingă, înainte de a primi copilul pe papyrus sau pe pânză. Scrierile lui Soranus au stat la baza „Moschion”, un manuscris în latină din secolul al VI-lea e.n.

Primele pamflete despre obstetrică ale Renașterii au fost tipărite în latină sau în germană în ultima parte a secolului al XV-lea, dar au avut un succes redus. În 1513, însă, a apărut un manual de obstetrică care a devenit un bestseller. Der Schwangern Frauen und Hebammen Rosengarten, cunoscut sub numele de „Rosengarten”, a fost

tradus în olandeză în 1516 și reeditat de mai multe ori în olandeză și germană în deceniile următoare. De asemenea, a fost tradus în alte câteva limbi, inclusiv franceză și engleză.

„Rosengarten” a fost singura lucrare publicată de Eucharius Rosslin, un medic primar din Freiburg. Acesta nu a practicat el însuși obstetrică, dar a reluat temele prezentate de antici, inclusiv de Soranus. În prefața sa, Rosslin a criticat moașele vremii pentru ignoranța și superstiția lor.

În 1532, fiul său a publicat o traducere în latină a cărții, care a devenit precursorul lui *De conceptu et generatione hominis*, un text latin publicat în 1554 de Jacob Rueff (1500–58), chirurg și obstetrician din Zurich. Experiența practică în obstetrică a lui Rueff a îmbunătățit textul inițial al lui Rosslin, dar subiectul era abordat similar cu Soranus. Rueff a descris forcepsul dințat pentru extragerea unui bebeluș mort (astfel de instrumente erau deja cunoscute în Arabia) și a recomandat manipularea internă și externă pentru a realiza prezentarea pelviană.

S-a sugerat că popularitatea manualelor lui Rosslin și ale lui Rueff a dus la tensiune între medici și moașe, deoarece medicii – cărora, fiind bărbați, li se interzicea să participe la nașterea normală – nu aveau cum să învețe să moșească din cărți. Efectul imediat al redescoperirii învățăturilor antice s-a manifestat asupra modului în care a fost predat subiectul.

În secolul al XVI-lea, marele chirurg militar francez Ambroise Paré (1510–90) a fondat la Paris o școală pentru moașe. Paré a scris despre versiunea podalică, prezentația pelviană și despre cezariană, pe care, se spune, a efectuat-o sau supravegheat-o nu numai după moartea mamei, ci și, cel puțin de două ori, asupra femeilor vii. Una dintre moașele eleve ale lui Paré a continuat să servească la curtea franceză și unul dintre bebelușii la nașterea căruia a participat - o fată pe nume Henrietta Maria - a devenit regina Angliei la 16 ani, când s-a căsătorit cu regele Charles I, în 1625.

Moașele – bărbați au început să fie la modă abia în secolul al 17-lea,

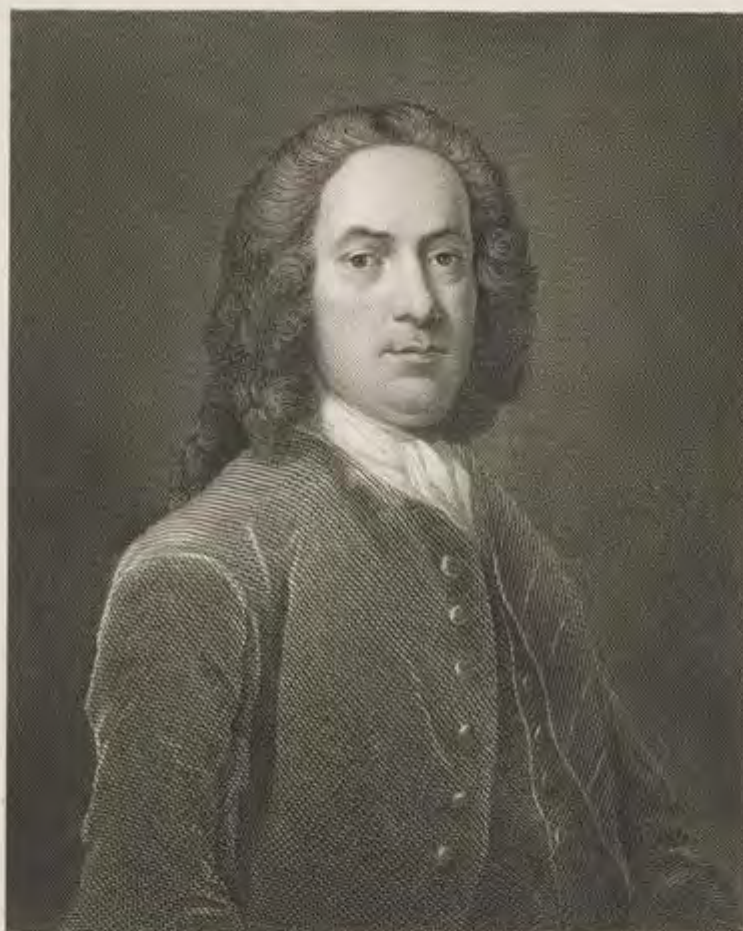
mai întâi în Franța și apoi în Anglia.

