

eAsistent.ro

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

NOIEMBRIE 2023



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

Secretele longevității: ce au în comun persoanele care trăiesc cel puțin 100 de ani?	8
--	---

EVENIMENT

14 noiembrie – Ziua Mondială a Diabetului	15
---	----

Gala Premiilor de Excelență în Asistență Medicală, ediția a XI-a, 2023	20
--	----

INTERVIU

Opțiunile de tratament pentru obezitate demonstrate științific	26
--	----

OPINIA JURISTULUI

Parafa profesională și rolul acesteia	33
---------------------------------------	----

ISTORIE

Istoria psihiatriei pediatrice – episodul 1	35
---	----

LUMEA MEDICALĂ

Oare ne îndreptăm iar spre o epidemie triplă - de gripă, COVID și a virusului respirator sincițial (VRS) și în sezonul 2023-2024?	42
---	----

CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Prezentarea generală a Cadrului JBI de implementare a dovezilor în practica clinică	48
---	----

CĂRȚI MEDICALE

Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology Made Simple	57
--	----

Practical Diabetes Care for Healthcare Professionals	59
--	----

Psihoterapie integrativă strategică, volumul 2, Oana Maria Popescu, Ed. Letras, 2022	61
--	----

ECHIPA EDITORIALĂ	62
-------------------	----

Foto copertă: OAMGMAMR filiala București



Editorial

“Vaccinul HPV este unul dintre cele mai bune, rezistente, cu foarte puține reacții adverse”, a declarat recent ministrul Sănătății, Alexandru Rafila, la un eveniment prilejuit de lansarea Acțiunii HPV

România¹.

Declarația vine în contextul în care *”România dorește ca să ofere acces la tratament, acces la diagnostic precoce și, bineînțeles, la politicile de prevenție”*, a mai transmis ministrul Sănătății în cadrul respectivei întâlniri.

Pe de altă parte, cât de eficiente pot fi aceste politici de prevenție ne pot spune studiile bazate pe date din țările care, spre deosebire de România (care a eșuat în prima inițiativă de a introduce vaccinarea anti-HPV în 2008) au reușit să-și convingă populația de beneficiile vaccinării chiar de la momentul apariției acestui vaccin.

Un astfel de studiu a fost publicat recent de revista STAT² din SUA.

Studiul controlat randomizat a inclus peste 60.000 de femei născute în 1992, 1993 și 1994 din 33 de comunități din Finlanda. El le-a împărțit în mod aleatoriu în trei grupuri, în funcție de strategiile de vaccinare anti-HPV din comunitățile lor: vaccinare anti-HPV neutră din punct de vedere al genului (unde au fost vaccinați și fete și băieți), vaccinare doar pentru fete și nicio acțiune de vaccinare. Cercetătorii au urmărit apoi, la patru și opt ani după vaccinare, 16 tipuri de HPV genital - HPV 16/18/31/45, tipuri cu risc oncogen ridicat și alte 12 tipuri cu risc mai scăzut de cancer.

Prin acest studiu, cercetătorii au căutat să stabilească cea mai eficientă strategie de imunizare.

Despre rezultate vorbește în articol Ville Pimenoff, cercetător principal la Karolinska Institutet și profesor la Universitatea din Oulu, Finlanda, care a fost autorul principal al studiului. El precizează că studiul demonstrează că vaccinul este cel mai eficient atunci când vaccinezi băieți și fete: *”Putem vedea cum diferitele tipuri de HPV sunt distribuite în comunitățile în care sunt vaccinate ambele sexe, astfel încât este clar că există o protecție mai puternică. În afară de vaccinarea*

1 Răfila: Vaccinul anti HPV - unul dintre cele mai rezistente, cu foarte puține reacții adverse | <https://www.agerpres.ro/sanatate/2023/10/31/rafila-vaccinul-anti-hpv-unul-dintre-cele-mai-rezistente-cu-foarte-putine-reactii-adverse--1195795>

2 <https://www.statnews.com/2023/11/08/hpv-vaccines-cancer-screenings/>

individuală, mai apare apoi și protecția de turmă".

În grupul în care programul de vaccinare din comunitate a inclus și fetele și băieții, o acoperire vaccinală de 50% pe an a fost suficientă pentru a elimina aproape complet tipurile de virus HPV cu risc oncogen ridicat care erau vizate de vaccin. Atunci când vaccinurile au fost administrate exclusiv fetelor, acoperirea vaccinală trebuie să fie extrem de ridicată (90%) pentru a se ajunge la aceleași rezultate. Mai mult, reducerea variantei HPV45 a fost observată doar în grupul în care programul de vaccinare din comunitate a inclus și fetele și băieții.

Dacă ne uităm la rezultatele acestui studiu, în țările care au o acoperire vaccinală bună, vaccinurile HPV s-au dovedit atât de eficiente încât acolo ar putea fi necesare noi politici de screening, mai puțin costisitoare financiar pentru țările respective.

În cazul în care screening-ul post-vaccinare se limitează la tipurile cu risc oncogen ridicat, în țările cu acoperire vaccinală bună cum este Finlanda ar fi suficient să se facă mai rar, a spus Pimenoff - poate o dată la 10 ani. El a menționat, totuși, că recomandările nu pot fi aceleași peste tot, deoarece fiecare țară are propriul sistem de abordare a vaccinării, a screening-ului și propriile date privind acoperirea vaccinală.

Cert este că rezultatele acestui studiu vorbesc despre efectele benefice pe multiple planuri ale unei politici de succes de susținere a vaccinării anti-HPV în Finlanda, un model la care ne putem uita cu atenție și din care să învățăm. Și ar fi util să facem aceasta pentru a profita înțelept de progresele științei, protejându-ne populația de boli grave prevenibile prin vaccinare precum cancerelor asociate virusului HPV.

Așadar, iată un model care demonstrează eficiența unei politici publice și ne indică o direcție de acțiune... În plus de acest subiect de analiză și reflecție, vă încurajez să alocați timp și să citiți articolele lunii noiembrie, care prezintă o serie de teme de actualitate, și vă

trimit, ca de obicei, cele mai bune gânduri.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București



Secretele longevității: ce au în comun persoanele care trăiesc cel puțin 100 de ani?

Timp aprox. de lectură: 7 minute

Centenarii reprezintă grupul demografic cu cea mai rapidă creștere în rândul populației mondiale. Numărul lor aproape se dublează, la fiecare zece ani, începând cu anii 1970.

Este un context în care un nou studiu, publicat în *GeroScience*, a analizat 12 biomarkeri de sânge ai stării și funcției metabolice de la peste 44.000 de suedezi pentru a identifica ce ar putea fi unic la persoanele care trăiesc până la 100 de ani și chiar mai mult.

Aceasta este prima cercetare care compară biomarkerii din sânge măsurați în stadii mai timpurii ale vieții la persoanele care au ajuns în cele din urmă să fie centenare cu cele ale persoanelor care nu ating aceste vârste.

Constatările lor indică faptul că centenarii, în general, aveau probabil niveluri mai scăzute de glucoză, creatinină și acid uric decât alte persoane. Cercetătorii au constatat, de asemenea, că eventualii centenari se stabiliseră într-un profil metabolic la vârsta de 65 de ani, cu 35 de ani înainte de a atinge pragul de un secol.

Printre biomarkerii analizați în această cercetare se numără colesterolul total și glucoza, precum și [alanin aminotransferaza](#) (Alat), [aspartat aminotransferaza](#) (Asat), [albumina](#), gama-glutamil transferaza (GGT), fosfataza alcalină (Alp) și lactat dehidrogenază (LD), care sunt legate de sănătatea ficatului.

De asemenea, au urmărit creatinina, un marker al stării rinichilor, precum și capacitatea de legare a fierului (TIBC) și fierul, care măsoară anemia. Ei au evaluat nutriția prin intermediul unei măsurători a albuminei.

Autorii au concluzionat că valorile pentru aproape toți biomarkerii au fost distincte la centenari, cu excepția alanin aminotransferazei și a albuminei.

Căutarea de indicii privind stilul de viață în biomarkerii centenarilor poate părea un joc speculativ.

Experții care au analizat studiul au subliniat faptul că o funcție renală mai ridicată (evidențiată de o creatinină mai mică) în acest grup ar putea fi un indiciu pentru un stil de viață și o dietă generală mai bune. Acest lucru este valabil și pentru glucoză. Nivelurile ușor mai scăzute de acid uric sugerează că centenarii nu au avut probleme cu

pietre la rinichi, boli renale sau gută.

În timp ce profilurile biomarkerilor centenarilor erau foarte asemănătoare, cercetătorii au descoperit că există două grupuri de centenari. Aceștia se deosebeau în ceea ce privește biomarkerii, în afară de cei care îi deosebeau de persoanele non-centenare: colesterolul total, albumina și TBIC. *"Acești biomarkeri sunt toți legați de nutriție"*, a declarat pentru *Medical News Today* coordonatorul studiului, doctorul Shunsuke Murata. *"Un grup a fost mai asemănător cu non-centenarii, iar noi l-am numit 'nutriție superioară'. Celălalt grup a avut niveluri ceva mai favorabile, iar noi l-am numit 'nutriție mai scăzută, dar suficientă.'"*

"În general, centenarii au avut mai rar valori extreme ale biomarkerilor, a explicat doctorul Murata.

De exemplu, foarte puțini dintre centenari au avut un nivel de glucoză mai mare de 6,5 în prima parte a vieții lor sau un nivel de creatinină mai mare de 125.

"Este dificil de spus dacă absența valorilor extreme indică un anumit stil de viață. Dar constatările unor valori în general mai favorabile pentru centenari și faptul că acești markeri sunt legați de alimentație și de stilul de viață, ne indică că este posibil - sau poate chiar probabil - ca acești factori să aibă un impact. Ceea ce nu putem ști este în ce măsură factorii genetici interacționează cu acest lucru...Pentru a răspunde pe deplin la întrebarea de ce, am avea nevoie de mai multe informații, în mod ideal despre genetică, factori de stil de viață și biomarkeri în cadrul aceleiași cohorte de persoane", a concluzionat doctorul Shunsuke Murata.

Faptul că diferențele dintre biomarkeri au putut fi observate în acest studiu cu mult timp înainte de deces sugerează că genele și stilul de viață pot juca, de asemenea, un rol. Așadar, alți cercetători se concentrează în mod special pe stilul de viață și longevitate, afirmând că stilul de viață și dieta au un rol semnificativ.

