

eAsistent.ro

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

OCTOMBRIE 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

"Nu există sănătate fără sănătate mintală" 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Sciatica - elemente cunoscute și mai puțin cunoscute 8

EVENIMENT

Premiul Nobel pentru Fiziologie sau Medicină 2023 este acordat pentru descoperiri esențiale în dezvoltarea unor vaccinuri ARNm eficiente împotriva COVID-19 16

INTERVIU

Scăderea în greutate – un pas important pentru sănătatea inimii 32

ISTORIE

Cum a fost văzută și gestionată menopauza de-a lungul timpului – episodul 2 40

LUMEA MEDICALĂ

Noutăți în prevenția, screening-ul și tratamentul cancerului 48

CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Impactul turelor de noapte asupra somnului la personalul medical din Institutul Național de Pneumologie Marius Nasta București 56

CĂRȚI MEDICALE

Imunizarea. Controversele vaccinurilor, de Stuart Blume, Ed. Prestige, 2023 81

Examinarea pacientului în kinetoterapie de Codruța Bulduș, Ed. Presa Universitară Clujeană, 2020 83

Împăratul tuturor bolilor. O biografie a cancerului, de Siddhartha Mukherjee, Ed ALL, 2011 84

ECHIPA EDITORIALĂ

86

Foto copertă: nytimes.com



"Nu există sănătate fără sănătate mintală"

În data de 10 octombrie, ca în fiecare an, am celebrat Ziua Mondială a sănătății mintale. O temă care merită din ce în ce mai multă atenție, dacă ne gândim, pe de o parte, la ce înseamnă sănătatea

mentală de fapt și, pe de altă parte, ne uităm la modul în care ne raportăm la ea.

Astfel, legat de modul în care o definim, sănătatea mentală este, în sens mai larg, starea de bine care ajută persoana să își realizeze obiectivele folosindu-și propriile abilități, care o ajută să poată face față stresului normal al vieții, să poată lucra în mod productiv și o face capabilă să-și ajute propria familie sau comunitatea din care face parte. Sănătatea mentală este, așadar, multidimensională și depășește cu mult situația în care tulburările mintale sunt absente.

Apoi, în ceea ce privește modul în care ne raportăm la ea, mulți dintre noi cred că simțim din ce în ce mai multe presiuni externe care ridică suplimentar nivelul de stres pe care-l percepem, pun din ce în ce mai mult la încercare sistemele noastre de adaptare și ne fac să resimțim nevoia de sprijin.

Iar datele sociologice par să ne confirme aceste constatări personale.

Mă refer acum la noul Eurobarometru¹ privind sănătatea mentală care a arătat că **nouă din zece respondenți din Uniunea Europeană (89%) consideră că promovarea sănătății mintale este la fel de importantă ca și promovarea sănătății fizice.**

O altă informație importantă care apare în acest studiu este aceea că aproape jumătate dintre respondenți (46%) au avut o problemă emoțională sau psihosocială, cum ar fi sentimentul de depresie sau anxietate, în ultimele douăsprezece luni. Cu toate acestea, potrivit sondajului, mai mult de jumătate dintre acești respondenți care au reclamat o problemă de sănătate mentală (54%) nu au primit ajutor din partea unui profesionist.

De ce arată datele astfel?

Dacă ne uităm la cum au evoluat lucrurile în ultimii 3 ani, acest Eurobarometru ne indică faptul că evenimentele recente, cum ar fi pandemia COVID-19, agresiunea Rusiei în Ucraina, criza climatică și alte presi-

1 <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032>

uni sociale și economice, au exacerbat nivelul deja scăzut al sănătății mintale în Europa.

Practic, înainte de pandemia COVID-19, una din șase persoane din UE suferea de probleme de sănătate mintală, dar acum situația s-a înrăutățit. Majoritatea respondenților au răspuns că evenimentele mondiale recente le-au influențat sănătatea mintală "într-o oarecare măsură" (44%) sau "într-o mare măsură" (18%).

Dintre factorii care influențează pozitiv sănătatea mintală, cei mai mulți respondenți (60%) consideră că cei mai importanți sunt condițiile de viață, urmate de securitatea financiară (53%). Aproximativ o treime dintre europeni consideră că contactul cu natura și cu spațiile verzi (35%), obiceiurile de somn (35%), activitatea fizică (34%) și contactul social (33%) sunt factori-cheie pentru o bună sănătate mintală.

Printre factorii negativi, în toate statele membre, o mare majoritate consideră că utilizarea rețelelor de socializare poate avea un impact negativ asupra sănătății mintale a tinerilor.

În ceea ce privește modul în care UE poate contribui cel mai mult la îmbunătățirea sănătății mintale a cetățenilor europeni, cea mai mare parte a respondenților au ales "îmbunătățirea calității generale a vieții" (45%), urmată de "îmbunătățirea accesului și a sprijinului pentru diagnosticarea, tratamentul și îngrijirea pacienților cu probleme de sănătate mintală" (37%) și "sprijinirea sănătății mintale a celor mai vulnerabili" (35%).

Toate aceste rezultate arată că, dincolo de rezolvarea problemelor economice și sociale, este esențial să continuăm să lucrăm în domeniul sănătății mintale la nivelul UE, dar și în fiecare țară membră, inclusiv la nivelul profesioniștilor.

Printre măsurile concrete, merită amintit faptul că în 7 iunie 2023, Comisia Europeană a adoptat Comunicarea² privind o abordare cuprinzătoare a sănătății mintale, care va ajuta statele membre și

2 https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-06/com_2023_298_1_act_en.pdf

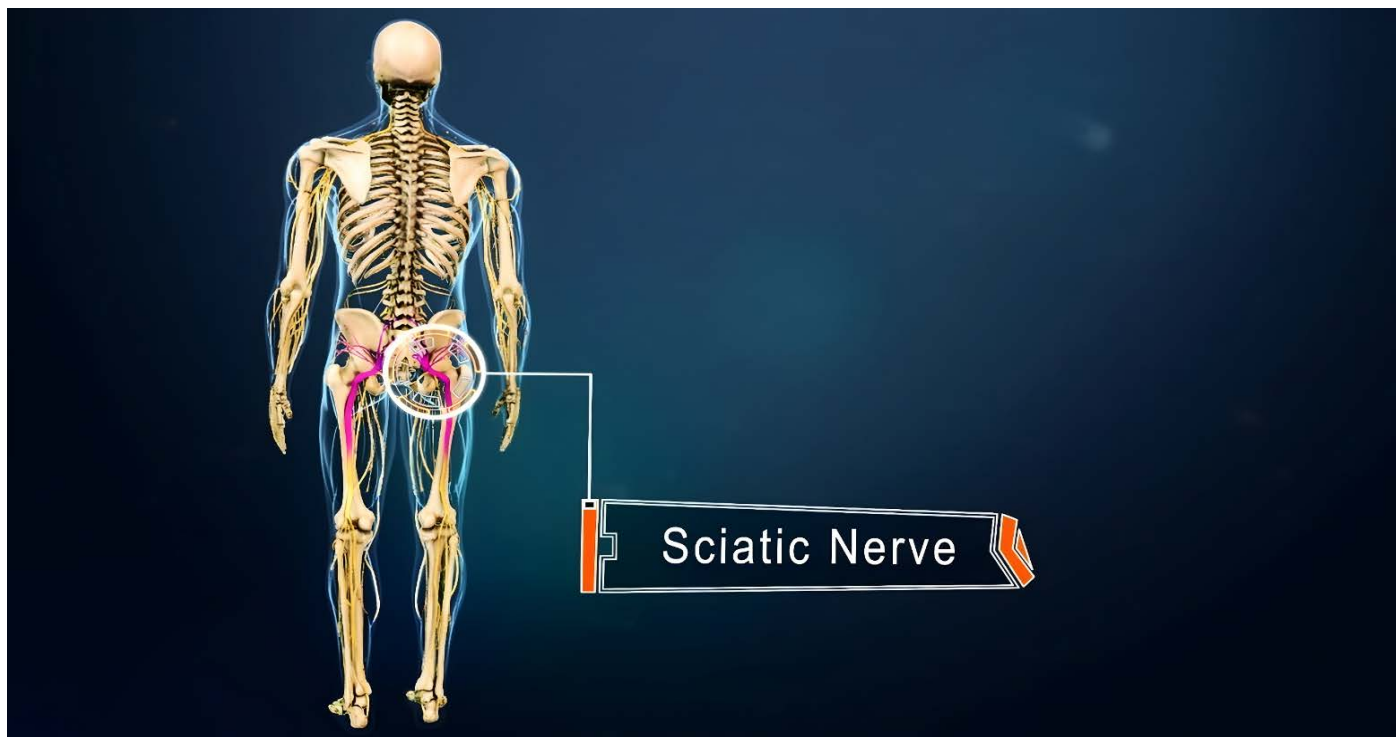
părțile interesate să ia măsuri pentru a face față provocărilor legate de sănătatea mintală. Aceasta cuprinde 20 de inițiative, identifică oportunități de finanțare în valoare de 1,23 miliarde EUR și se concentrează pe abordarea grupurilor vulnerabile, cum ar fi copiii, tinerii, emigranții și refugiații.

Printre măsuri se discută despre consolidarea formării personalului medical care va fi esențială pentru a continua să îmbunătățească competențele și calitatea îngrijirii, dar și pentru a reduce stigmatizarea și discriminarea și pentru a spori reziliența unuia dintre cele mai expuse sectoare ale populației active: personalul medical. Apoi, se discută despre explorarea utilizării instrumentelor digitale (de exemplu, telemedicină, linii telefonice de consiliere) pentru ca cei care au nevoie de informații și de o îngrijire mai bună, inclusiv în zonele rurale, să le poată primi.

Dar cea mai interesantă inițiativă este prescrierea socială - o abordare inovatoare pentru a îmbunătăți bunăstarea și sănătatea, inclusiv sănătatea mintală. La nivel individual, prescrierea socială oferă persoanei cunoștințe, motivația și încrederea de a-și gestiona mai bine și de a-și îmbunătăți propria sănătate și bunăstare. Această abordare poate fi aplicată în cadrul asistenței medicale primare, unde medicii sau alți profesioniști din domeniul sănătății pot prescrie activități care se potrivesc cu nevoile și interesele persoanei, cum ar fi petrecerea timpului în natură, sport, yoga sau activități sociale și culturale.

Așadar, iată câteva lucruri de analizat și direcții de acțiune potențiale... În plus de acest subiect de reflecție, vă încurajez să alocați timp și să citiți articolele lunii octombrie, 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



Sciatica - elemente cunoscute și mai puțin cunoscute

Timp aprox. de lectură: 6 minute

Sciatica se referă la durerea de spate cauzată de o problemă la nivelul nervului sciatic. Acesta este un nerv mare care pornește din partea inferioară a spatelui și coboară în spatele fiecărui picior. Atunci când ceva lezează sau pune presiune pe nervul sciatic, poate provoca dureri în partea inferioară a spatelui care se răspândește în șold, fese și picior.

Termenul medical pentru sciatică este **radiculopatie lombară**. Aceasta poate fi descrisă și ca durere de nerv ciupit sau comprimat (care își are originea în partea inferioară a coloanei vertebrale).

Este o afecțiune frecventă, care afectează între 10% și 40% din populația lumii. Bărbații se confruntă cu sciatica de până la trei ori mai des decât femeile. Și în timp ce persoanele cu vârsta de 20 de ani pot suferi de dureri ale nervului sciatic, ea este cel mai frecventă la adulții de 40 și 50 de ani.

Cel mai frecvent simptom al sciaticii este durerea lombară inferioară care se extinde prin șold și fese și în josul unui picior. Durerea afectează, de obicei, doar un picior și se poate agrava atunci când stați jos, tușiți sau strănutați. Piciorul poate, de asemenea, să se simtă uneori amorțit, slab sau furnicături. Simptomele sciaticii au tendința de a apărea brusc și pot dura zile sau săptămâni.

În funcție de rădăcina nervoasă afectată, simptomele sciaticii pot varia. De exemplu, simptomele de la rădăcina nervoasă S1 din partea inferioară a coloanei vertebrale pot provoca dureri accentuate de-a lungul coapsei, piciorului și/sau în partea exterioară a piciorului, dar nervul L5 provoacă de obicei slăbiciune în picior. Este posibil ca mai mult de o rădăcină nervoasă să fie afectată în același timp, ceea ce cauzează simptome suprapuse. În funcție de nivelul spinal afectat, sciatica poate fi o radiculopatie lombară, sacrală sau lombo-sacrală.

De obicei, sciatica este dureroasă, dar nu periculoasă. Dar există momente în care veți dori să vă sunați imediat medicul. Luați legătura cu acesta dacă aveți febră, sânge în urină, probleme de control al intestinelor sau al vezicii urinare, durere atât de puternică încât vă trezește noaptea, agravarea simptomelor neurologice, cum ar fi amorțeală și/sau slăbiciune și simptome la ambele picioare.

Sciatica este cauzată de obicei de o problemă în partea inferioară a spatelui, cum ar fi hernia de disc sau degenerarea discurilor, stenoza spinală sau spondilolistezisul (alunecarea unei vertebre peste cea de sub ea), pentru a numi doar câteva.

Cea mai frecventă cauză a sciaticii este o hernie de disc. Discurile acționează ca niște perne între vertebrele coloanei vertebrale. Aceste discuri devin mai slabe pe măsură ce îmbătrâniți și devin mai vulnerabile la leziuni. Uneori, centrul gelatinos al unui disc împinge prin căptușeala sa exterioară și apasă pe rădăcinile nervului sciatic. Aproximativ 1 din 50 de persoane va suferi o hernie de disc la un moment dat în viață. Până la un sfert dintre aceștia vor avea simptome care vor dura mai mult de 6 săptămâni.

Uzura naturală a vertebrelor poate duce la o îngustare a canalului vertebral. Această îngustare, numită stenoză vertebrală, poate exercita presiune asupra rădăcinilor nervului sciatic. Stenoza spinală este mai frecventă la adulții cu vârsta de peste 60 de ani. În cazuri rare, sciatica poate fi rezultatul unor tumori care cresc în interiorul sau de-a lungul măduvei spinării sau a nervului sciatic. Pe măsură ce o tumoare crește, aceasta poate exercita presiune asupra nervilor care se ramifică din măduva spinării.

Piriformis este un mușchi care se găsește în adâncul feselor. Acesta leagă partea inferioară a coloanei vertebrale de partea superioară a osului coapsei și trece direct peste nervul sciatic. Dacă acest mușchi intră în spasm, poate exercita o presiune asupra nervului sciatic, declanșând simptomele sciaticii. Sindromul piriformis este mai frecvent la femei. Sacroiliita este o inflamație a uneia sau a ambelor articulații sacroiliace, locul în care coloana vertebrală inferioară se conectează la pelvis. Sacroiliita poate provoca dureri la nivelul feselor, în partea inferioară a spatelui și se poate extinde chiar și în josul unuia sau al ambelor picioare. Durerea se poate agrava la statul prelungit în picioare sau la urcatul scărilor. Sacroiliita poate fi cauzată de artrită, rănire, sarcină sau infecție.

Pentru a trata sciatica, este esențial să se obțină un **diagnostic precis al cauzei** care stă la baza acesteia, deoarece tratamentul fiecărei afecțiuni poate fi unic și diferit de celelalte. Pentru a determina dacă aveți sciatică, medicul dumneavoastră vă va întreba cum a început durerea și unde anume este localizată aceasta. Este posibil să

vi se ceară să vă ghemuiți, să mergeți pe călcâie sau pe vârfuri sau să ridicați piciorul fără a îndoi genunchiul. Aceste teste musculare îl pot ajuta pe medicul dumneavoastră să determine dacă nervul sciatic este cel iritat.

De asemenea, medicul dumneavoastră poate solicita teste imagistice, cum ar fi un RMN, pentru a obține mai multe informații despre localizarea și cauza nervului iritat. Un RMN poate arăta alinierea discurilor vertebrale, a ligamentelor și a mușchilor. O tomografie computerizată care utilizează un colorant de contrast poate oferi, de asemenea, o imagine utilă a măduvei spinării și a nervilor. Determinarea cauzei sciaticii poate ajuta la orientarea cursului tratamentului. Radiografiile pot ajuta la identificarea anomaliilor osoase, dar nu pot detecta problemele nervoase.

Dacă suferiți de diabet și aveți dureri de picior, vă puteți întreba dacă sciatica este de vină. Durerea nervoasă diabetică poate oglindi durerea nervului sciatic, dar sunt destul de diferite. În timp ce sciatica implică comprimarea nervului sciatic, diabetul poate provoca neuropatie periferică care duce la arsuri, amorțeală și dureri înțepătoare la unul sau la ambele picioare. Dacă aveți diabet și dureri de picioare, nu presupuneți că este vorba de sciatică. Discutați cu medicul dumneavoastră despre identificarea cauzei principale a durerii, ceea ce vă va ajuta să vă ghidați planul de tratament.

De obicei, sciatica răspunde bine la tratamentul medical, fără complicații pe termen lung.

Există măsuri pe care le puteți lua acasă pentru a ușura durerea de sciatică. Un tampon fierbinte sau o pungă de gheață pot fi deosebit de utile. Aplicați căldura sau gheața timp de aproximativ 20 de minute la fiecare două ore. Experimentați pentru a vedea care oferă mai multă ușurare sau încercați să alternați între cele două.

Cald și rece pot fi opuse, dar ambele pot contribui la menținerea confortului. Tratamentul la rece este de obicei cel mai bun pentru o rană care tocmai s-a produs. După aproximativ 72 de ore, medicii

sugerează, de obicei, trecerea la căldură. Folosiți o pungă de gheață care este înfășurată într-un prosop sau încercați un tampon fierbinte timp de aproximativ 15-20 de minute la un moment dat. Aveți grijă să nu vă ardeți pielea.

Analgezicele fără prescripție medicală pot oferi o ameliorare pe termen scurt a sciaticii. Paracetamolul și medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), cum ar fi aspirina, ibuprofenul și naproxenul, sunt opțiuni. Medicul dumneavoastră vă poate face o injecție cu steroizi pentru a reduce și mai mult inflamația.

În cazurile severe, medicul poate recomanda injectarea de steroizi în zona coloanei vertebrale pentru a reduce inflamația. Aceasta administrează medicamentul direct în zona din jurul nervului sciatic.

Durerea dumneavoastră poate chiar să se rezolve fără niciun tratament. În mod obișnuit, ameliorarea se observă în 4 până la 6 săptămâni. Atunci când sunt prezente simptome neurologice progresive, cum ar fi slăbiciune severă și/sau amorțeală, pot fi sugerate tratamente minim invazive sau intervenții chirurgicale.

Intervenția chirurgicală pentru sciatică poate oferi o ameliorare imediată a durerii, cu rezultate care pot dura până la 1 an. Dar cercetările sugerează că, după 4 până la 10 ani, eficacitatea tratamentelor chirurgicale și nechirurgicale este de obicei aceeași.

În timp ce odihna la pat poate părea o opțiune bună pentru ameliorarea sciaticii, experții recomandă să urmați o rutină structurată de exerciții fizice pentru a ține simptomele la distanță. Exercițiile fizice pot ajuta la hrănirea discurilor spinale, la îmbunătățirea rezistenței mușchilor și a oaselor și la îmbunătățirea flexibilității nervului sciatic - atât pentru beneficii imediate, cât și pe termen lung.

Este important să învățați exercițiile pentru sciatică de la un medic specialist calificat pentru a asigura o postură și o tehnică corecte și pentru a evita alte leziuni sau complicații.

În cazul în care sciatica se datorează unei hernii de disc, iar aceasta continuă să provoace dureri severe după patru până la șase săptămâni,

mâni, intervenția chirurgicală poate fi o opțiune. Chirurgul va îndepărta o porțiune din hernia de disc pentru a ușura presiunea asupra nervului sciatic. Aproximativ 90% dintre pacienți se simt ușurați de acest tip de intervenție chirurgicală. Alte proceduri chirurgicale pot ameliora sciatica cauzată de stenoza spinală.