Cei mai cunoscuți practicieni din Anglia au fost familia Chamberlen. William Chamberlen, un refugiat hugenot francez, se refugiase în Anglia în 1569 și unul dintre fiii săi, Peter (1575-1628) s-a mutat la Londra și a devenit chirurg al reginei, ajutându-le să nască pe soțiile lui James I și Charles I. Astfel, Henrietta Maria, ea însăși moșită de o elevă a lui Ambroise Pare, a fost ajutată să nască de un alt întemeietor al domeniului. Probabil Peter a fost cel care a dezvoltat forcepsul obstetric, care a rămas faimosul secret al familiei lui Chamberlen în cea mai bună parte a aceluia secol.

Nașterea ajutată de instrumente precum forcepsul este așadar legată de această familie de medici obstetricieni. Fiul cel mai mare al lui Peter, numit după tatăl său (1601–83), a devenit medic și, la rândul său, fiul său cel mai mare, Hugh Chamberlen (1630 - 1720), a continuat tradiția familiei. Hugh era un contemporan apropiat al lui Mauriceau, fiind cel care a tradus în engleză tratatul acestuia despre obstetrică. Hugh a oferit secretul forcepsului guvernului francez în 1670 și unui olandez, Roger Roonhuysen, în 1693, după care monopolul forcepsului a rămas cu familia Roonhuysen din Amsterdam încă 60 de ani. În această perioadă, însă, secretul s-a aflat în cele din urmă.

Forcepsul lui Chamberlen a fost proiectat cu o curbă cefalică pentru a se încadra în jurul capului copilului, dar nu avea curba pelvină caracteristică forcepsului modern. Atâta timp cât a rămas un secret, abilitățile lui Chamberlen, care moșea sub o pătură, trebuie să fi părut aproape magice. După ce acesta a devenit cunoscut, forcepsul a rămas controversat. Inițial, utilizarea lui s-a limitat la unii obstetricieni bărbați care locuiau lângă familia Chamberlen în Essex și la câțiva specialiști pricepuți. Un astfel de specialist a fost William Smellie, care a fost cel care a introdus, în secolul 18, obstetrica drept disciplină academică în Marea Britanie.

Acest scoțian, W. Smellie (1697–1763), s-a născut în Lanarkshire și a practicat acolo câțiva ani înainte de a se înscrie pentru a studia medicina la Universitatea Glasgow. În 1738 el a plecat la Londra



W^m Smellie M.D.

pentru pregătirea în obstetrică. Prima școală britanică de moașe fusese fondată la Londra în 1725 și prima catedră de moașe la Edinburgh, un an mai târziu. În 1739, Smellie a mers la Paris pentru a-și continua pregătirea în obstetrică, dar, nemulțumit de învățăturile de acolo, s-a întors la Londra și a început să dea cursuri de obstetrică, la propriu. El oferea un curs de doi ani de prelegeri la prețul de 20 de guinee și cursanții erau atrași prin mesajul „Bărbații și femeile sunt instruiți la ore diferite”.

Smellie a fost un adevărat profesor și a stabilit reguli de utilizare a forcepsului, care sunt remarcabil de similare cu cele predate și astăzi. El a publicat celebrul său ”Tratat despre teoria și practica ob-

stetricii” în 1752. Smellie este faimos ca „maestrul obstetricii din Anglia”, dar reputația sa nu este doar națională, fiind descris ca unul dintre cei mai importanți obstetricieni din toate timpurile și țările.