Alte studii care susțin ipoteza conform căreia o alimentație sănătoa-

să ar putea conduce la o mai bună sănătate și longevitate, ajutând la protejarea creierului. Astfel, experții au estimat că 40% din cazurile de demență din întreaga lume ar putea fi prevenite sau întârziate cu ajutorul anumitor factori modificabili, cum ar fi o mai mare importanță dată exercițiilor fizice și somnului și tratarea unor afecțiuni precum pierderea auzului sau hipertensiunea arterială.

Deja un număr tot mai mare de dovezi sugerează că dieta poate juca un rol și în prevenirea demenței, a declarat Puja Agarwal, epidemiolog nutriționist la Centrul Medical al Universității Rush din Chicago. Activitatea doctorului Agarwal s-a concentrat pe evaluarea modului în care dieta mediteraneană-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay, sau MIND, care evidențiază anumite alimente considerate a proteja creierul, ar putea influența riscul de demență.

Dieta MIND a fost descrisă pentru prima dată într-un studiu din 2015 condus de Martha Clare Morris, epidemiolog nutriționist la Universitatea Rush. Acest medic și colegii ei au observat că, în diverse studii, persoanele care au urmat dietele DASH și mediteraneană - care prioritizează fructele, legumele, cerealele integrale, proteinele slabe și grăsimile sănătoase - au avut tendința de a avea o cogniție mai bună decât cei care nu au făcut-o. Ei au observat, de asemenea, că anumite alimente, cum ar fi legumele cu frunze verzi, fructele de pădure, nucile și cerealele integrale, au fost asociate cu o mai bună sănătate a creierului.

Folosind aceste descoperiri, doctorul Morris și echipa sa au conceput dieta MIND. La fel ca și dietele DASH și cea mediteraneană, aceasta pune accentul pe cereale integrale, legume, nuci, fasole, grăsimi sănătoase și surse de proteine slabe, cum ar fi carnea de pasăre și peștele și sugerează să se limiteze carnea roșie și carnea procesată, brânza, dulciurile, alimentele prăjite și untul sau margarina. Totuși, dieta MIND este unică prin faptul că solicită cel puțin șase porții de legume cu frunze verzi (cele mai benefice 13 legume cu frunze verzi sunt: varza kale, microgreens, varza creță, spanacul, varza, varza de sfeclă roșie, cresson, salata verde, salata romană, salata elvețiană, ru-

cola, andive, Bok Choy - un fel de varză chinezească, frunze de napi) și două porții de fructe de pădure în fiecare săptămână.

În diverse studii care au urmărit modelele alimentare ale adulților mai în vârstă de-a lungul mai multor ani, cercetătorii au descoperit că cei care aderă cel mai îndeaproape la dieta MIND tind să aibă rate mai lente de declin cognitiv, riscuri reduse de demență și mai puține semne ale bolii Alzheimer în creierul lor după moarte decât cei care nu o fac. Astfel de rezultate au fost "promițătoare", a declarat Debora Melo van Lent, profesor asistent de științe ale sănătății populației la University of Texas Health Science Center din San Antonio. Dar aceste studii nu pot dovedi că dieta MIND în sine duce la o mai bună sănătate a creierului. Pentru asta, a spus ea, ar fi nevoie de un studiu clinic.

Primul studiu clinic al dietei MIND a fost publicat în The New England Journal of Medicine în august 2023. În cadrul studiului de trei ani, cercetătorii au instruit jumătate dintre cei 604 participanți - cu vârsta de 65 de ani și peste această vârstă - să urmeze dieta MIND, iar cealaltă jumătate să urmeze dieta lor tipică. De asemenea, participanții au fost sfătuiți să reducă numărul de calorii pentru a pierde în greutate. Cu toate acestea, rezultatele au fost dezamăgitoare, a declarat doctorul Hussein Yassine, profesor asociat de neurologie la Școala de Medicină Keck de la Universitatea din California de Sud. Cele două grupuri au avut îmbunătățiri similare la testele cognitive, iar scanările cerebrale nu au găsit diferențe majore asociate cu declinul cognitiv.

Doctorul Agarwal, unul dintre autorii studiului, a declarat că acest lucru ar putea fi un rezultat al designului studiului și al unor factori care nu au putut fi controlați de cercetători. Grupul care a urmat dieta obișnuită, de exemplu, a ajuns să consume multe componente ale dietei MIND, iar fiecare grup a pierdut în greutate, ceea ce ar fi putut contribui la îmbunătățiri similare ale funcției cognitive.

Cu toate acestea, o mulțime de dovezi susțin ideea că o dietă sănătoasă - bogată în legume și grăsimi sănătoase și limitată în zaharuri adăugate, alimente procesate și carne - poate proteja creierul, a spus

doctorul Yassine. Un studiu clinic din 2013, de exemplu, a arătat că dieta mediteraneeană a îmbunătățit cogniția, a spus doctorul Melo van Lent. Și pentru că diabetul și bolile cardiovasculare sunt factori de risc majori pentru demență, a adăugat ea, orice model alimentar care reduce aceste riscuri va fi, de asemenea, cel mai probabil benefic pentru creier și, prin urmare, pentru longevitate.

Una dintre recomandările desprinse din aceste analize este cu certitudine util de urmat: *Pentru cele mai mari beneficii pentru creier, formați obiceiuri de viață sănătoase la începutul vieții, cu zeci de ani înainte ca neuronii celulelor cerebrale să înceapă să moară*", ne propune doctorul Yassine. Dincolo de nutriție, acest lucru înseamnă să dormiți suficient și să faceți mișcare, să evitați fumatul, să aveți un bun mecanism de gestionare a stresului, să acordați prioritate sănătății minții și să rămâneți implicați social.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Centenarian blood tests give hints of the secrets to longevity (<https://theconversation.com/centenarian-blood-tests-give-hints-of-the-secrets-to-longevity-215166>)
2. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11357-023-00936-w>
3. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/living-to-100-common-blood-test>
4. The 13 Healthiest Leafy Green Vegetables (<https://www.healthline.com/nutrition/leafy-green-vegetables>)
5. Pictures of Foods that Boost Your Metabolism (<https://www.webmd.com/diet/ss/slideshow-foods-to-eat-that-help-your-metabolism>)
6. <https://www.nytimes.com/2023/08/31/well/eat/mind-diet-dementia.html>

7. Biomarkers of ageing: Current state-of-art, challenges, and opportunities - Chen - 2023 - MedComm – Future Medicine - Wiley Online Library (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mef2.50>)
8. Sursa foto: Microsoft 365 online pictures.



14 noiembrie – Ziua Mondială a Diabetului

Timp aprox. de lectură: 5 minute

Zilele și săptămânile internaționale sunt în realitate prilejuri de a educa publicul cu privire la teme importante, de a mobiliza voința politică și resursele pentru a aborda probleme cu impact global și de a sărbători și consolida realizările din respectivul domeniu.

Probabil că nu este nevoie de multe argumente pentru a justifica de ce tema diabetului este una importantă. Este de ajuns să reamintim

că 1 din 10 adulți din întreaga lume suferă de diabet. Sau că peste 90% dintre ei au diabet de tip 2. Dar și că aproape jumătate dintre ei nu sunt încă diagnosticați.

În plus, pe lângă programele și resursele pe care le pot mobiliza sistemele de sănătate pentru a gestiona această provocare, a conștientiza ce putem face fiecare dintre noi pentru a preveni sau întârzia declanșarea bolii prin adoptarea unor comportamente sănătoase este extrem de util. Și putem face acest lucru cunoscându-ne riscul și ce putem face pentru a preveni, a diagnostica în stadii incipiente și a apela la tratament la timp.

Pentru a afla **care este riscul de diabet de tip 2** putem folosi un instrument dezvoltat de International Diabetes Federation (Federația Internațională de Diabet), pe care-l puteți găsi la acest link: IDF's online risk assessment tool (<https://worlddiabetesday.org/type-2-diabetes-risk-assessment/>).

Pe de altă parte, **înțelegerea diabetului este primul pas spre gestionarea și prevenirea acestuia**.

Tocmai de aceea, Școala de diabet a Federației Internaționale de Diabet a dezvoltat o nouă platformă educațională online pentru a ajuta persoanele cu diabet și pe cei care le îngrijesc să ia decizii în cunoștință de cauză cu privire la boala lor.

Cursurile, cu durate de la 10-30 de minute fiecare, sunt disponibile în engleză, spaniolă și franceză la acest link: IDF School of Diabetes (<https://www.understandingdiabetes.org/>).

Ele se adresează persoanelor care au boala sau celor care le îngrijesc și tratează într-o manieră simplă subiecte precum:

1. Introducerea în diabet, un foarte scurt curs care explică ce este diabetul, prezintă principalele tipuri de diabet și explorează semnele de avertizare și factorii de risc, punând accentul în special pe diabetul de tip 2, o afecțiune cronică, de lungă durată, care afectează modul în care organismul transformă alimentele în energie.

2. Elemente de bază privind controlul glucozei în sânge, un modul în care învățăm cum să ne menținem nivelul de zahăr din sânge în intervalul țintă cât mai mult posibil pentru a preveni sau întârzia problemele grave de sănătate pe termen lung. Menținerea în intervalul țintă poate contribui, de asemenea, la îmbunătățirea energiei și a stării de spirit. Găsim și răspunsuri la întrebări frecvente despre glicemia persoanelor cu diabet zaharat.
3. Insulina și cum să o folosim în siguranță, un modul care ne învață ce este insulina și de ce persoanele care suferă de diabet de tip 1 și unele persoane care suferă de diabet de tip 2 și de diabet gestațional trebuie să o ia. Vom afla, de asemenea, despre potențialele efecte secundare ale insulinei și ce trebuie să facem în cazul în care ne confruntăm cu oricare dintre aceste efecte secundare. De asemenea, cursul prezintă și modul în care putem lua insulina în siguranță.
4. Diabetul de tip 2 și inima este un modul care explorează impactul diabetului asupra sănătății inimii, concentrându-se pe modul în care nivelurile ridicate de glucoză pot afecta vasele de sânge și pot duce la probleme cardiace. Vom învăța despre gestionarea eficientă a diabetului, cu accent pe markerii cheie de sănătate, cum ar fi A1c, tensiunea arterială și colesterolul. Cursul oferă, de asemenea, sfaturi practice cu privire la modificările stilului de viață, la dietă și la medicație, pentru a ne ajuta să ne menținem o stare de sănătate bună și o inimă sănătoasă în timp ce trăim cu diabet.

De ce este importantă educarea tuturor?

Este important ca persoanele cu risc de diabet de tip 2 să își cunoască riscul și să știe ce trebuie să facă pentru a sprijini prevenirea, diagnosticarea precoce și tratamentul în timp util. Pentru persoanele care trăiesc cu diabet, conștientizarea și accesul la informații corecte și la cele mai bune medicamente și instrumente disponibile pen-

tru a sprijini autoîngrijirea sunt vitale pentru a întârzia sau a preveni complicațiile.