După o operație la spate, va trebui, în general, să evitați să conduceți, să ridicați greutăți sau să vă aplecați în față timp de aproximativ o lună. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda fizioterapie pentru a vă ajuta să întăriți mușchii din spate. Odată ce recuperarea este completă, există o șansă excelentă să vă puteți întoarce la toate activitățile obișnuite.

Dacă ați avut sciatică o dată, există o șansă ca aceasta să revină. Dar există măsuri pe care le puteți lua pentru a reduce șansele: 1. Faceți exerciții fizice în mod regulat. 2. Mențineți o postură bună 3. Îndoți-vă la genunchi pentru a ridica obiecte grele. Acești pași vă pot ajuta să evitați leziunile de spate care pot duce la sciatică.

În general, **fizioterapia** vă poate ajuta să corectați o postură proastă sau să întăriți mușchii care vă susțin partea inferioară a spatelui. Terapeutul va crea un program de exerciții, inclusiv tehnici de întindere, pe care le puteți face acasă.

În ceea ce privește factorii de risc, este bine de știut că, dacă sunteți înalt și/sau supraponderal, este posibil să aveți un risc mai mare de a dezvolta sciatică. Acest risc crește odată cu vârsta și este mai frecvent în rândul bărbaților care au o înălțime de peste 185 cm. Persoanele care sunt supraponderale și care au sciatică din cauza herniei de disc pot avea, de asemenea, un risc mai mare de spitalizare și/sau intervenție chirurgicală pentru durerile de sciatică.

De asemenea, este important de știut că sciatica se poate agrava în lunile de iarnă. Există o legătură puternică între vreme și severitatea durerii. Lunile de iarnă sunt mult mai dificile pentru persoanele care trăiesc cu dureri, în special cu sciatica- o durere care coboară în josul piciorului.

În lunile reci, mușchii devin mult mai tensionați și mai tari din cauza scăderii fluxului sanguin către ei, în timp ce în lunile mai calde, mușchii sunt mult mai moi. Deoarece vremea rece face ca mușchii să se înăsprească, sunteți mai predispuși la leziuni - entorse și luxații musculare - mai ales dacă locuiți într-o zonă care este lovită puternic de zăpadă și trebuie să vă ocupați mult să folosiți lopata pentru a o îndepărta. Lopătatul zăpezii poate exacerba o afecțiune subiacentă – o hernie de disc, de exemplu - ceea ce vă poate agrava durerea sciatică (cunoscută și sub numele de radiculopatie).

Ca o concluzie, rețineți că specialiștii recomandă următoarele acțiuni pentru a ține sciatica sub control:

1. **Faceți întinderi simple, ușoare:** Înainte de orice tip de efort în aer liber, relaxați-vă mușchii și articulațiile în interior.
2. **Evitați mișcările bruște:** Ridicarea bruscă și atingerea bruscă a unui obiect poate agrava durerile sciatică și lombare.
3. Purtând pălării, mănuși, eșarfe, pulovere și chiar și lenjerie de corp lungă, **vă puteți proteja corpul de expunerea la vânturi aspre și temperaturi scăzute.**
4. **Rămâneți hidratat:** Beți cel puțin opt până la 10 pahare de apă în fiecare zi.
5. **Mențineți o greutate corporală sănătoasă:** Consumați alimente sănătoase și nutritive și faceți exerciții fizice în mod regulat, pentru a ține durerea sciatică la distanță. Supraponderabilitatea poate pune o presiune suplimentară asupra nervului sciatic.

Înainte de a începe orice program de exerciții fizice - chiar dacă pare ușor - purtați o discuție cu medicul dumneavoastră. Acesta va lucra cu dumneavoastră, pentru a crea un plan de tratament personalizat și pentru a vă "proteja" sciatica.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. <https://www.webmd.com/back-pain/ss/slideshow-visual-guide-to-sciatica>
2. <https://princetonsjc.com/10-quick-facts-sciatica/>
3. <https://www.healthcentral.com/condition/sciatica/6-little-known-facts-about-sciatica>
4. Sursa foto: www.veritas-healthcare.com

Premiul Nobel pentru Fiziologie sau Medicină 2023 este acordat pentru descoperiri esențiale în dezvoltarea unor vaccinuri ARNm eficiente împotriva COVID-19

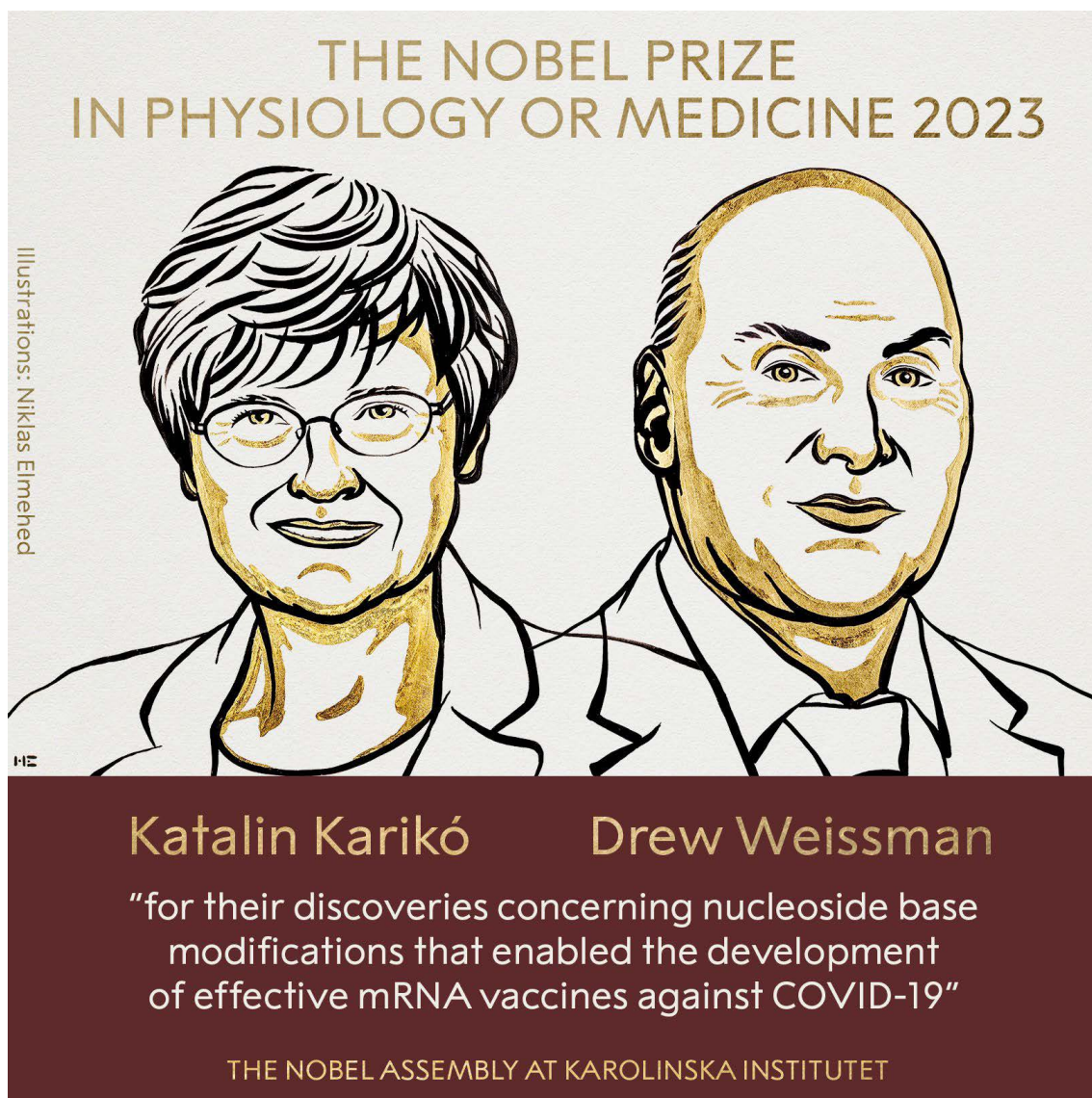
Timp aprox. de lectură: 5 minute

Reuniunea Nobel de la Institutul Karolinska a decis, pe 2 octombrie a.c., să acorde Premiul Nobel pentru Fiziologie sau Medicină în 2023 lui Katalin Karikó (o biochimistă maghiară) și lui Drew Weissman (un imunolog american).

Conform anunțului, premiul este acordat pentru *"descoperirile lor privind modificările bazelor nucleozidice care au permis dezvoltarea unor vaccinuri eficiente ARNm împotriva COVID-19"*.

Premiile Nobel sunt considerate premiile cu cea mai mare semnificație din lume și sunt acordate celor care au servit în mod excepțional umanitatea.

De această dată, descoperirile celor doi laureați ai premiului Nobel s-au dovedit esențiale pentru dezvoltarea unor vaccinuri ARNm eficiente împotriva COVID-19 în timpul pandemiei care a debutat la în-



ceputul anului 2020.

Prin descoperirile lor revoluționare, care au schimbat în mod fundamental înțelegerea modului în care ARNm interacționează cu sistemul nostru imunitar, laureații au contribuit la ritmul fără precedent de dezvoltare a vaccinurilor, la momentul uneia dintre cele mai mari amenințări la adresa sănătății umane din epoca modernă.

Abordarea ARNm pe care cei doi cercetători au dezvoltat-o a fost utilizată în vaccinurile Covid care au fost administrate de miliarde de ori la nivel mondial și a transformat tehnologia vaccinurilor, punând bazele unor inoculări care ar putea într-o zi să protejeze împotriva

unui număr de boli mortale, cum ar fi cancerul.

Cercetarea lor metodică de ani de zile a făcut posibile vaccinurile Covid. Lucrurile nu s-au întâmplat peste noapte, cum a încercat să susțină mișcarea anti-vaccin, mai ales în Statele Unite. Scepticii au profitat de dezvoltarea rapidă a vaccinurilor - una dintre cele mai impresionante realizări ale științei medicale moderne - pentru a submina încrederea publicului în acestea. Însă, în realitate, descoperirile din spatele vaccinurilor au avut în spate o muncă care s-a desfășurat încetul cu încetul, de-a lungul deceniilor, inclusiv la Universitatea din Pennsylvania, unde Dr. Weissman, unul dintre cei 2 laureați, conduce un laborator.

Dar cine sunt cei doi?

Katalin Karikó s-a născut în 1955 în Szolnok, Ungaria. Și-a obținut doctoratul la Universitatea din Szeged în 1982 și a efectuat cercetări postdoctorale la Academia Maghiară de Științe din Szeged până în 1985. Apoi a efectuat cercetări postdoctorale la Universitatea Temple din Philadelphia și la Universitatea de Științe ale Sănătății din Bethesda, ambele din Statele Unite ale Americii. În 1989, a fost numită profesor asistent la Universitatea din Pennsylvania, unde a rămas până în 2013. După aceea, a devenit vicepreședinte și, ulterior, vicepreședinte senior la BioNTech RNA Pharmaceuticals. Din 2021, este profesor la Universitatea din Szeged și conferențiar la Școala de Medicină Perelman de la Universitatea din Pennsylvania.

Drew Weissman s-a născut în 1959 în Lexington, Massachusetts, SUA. Și-a primit diplomele de doctor în medicină și doctorat de la Universitatea din Boston în 1987. Și-a făcut pregătirea clinică la Beth Israel Deaconess Medical Center din cadrul Harvard Medical School și a efectuat cercetări postdoctorale la National Institutes of Health. În 1997, Weissman și-a înființat grupul de cercetare la Școala de Medicină Perelman de la Universitatea din Pennsylvania. El este profesor în domeniul cercetării privind vaccinurile al familiei Roberts și direc-

tor al Institutului Penn pentru inovații ARN.

Dr. Karikó și Dr. Weissman s-au întâlnit prima dată cu totul întâmplător la un copiator din cadrul Universității din Pennsylvania, în 1998. Dr. Karikó, fiica unui măcelar din Ungaria, care venise în Statele Unite cu două decenii mai devreme, când programul ei de cercetare a rămas fără bani, era preocupată de ARNm și modul în care oferă instrucțiuni celulelor pentru a produce proteine. Sfidând modelele vechi de zeci de ani conform cărora ARNm era inutilizabil din punct de vedere clinic, ea credea că acesta va stimula inovațiile medicale.

La vremea aceea, Dr. Weissman căuta cu disperare noi abordări pentru un vaccin împotriva H.I.V. Medic și virusolog care încercase și eșuase ani de zile să dezvolte un tratament pentru SIDA, el s-a întrebat dacă el și Dr. Karikó nu ar putea face echipă pentru a crea un vaccin împotriva H.I.V.

Era o idee care, atunci când au început cercetările, părea puțin probabil să funcționeze. ARNm era atât de delicat încât, atunci când era introdus în celule, celulele îl distrugneau instantaneu. Evaluatorii de granturi nu au fost impresionați. În schimb, laboratorul doctorului Weissman s-a bazat pe banii pe care universitatea îi oferă noilor membri ai facultății.

Timp de ani de zile, Dr. Weissman și Dr. Karikó vedeau nedumeriți cum șoarecii injectați cu ARNm deveneau letargici. Nenumărate experimente au eșuat. Părea să fie fundătură după fundătură. Problema lor era că sistemul imunitar interpreta ARNm ca pe un agent patogen invadator și îl ataca, îmbolnăvind animalele în timp ce distrugea ARNm.

Dar, în cele din urmă, s-a descoperit că celulele își protejează propriul ARNm cu o modificare chimică specifică. Așa că au încercat să facă aceeași modificare la ARNm sintetizat în laborator înainte de a-l injecta în celule. A funcționat: ARNm a fost preluat de celule fără să provoace un răspuns imunitar.

La început, ceilalți oameni de știință au părut neinteresați să preia

această nouă abordare a vaccinării. Lucrarea celor doi, publicată în 2005, a fost respinsă de revistele Nature și Science, a declarat Dr. Weissman. În cele din urmă, studiul a fost acceptat de o publicație de nișă numită Immunity.

Dar două companii de biotehnologie au observat curând rezultatele celor doi: Moderna, din Statele Unite, și BioNTech, din Germania, unde Dr. Karikó a devenit în cele din urmă vicepreședinte senior. Companiile au studiat utilizarea vaccinurilor cu ARNm pentru gripă, citomegalovirus și alte boli. Niciunul nu a ieșit din studiile clinice timp de ani de zile.

Apoi a apărut coronavirusul.

Aproape instantaneu, munca doctorilor Karikó și Weissman s-a unit cu mai multe direcții de cercetare disparate pentru a-i pune pe producătorii de vaccinuri la cârma jocului de dezvoltare a vaccinurilor. Aceasta a inclus cercetări efectuate în Canada care au permis ca molecule fragile de ARNm să fie livrate în siguranță în celulele umane și studii din Statele Unite care au indicat calea spre stabilizarea proteinei spike pe care coronavirusurile o foloseau pentru a invada celulele.

Până la sfârșitul anului 2020, la mai puțin de un an de la declanșarea pandemiei, autoritățile de reglementare au autorizat vaccinuri surprinzător de eficiente realizate de Moderna și de BioNTech, care a încheiat un parteneriat cu Pfizer pentru a-și produce vaccinul. Ambele au folosit modificarea descoperită de Dr. Karikó și Dr. Weissman.

Miliarde de doze au fost administrate în întreaga lume. Utilizarea ARNm a permis ca ambele vaccinuri bazate pe acesta să fie actualizate împotriva noilor variante.

Aceasta este o scurtă poveste a drumului lung parcurs de cei 2 cercetători care sunt acum laureați ai Premiului Nobel pentru Fiziologie sau Medicină 2023. Ei au transformat practic tehnologia vaccinurilor, la momentul pandemiei de Covid 19, și au pus bazele altor transformări care ar putea într-o zi să protejeze împotriva altor boli mortale,

cum ar fi cancerul.

Premiile Nobel sunt acordate de Fundația Nobel, înființată în anul 1900, pe baza testamentului lui Alfred Nobel, inventatorul dinamitei. Acestea recompensează persoane sau organizații cu merite excepționale în cinci domenii diferite (fizică, chimie, literatură, pace și medicină) și sunt decernate de Academia Regală de Științe din Suedia, Academia Suedeză, Institutul Karolinska și Comitetul Nobel din Norvegia.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Press release: The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2023 - <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2023/press-release/>
2. (20) The Nobel Prize on X: "BREAKING NEWS The 2023 #NobelPrize in Physiology or Medicine has been awarded to Katalin Karikó and Drew Weissman for their discoveries concerning nucleoside base modifications that enabled the development of effective mRNA vaccines against COVID-19. <https://t.co/Y62uJDINMj>" / X (twitter.com) (inclusiv sursa foto)
3. Nobel Prize Awarded to Covid Vaccine Pioneers - The New York Times (<https://www.nytimes.com/2023/10/02/health/nobel-prize-medicine.html>)



Ziua Mondială a Asistenței Medicale Bazate pe Dovezi

În fiecare an, începând cu 2020, în 20 octombrie, comunitatea internațională de Asistență medicală bazată pe dovezi (EBHC) sărbătorește **Ziua Mondială a Asistenței Medicale Bazate pe Dovezi** -World EBHC Day. Acest eveniment deosebit de important este condus la nivel mondial de o serie de organizații internaționale de cercetare și inovare în domeniul medical: JBI, Cochrane, Campbell Collaboration, Guidelines International Network (GIN), The Institute for

Evidence-Based Healthcare (IEBH), The Centre for Evidence-based Health Care (CEBHC) și National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Tema din acest an s-a concentrat pe *dovezi și echitate globală în sănătate*. Inechitățile în materie de sănătate reprezintă diferențele inechitabile, nedrepte și evitabile, cauzate de modul în care puterea, resursele și banii sunt distribuite în societate. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), „*obținerea unui impact asupra sănătății și echității globale este scopul final al unei mai bune utilizări a dovezilor cercetării în luarea deciziilor în materie de sănătate*”. În acest context, organizatorii acestui eveniment au solicitat **Comunității Mondiale EBHC** să disemineze propriile experiențe cu privire la promovarea și integrarea procesului decizional bazat pe dovezi, pentru a îndeplini obiectivul de *echitatea globală în sănătate*.

OAMGMAMR Filiala București face parte din această rețea colaborativă și a răspuns invitației cu un articol publicat în site-ul principal al acestui eveniment. În acest fel, am primit titlul onorific de Ambasadori ai Dovezilor¹ (**Evidence Ambassador**) și am participat activ la evenimentele online organizate în acest sens.

În cele ce urmează, vom prezenta varianta în limba română a acestui articol.

Oportunități cheie de transformarea a profesiiilor de asistent medical și moașă

Introducere

Asistenții medicali și moașele reprezintă forța de muncă cea mai numeroasă din cadrul profesiiilor din domeniul sănătății. Ei lucrează la intersecția dintre sănătate, educație și comunități și au responsabilități din cele mai diverse și autonome. În ultimii ani, la nivel global, re-

¹ <https://worldebhcdays.org/evidence-ambassadors-2023>

marcăm o transformare dinamică a profesiilor de asistent medical și moașă, concentrată pe următoarele aspecte principale:

- Recunoașterea identității profesionale
- Extinderea rolului acestora prin leadership, cercetare și inovare
- Implementarea practicilor bazate pe dovezi (EBP).

Acest articol prezintă oportunitățile cheie de transformare a profesiilor de asistent medical și moașă, care să contribuie la furnizarea îngrijirilor de sănătate bazate pe dovezi, echitabile, sigure și de calitate.

Context

În ultimele două decenii s-a remarcat o amplă mișcare de susținere și dezvoltare a profesiilor de asistent medical și moașă, susținută neobosit de organizații internaționale și naționale. În plus, contextul pandemic COVID-19² a evidențiat importanța critică a sănătății și contribuția majoră a acestor profesioniști în realizarea echității în sănătate. Mai mult ca niciodată, au fost recunoscute rolurile profesioniștilor din domeniul sănătății ca susținători ai pacienților (patient advocacy) și campioni ai schimbării.