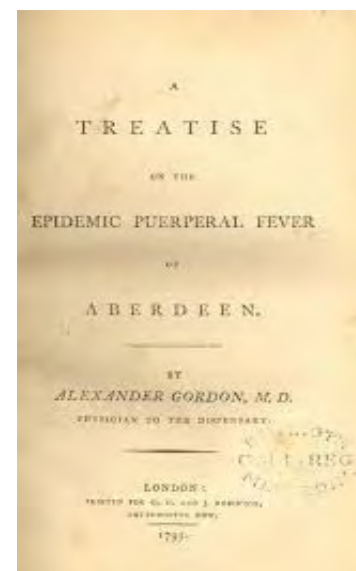
William Hunter (1718–83) a fost un alt scoțian care a absolvit Universitatea Glasgow și apoi a studiat la Edinburgh, înainte de a veni la Londra pentru a se alătura lui Smellie, care era cu 21 de ani mai în vârstă. A fost unul dintre primii obstetricieni care a intrat în domeniul nașterii normale, care până atunci era prerogativa moașelor femei, iar acest lucru a dus inevitabil la tensiune. Când regina Charlotte a născut în 1762 pe viitorul rege George al IV-lea, moașa, doamna Draper, era în interiorul camerei și Hunter a fost ținut afară pentru urgențe. În cele din urmă, el a convins-o pe regină să scape de doamna Draper, pentru ca el însuși să poată asista nașterea.

Însă nu toate sarcinile regale au avut un rezultat atât de fericit. Pericolul de a lăsa lucrurile în voia naturii au fost ilustrate de moartea tragică, la naștere, a prințesei Charlotte, singurul copil al regelui George al IV-lea. În 1817, la vârsta de 21 de ani, Charlotte a intrat în travaliu cu primul ei copil, care s-a dovedit a fi un băiat cu greutatea de peste 4 kg. Travaliul a început mai mult de două săptămâni după termen și a durat 50 de ore. Copilul s-a născut mort, placentă a fost îndepărtată cu dificultate, iar șase ore mai târziu, însăși Charlotte a murit. Forcepsul era pregătit, dar nu a fost folosit și, într-adevăr, probabil nu ar fi ajutat. Cu toate acestea, obstetricianul, Sir Richard Croft, a fost intens criticat. S-a împușcat câteva zile mai târziu și a fost înmormântat lângă William Hunter. Regele George a rămas fără moștenitor, iar tronul a trecut mai întâi fratelui său și apoi nepoatei sale, care a devenit regina Victoria.

La începutul secolului al XIX-lea, nașterea era încă periculoasă pentru femei și a rămas așa, în ciuda mai multor progrese, până în secolul XX. Printre săraci, rahitismul era cel care provoca deformări pelviene. Moartea maternă a afectat însă toate clasele sociale, iar în Anglia și Țara Galilor, una din 200 de sarcini se încheia prin moartea mamei. În maternități, cu toate acestea, rata de deces

a fost deseori mult mai mare decât acest procent. Aici epidemii frecvente de febră puerperală aduceau rata de deces maternă la între două și opt la 100 de nașteri - de aproximativ 10 ori mai mare decât în afara spitalului.

Natura contagioasă a febrei puerperale fusese recunoscută de Alexander Gordon, la sfârșitul secolului XVIII. Acesta a absolvit Universitatea Aberdeen în 1775 și a servit ca chirurg naval înainte de a studia obstetrica la Londra și apoi la Aberdeen. În acest al doilea oraș a avut loc o epidemie de febră puerperală între 1789 până în 1792, iar Gordon a publicat tratatul său despre epidemia de febră puerperală din Aberdeen în 1795. Gordon a realizat că boala a fost transmisă de la un caz la altul de către medici și moașe și că există o relație strânsă între febra puerperală și erizipela (ulterior s-a dovedit a fi cauzată de streptococ). El avea să scrie: „Este o declarație dezagreabilă pentru mine să menționez că eu însumi am fost mijlocul de transport al infecției către multe femei”.



În cele din urmă, și alții au ajuns la aceeași concluzie, inclusiv medicul și scriitorul american Oliver Wendell Holmes (1809–94) și contemporanul său maghiar Ignaz Semmelweis (1818–65). Acesta din urmă, care lucra la Viena, a fost șocat de moartea unui profesor celebru al cărui deget fusese tăiat în timpul autopsiei la un caz infectat. Semmelweis, care se străduia să înțeleagă rata de deces din unitatea lui obstetrică, a ajuns la concluzia că materialul cadaveric a provocat infecțiile. Ca urmare, el le-a cerut studenților săi să-și spele mâinile în var clorat atunci când treceau din camera postmortem către secția de lucru. În câteva luni, a redus decesele în unitatea sa la un nivel similar celui din unitatea vecină condusă de o moașă, unde personalul nu participa la autopsii.