Nu în ultimul rând, în cazul profesioniștilor din domeniul asistenței medicale, este necesar accesul la o formare și la resurse suficiente pentru a depista din timp complicațiile și a oferi cea mai bună îngrijire posibilă.

La fel de important este și faptul că, în multe cazuri, diabetul de tip 2 și complicațiile sale pot fi întârziate sau prevenite prin adoptarea și menținerea unor obiceiuri sănătoase pe care le învățăm la timp. Și reversul medaliei este acela că, atunci când nu este depistat și tratat la timp, diabetul poate duce la complicații grave și potențial amenințătoare de viață.

Câteva detalii despre Ziua Mondială a Diabetului: a fost creată în 1991 de către Federația Internațională de Diabet și Organizația Mondială a Sănătății ca răspuns la preocupările legate de amenințarea tot mai mare pe care o reprezintă diabetul pentru sănătate. Ea a devenit o zi oficială a Națiunilor Unite în 2006, odată cu adoptarea Rezoluției 61/225 a Națiunilor Unite, și este marcată în fiecare an la 14 noiembrie, ziua de naștere a lui Sir Frederick Banting, care a descoperit insulina împreună cu Charles Best în 1922.

Practic este cea mai mare campanie de conștientizare a diabetului din lume, ajungând la o audiență globală de peste 1 miliard de persoane din peste 160 de țări. Campania atrage atenția asupra unor probleme de importanță capitală pentru lumea diabetului și menține diabetul în centrul atenției publice și politice.

În fiecare an, campania de Ziua Mondială a Diabetului se concentrează pe o temă dedicată, care se desfășoară timp de unul sau mai mulți ani. Tema din perioada 2021-23 este *Accesul la îngrijirea diabetului*.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. World Diabetes Day | Know your risk, Know your response (<https://worlddiabetesday.org>)
2. World Diabetes Day | United Nations (<https://www.un.org/en/observances/diabetes-day>)
3. IDF School of Diabetes (<https://www.understandingdiabetes.org/>)
4. Test2Prevent - Know your risk of type 2 diabetes | Try our risk assessment tool (<https://worlddiabetesday.org/type-2-diabetes-risk-assessment/>)

Gala Premiilor de Excelență în Asistență Medicală, ediția a XI-a, 2023

Timp aprox. de lectură: 4 minute

Filiala București a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) a premiat, la finalul lunii trecute, profesionalismul, dăruirea și implicarea în îngrijirea pacienților, în cadrul celei de a XI-a ediții a Galei Premiilor de Excelență în Asistență Medicală.

Premiile au fost acordate celor care, potrivit organizatorilor, ***"contribuie în mod esențial la dezvoltarea și consolidarea profesiei, își îndeplinesc misiunea cu profesionalism și excelează în activitatea profesională"***.

Lista acestor distincții include:

Premiul de Excelență "Înaltă performanță în acordarea îngrijirilor de sănătate":

- Echipei de asistenți medicali din Centrul pentru arși – Spitalul Clinic de Urgență București



- Echipei de asistenți medicali din Laboratorul de analize medicale – Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”
- Echipei de asistenți medicali din Secția Clinică Pneumologie – Spitalul Universitar de Urgență Elias
- Echipei de asistenți medicali din Secția Medicină Internă II – Spitalul Clinic „Dr. I. Cantacuzino”
- Echipei de asistenți medicali din Compartimentul Gastroenterologie – Spitalul Clinic de Urgență „Sfântul Pantelimon”
- Echipei de asistenți medicali din Laboratorul de Endoscopie Bronșică – Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”
- Echipei de asistenți medicali din Secția Cardiologie III – Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. C.C. Iliescu”
- Echipei de asistenți medicali din Secția Chirurgie Endocrină – Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”

Premiul de Excelență “Îngrijiri de maternitate sigure și eficiente”:

- Echipei de moașe a Blocului de nașteri – Spitalul Clinic Filantropia
- Echipei de moașe a Sălii de nașteri – Spitalul de Obstetrică Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”
- Echipei de moașe a din Secția Obstetrică Ginecologie – Spitalul Clinic „Nicolae Spitalul Clinic Nicolae Malaxa

Premiul de Excelență “0 șansă la viață”:

- Echipei de asistenți medicali din cadrul Blocului Operator – Institutul Oncologic „Prof. Dr. Alexandru Trestioreanu”
- Echipei de asistenți medicali din cadrul Secției de Anestezie și Te-

rapie Intensivă – Spitalul Clinic „Prof. Dr. Theodor Burghele”

- Echipei de asistenți medicali din cadrul Secției de Terapie Intensivă Neonatală – Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Maria Skłodowska-Curie”
- Echipei de asistenți medicali din cadrul Secției de Terapie Intensivă, ATI 1 – Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. C. C. Iliescu”
- Echipei de asistenți medicali din cadrul Secției de Oncologie și Radioterapie – Spitalul Clinic Colțea
- Echipei de asistenți medicali din cadrul Secției V Psihiatrie Pediatrică – Spitalul Clinic de Psihiatrie “Prof. Dr. Al. Obregia”

Premiul de Excelență “Implicarea în cercetare și inovare”:

- Echipei de asistenți medicali din Secția Clinică de Endocrinologie I – Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”

Premiul de Excelență “Leadership în îngrijirile de sănătate”

- Georgeta Păunică Panea – Spitalul Clinic de Urgență „Sfântul Panteimon”
- Mihaela Petre – Spitalul Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. C.C. Iliescu”

Premiul pentru întreaga activitate:

- Călin Paulina – Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni”
- Carabas Lenuța – Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”
- Lupoai-Baicu Rodica – Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Ar-

seni”

- Manole Cristina - Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”
- Marin Rodica - Institutul Național de Endocrinologie „C.I.Parhon”
- Mocanu Tanța - Institutul Național de Neurologie și Boli Neuro-vasculare
- Niță Carmen Adina - Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni”
- Predica Elena - Spitalul Clinic Colentina
- Radu Manuela - Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al. Obregia”
- Rusu Elisabeta - Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”
- Stanciu Daniela Elena - Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”
- Teodorescu Sergiu – Spitalului Clinic de Urgență „Sfântul Panteimon”
- Tudora Corina – Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni”
- Zbârciog Gabriela – Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni”

Premiul Special al Juriului:

- Echipei de asistenți șefi din Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”
- Echipei de asistenți medicali din Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila”

Pentru susținerea profesiilor de asistent medical și moașă, precum și pentru strânsa colaborare cu Filiala București a OAMGMAMR, **Premiul de Înaltă Apreciere** a fost acordat următoarelor personalități:

- Prof. Univ. Dr. Victor Dan Eugen Strâmbu – Decan Facultatea de Moaşe şi Asistenţă Medicală din cadrul Universităţii de Medicină şi Farmacie „CAROL DAVILA” din Bucureşti
- Prof. Univ. Dr. Cătălina Poiană – Preşedinte Colegiul Medicilor din Municipiul Bucureşti
- Prof. Univ. Dr. Şerban - Ion Bubenek -Turconi - Preşedintele Societăţii Române de Anestezie – Terapie Intensivă
- Dr. Valeria Herdea - Preşedinte Asociaţia Română pentru Educaţie Pediatrică în Medicina de Familie, Vicepreşedinte Colegiul Medicilor din România
- Prof. Dr. Crin Marcean – Director Şcoala Sanitară Postliceală Fundeni
- JBI

Sursa: (5) Facebook (https://www.facebook.com/photo/?fbid=731454472357675&set=pcb.731455562357566&locale=ro_RO)



Opțiunile de tratament pentru obezitate demonstrate științific

Timp aprox. de lectură: 5 minute

După cum aminteam în numărul precedent, atunci când aveți obiceiuri sănătoase, rămâneți activi și reduceți aportul de alimente ultraprocesate, pierderea de grăsime tinde să urmeze ca efect secundar natural și puteți menține o greutate optimă. Însă ce să faceți în cazul în care sunteți în situația de a vă gestiona o greutate crescută, sau de a trata obezitatea?

În acest caz, este important de precizat că fiecare tratament pentru

obezitate funcționează într-un mod diferit și poate fi făcut singur sau combinat cu alte tratamente. Cu sprijinul profesioniștilor în îngrijirea obezității, puteți găsi un tratament pentru obezitate și puteți crea un plan de îngrijire a obezității special pentru dumneavoastră. Acest lucru este recomandat și pentru că unele opțiuni de tratament al obezității pot provoca efecte secundare. De aceea informații precum cele amintite mai jos nu trebuie interpretate ca fiind sfaturi sau recomandări de tratament individual. Ele sunt utile pentru informare și ghidare, dar întotdeauna trebuie validate cu medicul dumneavoastră, care poate oferi sfaturi de tratament aplicabile într-o situație anume.

Obezitatea este o boală complexă, cu multe cauze. Profesorul Arya Sharma, clinician și director științific al Obesity Canada, specializat în tratarea obezității în ultimii 20 de ani, spune că *"Nu există o singură strategie de management care să funcționeze pentru toți pacienții. Orice plan de management de succes implică strategii de adaptare pe termen lung care îi ajută pe pacienți să își reducă greutatea corporală și să prevină eșecurile"*.

Așadar, doar împreună cu medicul dumneavoastră puteți construi un plan individual potrivit. Și totuși, care sunt **opțiunile de tratament, dovedite științific, pentru gestionarea greutății?**

Opțiunea de tratament nr 1: Tranziția către un mod mai sănătos de a mânca

Primul pas este să uitați de dieta miraculoasă ca tratament pentru obezitate. Când vine vorba despre gestionarea greutății și a obezității, schimbarea modului în care mâncați înseamnă mai mult decât a mânca mai puține calorii.

Specialistul cu care veți discuta va lua în considerare **modul în care mâncați** atunci când vă va ajuta să creați împreună planul de îngrijire a obezității sau greutății dumneavoastră. Unele dintre lucrurile pe

care le puteți analiza împreună includ:

1. Timpul. Există un anumit moment al zilei în care sunteți cel mai expus riscului de a mânca în exces sau de a consuma alimente nesănătoase?
2. Locul. Unde mâncați în mod normal?
3. Emoțiile. Mâncați în exces sau mâncați alimente nesănătoase atunci când vă simțiți într-un anumit fel? De exemplu, când vă simțiți obosit, stresat sau trist?
4. Senzația de sațietate. Cum resimțiți senzația de sațietate după o masă?

Aceste întrebări oferă indicii despre ceea ce vă face să luați în greutate sau vă împiedică să slăbiți.