Conceptul de „patient advocacy”³ implică furnizarea de îngrijiri individualizate în raport cu cultura, valorile și preferințele pacientului, asigurând, în același timp, libertatea pacientului de a lua cele mai bune decizii informate. Campionii schimbării sunt pasionați de îmbunătățirea calității globale a asistenței medicale, în special prin încurajarea colegilor lor către inovare și adoptarea celor mai bune practici la locul de muncă. Cu toate acestea, asumarea acestor roluri necesită sprijin adecvat din partea organizațiilor de asistență medicală.

Până de curând, aspirația OAMGMAMR București⁴ de a dezvolta cer-

2 https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2021/04000/invest_in_nursing_the_backbone_of_health_care.1.aspx

3 <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733019832950>

4 <https://www.oammrbuc.ro/>

cetarea și inovarea în domeniul de activitate al asistenților medicali și moașelor părea irealizabilă. Accesul limitat la dovezi, lipsa apetitului cultural pentru cercetare și inovare, rezistența la schimbare și lipsa programelor academice pentru asistenți medicali și moașe sunt doar câteva dintre motivele pentru care dezvoltarea profesională pentru acest sector a fost o provocare.

Cu toate acestea, cadrul socio-politic creat de organizațiile internaționale, colaborarea cu organizații internaționale de cercetare și inovare, cum ar fi JBI⁵, și nu în ultimul rând, perseverența OAMGMAMR București⁶ a contribuit la dezvoltarea profesiilor de asistent medical și de moașă.

Organizații internaționale care susțin transformarea profesiilor de asistent medical și moașă

Începând cu sfârșitul anilor 1990, OMS a promovat recunoașterea asistenților medicali și moașelor ca membri esențiali ai echipelor multidisciplinare datorită:

- Importanței lor⁷ în abordarea provocărilor de sănătate publică și în furnizarea serviciilor de sănătate sigure, de înaltă calitate, eficiente și eficiente și
- Contribuției lor eficiente în cadrul sistemelor de sănătate.

OMS a dezvoltat un Cadru de politici pentru sănătate și bunăstare – „Health 2020”⁸ și o strategie europeană pentru secolul 21, care are ca principal scop îmbunătățirea sănătății și bunăstării populațiilor și reducerea inegalităților în materie de sănătate până în 2030.

În acest sens, OMS și Consiliul Internațional al Asistenților medicali

5 <https://jbi.global/>

6 <https://emcbuc.ro/>

7 <https://iris.who.int/handle/10665/353806>

8 <https://iris.who.int/handle/10665/326386>

(ICN)⁹ au desemnat anul 2020 Anul Internațional al Asistenților Medicali¹⁰. Tema pentru 2020 a fost „Asistenții medicali: o voce care să conducă spre o lume sănătoasă”, care a evidențiat modul în care asistenții medicali și moașele sunt esențiali pentru abordarea unei game largi de provocări de sănătate, inclusiv inechitatea în sănătate.

Raportul „The future of Nursing 2020-2030”¹¹ a evidențiat capacitatea unică a asistenților medicali și moașelor de a aborda determinanții sociali ai sănătății, inclusiv îngrijirea accesibilă, de calitate și echitabilă pentru întreaga populație.

Totuși, pentru a-și asuma aceste roluri, asistenții medicali și moașele au nevoie de¹²:

- Educație profesională solidă
- Medii de lucru care să-i susțină
- Autonomie
- Participare la luarea deciziilor în sănătate la nivel local, guvernamental și internațional.

În prezent, OMS sprijină puternic dezvoltarea profesională a asistenților medicali și moașelor prin dezvoltarea cadrului general de practică avansată.

O altă organizație internațională care sprijină transformarea profesiilor de asistent medical și moașă este JBI. JBI este o importantă organizație internațională de cercetare și inovare care, timp de aproape trei decenii, a sprijinit această transformare prin dezvoltarea și furnizarea de informații bazate pe dovezi, software, educație și formare pentru a îmbunătăți practicile medicale și rezultatele pacienților.

Scopul principal al JBI este de a oferi cele mai bune dovezi disponibile

9 <https://www.icn.ch/>

10 <https://www.who.int/campaigns/annual-theme/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>

11 <https://nam.edu/publications/the-future-of-nursing-2020-2030/>

12 <https://iris.who.int/handle/10665/353555>

decidenților politici și profesioniștilor din sănătate (inclusiv asistenți medicali și moașe) pentru a informa luarea deciziilor clinice la punctul de îngrijire. În acest sens, JBI a înființat o rețea globală – JBI Collaboration¹³ – pentru a susține organizațiile academice, spitalele și sistemele de sănătate să integreze practicile de asistență medicală specifice contextului, bazate pe dovezi, folosind un model teoretic – Modelul JBI de Îngrijiri Medicale Bazate pe Dovezi¹⁴.

Organizații naționale care sprijină transformarea profesiilor de asistent medical și moașă

În general, organizațiile profesionale specifice, prin natura lor au menirea de a susține asistenții medicali și moașele în dezvoltarea lor profesională continuă și de a se asigura că ei dețin combinația de competențe necesară și adecvată pentru furnizarea de îngrijiri de sănătate echitabile, sigure și de calitate.

În România, OAMGMAMR București¹⁵, adițional responsabilitățile administrative, încurajează asistenții medicali și moașele să încorporeze echitatea și dovezile în luarea deciziilor în domeniul sănătății. Suportul ei este cu atât mai important cu cât, în aceasta filială sunt înregistrați cei mai mulți asistenți medicali și moașe din țară (peste 25000) și are capacitatea necesară de a extinde bunele practici la nivel național.

Din 2010, Filiala București a OAMGMAMR face parte din Colaborarea JBI și găzduiește un centru de cercetare - Romanian Centre for Nursing Research: A JBI Centre of Excellence¹⁶ (pe scurt Centrul Român JBI) care este axat pe implementarea practicilor bazate pe dovezi. Cu mândrie, este recunoscută ca fiind singura organizație pro-

13 <https://jbi.global/global-networks/collaboration>

14 https://journals.lww.com/ijebh/fulltext/2019/03000/the_updated_joanna_briggs_institute_model_of.8.aspx

15 <https://emcbuc.ro/2021/02/11/evenimente/>

16 <https://emcbuc.ro/category/emc/centrul-roman-de-cercetare-in-ingrijiri-de-sanata-te/>

fesională din lume care găzduiește un astfel de centru de cercetare. Însă acest lucru a creat și o mulțime de provocări, în special lipsa unei infrastructuri adecvate și lipsa culturii pentru cercetare și inovare, existente în mod natural în mediul academic. Odată cu trecerea timpului, personalul de bază al Centrului Român JBI a învățat de la mentorii lor de la JBI cum să gestioneze aceste provocări și să crească continuu pentru a susține și promova practica bazată pe dovezi în România.

Autoritățile de evaluare a calității, sunt organizații naționale care, prin cunoștințe, expertiză și standarde riguroase ajută organizațiile de îngrijire a sănătății să își îmbunătățească calitatea și siguranța pacienților pe întregul continuu de îngrijire.

În mod particular, în România, Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS)¹⁷ este o organizație publică înființată în 2010, care a introdus pentru prima dată în standardele de calitate din 2017, un indicator care măsoară activitatea de cercetare a asistenților medicali și moașelor. Acesta a constituit motorul local de creștere a interesului și implicării asistenților medicali și moașelor în activitățile de cercetare și inovare.

Parteneriate clinice

Implicarea cu partenerii clinici este esențială pentru Misiunea JBI. În cadrul acestor parteneriate sunt derulate o serie de proiecte de implementare a recomandărilor de practici bazate pe dovezi care, la nivel global, pot îmbunătăți politicile și practicile clinice prin activități locale și specifice contextului colaborării JBI.

Parteneriatele clinice pot încuraja și sprijini eforturile personalului/ organizațiilor de îngrijiri medicale pentru o mai bună echitate în sănătate. În acest context, Centrul Român JBI a dezvoltat parteneriate clinice cu trei spitale¹⁸ universitare din București. Scopul parteneria-

17 <https://anmcs.gov.ro/en/about-us/>

18 <https://emcbuc.ro/2021/02/10/colaborari/>

telor clinice este de a închide lacunele translaționale, care apar frecvent pe parcursul procesului bazat pe dovezi, prin îmbunătățirea cunoștințelor, conștientizării și utilizării resurselor JBI, pentru a furniza îngrijire medicală îmbunătățită pentru toată populația.

În cadrul acestei colaborări oficiale, personalul Centrului Român JBI oferă instruire și sprijin continuu membrilor echipelor din spitalele partenere, denumite „nuclee de implementare a practicilor bazate pe dovezi”. În plus, partenerii clinici organizează diverse evenimente, cum ar fi: ateliere/grupuri de lucru, sesiuni scurte, seminare de prânz, sesiuni de diseminare a rezultatelor și sesiuni de monitorizare.

După mai bine de un deceniu de muncă intensă, putem spune că impactul parteneriatelor clinice este puternic pozitiv. Printre realizările cheie rezultate din aceste parteneriate putem menționa:

- Conștientizarea asistenților medicali și moașelor cu privire la rolurile lor de susținători ai pacienților (patient advocacy) și de campioni ai schimbării (agenți de schimbare) pentru o îngrijire medicală mai bună și pentru toată populația;
- Dezvoltarea unui grup de campioni ai schimbării în fiecare spital partener - „nuclee de implementare a practicilor bazate pe dovezi”;
- Identificarea și implicarea liderilor de opinie în inovarea, difuzarea și diseminarea practicilor bazate pe dovezi în domeniul sănătății;
- Creșterea interesului asistenților medicali și moașelor pentru dezvoltare profesională, cercetare și inovare;
- Consolidarea echipelor de asistență medicală, creșterea satisfacției profesionale și îmbunătățirea satisfacției pacienților;
- Îmbunătățirea abilităților de comunicare și leadership;
- Promovarea securității mediului de lucru;
- Îmbunătățirea cunoștințelor cu privire la implementarea practicilor bazate pe dovezi;

- Publicarea rapoartelor de implementare a dovezilor în JBI Evidence Implementation¹⁹, revistă ISI cu FI de 2,3.

Mesaje cheie

- Contextul socio-politic și cultural este esențial pentru procesul de transformare al profesiilor de asistent medical și moașă, iar un sprijin socio-politic adecvat poate fi un motor al schimbării.
- Pentru a-și îndeplini rolul complex, asistenții medicali și moașele au nevoie de o educație profesională consolidată, medii de lucru care-i susțin, autonomie și participare la luarea deciziilor în domeniul sănătății la nivel local, guvernamental și internațional.
- Formarea profesională academică, implicarea în proiecte de implementare a practicilor bazate pe dovezi și participarea la diferite grupuri de lucru în cadrul studiilor de cercetare sunt doar câteva activități care pregătesc asistenții medicali și moașele pentru rolurile lor avansate. Mediul favorabil din organizația profesională și de la locul lor de muncă contribuie semnificativ la dezvoltarea lor profesională și la îmbunătățirea stimei de sine.
- JBI Collaboration este o rețea internațională care sprijină cercetarea și inovarea în domeniul sănătății.
- Parteneriatele clinice JBI, ca instrumente formale de colaborare între mediile clinice, organizațiile profesionale și mediile academice, au beneficii esențiale pentru toți cei implicați: echipe de asistență medicală, pacienți, comunități și organizații (inclusiv spitale, universități și JBI).
- Asistenții medicali și moașele au un rol esențial în gestionarea schimbării în practica clinică, ocupând locuri cheie care, le permit să conducă schimbarea ca susținători ai pacienților, lideri clinici și campioni ai schimbării. Cu mentoratul potrivit, dovezile adecvate și o echipă care-i susține, asistenții medicali și moașele

19 <https://journals.lww.com/ijebh/pages/default.aspx>

pot conduce și impulsiona schimbarea în atingerea echității în obiectivele de sănătate.

Concluzii

În România, contextul socio-politic și cultural favorizează dezvoltarea profesională a asistenților medicali și moșelor pentru a-și asuma roluri mai complexe, autonome și de expertiză, atât de necesare îndeplinirii obiectivelor globale de echitate în sănătate. Această recunoaștere a contribuției lor conduce la creșterea angajamentului, satisfacției și motivației lor.

La nivel global, practica bazată pe dovezi este standardul recunoscut de furnizorii de asistență medicală și susținut de organizații internaționale și naționale, inclusiv organizații profesionale și autorități de control al calității. Poziția strategică a asistenților medicali și a moșelor în sistemul de sănătate indică importanța angajării acestora ca agenți/campioni ai schimbării și susținători ai pacienților în luarea deciziilor clinice bazate pe dovezi, astfel încât fiecare pacient să primească o îngrijire mai bună.

Autori:

1. Mariana Zazu – Specialist în Dezvoltare Organizațională, OAMGMAMR Filiala București; Director adjunct al Centrului Român de Cercetare în Îngrijiri de Sănătate: Centru de Excelență JBI
2. Doina Carmen Mazilu – Președinte OAMGMAMR Filiala București; Director al Centrului Român de Cercetare în Îngrijiri de Sănătate: Centru de Excelență JBI



Scăderea în greutate – un pas important pentru sănătatea inimii

Timp aprox. de lectură: 7 minute

O dietă săracă în grăsimi și carbohidrați poate îmbunătăți funcția arterelor, potrivit unui studiu realizat în urmă cu mai bine de 10 ani de cercetătorii de la Johns Hopkins.

După șase luni, cei care au urmat dieta săracă în carbohidrați au pierdut mai multă greutate și într-un ritm mai rapid. Dar, în ambele grupuri, atunci când s-a pierdut în greutate - și mai ales când grăsimea abdominală s-a redus - arterele au putut să se dilate mai bine, permițând sângelui să circule mai liber. Studiul arată că nu trebuie să eliminați toate grăsimile din alimentație, pentru a micșora grăsimea abdominală.

Pentru sănătatea inimii, simpla pierdere în greutate și exercițiile fizice par a fi esențiale.

Este un adevăr bine-cunoscut că menținerea unui abdomen îngrijit nu doar că te face să arăți mult mai bine, dar te poate ajuta și să trăiești mai mult.

O talie mai mare este legată de un risc mai mare de boli de inimă, diabet și chiar cancer. Pierderea în greutate, în special a grăsimii din zona abdominală, îmbunătățește, de asemenea, funcționarea vaselor de sânge și, de asemenea, îmbunătățește calitatea somnului.

Din păcate, este aproape imposibil să fie redusă în mod direct grăsimea abdominală, atunci când ți-neți o dietă. Însă scăderea în greutate în general vă va ajuta să vă micșorați talia, dar și mai important, vă va ajuta la reducerea stratului periculos de grăsime viscerală, un tip de grăsime din interiorul cavității abdominale pe care nu o puteți vedea, dar care sporește riscurile pentru sănătate, spune Kerry Stewart, director la Johns Hopkins.

Așadar, nu există soluții miraculoase, iar fiecare model are argumentele lui. Tocmai de aceea, alături de concluziile propuse de Johns Hopkins am analizat și alte studii și recomandări care ne pot ghida în efortul de a găsi cea mai bună metodă pentru fiecare caz.

Pe scurt, care sunt **cele 3 sfaturi pe care le-ar oferi "peștișorul de aur" fiecărei persoane preocupate de propria sănătate**, pe care le-am aflat și care ar putea fi utile și altora?

1. Construiți un plan nutrițional, mai degrabă decât o dietă.

Avantajul unei abordări cu un conținut scăzut de carbohidrați este că implică pur și simplu învățarea unor alegeri alimentare mai bune - nu este necesară numărarea caloriilor. În general, un model de alimentație cu conținut scăzut de carbohidrați limitează consumul de alimente problematice (cele bogate în carbohidrați și zahăr și fără prea multe fibre, cum ar fi pâinea, covrigii și sucurile) și vă orientează către alegeri bogate în fibre sau proteine, cum ar fi legumele, fasolea și carnea sănătoasă.

În cadrul acestui plan nutrițional:

- **Limitați mai degrabă carbohidrații (pâine, covrigi, paste) decât grăsimile:** Atunci când cercetătorii de la Johns Hopkins au comparat efectele asupra inimii ale slăbirii printr-o dietă săracă în carbohidrați față de o dietă săracă în grăsimi, timp de șase luni (fiecare dietă conținând aceeași cantitate de calorii) au văzut că primii au pierdut în medie cu 10 kilograme mai mult decât ceilalți. Un beneficiu suplimentar al primei diete este că a produs o pierdere în greutate de o calitate mai bună, spune Stewart. În cazul pierderii în greutate, se reduce grăsimea, dar există adesea și o pierdere de mușchi, ceea ce nu este de dorit. La ambele diete, a existat o pierdere de aproximativ 2 până la 3 kilograme de mușchi, împreună cu grăsimea, ceea ce înseamnă că procentul de pierdere a grăsimii la dieta cu conținut scăzut de carbohidrați a fost mult mai mare.
- **Consumați o dietă bogată în proteine.** Un aport ridicat de proteine crește eliberarea hormonului de sațietate, peptida YY, care diminuează pofta de mâncare și favorizează starea de sațietate. De asemenea, proteinele cresc rata metabolică și vă ajută să păstrați masa musculară în timpul ce slăbiți conform planului. Multe studii observaționale arată că persoanele care mănâncă mai multe proteine tind să aibă mai puțină grăsime abdominală decât cele care au o dietă mai puțin proteică. Practic, asigurați-vă că includeți o sursă

bună de proteine la fiecare masă, cum ar fi: **carne, pește, ouă, lactate, proteine din zer, fasole.**

- **Evitați alimentele procesate.** Ingredientele din produsele ambalate și din gustări sunt adesea bogate în grăsimi trans, zahăr adăugat și sare sau sodiu adăugat - trei lucruri care îngreunează pierderea în greutate.

- **Reduceți drastic consumul de alcool.** Dacă încercați să pierdeți excesul de grăsime abdominală, monitorizați și reduceți consumul de alcool. Băuturile alcoolice conțin adesea zahăr suplimentar, care poate contribui la creșterea în greutate.

- **Consumați pește gras cel puțin o dată pe săptămână.** Peștele gras poate fi un adaos nutritiv la o dietă echilibrată. Peștele gras este bogat în proteine de înaltă calitate și grăsimi omega-3, care pot oferi protecție împotriva bolilor cronice. Unele dovezi sugerează că aceste grăsimi omega-3 pot contribui, de asemenea, la reducerea grăsimii viscerale. De asemenea, studiile efectuate la adulți și copii cu boli ale ficatului gras au arătat că suplimentele de omega-3 pot reduce semnificativ grăsimea hepatică și abdominală. În mod ideal, încercați să consumați 2-3 porții de pește gras pe săptămână. Alegerile bune includ: **somon, hering, sardine, macrou, hamsii.** Pentru vegani, vegetarieni și pentru cei care nu consumă pește în mod regulat, sunt disponibile și suplimente de omega-3 pe bază de plante derivate din surse precum algele.

- **Beți ceai verde.** Ceaiul verde este o băutură excepțional de sănătoasă. Acesta conține cofeină și antioxidantul galat de epigallocatechin (EGCG), care pare să stimuleze metabolismul. EGCG este o catehină, despre care mai multe studii sugerează că vă poate ajuta să pierdeți grăsimea de pe burtă. Efectul poate fi întărit atunci când consumul de ceai verde este combinat cu exerciții fizice.