Spre deosebire de Holmes, Semmelweis nu a apucat ziua din 1879 când Louis Pasteur a identificat streptococul ca fiind cauza febrei puerperale.

Între timp, în Marea Britanie, „obstetrica” devenise un subiect obligatoriu pentru studenții de medicină în 1833 în Scoția și în 1866 în Anglia. James Young Simpson (1811–70) a fost numit profesor de

obstetrică la Edinburgh în 1840. În 1847, anul în care Simpson a fost numit medic al reginei din Scoția (la 36 de ani), a experimentat anestezia cu cloroform. Anestezia eterică a fost descoperită în ianuarie a aceluși an. Simpson și trei prieteni au inhalat cloroformul pentru prima dată la 4 noiembrie 1847. Patru zile mai târziu, el l-a administrat unei paciente, doamna Carstairs, care a fost atât de recunoscătoare încât a numit-o pe fiuța ei „Anestezie”. El a raportat cazul la Societatea Medico-Chirurgicală din Edinburgh, la 10 noiembrie 1847. Trei săptămâni mai târziu, în cadrul reuniunii societății de la 1 decembrie, acesta elogia cloroformul în termeni strălucitori: „Cu toții, cred sincer, suntem chemați să-l folosim, după principiul adevăratei umanități, precum și după cel al religiei adevărate”.

Cu toate acestea, Simpson a întâmpinat o opoziție puternică din partea medicilor și a clerului, care au citat cartea Genezei: „În suferință, vei naște copii”. În 1853, însă, John Snow a administrat cloroform reginei Victoria în timpul nașterii celui de-al optulea copil. După acel moment, cloroformul a fost acceptat pe scară largă în practica obstetrică, iar Simpson a devenit baronet în 1866, alegând ca inscripție pe stema lui *Victo dolore* (durere cucerită).

În aceeași perioadă, Joseph Lister (1827–1912) și-a început experimentele pe antisepsis în timp ce era profesor de chirurgie la Glasgow, în anii 1860. Metoda lui, care a implicat utilizarea unui spray de acid carbolic, a redus spectaculos decesele prin sepsis în chirurgie generală și a fost introdusă pentru prima dată în obstetrică în 1870 la Basel, Elveția, de către Johann Bischoff, un medic obstetrician care l-a vizitat pe Lister la Glasgow. Decesele cauzate de febra puerperală la spitalul Bischoff au scăzut dramatic. Până în anii 1880, metoda lui a fost adoptată de majoritatea spitalelor britanice și americane, dar la sfârșitul aceluși deceniu, asepsia modernă înlocuia spray-ul antiseptic.

Spre sfârșitul secolului al XIX-lea s-au pus bazele practicii moderne în obstetrică și practică a activității moașelor. În mai multe țări europene s-au introdus regulamente pentru instruirea și controlul

activității lor. În 1872, Societatea de Obstetrică din Londra a început să elibereze certificate de competență moașelor, iar în 1902 Legea moașelor a obligat înregistrarea lor și înființarea unui Consiliu central pentru moașe pentru a reglementa profesia. Institutul Moașelor, înființat în 1881, a devenit Colegiul moașelor în 1941 și Colegiul Regal în 1947.

Până în secolul XX, obstetrica a fost limitată la nașterea în sine, dar noul secol a adus în primul rând introducerea îngrijirilor prenatale.

Ce va aduce viitorul? În următoarea decadă sau două, cea mai vizibilă schimbare în obstetrică pare a fi feminizarea specialității. Aproape fiecare dintre pionierii numiți în acest scurt rezumat istoric a fost bărbat. În prezent, în Marea Britanie, de exemplu, aproape 90% dintre obstetricienii activi sunt bărbați, dar mai mult de 50% dintre studenți sunt femei. Un număr mic de bărbați se pregătesc să devină moașe. Așadar, diferența de gen dintre profesiile medicale și moașe, prezente încă de pe vremea lui Hipocrate, este acum pe cale să dispară.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent, Traducere și adaptare după articolul "The start of life: a history of obstetrics", publicat în Postgraduate medical journal -<https://pmj.bmj.com/>

Sursa foto 1: <http://asara.ro/>

Sursa foto 2: <https://www.nationalgalleries.org/>

Sursa foto 3: <https://www.jameslindlibrary.org/>



Activitatea fizică și adulții în vârstă de peste 65 de ani

Efectele activității fizice asupra persoanelor în vârstă, atât pentru sănătatea corpului, cât și pentru cea mintală, au devenit o temă de cercetare care primește tot mai multă atenție în ultimii ani.