Medicul dumneavoastră vă poate ajuta apoi să treceți la moduri mai sănătoase de a mânca și de a avea o relație mai sănătoasă cu mâncarea. Acestea includ tehnicile pentru o alimentație conștientă:

1. Așezați-vă la masă: Fiți atenți la mâncare și bucurați-vă de experiență.
2. Evitați distragerile în timp ce mâncați: Nu porniți televizorul, laptopul sau telefonul.
3. Mâncați lent: Luați-vă timp să mestecați și să savurați mâncarea. Această tehnică ajută la pierderea în greutate, deoarece oferă creierului dumneavoastră suficient timp pentru a recunoaște semnalele că este sătul, ceea ce poate ajuta la prevenirea supraalimentării.
4. Făcând alegeri alimentare ponderate: Alegeți alimente care sunt pline de nutrienți hrănitori și cele care vă vor satisface foamea timp de ore, mai degrabă decât doar câteva minute.

Opțiunea de tratament nr 2: Mai multă activitate fizică

Mai multă mișcare înseamnă și mai multă energie folosită, ceea ce este o altă opțiune de tratament pentru obezitate. Indiferent dacă are sau nu ca rezultat pierderea în greutate, activitatea fizică poate îmbunătăți, de asemenea, multe aspecte ale sănătății dumneavoastră, precum îmbunătățirea factorilor de risc cardio-metabolic.

Începeți prin a adăuga un pic de mișcare suplimentară în viața dvs. de zi cu zi. Dacă stați mult pe scaun în timpul zilei, ridicați-vă în picioare și mișcați-vă timp de câteva minute la fiecare oră. La fel și mer- sul pe jos până la magazine sau urcatul scărilor. Chiar și lucrurile mă- runte pot însemna mult. Obiectivul este de a avea 150 de minute de activitate fizică conștientă pe săptămână. Puteți să vă îndreptați spre acest obiectiv prin adăugarea treptată de noi activități și rutine în planul dumneavoastră de îngrijire a obezității.

Un studiu (7) a constatat că urmărirea consecventă a activității fizice a ajutat la pierderea în greutate. Chiar și un dispozitiv simplu precum un pedometrul poate fi un instrument util pentru pierderea în greu- tate.

Opțiunea de tratament nr 3: Terapie comportamen- tală

Terapia comportamentală este o opțiune de tratament al obezității care ia în considerare conexiunea corp-minte, prin programe care îi ajută pe pacienți să își atingă obiectivele comportamentale de sănă- tate.

Practic, terapeuții comportamentali lucrează cu aspectele psihologi- ce ale gestionării greutății. Ei vă pot ajuta să identificați tiparele din gândurile, emoțiile și comportamentul dumneavoastră care vă fac să

mâncați mai mult și să vă îngrășați. Mâncatul de porții mari, gustările frecvente și/sau mâncatul sau băutul atunci când nu vă este foame sunt doar câteva dintre tiparele pe care le puteți avea în legătură cu mâncarea. Terapia comportamentală se concentrează pe abilitarea persoanelor care trăiesc cu obezitate să facă schimbări durabile care să le îmbunătățească sănătatea, precum și să le promoveze stima de sine și încrederea în sine. Făcând acest lucru vă poate ajuta să vă gestionați greutatea pe termen lung, să vă îmbunătățiți starea de sănătate și calitatea vieții.

Opțiunea de tratament nr 4: Dietă cu consum redus de energie

Dieta cu consum redus de energie sunt produse cu conținut caloric controlat care conțin nutrienți esențiali, vitamine și minerale. De obicei, sunt bogate în proteine și sărace în grăsimi și carbohidrați. Ea înlocuiește una sau mai multe dintre mesele zilnice cu alimente sau formule care furnizează un anumit număr de calorii (de exemplu, între 800 și 1200 de calorii pe zi). Ea poate face parte dintr-un plan de îngrijire a obezității supravegheat clinic.

Opțiunea de tratament nr 5: Tratament anti-obezi-tate

Medicamentele anti-obezitate sunt opțiuni de tratament pentru obezitate care pot acționa asupra proceselor biologice care afectează apetitul. Ele pot avea moduri de acțiune diferite. Unele medicamente anti-obezitate ajută la reglarea apetitului și a poftei de mâncare. Ele vă ajută să mâncați mai puțin și vă facilitează schimbarea stilului de viață.

Alte tratamente pot ajuta la prevenirea recidivei privind îngrășarea. Ele acționează asupra modului în care organismul dumneavoastră răs-

punde atunci când gestionați greutatea, cum ar fi senzația constantă de foame. Alte medicamente vă ajută să gestionați greutatea prin modificarea modului în care organismul dumneavoastră absoarbe alimentele. De exemplu, scad cantitatea de grăsime care este absorbită de corpul dumneavoastră.

Opțiunea de tratament nr 6: Chirurgia bariatrică

Bypassul gastric și alte intervenții chirurgicale pentru pierderea în greutate - cunoscute sub denumirea comună de chirurgie bariatrică - implică modificări ale sistemului digestiv pentru a vă ajuta să pierdeți în greutate. Chirurgia bariatrică este un tratament împotriva obezității care poate reduce apetitul și cantitatea de alimente pe care o puteți mânca confortabil la o masă. S-a demonstrat că acestea schimbă metabolismul și hormonii organismului, ambele jucând un rol important în modul în care este reglată greutatea dumneavoastră. De exemplu, modificările hormonale rezultate în urma operației bariatrice acționează pentru a preveni recidiva privind îngrășarea.

Acestea sunt câteva opțiuni de tratament pentru obezitate pe care medicii le au în general în instrumentarul lor. Însă doar medicul dumneavoastră vă poate ajuta să luați în considerare acele opțiuni care funcționează în situația dumneavoastră, pentru a crea un plan personalizat de îngrijire a obezității. Însă nici acesta nu poate prezice cum veți răspunde la diferitele tratamente pe care le recomandă. Suntem cu toții diferiți și asta înseamnă că și răspunsul nostru la tratamente va fi foarte diferit.

De aceea, pe parcurs, medicul vă poate ajusta planul de îngrijire a obezității în funcție de răspunsul organismului dumneavoastră și de nevoile dumneavoastră de sănătate.

Găsirea unor furnizori de servicii de îngrijire a obezității care sunt pregătiți să vă ajute este primul pas pe acest drum. Iar dacă nu sunteți sigur cum să începeți o conversație despre gestionarea greutății și un tratament pentru obezitate cu medicul dumneavoastră, acest ghid vă

poate oferi câteva sfaturi despre cum să faceți acest lucru.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Manage weight: 6 scientifically-proven obesity treatment options (truthaboutweight.global) (inclusive sursea foto)
2. Behavior Modification Ideas for Weight Management | UCSF Health
3. Losing Weight | Healthy Weight, Nutrition, and Physical Activity | CDC
4. Treatment for Overweight & Obesity - NIDDK (nih.gov)
5. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/bmi-not-red-meat-may-directly-contribute-to-inflammation>
6. How to lose weight fast: 9 scientific ways to drop fat (medicalnewstoday.com)
7. Adherent Use of Digital Health Trackers Is Associated with Weight Loss | PLOS ONE

Parafa profesională și rolul acesteia

Timp aproximativ de lectură: 2 minute

Asistenții medicali generaliști, moașele și asistenții medicali au obligația de a semna și de a aplica parafa pe toate documentele care atestă activitățile profesionale pe care le desfășoară. Această obligație este prevăzută de art. 46 (1) lit. I) din OUG 144/2008 și are rolul de a asigura asumarea răspunderii individuale și de a proba responsabilitatea profesională.

Totodată, prin parafarea și semnarea documentelor care atestă activitățile profesionale (de exemplu: planul de îngrijiri), asistentul medical generalist, moașa sau asistentul medical garantează respectarea standardelor de siguranță și calitate în asistența și îngrijirea acordată pacienților, oferindu-le acestora și un sentiment suplimentar de încredere în actul medical și, implicit, în sistemul național de sănătate.

Parafa profesională este și un indicator vizual al identității și rolului asistentului medical generalist, moașei sau asistentului medical în cadrul instituției sau unității medicale. De asemenea, parafa impune responsabilitatea semnatarului în a respecta și urmări standardele profesionale și etice în timpul exercitării îndatoririlor sale.

Modelul parafei profesionale și condițiile de eliberare a adeverinței pentru realizarea parafei profesionale sunt stabilite prin Hotărârea 26/2023 emisă de Consiliul Național al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, document publicat în Monitorul Oficial cu numărul 972, din data de 26 octombrie 2023.

Realizarea sau confecționarea parafei este posibilă doar după obținerea adeverinței pentru întocmirea parafei profesionale, eliberată în baza unei cereri standard care este adresată filialei județene sau a municipiului București, al cărei membru este solicitantul.

Forma parafei este dreptunghiulară și include numele și prenumele asistentului medical generalist, moașei sau asistentului medical care exercită profesia în regim salarial și/sau independent. De asemenea, trebuie să conțină și titlul profesional sau, după caz, specialitatea, gradul profesional și codul de identificare profesională.

Codul de identificare profesională este un cod unic format din 6 cifre, generat din Registrul Național Unic al asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților medicali din România (RNU). Acest cod se păstrează pe întreaga durată a carierei profesionale, indiferent de modificările care intervin în statusul profesional.

În cazul unor modificări ale datelor profesionale sau personale, sau dacă intervine pierderea, furtul sau deteriorarea parafei, membrii OAMGMAMR au obligația de a înștiința filiala județeană, sau a municipiului București, și de a solicita eliberarea unei noi adeverințe în vederea schimbării parafei.

Bobic Alin Victor – consilier juridic în cadrul OAMGMAMR Filiala București



Istoria psihiatriei pediatrice – episodul 1

Timp aprox. de lectură: 7 minute

Puține referințe pot fi găsite despre psihopatologia copilăriei, înainte de secolul al 19-lea. Deoarece pediatria a început să apară ca specialitate medicală abia la sfârșitul secolului al 18-lea, această deficiență de cunoaștere nu se limitează la temele legate de tulburările psihice ale copiilor.

L'Hôpital des Enfants-Malades, fondat în 1802, la Paris, a fost primul spital înființat special pentru tratamentul copiilor bolnavi. Great Or-

mond Street a fost deschis la Londra, 50 de ani mai târziu. Iar primele elemente de psihiatrie infantilă au apărut în domeniul clinic abia în anii 1920.