- **Luați în considerare postul intermitent (un model care a devenit recent foarte popular ca metodă de pierdere în greutate). Este o alimentație care implică o anumită ritmicitate (cicluri) între**

perioadele de alimentație și perioadele de repaos alimentar. O metodă populară implică un post de 24 de ore o dată sau de două ori pe săptămână. O alta constă în a posti în fiecare zi timp de 16 ore și a mânca toată mâncarea într-o perioadă de 8 ore. Există și varianta cu 12 ore de repaos și 12 ore de alimentație. Un studiu a constatat că combinarea postului intermitent cu ritmul proteic - care presupune consumul de mese dense în nutrienți, distanțate uniform pe parcursul zilei - a dus la reduceri mai mari ale greutateii corporale, ale grăsimii totale și ale grăsimii viscerale, în comparație cu restricția calorică. **Deși anumite metode de post intermitent par a fi opțiuni mai bune, întrerupeți postul imediat dacă simțiți orice efecte negative. În plus, discutați cu un medic înainte de a încerca postul intermitent sau de a face alte schimbări în dieta dumneavoastră.**

- **Fiți un bun cititor de etichete.** Alimente precum sosul, maioneza, sosurile pentru salate conțin adesea cantități mari de grăsimi și multe calorii. Unele iaurturi, de exemplu, se laudă că sunt sărace în grăsimi, dar sunt mai bogate în carbohidrați și zaharuri adăugate decât altele, spune Stewart.
- **Fiți atenți la felul în care vă vin hainele mai degrabă decât pe citirea cântarului.** Pe măsură ce adăugați masă musculară și pierdeți grăsime, cântarul din baie s-ar putea să nu arate vreo schimbare, dar pantalonii dvs. sau fustele vor fi mai largi. Acesta este un semn mai bun de progres. Măsurată în jur, talia ar trebui să fie mai mică de 90 de centimetri, dacă sunteți femeie, sau mai mică de 100 de centimetri, dacă sunteți bărbat, pentru a reduce riscurile cardiace și de diabet.

2. Mențineți câteva elemente esențiale în viața și în programul dvs.

- **Activitatea fizică regulată (zilnică).** Activitatea fizică ajută la arderea grăsimii abdominale. Exercițiile fizice par să lucreze la eliminarea grăsimii abdominale în special pentru că reduc nivelul de insulină circulant - care altfel ar semnaliza organismului să se agațe de

grăsime - și determină ficatul să folosească acizii grași, în special pe cei din apropierea depozitelor de grăsime viscerală, spune Stewart. Cantitatea de exerciții fizice de care aveți nevoie pentru pierderea în greutate depinde de obiectivele fiecăruia. Pentru cei mai mulți oameni, acest lucru poate **însemna 30 până la 60 de minute de exerciții fizice moderate sau viguroase aproape în fiecare zi. În plus, ridicați greutatea.** Chiar și un antrenament de forță moderat adăugat la exercițiile aerobice ajută la construirea masei musculare, ceea ce vă face să ardeți mai multe calorii pe parcursul întregii zile, atât în repaus, cât și în timpul exercițiilor fizice.

- **Stați mai mult la soare.** O analiză din 2016 indică faptul că expunerea animalelor la lumina soarelui ar putea duce la o reducere a creșterii în greutate și a disfuncțiilor metabolice. Însă nu sunt suficiente studii pe oameni care să analizeze și să certifice această legătură. Cu toate acestea, cu toții avem nevoie de un aport de vitamina D și, în plus, timpul petrecut în natură poate ajuta cu siguranță.

- **Renunțați la fumat.** Acest lucru poate reduce semnificativ riscul excesului de grăsime abdominală, și îmbunătățește starea generală de sănătate.

- **Preocupați-vă să aveți un somn odihnitor și din abundență.** Somnul este important pentru multe aspecte ale sănătății dumneavoastră, inclusiv pentru greutate. Studiile arată că lipsa unui nivel bun de somn poate fi legată de un risc mai mare de obezitate și de creșterea grăsimii abdominale. Astfel, un studiu de 16 ani, la care au participat peste 68.000 de femei, a constatat că cele care au dormit mai puțin de 5 ore pe noapte au fost semnificativ mai predispuse să ia în greutate decât cele care au dormit 7 ore sau mai mult pe noapte. Afecțiunea cunoscută sub numele de apnee în somn, în care respirația se oprește intermitent în timpul nopții, a fost, de asemenea, legată de excesul de grăsime viscerală. Pe lângă faptul că dormiți cel puțin 7 ore pe noapte, asigurați-vă că aveți parte de un somn de calitate adecvată. Iar dacă bănuieți că aveți apnee în somn sau o altă tulburare de somn, luați în considerare posibilitatea de a

vorbi cu un medic despre opțiunile de tratament.

- **Promovați în cercul de prieteni oameni preocupați de sănătate.** Cercetările arată că sunteți mai predispus să mâncați mai bine și să faceți mai multe exerciții fizice dacă prietenii și familia dvs. fac același lucru.

3. Schimbați-vă stilul de viață și combinați diferite metode listate aici.

Efectuarea uneia dintre schimbările din această listă poate să nu aibă un efect imediat sau de una singură. Pentru rezultate optime, combinarea diferitelor metode poate fi mai eficientă. Este interesant faptul că multe dintre aceste metode sunt în general asociate cu o alimentație echilibrată și un stil de viață sănătos în general. Prin urmare, schimbarea stilului de viață pe termen lung este cheia pentru a pierde grăsimea abdominală și pentru a o păstra în limite normale.

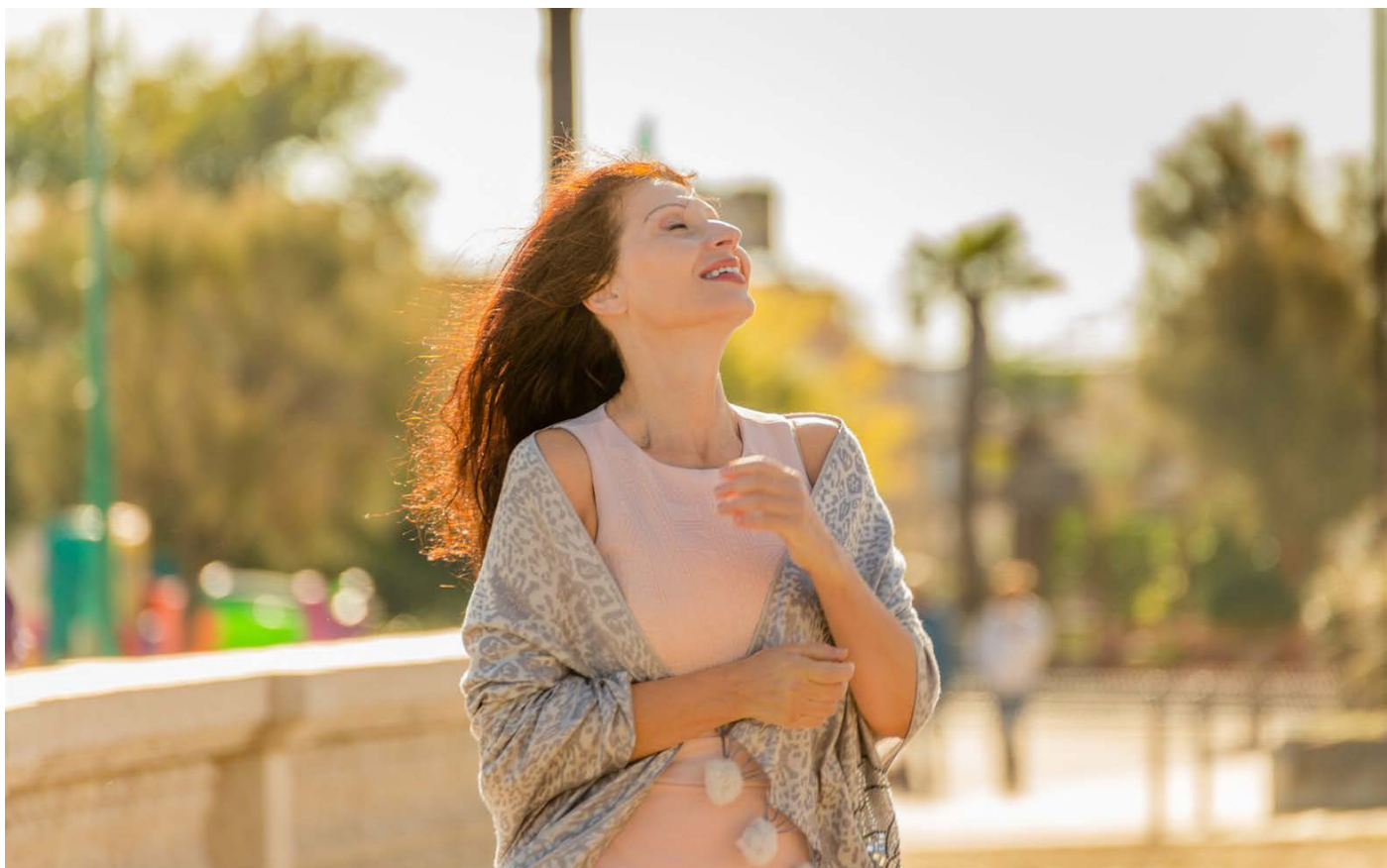
Atunci când aveți obiceiuri sănătoase, rămâneți activi și reduceți aportul de alimente ultraprocesate, pierderea de grăsime tinde să urmeze ca efect secundar natural. Însă țineți minte că soluțiile magice sunt imposibile. Pierderea în greutate necesită întotdeauna un anumit efort, angajament și perseverență. Adoptarea una sau a tuturor strategiilor și obiectivelor de stil de viață discutate în acest articol vă poate ajuta să pierdeți grăsimea abdominală și să îmbunătățiți sănătatea generală.

În articolul următor vom vorbi mai pe larg despre opțiunile de tratament pentru obezitate.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. 8 Ways to Lose Belly Fat and Live a Healthier Life | <https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/8-ways-to-lose-belly-fat-and-live-a-healthier-life> (și sursa foto 1)
2. Doctor shares 'favourite' weight loss fasting tip to lose belly fat quickly - <https://www.dailyrecord.co.uk/lifestyle/doctor-shares-favourite-weight-loss-31068888> (și sursa foto 2)
3. How to get rid of belly fat: 11 natural methods (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/319957#exercise>)
4. Reasons You're Not Losing Belly Fat (<https://www.webmd.com/diet/ss/slideshow-reasons-not-losing-belly-fat>)
5. Manage weight: 6 scientifically-proven obesity treatment options (<https://www.truthaboutweight.global/global/en/managing-your-weight/manage-weight-6-scientifically-proven-obesity-treatment-options.html>)
6. 18 Effective Tips to Lose Belly Fat (Backed by Science) (<https://www.healthline.com/nutrition/20-tips-to-lose-belly-fat#4.-Eat-a-high-protein-diet>)



Cum a fost văzută și gestionată menopauza de-a lungul timpului – episodul 2

Timp aprox. de lectură: 4 minute

Continuăm discuția asupra studiilor existente care analizează simptomele, tratamentele menopauzei, beneficiile și riscurile asociate acestora, în încercarea de a face lumină într-un subiect care merită analizat cu mai multă atenție, pentru că numărul

de persoane vizate este semnificativ. În acest număr vom vorbi despre tratamentele hormonale și planificarea greutății.

De ce este subiectul efectelor menopauzei important?

Practic, în întreaga lume, aproximativ 1 miliard de femei se confruntă cu menopauza sau premenopauza în acest moment. Iar 80 % dintre ele încă lucrează, adică aproximativ 11 % din forța de muncă.

În lumea științifică medicală există tot mai multe discuții și studii pe această temă, deoarece nu este vorba doar de simptome inconfortabile, ci sunt în joc riscuri grave pentru sănătate, cum ar fi riscul crescut de boli de inimă, osteoporoză, diabet de tip 2 și multe altele.

Răspunsul la o experiență îmbunătățită a menopauzei se află la intersecția dintre diagnosticarea la domiciliu, dispozitivele inteligente, dispozitivele portabile de urmărire a datelor, managementul durerii, terapia hormonală și experiențele de impact, cum ar fi suportul unor profesioniști pregătiți în domeniu și comunitatea în sens mai larg.

Iar dincolo de toate, menopauza este o perioadă de schimbări semnificative pentru femei și un moment oportun pentru evaluarea și promovarea sănătății viitoare.

O serie de opțiuni de tratament sunt deja disponibile pentru femeile care au simptome și se așteaptă ca și mai multe opțiuni să devină disponibile în viitor. De exemplu, există un interes considerabil pentru dezvoltarea de noi tratamente non-hormonale pentru simptomele menopauzei. Astfel, în urma descoperirii faptului că neuronii neurokininei B sunt implicați în etiologia bufeurilor, primele cercetări au constatat că antagoniștii receptorilor de neurokinină B reduc frecvența și severitatea bufeurilor. Dar sunt necesare studii mai ample înainte ca aceste opțiuni să fie puse la dispoziția pacientelor.

Însă, revenind la **tratamentele hormonale**, este clar că, pentru ca fe-

meile să aleagă în cunoștință de cauză care este cea mai bună opțiune pentru ele, este important ca acestea să primească din partea profesioniștilor din domeniul sănătății informații echilibrate și exacte cu privire la beneficii și riscuri.

De exemplu, sunt de văzut și analizat cu atenție concluziile unui studiu danez publicat în luna mai 2023, în revista BMJ din Marea Britanie. Acesta a cuprins drept participanți 5589 de cazuri de femei cu demență și 55 890 de femei care au fost incluse în grupul control, din grupe de vârstă comparabile, în perioada cuprinsă între 2000 și 2018, ce proveneau dintr-o populație de femei daneze care aveau vârsta cuprinsă între 50 și 60 de ani în anul 2000, fără antecedente de demență sau contraindicații pentru utilizarea terapiei hormonale la menopauză. Concluzia studiului este că terapia hormonală la menopauză a fost asociată pozitiv cu dezvoltarea demenței și a bolii Alzheimer, chiar și la femeile care au primit tratamentul hormonal la vârsta de 55 de ani sau mai devreme. Rata crescută de demență a fost similară între tratamentul continuu și cel ciclic. Desigur, sunt necesare studii suplimentare pentru a determina dacă aceste constatări reprezintă un efect real al terapiei hormonale la menopauză asupra riscului de demență sau dacă reflectă o predispoziție de bază la femeile care au nevoie de aceste tratamente.

Și aceasta deoarece studiul danez nu clarifică dacă aceste probleme de bază au determinat femeile să apeleze la terapii hormonale în primă instanță și nici nu a luat în considerare predispoziția genetică pentru dezvoltarea bolii Alzheimer, ambele fiind recunoscute de Dr. Pourhadi (coordonatorul studiului) ca fiind explicații viabile pentru rezultatele sale.

Este important de remarcat, de asemenea, că există o serie de studii care arată contrariul: și anume că terapia hormonală este asociată cu un risc redus de apariție a demenței și a bolii Alzheimer. Un studiu observațional, publicat în 2021, a analizat dosarele medicale a aproape 380.000 de femei și a constatat că utilizarea pe termen lung a terapiei hormonale a avut un aparent "efect protector" împotriva

bolilor neurodegenerative în general.

În plus, trei studii separate care au administrat la întâmplare femeilor terapie hormonală sau un placebo - care este considerat standardul de aur pentru determinarea efectelor medicamentelor - au constatat că utilizarea hormonilor nu a avut efecte negative asupra cogniției. Aceste studii au concluzionat că începerea terapiei hormonale la 55 de ani sau mai devreme a fost un factor major în atenuarea efectelor negative asupra cogniției.

Experții au remarcat, de asemenea, că studiul danez a analizat doar efectele unei anumite formule de hormoni - estrogen cu progestative sintetice - în timp ce alte formule, cum ar fi progesteronul bio-identific sau, pentru femeile care au suferit o histerectomie, doar estrogenul, pot avea rezultate foarte diferite. Nu trebuie să privim terapia hormonală ca fiind un tot-unitar, ne spun experții. Toți aceștia sunt compuși chimici foarte diferiți și nu afectează organismul în același mod, așa că ar trebui să nu ne mai referim la ei ca la o singură entitate.

Pentru femeile care intră la menopauză precoce, înainte de vârsta de 45 de ani, se recomandă terapia hormonală, deoarece acestea prezintă un risc mai mare de osteoporoză, dacă nu primesc hormoni până la vârsta tipică a menopauzei. Pentru femeile sănătoase de peste 50 de ani, riscurile crescute ale terapiei hormonale sunt considerate scăzute. Există riscuri mai mari pentru femeile care încep terapia hormonală după vârsta de 60 de ani. Nici o cercetare definitivă nu a urmărit încă femeile care încep la 50 de ani și continuă în mod continuu până la 60 de ani. Însă, oricum, se consideră că femeile de toate vârstele prezintă un risc crescut de cancer de sân, după aproximativ cinci ani de la administrarea de hormoni.

Până acum, se consideră că cel mai mare risc de utilizare a hormonilor îl prezintă femeile care au suferit un atac de cord, cancer de sân sau un accident vascular cerebral sau femeile cu un grup de probleme de sănătate semnificative. "Pentru toți ceilalți", spune Stephanie Faubion, director al Centrului pentru sănătatea femeilor de la

Clinica Mayo, "decizia ține de gravitatea simptomelor, precum și de preferințele personale și de nivelul de toleranță la risc."

În ceea ce privește **riscurile prezentate la vârsta menopauzei legate de greutate**, un alt studiu recent, publicat în *Alzheimer's and Dementia Journal* în luna mai 2023, aduce noi concluzii lămuritoare, potrivit cărora compoziția grăsimii pe care o are o femeie la mijlocul vieții, în preajma menopauzei, poate afecta probabilitatea ca aceasta să aibă dificultăți cognitive mai târziu în viață. Astfel, menopauza duce la schimbări hormonale cu multe efecte asupra organismului, inclusiv asupra distribuției grăsimii. În timp ce diferite tipuri de distribuție a grăsimii au efecte diferite asupra sănătății generale a unei persoane, compoziția și tipul de grăsime pe care o are o persoană are, de asemenea, un impact, indică acest studiu.

Femeile aflate la premenopauză au o distribuție predominantă a țesutului adipos subcutanat (corp în formă de pară), iar tranziția la menopauză redistribuie țesutul adipos spre o distribuție centrală, abdominală (corp în formă de măr). Menopauza crește, de asemenea, grăsimea cardiovasculară. Iar distribuția țesutului adipos abdominal este asociată cu mai multă inflamație sistemică și rezistență la insulină și cu un risc cardiovascular crescut." – ne spune dr. Franck Mauvais-Jarvis, profesor de medicină în endocrinologie și metabolism.

Tipul de grăsime în care organismul își stochează energia are un efect asupra echilibrului nostru general de grăsimi și asupra metabolismului, care, la rândul său, afectează alte aspecte ale sănătății noastre, cum ar fi sănătatea cardiovasculară și a creierului, de exemplu. Unele celule de grăsime brună sunt pline de mitocondrii, partea unei celule care produce energie, și de depozite de fier (care le face să fie brune), iar acestea sunt arse pentru a crea căldură pentru organism, un proces cunoscut sub numele de termogeneză.

Celulele adipoase albe sunt folosite pentru a stoca energie, iar celulele adipoase bej au unele dintre proprietățile ambelor și sunt în general folosite pentru stocare, dar pot juca, de asemenea, un rol în termogeneză, similar cu celulele adipoase brune. Arderea sau stocarea celu-

lelor adipoase are un impact asupra adipozității generale și a greutateii.

Acest studiu recent, care a fost realizat de cercetători din diferite locații din Statele Unite, a investigat depozitele de grăsime în diferite locații din inimă și aortă la o cohortă de 531 de femei cu vârsta medie de 51 de ani. Se aștepta ca această vârstă să se suprapună cu menopauza. Cercetătorii au efectuat, de asemenea, teste cognitive pe femeile implicate, la o medie de 13,4 ani după ce au fost efectuate scanări ale depozitelor lor de grăsime, când femeile aveau în medie 61 de ani.

Aceștia au descoperit că, cu cât cantitatea de grăsime brună descoperită în jurul aortei în timpul vârstei mijlocii și la menopauză la femei este mai mare, cu atât mai mare este gradul de cogniție al acestor femei mai târziu în viață. În schimb, cu cât nivelurile mai mari de grăsime albă descoperite în jurul aortei la aceste femei erau mai mari, cu atât cogniția lor era mai scăzută la peste un deceniu. Cercetătorii spun că descoperirea este o asociere și nu arată o cauzalitate, dar au emis ipoteza că nivelurile mai ridicate de grăsime brună sunt asociate cu o sănătate metabolică mai bună și cu marker-i mai mici pentru inflamație.