Astfel, un studiu desfășurat recent arată că această grupă de vârstă are cel mai mult de câștigat în urma exercițiilor fizice, îmbunătățindu-și, pe parcursul câtorva săptămâni, agilitatea fizică și psihică.

Cercetătorii de la Facultatea de Științe Sportive de la Universitatea Burgundia Franche-Comté din Dijon a desfășurat un studiu pentru a compara răspunsul adulților tineri și al celor în vârstă la un program de reabilitare cardiacă. Acest studiu s-a axat pe urmărirea atât a beneficiilor fizice, cât și psihice, ale exercițiilor fizice în cazul adulților de peste 65 de ani.

Au fost examinate, pe parcursul a 3 ani, 733 de persoane care fuseseră referite pentru un program de reabilitare cardiacă compus din 25 de ședinte în cadrul Clinicii Le Rosiers din Dijon.

Cercetătorii au împărțit participanții la studiu în trei grupe de vârstă: sub 65 de ani, 65-79 de ani și peste 80 de ani. Acestea au fost evaluate atât fizic, cât și din punct de vedere psihic, pentru tulburări precum anxietate sau depresie.

Având în vedere că exercițiile fizice reduc ritmul bătăilor inimii, scad tensiunea arterială, diminuează stresul, îmbunătățesc moralul, cresc eficiența oxigenării și contribuie la pierderea greutății în exces, care reduce presiunea suplimentară asupra funcționării inimii, cercetătorii au dorit să valideze ipoteza că beneficiile cele mai mari în urma activității fizice apar la participanții de peste 65 de ani, mai ales cei cu probleme cardiace.

Rezultatele studiului au confirmat această ipoteză. Exercițiile fizice sunt deosebit de importante mai ales pentru adulții de peste 65 de ani cu probleme cardiace. Cu cât este mai în vârstă persoana, cu atât este mai mare riscul de a avea boli cardiace și chiar complicații și cu atât mai repede aceasta își va pierde condiția fizică după un eveniment cardiac, ca de exemplu un atac de cord. Ca urmare, aceștia au cu atât mai mult de câștigat în urma unei activități fizice regulate.

În acest context, o întrebare importantă este – cât de multă activitate fizică este suficientă pentru a prelungi speranța de viață a unei persoane? După cum afirmă cercetătorii, nu există un răspuns universal valabil. Persoane de vârste diferite au nevoie de exerciții fizice de durate și intensități diferite.



Un studiu desfășurat în Statele Unite ale Americii, ale cărui rezultate au fost publicate în 2017 în revista Asociației Geriatrice Americane, arată că beneficiile de sănătate apar chiar și în cazul a 30 de minute pe zi de exerciții fizice ușoare.

Studiul a inclus 6000 de femei de peste 65 de ani și și-a propus să răspundă la întrebarea aceasta: cât de multă activitate fizică este suficientă pentru a prelungi speranța de viață a unei persoane?

Femeile participante la studiu au purtat, pentru 7 zile, dispozitive de monitorizare a activității fizice în timp ce își urmau rutinele zilnice. Cercetătorii au repetat perioadele de înregistrare pe durata a trei ani. Rezultatele studiului arată că femeile care au avut 30 de minute pe zi de exerciții fizice ușoare au prezentat un risc cu 12% mai mic de a muri timpuriu, în timp ce femeile care au avut 60 de minute pe zi de exerciții fizice moderate au prezentat un risc cu 39% mai mic de a muri timpuriu.

Activitatea fizică desfășurată de femeile participante la studiu nu a constat din exerciții pe bandă sau exerciții de spinning, ci din

activități de zi cu zi, precum dusul gunoiului, aspirat, urcatul scărilor, spălatul rufelor sau mersul la cumpărături.