Problemele emoționale și comportamentale ale copiilor au fost tratate în moduri diferite, de-a lungul secolelor, nefiind întotdeauna considerate condiții medicale. Tulburările de comportament au fost considerate în mare măsură probleme morale, meritând de aceea o pedeapsă (ele erau considerate a fi rezultatul răutății și nu al nebuniei). Eșecul copilului de a învăța conducea de obicei la o existență marginalizată, de exemplu era privit drept prostul satului. Scurtele scrieri medicale din secolul al 18-lea se concentrau în principal pe probleme precum crizele convulsive, frica legată de vise, tulburările de somn, bâlbâiala, rivalitatea între frați și epilepsia. Părerea predominantă era că *"nebunia nu apărea înainte de pubertate și se observa că cel mai adesea copiii nu erau văzuți în azilurile publice sau în casele private de nebuni."*

Situația s-a schimbat în secolul al 19-lea, când manualele de psihiatrie generală au început să menționeze nebunia la copii. De exemplu, cartea lui Maudsley din 1895 a dedicat un capitol *"nebuniei din primii ani de viață"*, în timp ce Griesinger (1867) a remarcat faptul că mania și melancolia apar la copii. *"Un studiu a peste 300 de minori, cu vârste de până la 19 ani, internați în azilurile din Oxfordshire, în secolul al 19-lea, relevă o gamă largă de prezentări clinice, inclusiv un număr substanțial de copii cu deficiențe mintale [...] Presupusele cauze ale nebuniei se împart în două mari categorii. În primul rând, existau cauze psihologice, cum ar fi spaima și durerea și, în al doilea rând, cauze fizice, inclusiv epilepsia și febrele infecțioase, cum ar fi febra tifoidă și rujeola"*.

Azilurile de nebuni din acea perioadă sunt precursorile spitalelor de psihiatrie de astăzi. Spre sfârșitul secolului al 19-lea, au început a fi înțeleși factorii multipli care erau implicați în dezvoltarea tulburărilor psihiatrice din copilărie, deși accentul era pus în mod clar pe ereditate: *"Cursul creșterii și dezvoltării creierului este marcat de multe*

pericole - și nu e de mirare - deoarece este procesul de perfecționare a celei mai înalte evoluții din natură, acest proces fiind în mod constant împiedicat și periclitat de boli specifice perioadei, de ignoranța părinților cu privire la nevoile creierului și de condițiile neigienice de tot felul. Mai presus de toate, procesul nu se poate finaliza în mod corespunzător, în foarte multe cazuri, din cauza existenței unei eredități adverse - o adevărată soartă împotriva căreia cunoașterea, afecțiunea și voința, precum și stăpânirea oricărei condiții favorabile sunt adesea neputincioase [...] Tendința ereditară spre nebunie, oricât de puternică ar fi, rareori se dezvoltă într-o boală mintală înainte de perioada adolescenței".

Henry Maudsley (1835-1918), un psihiatru britanic, a fost printre primii care a descris nebunia la copii în manualul său din 1895. Se credea, în general, că dezvoltarea umană deplină nu se realizează până în jurul vârstei de 25 de ani (lucru confirmat recent de tehnicile de imagistică cerebrală) și că nebunia era rară la adolescenți, devenind mai frecventă la adulții tineri: *"Nu există nicio perioadă a vieții în care nebunia necomplicată să apară mai frecvent decât în timpul împlinirii erei fiziologice a adolescenței, de la douăzeci și unu la douăzeci și cinci de ani. În ceea ce privește cele două sexe, statisticile noastre par să arate că adolescența nu pare a fi un factor atât de puternic de perturbare a echilibrului mintal la femei ca la bărbați."*

Pubertatea a fost recunoscută ca fiind o cauză semnificativă în cazul nebuniei, iar Durand-Fardel (1889) a evidențiat existența sinuciderii la copii. Deși se credea că nebunia juvenilă era rară, existența acesteia a devenit larg acceptată - până la sfârșitul secolului al 19-lea, când majoritatea manualelor includeau secțiuni despre copii - iar nebunia juvenilă a fost diferențiată de retardul mintal și de epilepsie (Parry-Jones, 1989). În 1887, psihiatrul german Hermann Emminghaus (1887) a publicat unul dintre primele tratate de psihiatrie infantilă.

La începutul anilor 1900 au avut loc multe progrese semnificative care au pregătit terenul pentru ca psihiatria copilului să devină disciplina medicală cu drepturi depline care este astăzi.

Printre acestea se numără îmbunătățiri în ceea ce privește măsurarea, progrese în psihologia dezvoltării, apariția psihanalizei și mișcările de igienă mentală și de orientare a copiilor.

A doua jumătate a secolului, după cel de-al doilea război mondial, a fost martora unei explozii a cercetării, cu progrese importante în înțelegerea naturii tulburărilor mintale ale copilăriei, în diagnosticarea și clasificarea acestora, precum și în domeniul tratamentului - condus de abordările cognitive și comportamentale și de psihofarmacologie. De asemenea, acest secol a fost martorul stabilirii definitive a disciplinei ca specialitate medicală.

Alfred Binet (1857-1911), unul dintre cei mai influenți psihologi și oameni de știință francezi, a pus bazele psihologiei cantitative și ale psihiatriei și a transformat măsurarea inteligenței. În anul 1905, Binet a publicat, împreună cu Théodore Simon, prima scală standardizată de evaluare a inteligenței, testul Binet-Simon. Scorul obținut la această scală ar dezvălui vârsta mentală a unui copil și ar permite să se stabilească concordanța sau nu a acesteia cu vârsta fizică. Testul era alcătuit din treizeci de sarcini de dificultate crescândă, fiind produsul a peste 15 ani de muncă și cercetări experimentale cu copii. Testul lui Binet și Simon a fost standardizat în SUA la scurt timp după aceea de Lewis Terman, psiholog la Universitatea Stanford. Publicat pentru prima dată în SUA, în 1916, el a fost numit Scala de inteligență Stanford-Binet și a devenit în scurt timp testul de inteligență obișnuit utilizat în SUA. O versiune actualizată este încă în uz. Binet nu credea că testul său măsoară o inteligență înnăscută, cristalizată. Dimpotrivă, el credea că scorurile de inteligență pot diferi în funcție de o serie de factori, cum ar fi temperamentul și motivația. El a emis ipoteza că inteligența era suma unei varietăți de aptitudini și că o estimare fiabilă putea fi obținută prin eșantionarea acestor aptitudini și prin însumarea rezultatelor. Măsurarea inteligenței a generat multă dezbatere, încă de atunci, și este și acum departe de a fi rezolvată.

Cu toate acestea, introducerea testelor de inteligență a revoluționat practica clinică și cercetarea, permițând ca intervențiile să fie adap-

tate la nevoile și capacitățile fiecărui copil în parte.

David Wechsler (1896-1981), un psiholog american, a creat un nou instrument, care a abordat unele dintre limitările testului Stanford-Binet și a reprezentat următorul pas înainte în testarea inteligenței. În 1939, el a compilat o baterie de teste pentru adulți cunoscută sub numele de Scala de inteligență Wechsler-Bellevue. Wechsler credea - ca și Binet - că inteligența implică o varietate de abilități mentale și a subliniat că factori precum personalitatea contribuie la inteligență. El a respins conceptul de vârstă mentală ideală în raport cu care poate fi măsurată performanța individuală și a definit inteligența normală ca fiind scorul mediu al testelor pentru toți membrii unui grup de vârstă. Media ar putea fi reprezentată apoi prin 100 pe o scară standard.

Scala de inteligență Wechsler pentru copii (WISC) a fost publicată în 1949. WISC a fost o adaptare pentru copii a mai multor sub-teste care au alcătuit Scala de inteligență Wechsler-Bellevue, cu alte sub-teste concepute special pentru WISC. Sub testele au fost organizate în scări verbale și de performanță și au furnizat scoruri pentru un IQ verbal (VIQ), un IQ de performanță (PIQ) și un IQ pe scara completă (FSIQ), subliniind faptul că abilitățile nu sunt neapărat omogene. Adică, unii copii pot avea abilități verbale ridicate, dar abilități de performanță scăzute, cum ar fi cele pentru sarcinile vizualo-spațiale. WISC, care a fost actualizat periodic de atunci și normat în diferite țări și culturi, a devenit cel mai utilizat test de inteligență la copii.

Deși măsurarea performanțelor școlare se putea face și anterior, publicarea testului Stanford de performanțe de către Terman și colegii săi în 1923 a făcut posibilă testarea școlară pe scară largă. Testele de performanțe sunt acum utilizate pe scară largă, pentru a detecta domeniile în care există nevoi educaționale sau pentru finanțarea școlilor.

Cu aproape 12 ani înainte, William Healy (unul dintre inițiatorii mișcării de orientare a copiilor) și Grace Fernand au publicat o serie de teste pentru evaluarea copiilor delincvenți. Multe alte chestionare au fost

elaborate ulterior pentru a măsura simptome specifice (de exemplu, depresia, hiperactivitatea) sau, începând cu anii 1960, o gamă largă de comportamente problematice.

Mai recent, a crescut interesul pentru chestionarele scurte care pot fi utilizate în scopuri de depistare, de exemplu, Chestionarul privind punctele forte și dificultățile (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ) al lui Goodman (1997).

Achenbach (1987) a evidențiat, de asemenea, că pentru a obține o imagine mai validă în psihiatria infantilă, este necesar să se obțină informații dintr-o varietate de surse - părinte, copil, profesor - care adesea privesc diferit același lucru. Necesitatea acestei abordări este recunoscută pe scară largă, deși există discuții cu privire la modul în care aceste informații ar trebui integrate.

Indiferent de abordare, chestionarele au devenit o parte integrantă a bunei practici clinice zilnice, în principal pentru a măsura severitatea simptomelor și pentru a urmări răspunsul la tratament.

Nevoia de a îmbunătăți fiabilitatea diagnosticului psihiatric, care a devenit evidentă în anii 1960 și 1970, a stimulat nu numai crearea unor taxonomii mai bune, ci și dezvoltarea interviurilor de diagnosticare structurate și semi-structurate, la rândul lor facilitate de disponibilitatea criteriilor de diagnosticare operaționalizate (de exemplu, în DSM-III).

Aceste interviuri au fost utilizate în principal în cadrul studiilor epidemiologice, ele axându-se pe o varietate de simptome specificate (care corespund criteriilor de diagnostic pentru o anumită tulburare) ce trebuie evaluate și au reguli stricte de notare, dar intervievatorul are și libertatea de a pune întrebări și de a oferi clarificări.