"Constatările lucrării sunt interesante și sugerează că calitatea și cantitatea de țesut adipos perivascular care înconjoară aorta toracică poate juca un rol bidirecțional în cogniție/pierderea memoriei și boala Alzheimer la femei. Cel radiodens [grăsimea albă] poate fi inflamă și poate elibera factori inflamatori în vasele care predispun la Alzheimer", a declarat profesorul Mauvais-Jarvis, dar a adăugat că "sunt necesare studii mecaniciste pentru a verifica această cauzalitate".

Constatările subliniază necesitatea ca femeile aflate la menopauză și postmenopauză să ia în considerare riscul cardiovascular asociat cu grăsimea abdominală suplimentară și să fie sprijinite de profesioniștii din domeniul sănătății pentru a minimiza riscul.

Comentând rezultatele studiului, Dr. Nisarg Patel, ginecolog și obstetrician la Nisha IVF Centre din Ahmedabad, India, a explicat pentru

Medical News Today că "*Înțelegerea influenței schimbărilor hormonale și adoptarea unor alegeri sănătoase de stil de viață sunt vitale în gestionarea riscului cardiovascular în timpul menopauzei*".

Ce ar trebui să reținem de aici este aceea că, creșterea în greutate în timpul menopauzei este normală, din cauza schimbărilor hormonale. Dar menținerea unei greutăți sănătoase vă poate ajuta să vă gestionați simptomele și să vă îmbunătățiți starea generală de sănătate. Cu ajutorul unui nutriționist și al unui medic, puteți crea un plan de pierdere în greutate care să includă o dietă potrivită și un regim de exerciții fizice.

O dietă sănătoasă oferă organismului dumneavoastră nutrienți vitali pentru o sănătate și un nivel de energie optime. Activitatea fizică regulată vă poate, de asemenea, stimula starea de spirit, crește puterea, reduce riscul de boli cronice și combate oboseala.

În final, experiența fiecărei femei cu menopauza este unică. Este esențial să se consulte cu un profesionist din domeniul sănătății, înainte de a începe orice nou plan de tratament sau schimbare de stil de viață. În cele din urmă, cu îngrijirea și sprijinul potrivit, poate naviga prin menopauză cu încredere și confort.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. <https://www.nytimes.com/2023/07/10/well/live/hormone-therapy-menopause-dementia-alzheimers.html>
2. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/healthy-vascular-fat-in-menopause-may-help-protect-against-dementia>
3. What to Know About Menopause and Hormone Therapy - The New York Times (<https://www.nytimes.com/2023/02/01/magazine/hormone-therapy-women-menopause.html>)

4. <https://www.bmj.com/content/381/bmj-2022-072770>
5. Association between menopausal hormone therapy and risk of neurodegenerative diseases: Implications for precision hormone therapy - PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34027024/>)
6. Long-term effects on cognitive function of postmenopausal hormone therapy prescribed to women aged 50 to 55 years - PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23797469/>)
7. <https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/alz.13133>
8. <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2019/july/making-choices-at-menopause>
9. Menopause (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>)
10. <https://www.afterwork.vc/articles/the-future-of-menopause>
11. Sursa foto: The History of Menopause: Ageless Restoration: Alternative Medicine (<https://www.balancehormoneoklahoma.com/blog/the-history-of-menopause>)



Noutăți în prevenția, screening-ul și tratamentul cancerului

Timp aprox. de lectură: 6 minute

Într-un studiu publicat recent în *Journal of American Medicine Association* din SUA, experții de la Universitatea din California din San Francisco au analizat **dovezi convingătoare pentru două clase de medicamente prescrise în mod normal după tratamentul cancerului de sân care pot ajuta, de asemenea, la prevenirea cancerului la**

unele femei care nu sunt încă afectate de această boală. O primă clasă este formată din două medicamente, tamoxifen și raloxifen, care inhibă acțiunea estrogenului în țesuturile relevante pentru cancerul de sân. Cealaltă este formată din trei inhibitori de aromatază, anastrozol, exemestan și letrozol, care reduc nivelul de estrogen circulant care ar putea stimula creșterea cancerelor mamare sensibile la estrogeni.

Alegerea medicației ar trebui să fie ghidată de caracteristicile individuale ale pacientei, inclusiv factori precum starea de menopauză sau nu, prezența unei histerectomii anterioare sau a unor comorbidități, deși această abordare nu a fost evaluată și validată în studii clinice riguroase. Tamoxifenul este singurul medicament care a fost studiat și aprobat pentru utilizare la femeile aflate în premenopauză. La femeile aflate în postmenopauză, tamoxifenul sau raloxifenul sunt opțiuni de primă linie. Raloxifenul este asociat cu rate mai mici de efecte nocive semnificative, dar tamoxifenul are dovezi mai puternice de beneficii pe termen lung și poate fi preferat la femeile care au suferit o histerectomie, deoarece nu mai prezintă risc de cancer endometrial. O altă clasă de medicamente ce poate fi folosită pentru prevenirea cancerului de sân este cea a inhibitorilor de aromatază, care sunt utilizate pentru tratamentul endocrin la femeile aflate în postmenopauză, oprind producția de estrogen. Cercetări recente arată că medicii pot recomanda administrarea acestor inhibitori în cazul femeilor aflate la postmenopauză cu risc ridicat de tromboembolism venos care nu prezintă un risc ridicat de osteoporoză.

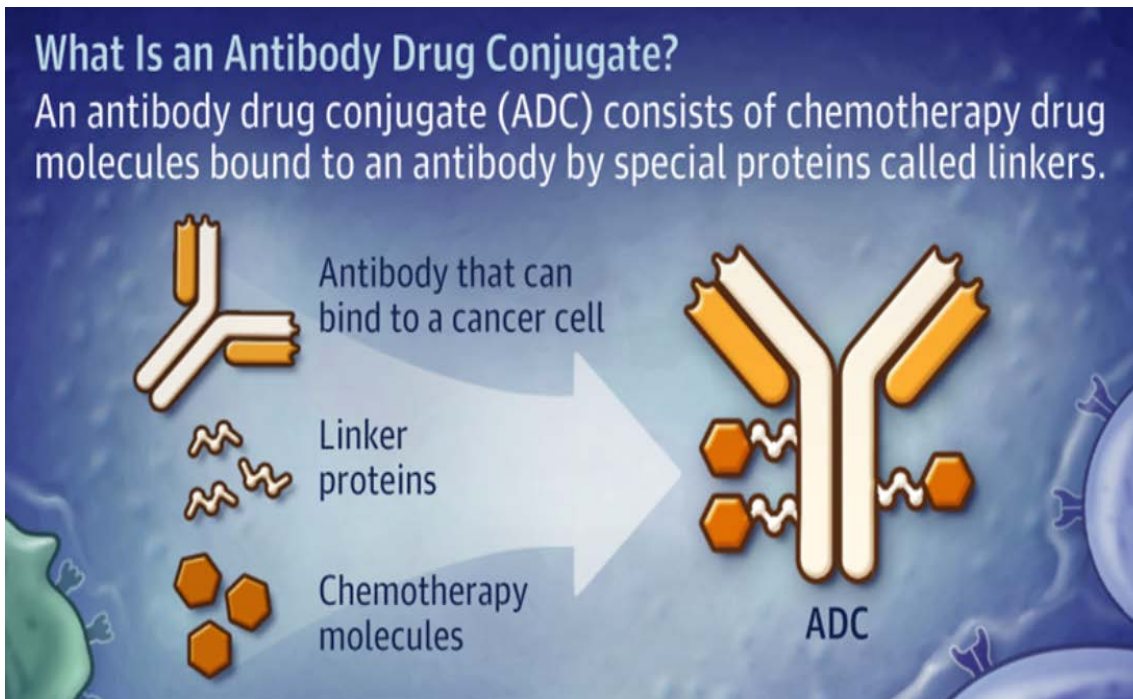
Durata recomandată a tratamentului este de 5 ani. Femeile care iau medicamente pentru reducerea riscului trebuie să continue screening-ul pentru cancerul de sân bazat pe ghiduri. Este important de menționat că medicamentele de reducere a riscului nu scad incidența cancerelor mamare negative pentru receptorii de estrogen. Pentru femeile care iau inhibitori de aromatază, medicii ar putea lua în considerare obținerea unei măsurători de bază a densității osoase, urmată de o supraveghere periodică.

Integrarea modelelor de risc pentru cancerul de sân în fișa medicală electronică ar putea permite evaluarea sistemică a riscului și ar facilita identificarea candidaților pentru tratamentele de reducere a riscului de cancer de sân. Variantele genetice îmbunătățesc performanța modelelor de risc de cancer mamar și pot contribui la rafinarea procesului de luare a deciziilor clinice. Modificările markerilor intermediari de risc, cum ar fi densitatea sânului, pot identifica femeile care nu răspund la tratament și care ar trebui să întrerupă tratamentul. Se lucrează activ la identificarea altor medicamente care reduc riscul, cu beneficii mai mari și mai puține efecte nocive.

Dacă o femeie ar putea lua în considerare astfel de medicamente depinde în parte de măsurile legate de stilul de viață și de istoricul medical. Deși unele femei ar putea alege să ignore dovezile existente și să continue să facă ceea ce le place, indiferent de riscul asociat, experții spun că femeile ar trebui să fie cel puțin capabile să își evalueze comportamentele care duc la un risc crescut de cancer de sân (precum fumatul, consumul de alcool, greutatea corporală crescută, activitatea fizică). Deciziile lor ar trebui să ia în considerare, de asemenea, istoricul personal de sănătate și afecțiunile care se întâlnesc în familiile lor, la care și ele ar putea fi predispuse.

Astfel, pe de altă parte, consumul moderat de alcool, și în special de vin, este asociat cu un risc cardiovascular redus, așa că, dacă în familia dumneavoastră bolile de inimă sunt mai importante decât cancerul, puteți decide să beți acel pahar de vin zilnic. Cu toate acestea, în cazul fumatului, nu există niciun beneficiu pentru sănătate, ci doar riscuri - atât pentru sânii dumneavoastră, cât și pentru fiecare organ important și pentru viața dumneavoastră.

Un alt risc modificabil al cancerului de sân este supraponderabilitatea, în special după menopauză, când grăsimea corporală devine principala sursă de hormoni care favorizează cancerul. Vestea bună în acest caz este că cele două măsuri care vă pot ajuta să pierdeți excesul de greutate - o dietă sănătoasă și o activitate fizică regulată - vă protejează, de asemenea, împotriva cancerului de sân și reduc riscul de boli



de inimă.

Apoi, **în zona de tratamente, este bine de știut și că terapia ADC (anticorp-medicamente conjugate) e concepută pentru a ținti anumite celule canceroase și a elibera un medicament toxic în celula canceroasă.**

Această terapie ADC funcționează ca o "bombă inteligentă" îndreptată împotriva celulelor canceroase. Aceste medicamente sunt compuse din 3 părți: un medicament **anticorp** care este specific pentru tipul de cancer vizat, un medicament chimioterapic **citotoxic** și o proteină de **legătură** pentru a ține cele 2 părți împreună. Medicamentul este administrat, de obicei printr-o venă, iar partea de anticorpi a medicamentului țintește proteina specifică celulei canceroase pe care a fost făcută pentru a o găsi. Atunci când anticorpul găsește proteina din exteriorul celulei canceroase, celula atrage medicamentul în interior. Odată ajuns în interiorul celulei, liantul eliberează medicamentul cancerigen toxic direct în interiorul celulei canceroase. Prin direcționarea celulelor canceroase în acest mod, expunerea celulelor sănătoase la medicamentul toxic pentru cancer este redusă.

Primul medicament de acest tip a fost aprobat în 2000 pentru anu-

mite tipuri de leucemie. Acestea acționează ca niște rachete biologice ghidate: o încărcătură de chimioterapie toxică este transportată de anticorpi capabili să atace direct celulele canceroase. Deoarece acestea ocolesc țesutul normal și se îndreaptă direct către țintele lor, le permit pacienților să primească doze mai mari care, altfel, ar provoca prea multe daune colaterale.

Două evoluții explică stocarea frenetică a acestor arme anticancerigene din ultima vreme. Una este creșterea încrederii clinice. Terapia numită Enhertu (sursa 7), o terapie ADC dezvoltată de AstraZeneca și Daiichi Sankyo, o companie japoneză de biotehnologie, a fost aprobat pentru prima dată în America în 2019. Dar, după ce un alt set de studii din 2022 a arătat că a permis pacienților cu cancer de sân să trăiască aproape de două ori mai mult fără recidivă decât cei tratați cu chimioterapie standard, aprobarea sa a fost extinsă la diferite tipuri de cancer de sân și de plămâni. Autoritățile de reglementare au autorizat o duzină de terapii ADC, care sunt acum utilizate în mod obișnuit pentru a trata unele dintre cele mai letale tipuri de cancer, inclusiv leucemia, limfomul și cancerul de sân.

În prezent, peste 140 de noi terapii ADC sunt în curs de testare clinică. Bristol Myers Squibb și Sanofi au toate terapii în stadii avansate de testare. AstraZeneca și Merck au format fiecare câte un joint-venture cu firme de biotehnologie din China, pentru a profita de regulile mai relaxate ale autorităților de reglementare chineze în ceea ce privește testele în stadii incipiente, ceea ce contribuie la accelerarea dezvoltării medicamentelor. Susan Galbraith, care supervizează cercetarea și dezvoltarea în domeniul oncologiei la AstraZeneca, spune că termenele de testare a medicamentelor în China au fost reduse semnificativ în ultimul deceniu.

Succesul clinic a sporit, la rândul său, încrederea comercială. Vânzările de Enhertu au depășit 1,2 miliarde de dolari în 2022. Veniturile din Trodelvy, un medicament similar aprobat pentru cancerul de sân avansat și vândut de Gilead Sciences, au crescut cu 79% anul trecut, la 680 milioane de dolari. Kadcyla a adus 1,1 miliarde de dolari pen-

tru dezvoltatorul său elvețian, Roche, în prima jumătate a acestui an. Evaluate, un furnizor de date privind îngrijirea sănătății, preconizează că vânzările de terapii ADC ar putea ajunge la aproape 30 de miliarde de dolari până în 2028, în creștere de la aproximativ 7,5 miliarde de dolari anul trecut.

Unele dintre aceste pariuri ar putea da greș. Nu este clar cât de bine vor funcționa medicamentele în combinație cu altele, cum ar fi imunoterapiile. De asemenea, acestea sunt complexe de realizat. Orice acord care implică parteneri chinezi ar putea fi destrămat dacă tensiunile dintre aceștia și partnerii occidentali se intensifică. Deocamdată, însă, terapiile ADC reprezintă o cursă globală a “înarmării” care merită încurajată.

Dincolo de tratament, **progresele în domeniul inteligenței artificiale încep să aducă rezultate în depistarea cancerului de sân, prin detectarea semnelor care le pot scăpa medicilor.** Până în prezent, tehnologia arată o capacitate impresionantă de a detecta cancerul, cel puțin la fel de bine ca radiologii umani, conform primelor rezultate și radiologilor, în ceea ce reprezintă unul dintre cele mai tangibile semne de până acum despre modul în care inteligența artificială poate îmbunătăți sănătatea publică.

Inteligența artificială ar trebui să ajute medicii. Pentru a-și antrena sistemele de inteligență artificială, aceștia au colectat peste cinci milioane de mamografii istorice ale unor pacienți ale căror diagnostice erau deja cunoscute, furnizate de clinici din Ungaria și Argentina, precum și de instituții academice, cum ar fi Universitatea Emory. Compania, care are sediul la Londra, plătește, de asemenea, 12 radiologi pentru a eticheta imaginile cu ajutorul unui software special care învață inteligența artificială să identifice o excrescență canceroasă după formă, densitate, localizare și alți factori.

Din milioanele de cazuri cu care este alimentat sistemul, tehnologia creează o reprezentare matematică a mamografiilor normale și a celor cu cancer. Având capacitatea de a examina fiecare imagine într-un mod mai granular decât ochiul uman, sistemul compară apoi

această bază de referință pentru a găsi anomalii în fiecare mamografie.

Institutul Național al Cancerului a estimat că aproximativ 20 % dintre cancerule de sân sunt ratate în timpul mamografiilor de screening. În acest context, clinicile și spitalele din Statele Unite, Marea Britanie și Uniunea Europeană încep, de asemenea, să testeze sau să furnizeze date pentru a ajuta la dezvoltarea sistemelor de inteligență artificială.

Serviciul Național de Sănătate din Scoția îl va utiliza ca cititor suplimentar de mamografii în șase locații, iar până la sfârșitul anului va fi prezent în aproximativ 30 de locații de screening pentru cancerul de sân operate de Serviciul Național de Sănătate din Anglia. Spitalul Universitar Oulu din Finlanda intenționează să folosească și el această tehnologie, iar un autobuz va călători în Oman în acest an pentru a efectua teste de depistare a cancerului de sân cu ajutorul inteligenței artificiale.

Dincolo de parte plină a paharului, utilizarea pe scară largă a tehnologiei de detectare a cancerului se confruntă încă cu multe obstacole, au declarat medicii și dezvoltatorii de inteligență artificială. Sunt necesare teste clinice suplimentare, înainte ca sistemele să poată fi adoptate pe scară mai largă ca un al doilea sau al treilea cititor automatizat al testelor de depistare a cancerului de sân, dincolo de numărul limitat de locuri care folosesc în prezent această tehnologie. De asemenea, instrumentul trebuie să demonstreze că poate produce rezultate precise pe femei de toate vârstele, etniile și tipurile de corp. Iar tehnologia trebuie să demonstreze că poate recunoaște forme mai complexe de cancer de sân și să reducă numărul de rezultate fals pozitive care nu sunt canceroase, au declarat radiologii.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2768451>
2. Sursa foto 2: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2751878>
3. Big pharma can't get enough of one class of cancer drugs (<https://www.economist.com/business/2023/09/21/big-pharma-cant-get-enough-of-one-class-of-cancer-drugs>)
4. <https://www.nytimes.com/2020/08/24/well/live/breast-cancer-prevention.html?smid=nytcore-ios-share>
5. Breast Cancer Risk and Prevention: What 40-Somethings Should Know - The New York Times (<https://www.nytimes.com/2023/05/18/well/live/breast-cancer-risk-prevention.html>)
6. <https://www.nytimes.com/2023/03/05/technology/artificial-intelligence-breast-cancer-detection.html>
7. <https://www.agerpres.ro/ots/2023/01/30/enhertu-a-fost-aprobat-in-uniunea-europeana-ue-fiind-prima-terapie-anti-her2-dedicata-pacientilor-cu-cancer-mamar-metastatic-cu-expresie-her2-redusa-649355>

Impactul turelor de noapte asupra somnului la personalul medical din Institutul Național de Pneumologie Marius Nasta București

Autori: Claudina Dănilă¹, Aida Andreea Fănică², Florin Dumitru Mihălțan³

1. Asistent medical principal licențiat, asistent șef secția Pneumologie III, Institutul de Pneumologie Marius Nasta, București, România, Președintele Departamentului Membrilor Asociați din Societatea Română de Pneumologie (SRP)

2. Medic rezident pneumolog, secția Pneumologie III, Institutul de Pneumologie Marius Nasta, doctorand în domeniul Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București, România

3. Academician, profesor universitar, medic primar pneumolog, doctor în științe medicale, șef secția Pneumologie III, Institutul de Pneumologie Marius Nasta, Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București, România

INTRODUCERE

Somnul reprezintă o stare fiziologică, periodică și reversibilă de suprimare parțială și temporară a sensibilității și funcțiilor conștiente de relație ale organismului cu păstrarea celor vegetative determinând genetic nevoia de repaus și refacere a rezervelor metabolice și energetice necesare diverselor zone de activitate nervoasă. Somnul reprezintă una din particularitățile bioritmicității proceselor fiziologice

care asigură alternanța nictemerală veghe – somn cu durată variabilă în funcție de specie, vârstă, factori de ambianță și starea normală sau patologică a organismului, nefiind un proces pasiv al conștientiei, ci unul activ și complex [1]. Ritmul circadian, vital pentru o viață normală trebuie respectat. Tulburările somnului sunt generate de viața modernă și pot induce o întreagă patologie căreia îi plătește tribut omul modern în diferite variante.