Conform autorului studiului, Andrea LaCroix, profesor de medicină de familie și sănătate publică la Universitatea California din San Diego, tipul acesta de activități reprezintă mai mult de 50% din activitatea zilnică a adulților de peste 65 de ani și, în ciuda acestui lucru, majoritatea oamenilor nu le consideră drept exerciții fizice.

În urma studiului, LaCroix a cerut o schimbare de paradigmă în privința definiției activității fizice. “Până acum, ni s-a spus că acest tip de activitate nu este destul de bun pentru a aduce beneficii de sănătate. Dar acest studiu a adus dovezi solide că activitatea fizică ușoară reduce riscul de deces pentru următorii 3-4 ani”.

În timp ce autoritățile de sănătate publică din SUA încă recomandă adulților de peste 65 de ani cel puțin 150 de minute pe săptămână de exerciții fizice moderate și intense, acest studiu aduce vești bune pentru toți cei care caută și o cale mai ușoară pentru îmbunătățirea stării de sănătate.

După cum spunea și una dintre persoanele centenare intervievate recent pentru o carte despre secretele longevității, “nu ies din dormitor dimineața până nu fac 30 de minute de exerciții de stretching (întinderi). Apoi, merg pe jos aproape un kilometru și jumătate. De trei ori pe săptămână joc bridge, căci trebuie să faci exerciții și pentru corp, dar și pentru minte.”

Mirela Mustăț, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

https://www.medicalnewstoday.com/articles/326642.php?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_country=RO&utm_hcp=no&utm_campaign=MNT%20Daily%20News%202019-10-13&utm_term=MNT%20Daily%20News#5

<https://www.hotnews.ro/stiri-sanatate-23154982-medic-mortalitatea-prin-boli-cardiovasculare-romania-3-ori-mai-mare-decat-prin-cancer.htm>

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/153390.php#finding-time-to-exercise>

<https://www.romedic.ro/sport-la-varsta-a-treia-OP32682>

<https://www.guideposts.org/better-living/health-and-wellness/living-longer-living-better/just-this-much-exercise-could-help-you>

<https://www.guideposts.org/better-living/health-and-wellness/living-longer-living-better/6-surprising-things-research-has>

Sursa foto 1: Sursa foto: <https://www.guideposts.org/better-living/health-and-wellness/living-longer-living-better/6-surprising-things-research-has>

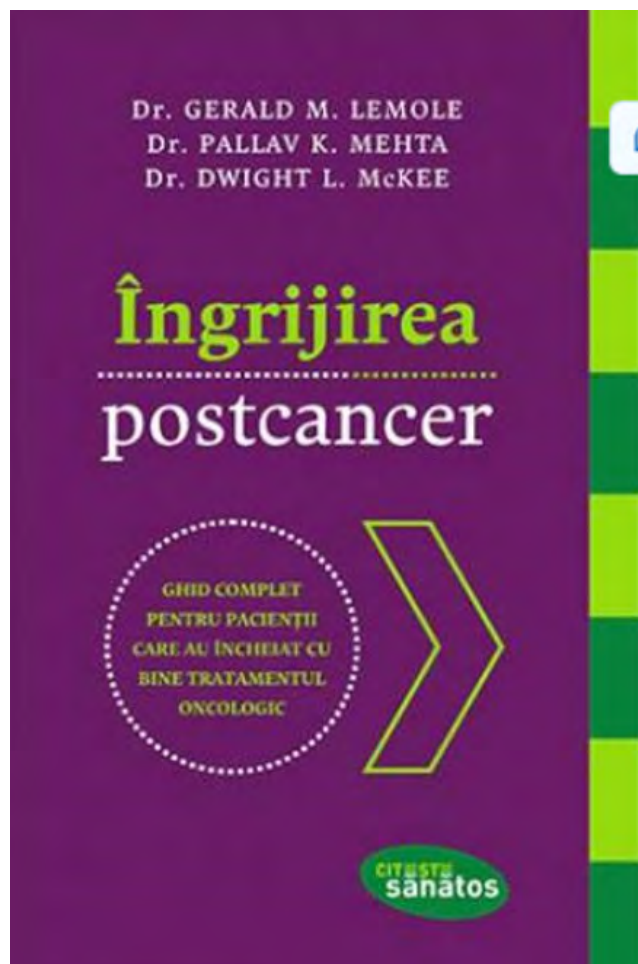
Sursa foto 2: <https://www.youtube.com/watch?v=YZbIkTSZoeM> – Exerciții de întindere pentru adulții peste 65 de ani

Îngrijirea postcancer

Autori: Gerald M. Lemole, Pallav K. Mehta, Dwight L. McKee,
Editura Lifestyle, 2018

Pornind de la o vastă experiență legată de medicina internă, chirurgie și medicina integrativă, Dr. Gerald M. Lemole, Dr. Pallav K. Mehta și Dr. Dwight L. McKee ne propun o lucrare deosebit de utilă pentru toți cei interesați de îngrijirea postcancer, fie ei pacienți aflați în perioada de după tratamentul oncologic, cadre medicale sau publicul larg.