Așadar, dacă în acest episod am amintit progresele în domeniul psiho-patologiei copilăriei de la începutul secolului al 19-lea și până spre mijlocul secolului trecut și instrumentele dezvoltate pe parcurs, în numărul următor vom analiza cum s-au consolidat progresele în psihologia dezvoltării copilului, în psiho-patologia dezvoltării și care

sunt nevoile actuale de sănătate mintală ale copiilor.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. J.10-History-Child-Psychiatry-update-2018.pdf (https://iacpap.org/_Resources/Persistent/49c28ec074bbebfc0ea48df2deea1c6fc1de0a60/J.10-History-Child-Psychiatry-update-2018.pdf)
2. New HHS Study in JAMA Pediatrics Shows Significant Increases in Children Diagnosed with Mental Health Conditions from 2016 to 2020 | HHS.gov (<https://www.hhs.gov/about/news/2022/03/14/new-hhs-study-jama-pediatrics-shows-significant-increases-children-diagnosed-mental-health-conditions-2016-2020.html>)
3. <https://www.economist.com/science-and-technology/2023/09/20/how-common-infections-can-spark-psychiatric-illnesses-in-children>
4. <https://www.economist.com/science-and-technology/2023/09/20/how-common-infections-can-spark-psychiatric-illnesses-in-children> (inclusiv sursa foto)

Oare ne îndreptăm iar spre o epidemie triplă - de gripă, COVID și a virusului respirator sincițial (VRS) și în sezonul 2023-2024?

Timp aprox. de lectură: 7 minute

În sezonul 2022-2023, "tripla epidemie" de gripă, COVID și VRS a afectat multe țări și a făcut ca mulți experți să fie îngrijorați de ceea ce ar putea aduce sezonul 2023-2024 în domeniul virozelor respiratorii.

Unii experții, cum ar fi, de exemplu, doctorul Peter Chin-Hong, expert în boli infecțioase de la Universitatea din California, San Francisco, prezic că tiparele des întâlnite în ultimii trei ani de pandemie - temperatura scade, oamenii se adună în casă, cazurile cresc - se vor repeta și în această toamnă. Aceasta înseamnă că ar putea fi momentul să faceți un bilanț (da, din nou) despre cum vă puteți minimiza riscul.

Dar peisajul din acest an este deja diferit, cu noi vaccinuri și tratamente, cum ar fi anticorpii care protejează copiii împotriva VRS, oferind noi modalități de a reduce infecțiile și transmiterea și, de asemenea, vaccinuri actualizate împotriva Covid.

Experții americani, de exemplu, recomandă tuturor să se vaccineze



cel puțin împotriva gripei și a virusului covid în această toamnă.

Ca și în România, vaccinul gripal anual este recomandat tuturor persoanelor cu vârsta de 6 luni și peste, dar este cel mai important pentru adulții de 65 de ani și peste această vârstă, copiii sub 5 ani și persoanele cu un sistem imunitar slab.

Vaccinurile actualizate Covid de la Pfizer și Moderna sunt acum aprobate de Food and Drug Administration (FDA) din SUA și Centers for Disease Control and Prevention (CDC) din SUA (un al treilea, de la Novavax, este așteptat să sosească în următoarele câteva săptămâni.) Recomandările vizează americanii cu vârsta de 5 ani și peste, care pot primi o doză, la cel puțin 2 luni după ultima doză de orice vaccin Covid. Copiii cu vârste cuprinse între 6 luni și 4 ani care au fost deja vaccinați pot primi una, sau două doze din noile vaccinuri. Momentul și numărul de doze depind de vaccinul anterior primit. Copiii nevaccinați cu vârste cuprinse între 6 luni și 4 ani pot primi trei doze din noul vaccin Pfizer-BioNTech sau două doze din noul vaccin Moderna.

Ce se întâmplă cu potențialul unui sezon de gripă

timpuriu? Ar trebui ca oamenii să se vaccineze mai devreme împotriva gripei?

Recomandarea nu s-a schimbat. Ea este și a fost întotdeauna aceea de a face vaccinul gripal în septembrie sau octombrie, înainte de începerea sezonului de gripă, deoarece vaccinul gripal este conceput pentru a oferi protecție pe tot parcursul sezonului. Cei care participă la programele obligatorii de vaccinare antigripală, cum ar fi lucrătorii din domeniul sănătății, sunt obișnuiți să se vaccineze împotriva gripei în septembrie sau octombrie. Având în vedere faptul că anul trecut am avut un sezon de gripă timpuriu, în care valul de gripă a avut valorile cele mai crescute în noiembrie, spre deosebire de ianuarie-februarie, așa cum se întâmplă de obicei, este de urmărit și ce se întâmplă în acest sezon. S-ar putea să mai dureze încă un an sau doi până când vom reveni la modul obișnuit de lucru.

Ce alte măsuri de precauție, în afară de vaccinare, se recomandă în SUA în acest moment împotriva COVID?

Măștile vă pot ajuta să vă protejați pe dumneavoastră și pe ceilalți de îmbolnăvire. Spălatul temeinic pe mâini și a evita atingerea feței cu mâinile nespălate, sunt alte recomandări deja cunoscute pe care ni le dă doctorul Joseph Khabbaza, medic pneumolog și medic de îngrijire critică la Cleveland Clinic.

Vaccinurile Covid actualizate pot reduce, de asemenea, șansele de a fi infectat și, mai ales, pot reduce riscul de îmbolnăvire gravă, a recomandat doctorul Ziyad Al-Aly, șeful departamentului de cercetare și dezvoltare de la V.A. St. Louis Healthcare System.

Testarea, atunci când aveți simptome sau după o expunere confirmată poate ajuta la confirmarea infecției. Rețineți că ar trebui să faceți

două teste, la un interval de 48 de ore, pentru o imagine mai completă. Dacă aveți Covid, este posibil să vă calificați pentru Paxlovid, un medicament care reduce semnificativ riscul de boală severă și de deces - dar trebuie să-l luați doar în termen de cinci zile de la începerea simptomelor.

Ce să știm despre protejarea de VRS?

VRS este cel mai puțin cunoscut dintre cele trei virusuri, dar este recunoscut din ce în ce mai mult ca o amenințare respiratorie majoră, în special pentru adulții în vârstă, persoanele imunocompromise și copiii mici. "VRS aduce o boală a cărei povară este similară cu cea a gripei la adulții în vârstă - te poate îmbolnăvi foarte, foarte tare", a declarat doctorul Helen Chu, medic și imunolog la Universitatea din Washington.

Două vaccinuri sunt acum disponibile pentru adulții cu vârsta de 60 de ani și peste: Abrysvo, de la Pfizer, și Arexvy, de la GSK. Acestea însă nu sunt recomandate în mod universal. Pacienții pot alege să le facă, în urma consultării cu medicii lor. Vaccinurile respective, care pot avea efecte secundare rare, dar grave, sunt mai ales susceptibile de a fi benefice pentru persoanele în vârstă cu afecțiuni de bază, cum ar fi bolile de inimă și astmul. Arexvy nu este încă aprobat pentru majoritatea americanilor mai tineri de 60 de ani.

Cu toate acestea, deoarece vaccinul VRS este nou, există puține informații despre modul în care el ar putea interacționa cu celelalte două vaccinuri de "sezon".

Există, de asemenea, date limitate privind siguranța celor două vaccinuri VRS. Studiile clinice au înregistrat șase cazuri de probleme neurologice, inclusiv sindromul Guillain-Barré, în comparație cu niciunul în grupurile placebo. Însă numărul acestora a fost prea mic pentru a determina dacă aceste cazuri au fost rezultatul inoculărilor. Mai multă claritate va veni din supravegherea realizată în timp ce vaccinurile sunt administrate pe scară largă, a declarat doctorul Chu.

În septembrie, C.D.C. a recomandat Abrysvo pentru femeile însărcinate ca o modalitate de a proteja copiii de virus. Vaccinul, care trebuie administrat în ultimele săptămâni de sarcină, poate preveni îmbolnăvirile grave provocate de VRS la copiii de până la 6 luni.

C.D.C. recomandă, de asemenea, un alt nou vaccin împotriva VRS - Beyfortus, un anticorp monoclonal - pentru a proteja copiii cu vârsta mai mică de 8 luni, precum și copiii cu vârsta cuprinsă între 8 și 19 luni, dacă sunt expuși riscului de îmbolnăvire severă.

La 17 iulie, FDA a aprobat un nou anticorp pentru VRS, numit nirsevimab. Acesta este al doilea anticorp disponibil pentru protecția împotriva acestui virus. Dar, spre deosebire de primul anticorp, acesta durează mai mult timp. Este conceput pentru a fi stabil în organism timp de patru până la șase luni și a fost aprobat nu doar pentru acei sugari care prezintă cel mai mare risc, ci și pentru toți sugarii sănătoși. Specialiștii se așteaptă să vadă mult mai multe cazuri de utilizare a acestui anticorp și speră că va ajuta la protejarea celor mai mici sugari împotriva VRS în iarna următoare.

Dacă ascultăm ce ne recomandă specialistul în boli infecțioase David Dowdy, profesor de epidemiologie, pentru a preveni o triplă epidemie, la nivel colectiv și individual (citată preluat din episodul din 28 iulie 2023 al podcastului Public Health on Call) aflăm că: "Întâi de toate, alegeți vaccinurile. Este adevărat că asistăm la o scădere a spitalizărilor și a deceselor cauzate de Covid 19 și, pentru prima dată de la începutul pandemiei, vedem că mortalitatea din toate cauzele începe să se normalizeze. Toate acestea sunt vești bune. Dar trebuie să ne amintim că aceștia sunt în continuare viruși mortali. Zeci de mii de oameni mor din cauza Covid și a gripei în fiecare iarnă, și este posibil ca acest lucru să se întâmple în continuare. Doar pentru că ieșim din pandemie nu înseamnă că suntem brusc imuni la aceste alte virusuri. Trebuie să continuăm să facem tot ce putem pentru a preveni ca aceste virusuri să se instaleze. Aceasta înseamnă să vă faceți vaccinul gripal atunci când este disponibil, să vă faceți vaccinul monovalent COVID, atunci când acesta devine disponibil, să le dați copiilor dumneavoa-

tră sugari acești noi anticorpi pentru VRS și, dacă vi se indică, să vă vaccinați și dumneavoastră împotriva VRS. Modul în care putem preveni cele mai multe decese cauzate de toate aceste virusuri este să folosim toate măsurile de protecție disponibile".