MATERIAL ȘI METODĂ

Calitatea somnului la personalul medical este deosebit de importantă la nivel global, având în vedere faptul că munca în ture de noapte și în schimburi neregulate poate avea un impact semnificativ asupra sănătății și siguranței lucrătorilor, precum și asupra calității îngrijirilor acordate pacienților [2]. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, munca în ture de noapte și alte forme de lucru neregulat este asociată cu un risc crescut de boli cardiovasculare, diabet zaharat, obezitate, tulburări digestive, tulburări psihiatrice și alte afecțiuni. De asemenea, pot fi afectate și alte aspecte ale sănătății, cum ar fi sistemul imunitar, funcțiile cognitive și performanța generală la locul de muncă. “Directive 2003/88/EC concerning certain aspects of the organisation of Working Time,, privind munca în ture a Uniunii Europene [3,4] are drept scop protejarea sănătății și siguranței lucrătorilor care activează în ture de noapte sau în schimburi regulate. Directiva subliniază importanța acordării unei atenții speciale aspectelor legate de sănătatea lucrătorilor, inclusiv somnului și odihnei și recomandă angajatorilor să acorde atenție acestor aspecte și să ia măsuri pentru a le îmbunătăți.

Plecând de la aceste premise am realizat un studiu descriptiv transversal pe un lot de 165 de participanți din rândul personalului medical, alcătuit din medici, asistenți medicali, infirmiere/îngrijitoare și brancardieri din Institutul de Pneumologie „Marius Nasta” din București, care au efectuat ture de noapte, în perioada 09.03-31.03.2023. Stu-

diul a fost demarat în scopuri descriptive, urmărind modificările somnului apărute post pandemie și modul în care acestea afectează personalul care efectuează ture de noapte [5].

Personalul medical din Institutul de Pneumologie „Marius Nasta” din București a fost în prima linie în lupta cu pandemia Covid-19 cu un parcurs îndelungat (2 ani și jumătate) și solicitant din punct de vedere fizic, mental și psiho-emoțional. Am ținut cont de momentul pandemic deoarece se știe că această pandemie de COVID-19 a condus la punerea unei întrebări, aparent simple, “Situția actuală ne afectează funcția cognitivă? Ne aflăm în burnout?” Salvarea pacienților a fost principala preocupare, necontând orele petrecute în spital, condițiile de muncă în echipamentul de protecție, stresul continuu sau numeroasele schimbări apărute în rutina zilnică, situație care a adus o bulversare suplimentară a orelor de masă și orelor de somn. Volumul mare de muncă, numărul crescut de pacienți, gravitatea cazurilor, decesele numeroase și impactul acestora, lipsa timpului liber, orele suplimentare și instalarea unor semne de epuizare au condus la ideea că personalul medical poate avea și funcția cognitivă afectată.

Populația țintă a studiului este reprezentată de personalul medical și de îngrijire din Institutul de Pneumologie „Marius Nasta” București, peste 18 ani, care efectuează ture de noapte, indiferent de vârstă, sex, vechime în muncă, status fumător/nefumător, vaccinat/nevaccinat, sănătos sau cu probleme de sănătate.

Populația studiată a acceptat să completeze un chestionar, în mod anonim, conceput în Google Forms cu 50 de întrebări și distribuit în mediul online, în grupurile interne de socializare [6]. Au predominat asistentele în lotul studiat, deoarece ele reprezintă grupul majoritar din spital.

Analiza statistică a fost efectuată folosind IBM SPSS Statistics 25, iar pentru ilustrare a fost utilizat Microsoft Office Excel/Word 2021. Variabilele cantitative au fost testate pentru distribuție folosind testul Shapiro-Wilk și au fost exprimate sub formă de medii cu deviații

standard sau mediane cu intervale interpercentile. Variabilele cantitative măsurate între intervale perechi (orele de trezire/culcare) cu distribuție non-parametrică au fost testate folosind testul Wilcoxon. Variabilele calitative au fost exprimate sub formă absolută sau ca procent, urmând a fi testate între intervale perechi folosind testul McNemar.

Considerăm că, lucrarea de față poate fi utilă prin informațiile care pot fi folosite ca un prim pas al unui studiu de cercetare de tip longitudinal [6,7]. Elementele colectate au fost de un real folos deoarece au adus informații legate de calitatea somnului, afecțiuni preexistente, nivelul de stres, stilul de viață, factorii de risc, sănătatea fizică și mentală, comportamentele și relațiile profesionale/familiale, precum și informații despre performanța cognitivă etc. [8].

REZULTATE

Au fost înscriși 165 participanți în cadrul studiului dintre care 18 persoane de sex masculin (10.9%) și 147 persoane de sex feminin (89.1%). Vârstele participanților au fost cuprinse în intervale de vârstă: vârsta: 25-30 ani (24 persoane); 30-35 ani (14 persoane); 35-45 ani (27 persoane); 45-50 ani (47 persoane); 50-55 ani (41 persoane); 55-60 ani (11 persoane); >60 ani (1 persoana). A predominat sexul feminin 147 (89%) din 165 de participanți și grupa de vârstă 45-50 de ani – 28.5 %. Distribuția pe grad de pregătire al participanților a fost următoarea: asistente medicale – 85 persoane (51,5%), medici – 47 persoane (28,5%), infirmiera/îngrijitoare - 33 (20%). Pe ansamblul lotului studiat majoritatea lucrau în acel moment în ture de noapte de cel puțin 3 ani.

Sex	Nr.	Procent
Feminin	147	89.1%
Masculin	18	10.9%

Vârstă	Nr.	Procent
25-30 ani	24	14.5%
30-35 ani	14	8.5%
35-45 ani	27	16.4%
45-50 ani	47	28.5%
50-55 ani	41	24.8%
55-60 ani	11	6.7%
>60 ani	1	0.6%

Timp lucrat – ture noapte	Nr.	Procent
1-3 ani	30	18.2%
3-5 ani	11	6.7%
5-10 ani	18	10.9%
10-15 ani	29	17.6%
15-20 ani	20	12.1%
20-25 ani	24	14.5%
25-30 ani	26	15.8%
30-35 ani	7	4.2%

Tabel I. Distribuția participanților raportată la datele demografice ale acestora

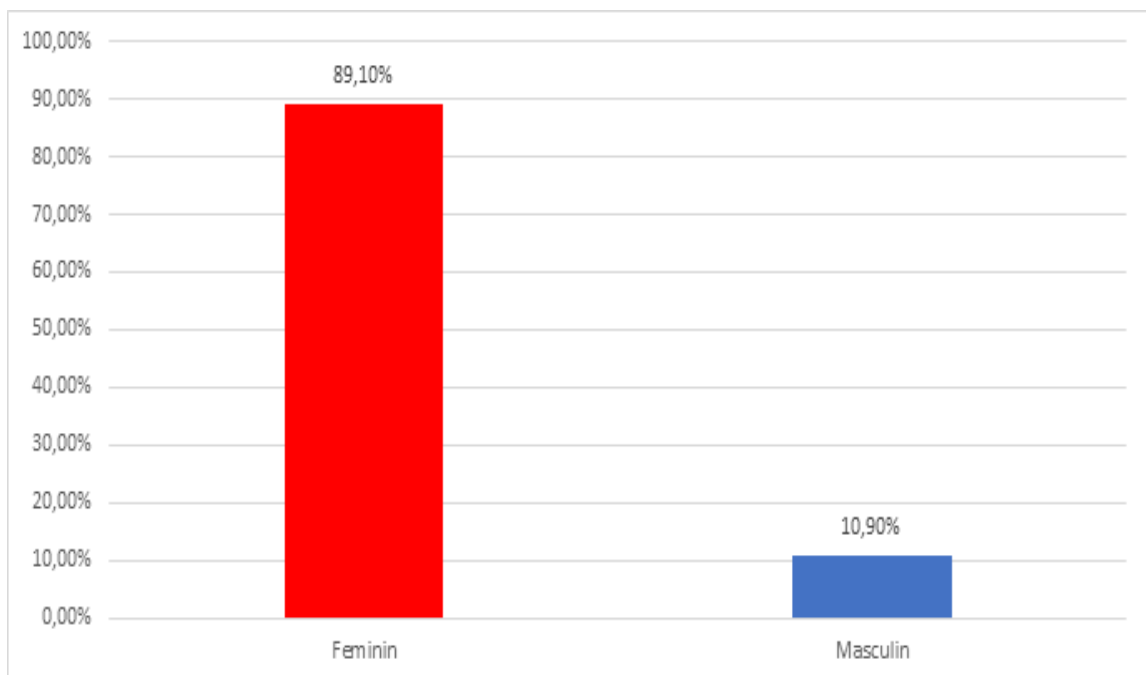


Figura 1. Distribuția participanților raportată la sex

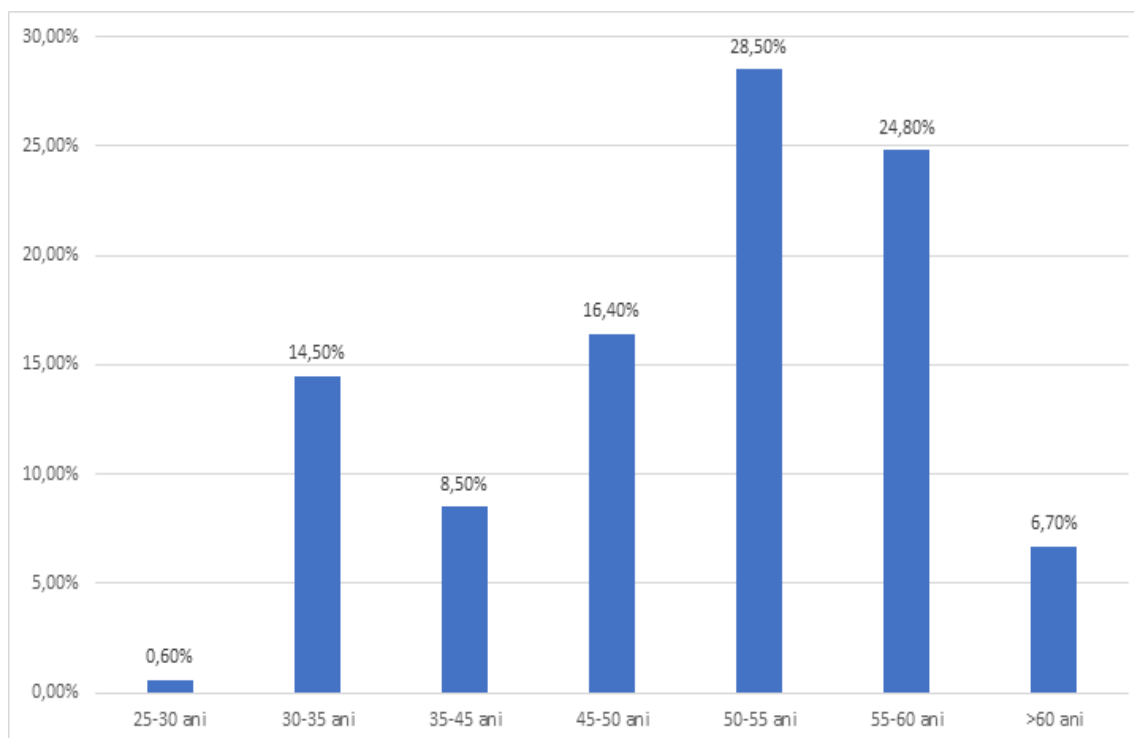


Figura 2. Distribuția participanților raportată la categoria de vârstă

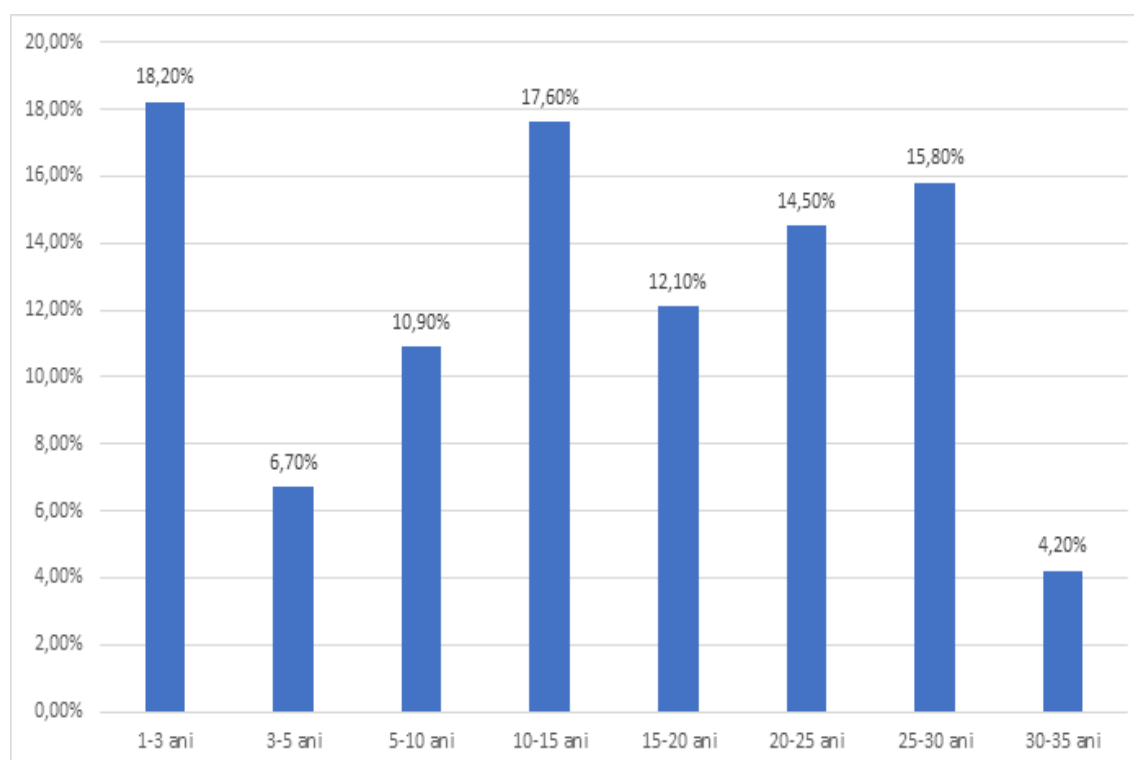


Figura 3. Distribuția participanților raportată la timpul lucrat în ture de noapte

În privința comportamentului igienico-dietetic pe parcursul pandemiei au fost semnalate dezechilibre în alimentație (mâncat excesiv/ scădere apetit) pentru o treime din participanți, abuz de cafea și energizante în tura de noapte pentru 89 % dintre participanți. O privire a impactului pandemiei din punctul de vedere al numărului de țigări fumate demonstrează că în perioada pre-pandemică, 21.80% fumau între 10-20 de țigări pe zi, iar ulterior, pe parcursul pandemiei și post pandemie se constată că numărul țigărilor consumate este cu 50% mai mare. Doar 14,50% au raportat sevrajul tabagic. Se constată un trend ascendent al consumului de țigări intra și post perioada de pandemie. Consumul crescut de țigări reprezintă un semnal și o caracteristică a impactului stresului posttraumatic și al burnout-ului asupra personalului.

Nr. Țigări	Nr.	Procent
Nu mai fumez	9	14.5%
Mai puține	22	35.5%
Mai multe	31	50%

Tabel II. Distribuția participanților care fumau înainte de pandemie raportată la numărul de țigări fumate pe zi după pandemie

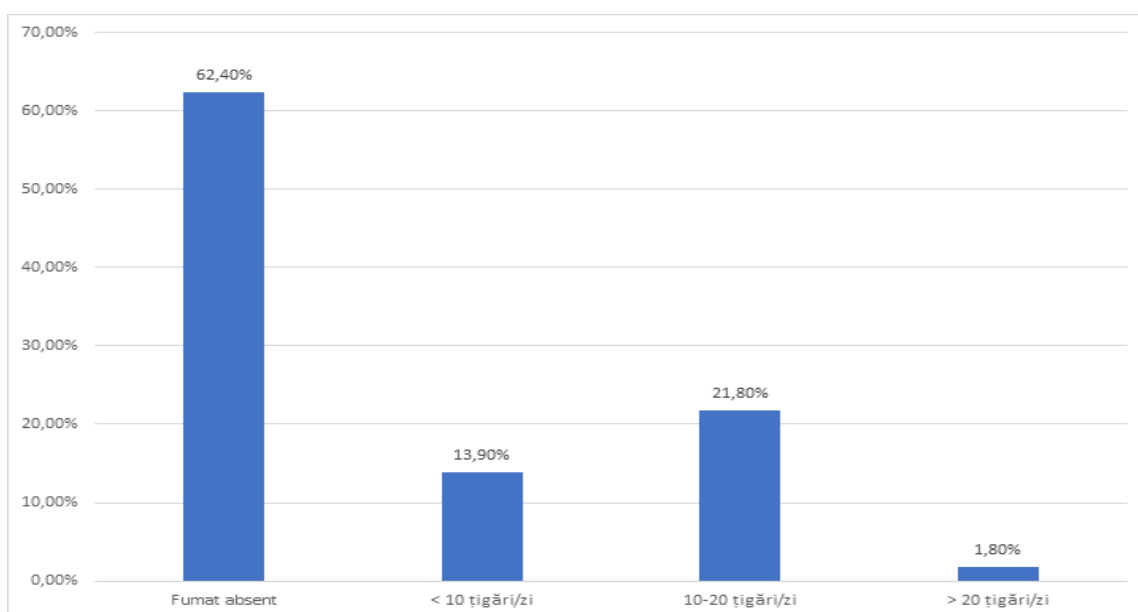


Figura 4. Distribuția participanților raportată la numărul de țigări fumate pe zi înainte de pandemie

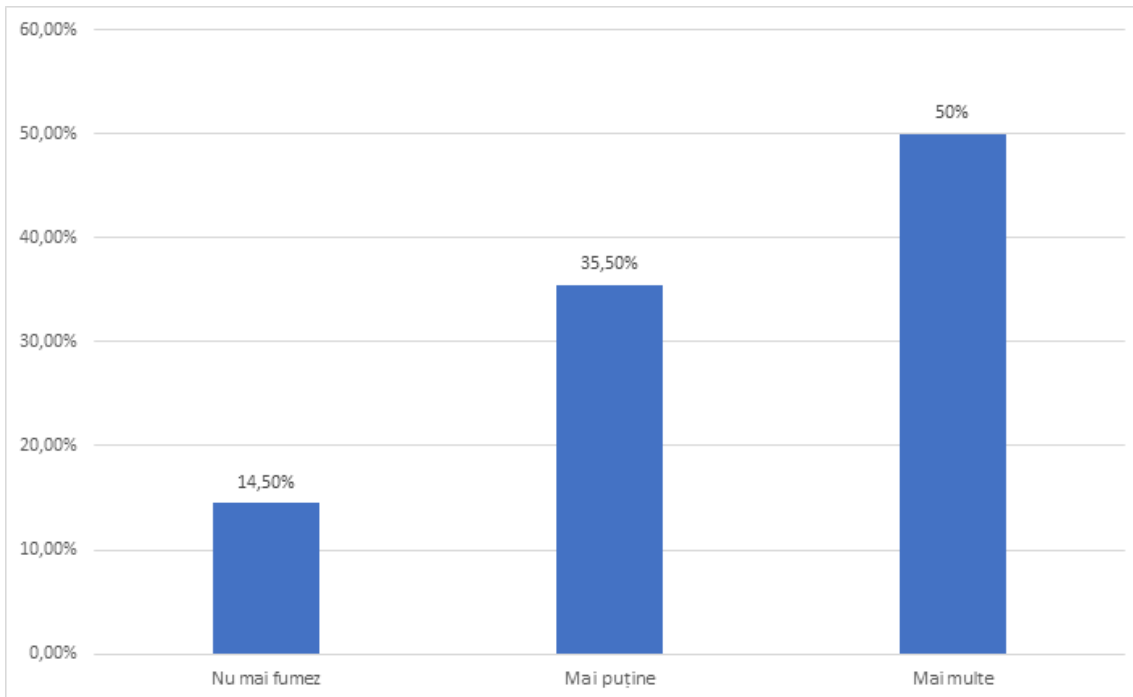


Figura 5. Distribuția participanților raportată la numărul de țigări fumate pe zi după pandemie

Legat de starea de sănătate, din numărul total de participanți, 17,5% erau cunoscuți cu boli cardiovasculare, 8% cu boli digestive și 4,8% cu boli pulmonare. Doar 45% din participanți își controlau lunar tensiunea arterială, iar 40% controlau anual glicemia.