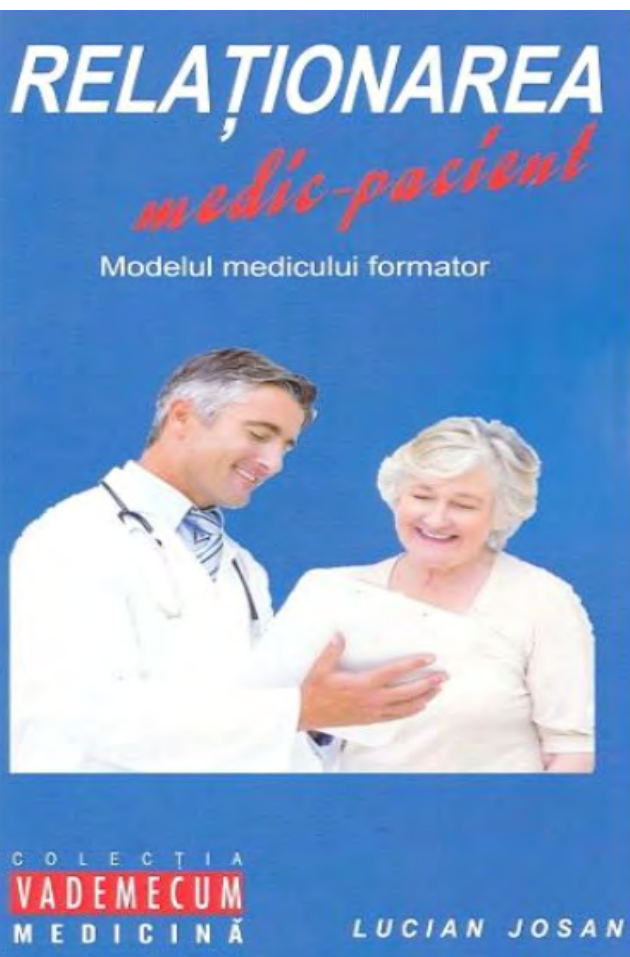
Volumul subliniază importanța vitală a stilului de viață asupra tipurilor cele mai frecvente de cancer, precum cel mamar, de prostată sau de colon. De asemenea, suntem încurajați să facem schimbări în bine care să ajute genele “bune”, cele care luptă cu celulele canceroase.



Relaționarea medic-pacient

Autor: Lucian Josan,

Editura Institutul European, 2018



Lucrarea aceasta se constituie într-un adevărat ghid pentru medici și pacienți, dar și asistenții medicali, ei înșiși implicați activ în interacțiunea cu pacienții, pentru construirea unei relații productive, în beneficiul stării de sănătate a acestora.

În acest context, autorul pune accentul pe rolul de formator pe care profesioniștii din sistemul medical sunt chemați să îl joace și pe competențele care le sunt necesare acestora pentru a îndeplini cu succes acest rol.

Dintre temele abordate remarcăm: Ipostaze ale relației medic-pacient; Comunicarea medic formator-pacient; Competența medicului formator sau Obstacole în calea formării pacientului.

Diabetul zaharat pe scurt

Autor: Ian N. Scobie, Katherine Samaras,
Editura FARMAMEDIA, 2018

Ghidul se adresează diverselor categorii de profesioniști ai sistemului medical – medici specialiști și primari, asistenți, studenți la medicină sau asistența medicală, medici rezidenți indiferent de specialitate.

Lucrarea are un aspect practic pronunțat, ceea ce facilitează înțelegerea diabetului, a opțiunilor terapeutice și a modului în care poate fi gestionat pe termen lung prin ținerea sub control și chiar diminuarea consecințelor bolii.

Autorul subliniază rolul esențial pe care îl au cadrele medicale în promovarea prevenției și a diagnosticării timpurii.



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.