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. <https://publichealth.jhu.edu/2023/rsv-covid-19-and-flu-outlook-for-2023-2024>
2. <https://www.nytimes.com/2023/10/25/well/live/covid-symptoms-testing-treatment.html>
3. <https://www.nytimes.com/article/flu-covid-rsv-vaccines.html>
4. <https://www.infectioncontrolday.com/view/how-prepare-possible-tripledemic-rsv-influenza-sars-cov-2>
5. <https://publichealth.jhu.edu/headlines/public-health-on-call-podcast>
6. Sursa foto: www.publichealth.jhu.edu

Prezentarea generală a Cadrului JBI de implementare a dovezilor în practica clinică

În articolul din septembrie am prezentat **Modelul JBI de Practici bazate pe dovezi**, orientat pe următoarele patru direcții esențiale în vederea *realizării sănătății globale*: (1) generarea, (2) sinteza, (3) transferul și (4) implementarea dovezilor. În acest context, **procesul de implementare a dovezilor** era descris ca „*un set de activități intenționate care să permită interacțiunea stakeholderilor cheie cu dovezile de cercetare pentru a informa luarea deciziilor la punctul de îngrijire și pentru a genera îmbunătățiri susținute în calitatea furnizării îngrijirilor medicale*” [1].

În acest articol vom aduce o privire de ansamblu asupra **Cadrului JBI de implementare a dovezilor în practica clinică (Fig. 1)**, dezvoltat în anul 2020, în scopul ghidării etapă cu etapă a acestui proces la punctul de îngrijire.

Proiectele de implementare a dovezilor reprezintă inițiative clinice, de echipă, orientate pe îmbunătățirea calității serviciilor medicale în toate mediile de îngrijire, indiferent de tipul acestora (unități medicale sau puncte de îngrijire din comunitate). Abordarea JBI este simi-

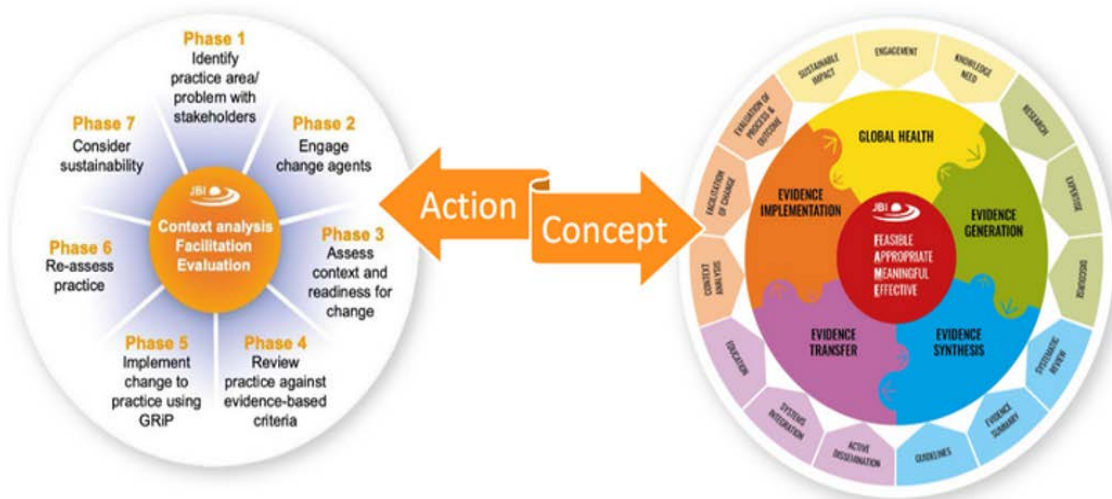


Fig. 1. Cadrul JBI de implementare a dovezilor - de la teorie la practică [2]

lară cu abordarea tridimensională a lui Donabetian (structură, proces și rezultat – Figura 2) sau a lui Deming (ciclul PDSA de îmbunătățire a calității – Figura 3).

Ciclul PDSA (Plan-Do-Study-Act) este un proces sistematic de îmbunătățire a calității prin intermediul învățării și adaptării continue a produselor / proceselor / serviciilor, în baza cunoștințelor valoroase obținute în timpul derulării proiectului. Modelul este cunoscut și sub denumirea de Roata Deming sau Ciclul Deming și a fost dezvoltat în 1993 prin adaptarea Ciclului PDCA al lui Walter Shewhart.

Revenind la **Modelul JBI de implementare a dovezilor în practica clinică**, este necesar să menționăm că el prezintă următoarele

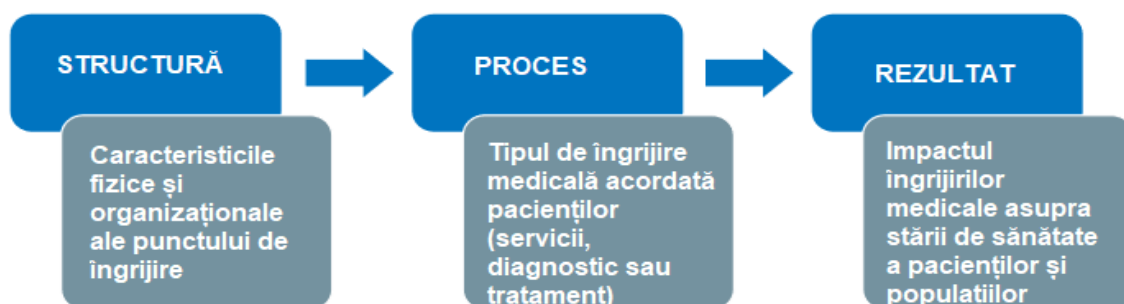


Fig. 2. Modelul de îmbunătățire a calității dezvoltat de Donabetian (2005) [3, 4]



Fig. 3. Ciclul PDSA a lui Deming adaptat Cadru-
lui JBI de implementare a dovezilor [6]

două caracteristici importante: **integrează teoriile de îmbunătățire a calității** (prezentate anterior) și **este orientat pe două direcții cheie**: (1) coordonarea schimbării în practica clinică (leadership clinic) și (2) obținerea schimbării în conformitate cu cele mai bune dovezi (rezultat al schimbării).

1. Coordonarea schimbării în practica clinică

Modelul JBI de implementare a dovezilor recunoaște importanța generării și sintezei de dovezi incluse în sinteze sistematice (systematic reviews), ghiduri de practică clinică de încredere și în alte resurse bazate pe dovezi (JBI evidence summary) și este concentrat în mod prioritar pe procesul de implementare a acestor dovezi în politicile de sănătate și în practica clinică (știința implementării). *Știința im-*

plementării reprezintă „studiul științific al metodelor de promovare a adoptării sistematice a rezultatelor cercetării și a altor practici bazate pe dovezi în practica de rutină, în scopul îmbunătățirii calității și eficacității serviciilor de sănătate” [7]. Acest domeniu relativ nou al științei a apărut din necesitatea de a aborda provocările asociate implementării cercetării în practică. În literatura de specialitate [8] au fost identificate trei tipuri de provocări în ceea ce privește implementarea dovezilor în practica clinică:

Provocări legate de sistem - includ caracteristicile contextului în care este furnizată îngrijirea:

- mediul clinic: timp disponibil, volumul de muncă, fluxul de lucru, fluctuația de personal;
- cultură: atitudinea față de schimbare, angajament, motivație, roluri, încredere;
- procese de comunicare, reglementări legislative și alte cerințe externe: sistem de raportare, diverse standarde și linii directoare.

Provocări legate de personal – includ caracteristicile personalului implicat în schimbare:

- nivel de angajare în procesul de schimbare;
- atitudine;
- grad de încredere, înțelegere și conștientizare;
- nivel de cunoștințe;
- abilități și aptitudini.

Provocări legate de intervenție – includ caracteristicile intervenției care determină schimbarea:

- ușurința integrării (grad de complexitate, costuri și resurse);
- validitatea bazei de dovezi;
- nivel de securitate;

- preocupări morale, etice și deontologice;
- nevoi de formare profesională și educație medicală continuă;
- marketing și grad de conștientizare.

În acest context, știința implementării susține și ghidează profesioniștii din domeniul sănătății în identificarea: (a) barierelor în implementare, (b) facilitatorilor implementării și a (c) strategiilor adecvate de limitare a acestor provocări, în scopul îmbunătățirii calității îngrijirilor medicale și menținerii sustenabile a rezultatelor implementării. Prin urmare, **procesul de implementare** reprezintă „*totalitatea metodelor de promovare a adoptării sistematice a rezultatelor cercetării clinice și a altor practici bazate pe dovezi în practica de rutină*” [7].

În procesul de schimbare a practicii clinice în baza celor mai bune dovezi, **analiza contextului** este un prim pas strategic în înțelegerea problemelor locale care pot influența schimbarea propusă. Un rol important în acest proces îl are facilitarea. Aceasta reprezintă „*tehnica prin care o persoană face lucrurile mai ușoare pentru ceilalți*” [9]. Însă, **facilitarea sprijină schimbarea** în cadrul organizației, doar în condițiile în care personalul implicat în inițierea schimbării deține:

- Abilitățile de leadership și facilitare necesare, inclusiv capacitatea de a elabora un plan și un scop.
- Informațiile adecvate cu privire la: context, schimbare și rezultatele așteptate.
- Motivația și capacitatea de a convinge pe ceilalți cu privire la necesitatea (avantajele) schimbării.
- Sprijinul necesar din partea managementului organizației și al colegilor implicați în schimbare (stakholderii cheie).
- Abilitățile adecvate de coordonare a lucrului în echipă, fiind recunoscut faptul că procesul de implementare este o muncă în echipă.

Un alt rol important în calea schimbării îl are **evaluarea**. Aceasta repre-

zintă „colectarea sistematică a informațiilor cu privire la activitățile, caracteristicile și rezultatele programului / serviciilor / politicii / proceselor, pentru a formula concluzii cu privire la programul / procesul respectiv, pentru a îmbunătăți eficacitatea serviciilor și / sau pentru a informa deciziile cu privire la acțiunile viitoare.” [10].

2. Obținerea schimbării în conformitate cu cele mai bune dovezi. Implementarea dovezilor are la bază următoarele activități:

Auditul clinic inițial – reprezintă procesul sistematic de îmbunătățire a îngrijirii pacientului și a rezultatelor îngrijirii (îmbunătățirea calității serviciilor medicale) prin analizarea sistematică a îngrijirii în funcție de criterii de audit elaborate în baza celor mai bune dovezi disponibile [11].

Feedback-ul – reprezintă un instrument util de monitorizare continuă și conducere a implementării schimbării. Înainte de a iniția schimbarea, este necesar să se compare practica actuală cu cele mai bune practici, folosind constatările din auditul inițial. Aceste constatări (atât bune, cât și mai puțin bune) trebuie prezentate personalului implicat în proiect și grupului de lucru care supraveghează proiectul. Feedback-ul poate fi furnizat atât verbal, cât și în scris, la nivel individual sau de grup [12].