Am încercat să observăm impactul turei de noapte asupra activităților cotidiene sau relațiilor cu cei din jur. 46% au afirmat că munca de noapte influențează mult sau foarte mult activitățile cotidiene și relațiile cu cei din jur. În același timp, 40% dintre participanți au recunoscut că le afectează puțin, dar am remarcat că aceste consecințe asupra relațiilor interumane sunt evidente pentru majoritatea participanților la studiu. Cu toate acestea, 41% preferă în continuare munca de noapte și restul de 59% ar trece doar la ture de 8 ore diurne. Motivația pentru agrearea programului de noapte a fost pentru 30% latura pecuniară, iar pentru 26% timpul disponibil post tură. Printre activitățile pe care participanții le fac pentru a se îmbunătăți calitatea somnului se numără folosirea regulilor de igiena somnului - 24.20%; plimbările în aer liber – 37.6%, exercițiile fizice

18.2%, dieta echilibrată 16.4% (Figura 6). Un procent de 1.8% nu a luat nici un fel de măsuri preventive al tulburărilor induse de turele de noapte. Se observă că foarte puțini aplică combinat toate aceste mijloace de prevenție al impactului turelor de noapte și regulile de igiena somnului nu sunt aplicate decât de aproape ¼ dintre aceștia.

Măsură – Somn	Nr.	Procent (Total)
Echilibru între munca și viața personală	90	54.40%
Plimbări în aer liber	62	37.60%
Igiena somnului	40	24.20%
Exerciții fizice	30	18.20%
Dietă echilibrată	27	16.40%
Nu au luat măsuri	3	1.80%
Grădinărit	1	0.60%
Somnifere	1	0.60%

Tabel III. Distribuția participanților raportată la măsurile efectuate pentru îmbunătățirea somnului după tura de noapte

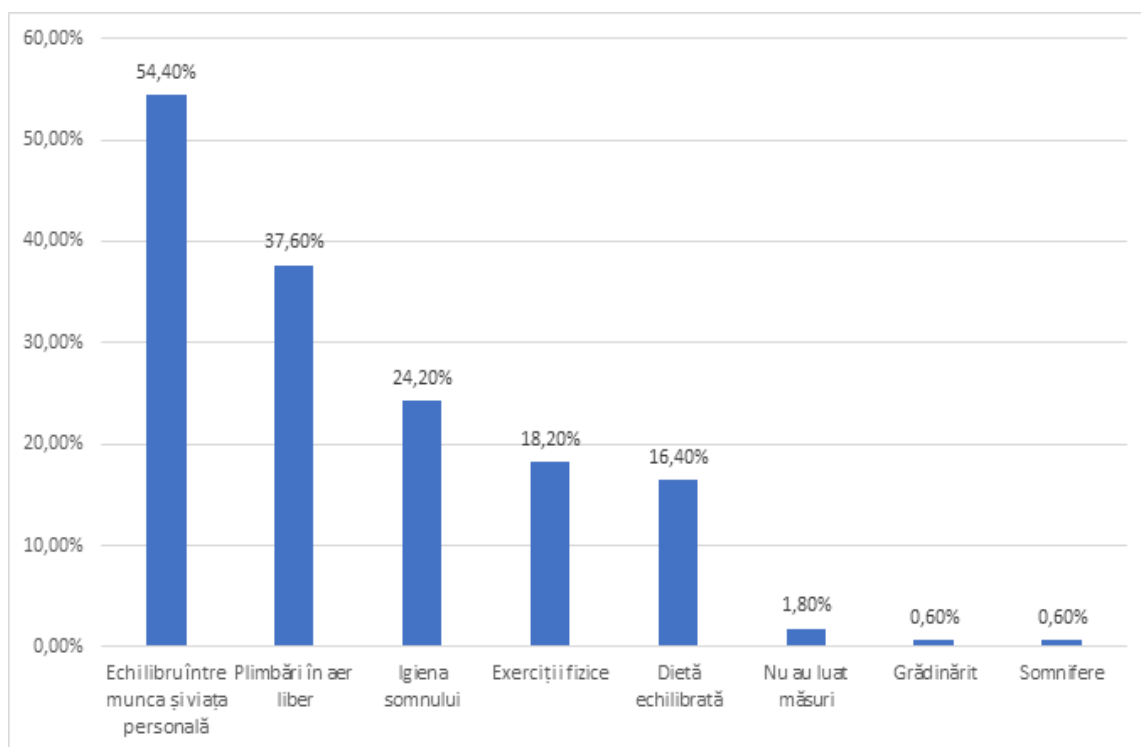


Figura 6. Distribuția participanților raportată la măsurile efectuate pentru îmbunătățirea somnului după tura de noapte

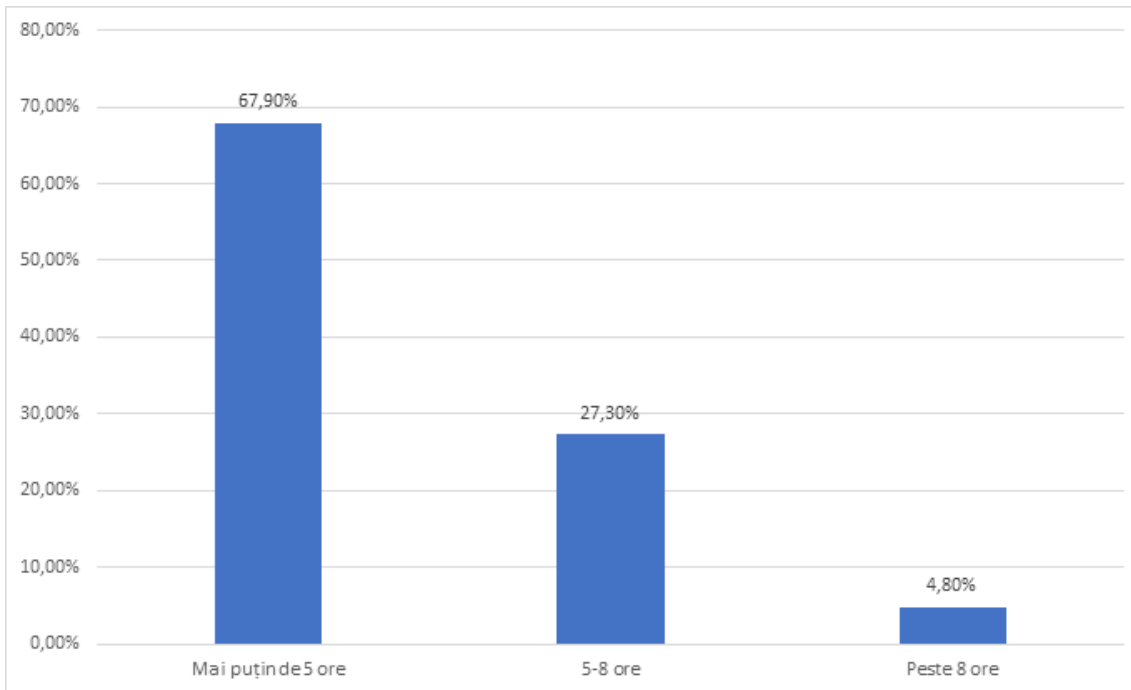


Figura 7. Distribuția participanților raportată la orele dormite ziua după tura de noapte

Din investigarea importanței somnului la acest eșantion de persoane care a trecut prin perioada pandemică, câteva elemente s-au dovedit a fi influențate de efectele pandemiei. Astfel, deși 96% consideră ca somnul este foarte important pentru refacerea organismului, 67.9% dorm ziua mai puțin de 5 ore post tură și doar 4.8% peste 8 ore (Figura 7). Recuperarea prin somn diurn rămâne astfel deficitară a doua zi după tură.

Din totalul participanților, doar 15% dorm înainte de a intra în tură, în timp ce 37% nu dorm deloc.

Nedormitul înainte de tura de noapte ca și recuperarea insuficientă post tură sunt recunoscute ca elemente legate de stresul patologiei de tură și pot induce ulterior greșeli în cursul activităților diurne sau nocturne. 36% dintre persoanele intervievate se odihnesc mai puțin de 30 de minute înainte de tura de noapte, iar un procent de 7,5% dorm peste 2 ore înainte de a intra în tură. Durata somnului înainte de tură este discutabilă, având în vedere multiplele recomandări legate de siestă ca durată. Somnul de zi nu este considerat echivalent

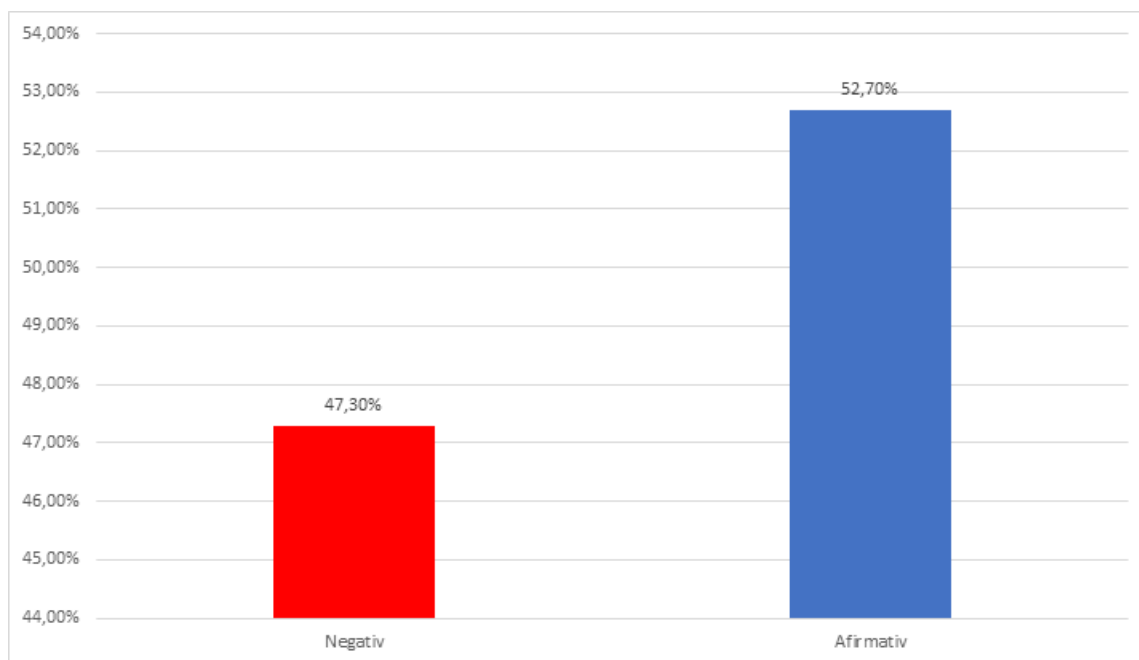


Figura 8. Distribuția participanților față de răspunsul la întrebarea: „Considerați că 15-20 de minute de somn la intervale de 2-4 ore de activitate, v-ar ajuta pe parcursul turei de noapte?”

cu somnul de noapte, așa cum afirmă 94% dintre participanții la studiu. Această convingere a participanților la cercetare reconfirmă faptul că se creează un ciclu vicios în privința deficitului cronic de somn în perioada de pandemie. De asemenea 71% nu-l consideră odihnitor. În schimb pe parcursul turei de noapte, o pauză de somn de 15-20 de minute la interval de 2-4 ore de activitate este utilă după părerea a 52,7% % din participanți (Figura 8).

Dacă înainte de pandemie 7,9% foloseau uneori sau frecvent somnifere, după pandemie procentul acestora a crescut la 15,8%.

Încercând să investigăm și alte consecințe ale turelor de noapte și ale pandemiei am observat că din cauza lipsei de somn, a somnului insuficient, prelungit sau de proastă calitate 31,5% au avut conflicte în interiorul echipei medicale, în principal din cauza alterării calității somnului. Starea de nervozitate a fost un alt factor înregistrat și raportat în perioada post-pandemie. La capitolul cunoștințe legate de problemele și patologia indusă de tura de noapte doar 24% din cei

intervievați fac o legătură cu posibilitatea afectării stării de sănătate. Sigur că un factor supraadăugat la patologia turelor de noapte a fost prezența și implicarea în actul medical în perioada pandemiei Covid 19.

Dintre cei 165 participanți la studiu care au fost analizați, pe perioada pandemiei au îngrijit direct pacienți cu infecția SARSCOV 2 doar 128 (77,6%). Am încercat să vedem cum a afectat pandemia somnul echipelor medicale. În Figura 9 se vede că și înainte de pandemie 20.60% dormeau insuficient.

Au existat și alte consecințe ale pandemiei asupra somnului pe care am încercat să le evaluăm prin chestionarele aplicate, cum ar fi ora de trezire înainte și post pandemie (tabelul IV - figura 10), dar și ora de culcare înainte și post pandemie (tabelul V – figura 11).

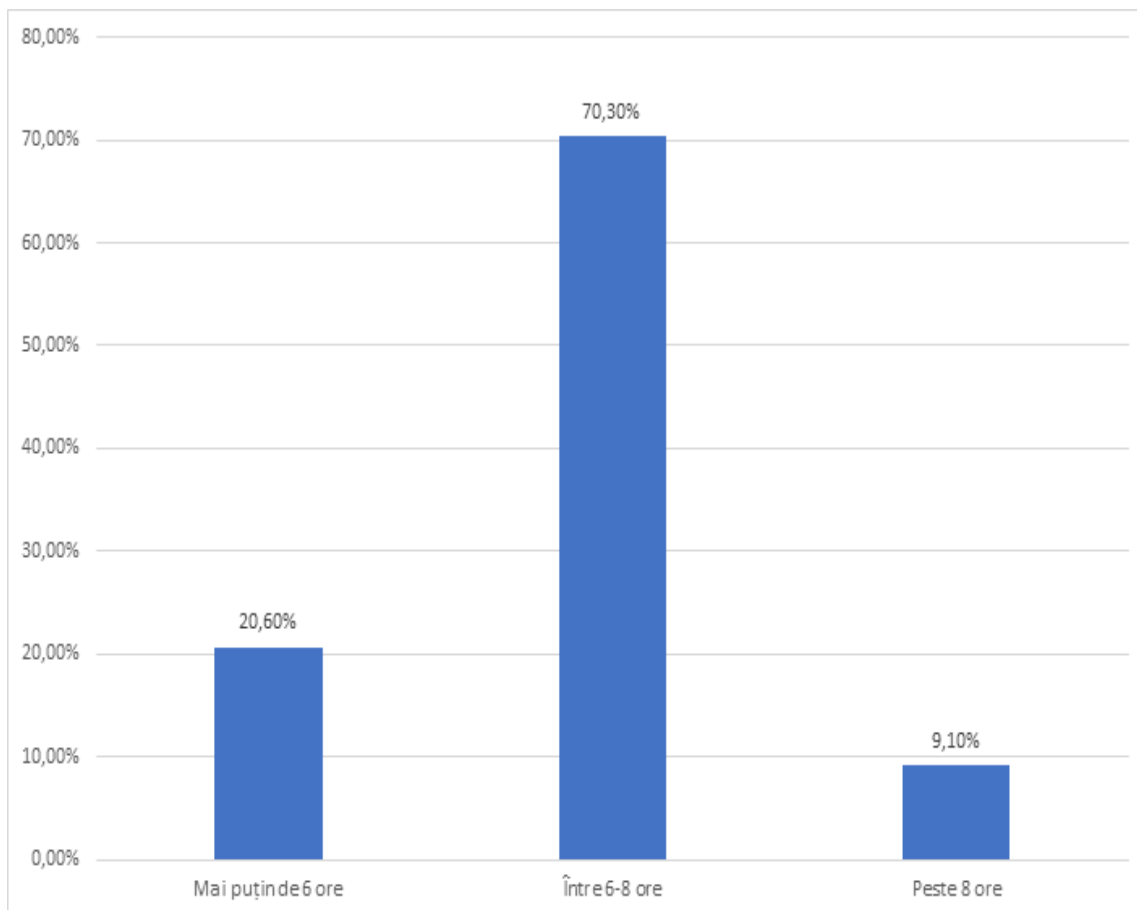


Figura 9. Distribuția participanților raportată la orele alocate pentru somnul de noapte înainte de pandemie

Parametru	Medie $\pm$ SD	Mediană (IQR)	p*
Oră-Trezire-Înainte ($p < 0.001^{**}$)	6.38 ± 1.31	6 (5.45-7)	<0.001
Oră-Trezire-După ($p < 0.001^{**}$)	6.07 ± 1.31	6 (5-6.75)	
Diferență	0.31 ± 1.01	0 (0-0.675)	-

*Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test, **Shapiro-Wilk Test

Tabel IV. Comparația orei de trezire înainte și după pandemie

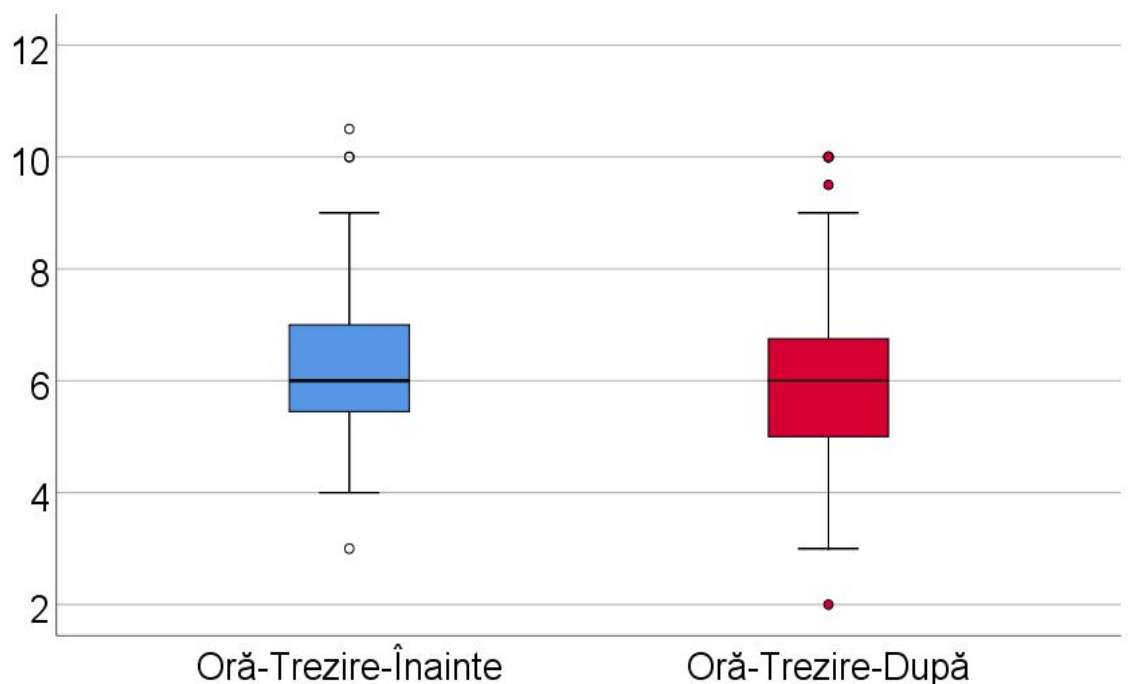


Figura 10. Comparația orei de trezire înainte și după pandemie

Parametru	Medie $\pm$ SD	Mediană (IQR)	p*
Oră-Culcare-Înainte ($p < 0.001^{**}$)	22.75 ± 0.88	23 (22-23)	0.732
Oră-Culcare-După ($p < 0.001^{**}$)	22.71 ± 1.02	23 (22-23.5)	

*Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test, **Shapiro-Wilk Test

Tabel V. Comparația orei de culcare înainte și după pandemie

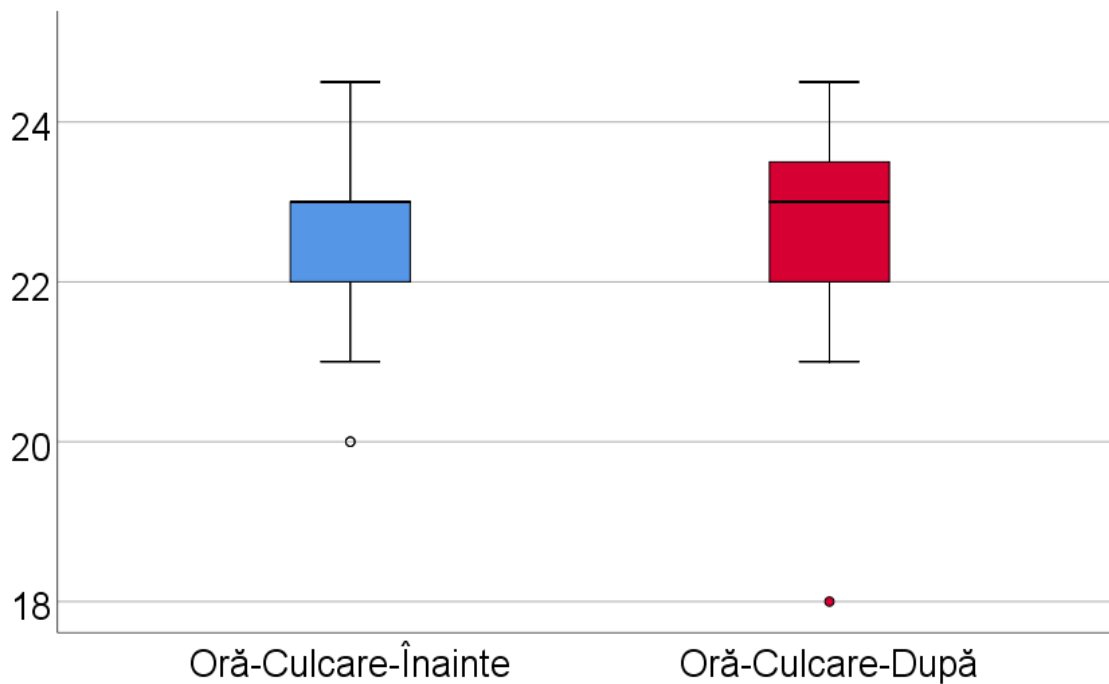


Figura 11. Comparația orei de culcare înainte și după pandemie

Se observă că participanții s-au trezit semnificativ mai devreme după pandemie și s-au culcat la aproximativ aceeași oră, ora mediana fiind de ora 23.