Identificarea și gestionarea barierelor în calea schimbării – are loc în baza metodei JBI de schimbare a practicii, Getting Research into Practice (metoda GRiP) [2]. Această metodă facilitează:

- analiza constatărilor auditului inițial;
- identificarea barierelor în calea implementării schimbării;
- identificarea factorilor (facilitatorilor) care contribuie la utilizarea dovezilor;

- dezvoltarea strategiilor de implementare care să contribuie la reducerea decalajului dintre dovezi și practică.

Reevaluarea practicii după implementarea schimbării printr-un audit clinic de urmărire – reprezintă o activitate esențială a proiectului de implementare, în scopul identificării gradului de complianță al profesioniștilor cu criteriile de audit dezvoltate în baza celor mai bune dovezi. Examinarea atentă a rezultatelor și discuțiile în cadrul echipei de implementare cu privire la acțiunile viitoare sunt de asemenea esențiale [13].

În plus, obținerea schimbării în conformitate cu cele mai bune dovezi este un proces complex, care include următoarele etape distincte:

- Identificarea domeniului de practică clinică care necesită îmbunătățire;
- Angajarea agenților de schimbare;
- Evaluarea contextului și disponibilității pentru schimbare;
- Revizuirea practicii în raport cu criteriile de audit;
- Implementarea modificărilor în practică folosind cadrul GRiP;
- Reevaluarea practicii utilizând un audit de urmărire;
- Luarea în considerare a sustenabilității proiectului.

Acest aspect necesită o abordare aprofundată, motiv pentru care, va fi dezvoltat în articolul viitor.

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

Surse de documentare:

[1] Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. The updated JBI model of Evidencebased Healthcare: A model reconsidered. Adelaide,

Australia: The Joanna Briggs Institute. 2016.

[2] Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editors). JBI Handbook for Evidence Implementation. JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBI-MEI-20-01>

[3] Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care, The Milbank Quarterly. 2005. 83(4):691-729

[4] England, N. H. S., and N. H. S. Improvement. A model for measuring quality care. 2022. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/qsir-measuring-quality-care.pdf>

[5] Moen RD, Norman CL. Clearing up myths about the Deming cycle and seeing how it keeps evolving. 2010. <http://www.apiweb.org/circling-back.pdf>

[6] Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editors). JBI Handbook for Evidence Implementation. JBI, 2020. Available from: <https://implementationmanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01>

[7] Eccles, M.P., Mittman, B.S. Welcome to Implementation Science . Implementation Sci 1, 1 (2006). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>

[8] Geerligs L, Rankin NM, Shepherd HL, Butow P. Hospital-based interventions: a systematic review of staff-reported barriers and facilitators to implementation processes. Implement Sci. 2018 Feb 23;13(1):36. doi: 10.1186/s13012-018-0726-9. PMID: 29475440; PMCID: PMC5824580.

[9] Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. Int J Evid Based Healthc. 2019 Mar;17(1):58-71. doi: 10.1097/XEB.0000000000000155. PMID: 30256247.

[10] Harvey, G., Kitson, A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. Implementation Sci 11, 33 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>

[11] Hart, AR 2002, Principles for best practice in clinical audit, National Institute for Clinical Excellence, Radcliffe Medical Press, Oxon, United Kingdom.

[12] Cooke, LJ, Duncan, D, Rivera, L, Dowling, SK, Symonds, C & Armonson, H 2018, How do physicians behave when they participate in audit and feedback activities in a group with their peers?, Implement Sci, vol. 13, no. 1, p. 104.

[13] Pearson, A, Field, J & Jordan, Z 2009, Evidence-Based Clinical Practice in Nursing and Health Care: Assimilating Research, Experience and Expertise, Blackwell Publishing.

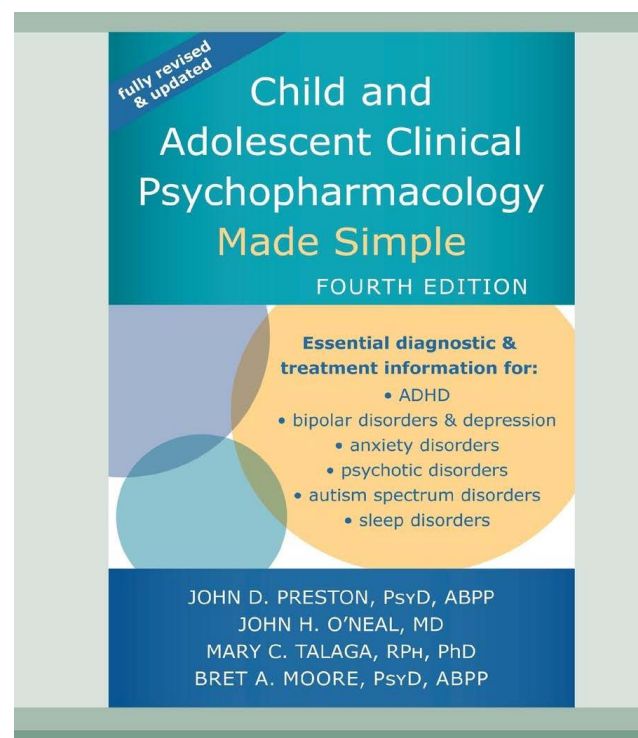
Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology Made Simple

(Psihofarmacologia clinică a copilului și adolescentului, varianta simplificată, a patra ediție), de John D. Preston, Ed. New Harbinger Pubn., 2021

Lucrarea oferă, într-un limbaj ușor de înțeles, tot ceea ce trebuie să știți despre utilizarea medicamentelor psihoactive în tratamentul tulburărilor psihologice din copilărie și adolescență.

Cea de-a patra ediție, complet revizuită și actualizată, aduce informații noi despre tulburările de somn, medicația somnului și abuzul de substanțe.

Veți găsi, de asemenea, definiții actualizate ale DSM-5, informații privind utilizarea antidepresivelor la adolescenți și suicidalitatea, tulburarea de deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD) și medicamentele pentru ADHD, tulburarea bipolară, episoadele psihotice și tulburările de alimentație la



copii și adolescenți, utilizarea anti-psihoticelor la copii și adolescenți, abordări nemedicamentoase și adjuvante ale medicamentelor, precum și modul de evaluare și tratare a neascultării și a simptomelor de "descoperire".

Aici sunt incluse și fișe informative care delimitează clar medicamentele prescrise frecvent pentru fiecare tulburare, împreună cu efectele secundare ale medicamentelor și semnele de toxicitate. Pentru fiecare tulburare psihologică, cartea oferă: criterii actuale de diagnosticare, indicații și contraindicații de tratament, informații despre medicamente și ajutor pentru monitorizarea, evaluarea și urmărirea pacienților.

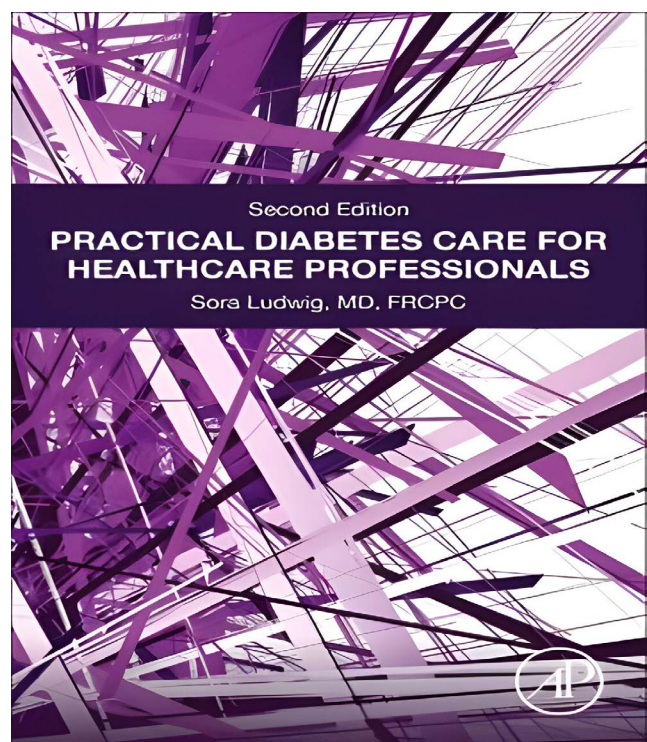
Volumul se adresează pediatrilor, părinților, terapeuților, educatorilor sau altor profesioniști din domeniul sănătății aflați în căutarea celor mai recente informații despre psihofarmacologia clinică a copilului și adolescentului.

Practical Diabetes Care for Healthcare Professionals (Îngrijirea practică a diabetului pentru profesioniștii din domeniul sănătății, ediția a doua), de Ludwig Sora, Ed. Elsevier Science Publishing Co., 2021

Acest ghid practic transpune cercetările și recomandările bazate pe dovezi în practica clinică de zi cu zi, cu scopul de a-i ajuta pe toți membrii echipei de asistență medicală să își gestioneze mai eficient pacienții diabetici.

Diabetul de tip 2 are multiple fațete, afectând viața de zi cu zi a unei persoane, familia și locul de muncă. Dincolo de impactul obișnuit asupra sănătății, diabetul poate aduce și poveri psihologice semnificative.

O îngrijire reușită înseamnă îngrijirea persoanei în ansamblul ei, ceea ce poate fi descurajant pentru un singur furnizor de servicii medicale. Evaluarea



completă a persoanelor cu diabet trebuie să includă o analiză a medicamentelor pentru diabet, a nivelului de glucoză din sânge, a aportului nutrițional, a activității fizice și a stresului. De asemenea, este importantă o analiză a posibilelor complicații micro și macrovasculare.

Autorul este profesor de endocrinologie și metabolism Facultatea de Științe ale Sănătății Max Rady College of Medicine University of Manitoba, Winnipeg, Canada.

Psihoterapie integrativă strategică, volumul 2, Oana Maria Popescu, Ed. Letras, 2022

Volumul abordează psihopatologia adultului din perspectiva tratamentului psihoterapeutic integrativ. Pentru fiecare domeniu al psihopatologiei sunt prezentate criteriile diagnostice și simptomatologia, formularea integrativă la nivel biologic, cognitiv, emoțional, psihodinamic și interpersonal, alături de planul de tratament și intervențiile specifice.

Lucrarea include referiri la cercetările actuale din domeniul neurobiologiei, geneticii și neuro-psiho- logiei și se adresează psihoterapeuților în formare în psihoterapie integrativă, specialiștilor în dome- niu, precum și psihoterapeuților din alte orientări teoretice, psihiatrilor și psihologilor clinicieni.

Oana Maria Popescu
**Psihoterapie
integrativă strategică**
Volumul 2
**PSIHOPATOLOGIA
ADULTULUI**



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.