O analiză a tipurilor de tulburări de somn demonstrează prezența unei patologii bogate de tură: insomnie (19.4%), somn fragmentat (59.4%), coșmaruri (3%) și somnolență diurnă (17.6%); toate aceste consecințe putând fi atribuite impactului turelor de noapte în contextul pandemiei. O altă consecință post pandemică raportată de pacienți a fost legată de modificările de comportament de tipul: nervozitate 35.1% , anxietate 30.3%, iritabilitate 23%, depresie 10.9%. Modificările de comportament sunt explicite și achiziționate pe perioada lungă de pandemie. Și funcția cognitivă a avut de suferit după pandemie: 35.1% au afirmat că au o concentrare mai slabă; 21.2% memorie mai slabă; 15.7% fuga de idei; 11.5% au afirmat scăderea performanțelor profesionale și doar 15.1% nu au observat modificări la nivelul funcției cognitive. La capitolul afectare din punct de vedere psihic și aici am regăsit pentru 24.9% un impact major și pentru

30.9% un impact într-o mică măsură; în fapt aceste procente sunt un impact cumulat al muncii în ture cu cel al pandemiei.

Într-o altă dimensiune a problemelor familiale induse de pandemie un procent de 13.3% au avut probleme majore, iar 20% au considerat că uneori aceste relații au fost în suferință. În privința activității profesionale și al problemelor apărute pe fondul pandemiei și aici aproape jumătate (49.7%) au raportat astfel de probleme generate pe parcursul pandemiei.

A existat și o întrebare referitoare la o serie de chestionare și teste standard (expl.: HPQ-9; Scala DASS 21 etc.). Doar 13.9% dintre persoanele incluse în studiu (143/165) au declarat că au utilizat chestionare și teste standard pentru a evalua gradul de anxietate, stres și depresie post-pandemie, în timp ce 86.1% nu sunt familiarizate cu aceste instrumente de evaluare. Această constatare sugerează că există o nevoie de a promova și utiliza mai des astfel de teste și instrumente de evaluare în rândul personalului medical în perioadele de pandemie. Aceste instrumente ar putea fi utile în monitorizarea și gestionarea stării de sănătate mintală a personalului medical, oferind concomitent informații importante pentru intervenții și sprijin adecvat. De fapt și răspunsul la o altă întrebare legată de nevoia de consiliere psihologică reconfirmă această idee. În pandemie, 24.3% din lotul studiat de participanți au afirmat că au avut nevoie de consiliere psihologică. Consilierea psihologică este un suport bine cunoscut în gestionarea stresului, anxietății, depresiei și al altor dificultăți emoționale asociate cu pandemia. Este în același timp și rămâne un instrument valoros pentru a ajuta oamenii să facă față provocărilor și să-și refacă echilibrul mintal și emoțional. Dovada o constituie și faptul că 66.7% dintre respondenți au apreciat că au nevoie într-o măsură mai mare sau mică de consiliere psihologică și post pandemie.

Această constatare sugerează că există o deschidere semnificativă către intervenția psihologică și că mulți participanți recunosc beneficiile pe care le-ar putea aduce consilierea în gestionarea efecte-

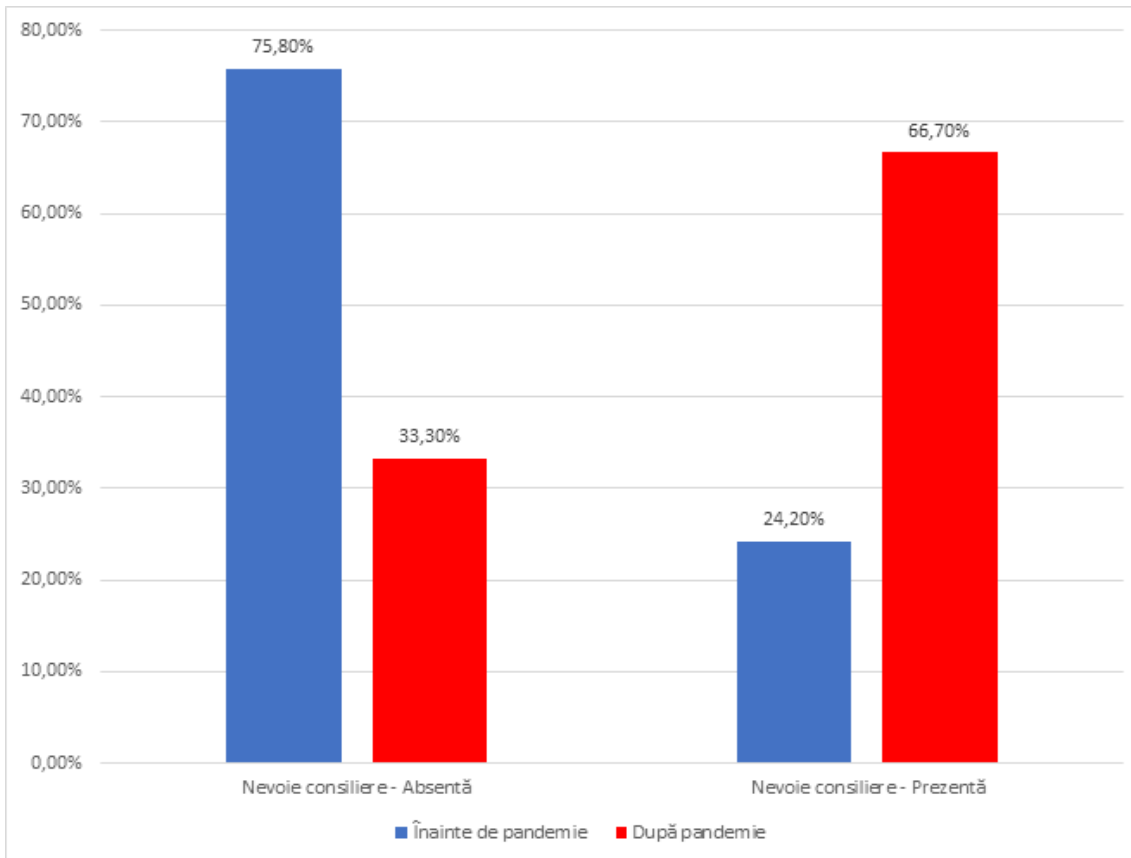


Figura 12. Distribuția participanților raportată la nevoia de consiliere psihologică în timpul și după pandemie

lor pandemiei asupra sănătății mintale și faptul că există o cerere explicită pentru serviciile de consiliere, participanții recunoscând importanța suportului psihologic în depășirea dificultăților post pandemie. Există o presiune a turelor de noapte care se prelungește pe parcursul turei de zi pe care o resimt într-un procent mare 67.2% din personalul medical studiat care semnalează această consecință și stres pe parcursul turei de zi. Stresul poate fi rezultatul multiplelor cerințe și al presiunii asociate cu munca în tura de noapte, cu volumul mare de muncă și cu responsabilitatea pentru sănătatea și siguranța pacienților.

DISCUȚII

Proporția cea mai mare a participanților la studiu a fost reprezentată de asistenții medicali de sex feminin, cu vârste cuprinse între 45-50 de ani, care efectuează ture de noapte de 1-3 ani. Există studii care au evidențiat că sunt diferențe individuale privind impactul turelor de noapte asupra personalului, în funcție de vârstă, sex, vechimea în muncă și factorii individuali [10,11]. Tura de noapte are un impact negativ vizibil asupra personalului medical. Cea mai bună dovadă este studiul Aladin [12] din Franța care a demonstrat că sunt prezente printre consecințe câteva afecțiuni cu o prevalență importantă precum: depresia – 18.9%, anxietatea – 7.6%, insomnia severă – 8.6% și stresul posttraumatic -11.7%. În cazul nostru am întâlnit probleme de insomnie la 19.4%, anxietate 30.3%, depresie 10.9% și stres 67.2% în rândul personalului medical participant la studiu.

Procentul pentru toate aceste consecințe este mult mai mare în cazul eșantionului românesc deoarece acest chestionar a vizat interferența problemelor induse de tura de noapte asociate cu perioada pandemică. Procentul de personal cu insomnie înainte și post pandemie este mare și în alte studii. În Iordania [13] la debutul pandemiei a fost prezent simptomul de insomnie la 52% și s-a menținut în procente mari (49%) și la 1 an. Sănătatea fizică, problemele familiale și personale, sănătatea mintală, precum și tulburările de somn sunt toate amenințate de stresul indus de pandemie. Sigur că sindromul depresiv fluctuează ca o consecință a pandemiei și la asistente, ca și la medici, în funcție de gradul de solicitare. Pentru asistentele de terapie intensivă poate ajunge la scoruri înalte – 44.3% [14].

Îngrijirea prioritară a pacienților cu infecție SARS COV2 s-a realizat de către personalul medical, atât în perioada COVID, cât și în perioada post COVID. Deși predomină persoanele nefumătoare, există totuși și fumători care au un număr variabil de ani de dependență nicotinică (între 5 – 20 ani) și o medie diferită a consumului zilnic. Se constată un trend ascendent al consumului de țigarete post perioada de pandemie. Abuzul de cafea are cifre îngrijorătoare - 89%

din totalul participanților consumau cafea și energizante pe tura de noapte, iar o treime dintre persoanele intervievate înregistrau și dezechilibre nutriționale. Impactul turelor de noapte este evident. Munca de noapte influențează activitățile cotidiene sau relațiile din jur într-o proporție crescută.

Dintre participanții la studiu, un procent de 41%, preferă să lucreze noaptea, 39% dintre persoanele implicate în studiu menționează că nu au alte opțiuni, fiind nevoiți să facă atât ture de zi, cât și ture de noapte. De menționat că un procent de 30% de lucrători în halat alb sunt motivați de sporul acordat la salariu pentru turele de noapte pe care le efectuează. Printre activitățile pe care participanții le fac pentru a se îmbunătăți calitatea somnului se numără folosirea regulilor de igienă a somnului, plimbări în aer liber, exerciții fizice și dietă echilibrată [15,16].

În lotul nostru foarte puțini (1/4) aplică regulile de combatere al stresului post tură sau post expunere la COVID 19 (doar 24%). Ei fac plimbări în aer liber într-o proporție de 37.6%, exerciții fizice 18.2% și folosesc o dietă echilibrată 16.4%. Deși 96% din personalul medical participant la studiu consideră că somnul este foarte important în refacerea organismului, doar 15% dorm înainte de a intra în tură, în timp ce 37% nu dorm deloc. Personalul medical, așa cum reiese din alte studii, apreciază preponderent că somnul după tură de noapte nu este odihnitor [17]. Somnul de zi nu este considerat echivalent cu somnul de noapte de către 94% dintre participanții din studiul nostru.

Majoritatea persoanelor intervievate consideră că turele de noapte afectează starea generală de sănătate, însă nu au raportat conflicte interne în interiorul echipei medicale puse pe seama lipsei de somn sau a somnului de slabă calitate [18,19]. În privința problemelor familiale induse de pandemie, un procent de 13.3% au avut probleme majore, iar 20% au considerat că uneori aceste relații au fost în suferință. În ceea ce privește activitatea profesională și problemele apărute în această zonă pe fondul pandemiei, aproape jumătate din

personalul cuprins în studiu (49.7%) a raportat astfel de probleme. Desfășurarea activității în ture de noapte rotative are un impact semnificativ asupra somnului la echipele medicale, care este deja supusă unui nivel ridicat de stres și responsabilitate direct legată de îngrijirea pacienților [20]. Cercetările arată că turele de noapte afectează negativ ritmurile circadiene ale organismului determinând o scădere a calității și cantității somnului, ceea ce coincide și cu cercetarea efectuată de noi [21]. Majoritatea studiilor arată că oamenii sunt programați să fie activi în timpul zilei și să doarmă noaptea, iar schimbarea acestui ritm poate afecta circuitele neuronale implicate în reglarea somnului și a trezirii [22,23].

Personalul medical care efectuează ture de noapte, așa cum reiese din contribuțiile altor autori, este supus unor perturbări ale somnului, cu o durată mai scurtă și o calitate mai scăzută a somnului [24,25]. Subiecții intervievați în cadrul studiului nostru au estimat că somnul de noapte în perioada de dinainte de pandemie era preponderent între 6-8 ore. O mare parte dintre ei au afirmat că înainte de pandemie nu alocu timp pentru un eventual somn după-amiază (înainte de pandemie 21% dormeau insuficient: sub 6h per noapte - sub 1/5 din totalul eșantionului); 36.9% dintre respondenți au menționat referitor la siestă că înainte de pandemie nu alocu timp pentru somnul de după-amiază (31.5% dormeau după amiază între 1-2 ore și 26.6% sub o oră). Au existat și modificări ale orelor de culcare și trezire ca efect al pandemiei. Această perturbare a somnului poate duce la o serie de efecte negative, cum ar fi oboseala cronică, iritabilitate, anxietate și depresie.

De asemenea, poate afecta performanța cognitivă a personalului medical, inclusiv capacitatea lor de a lua decizii importante în ceea ce privește îngrijirea pacienților [26,27,28,29]. În urma colectării și analizării datelor și în lotul nostru s-a observat prezența unei patologii bogate de tură: insomnie (19.4%), somn fragmentat (59.4%), coșmaruri (3%) și somnolență diurnă (17.6%); toate aceste consecințe fiind atribuite impactului turelor de noapte pe care s-au grefat problemele pandemiei. O altă consecință post pandemie raportată

de participanți este legată de modificările de comportament: nervozitate 35.1% , anxietate 30.3% , iritabilitate 23%, depresie 10.9% etc. Funcția cognitivă a fost și ea afectată: 35.1% au afirmat că au o concentrare mai slabă; 21.2% memorie mai slabă; 15.7% fuga de idei; 11.5% au afirmat scăderea performanțelor profesionale și doar 15.1% nu au observat modificări la nivelul funcției cognitive. Există și consecințe din punct de vedere psihic: 24.9% menționează un impact major, iar pentru 30.9% impactul este într-o mai mică măsură. Probabil este o cumulare a efectelor negative ale muncii în ture cu cea generată de efectele pandemiei. Consilierea psihologică poate fi un instrument util în acest caz. Astfel, 66.7% din personalul studiat consideră că s-ar simți ajutați de consiliere psihologică post-pandemie. Această constatare sugerează că există o deschidere semnificativă către intervenția psihologică și că mulți participanți recunosc beneficiile pe care le-ar putea aduce consilierea în gestionarea efectelor pandemiei asupra sănătății mintale, fapt care-l regăsim și în alte studii [30,31]. De asemenea, 24.3% dintre participanți au afirmat că au avut nevoie de consiliere psihologică și ajutor în acest context. **Această cifră indică faptul că există o cerere explicită pentru servicii de consiliere și că participanții recunosc importanța suportului psihologic în depășirea dificultăților post-pandemie**, element regăsit și în alte studii [32].

În loc de concluzii câteva mesaje cheie la final de studiu:

1. Există o afectare a somnului care poate fi limitată doar prin aplicarea celor 10 reguli al somnului sănătos.
2. Se impun abordări multidisciplinare ale eșantioanelor cu patologie de tură accentuată de pandemia de Covid 19 cu integrarea în această echipă a unui psiholog, precum și a unui specialist în consiliere pentru fumat, etc.

3. Sechelele lăsate de pandemie la nivelul personalului sunt amplificate și de alți factori, de la cei bine cunoscuți precum fumatul, existența unor boli cardiovasculare, numărul insuficient de ore de somn pe parcursul nopții, până la abuzul de cofeină sau recuperarea insuficientă a somnului în timpul zilei.
4. Recuperarea acestor sechele impune măsuri de screening ulterioare pandemiei în care medicul de medicina muncii ar trebui să se implice activ pentru testarea capacității cognitive, dar și a celei de a realiza sarcinile de serviciu, prin teste specifice.
5. Acest studiu poate fi un punct de plecare pentru a regândi o strategie națională coerentă pentru colegii care au fost implicați în turele de noapte, în perioada de pandemie și care pot beneficia de programe de recuperare, cu beneficii pentru sănătatea lor, așa cum s-a demonstrat și în alte cercetări [33, 34].

BIBLIOGRAFIE

1. Mihălțan, FM. Tulburările respiratorii din timpul somnului. București (România): Editura Științelor Medicale. 2002 p. 19-39. p. 90-97. p. 169-183.
2. Behrens T, Burek K, Pallapies D, Kösters L, Lehnert M, Beine A, et al. Decreased psychomotor vigilance of female shift workers after working night shifts. PLoS One. 2019;14(7):1–18.
3. International Labour Organization. World Employment And Social Outlook: Trends 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 19]. Available from: <https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2020/lang--en/index.htm>
4. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 19]. Available from: <https://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>
5. Furtunescu FL, Mincă DG (coord.) et al, Public Health and Management, Textbook for practicals, Medicine English Program, Ed. Uni-

versitară Carol Davila București, 2016, ISBN: 978-973-708-938-0.

6. Mincă, Dana Galieta; Florentina Ligia Furtunescu, “Managementul serviciilor de sănătate – Abordare prin proiecte” (Ediția a II-a revizuită și completată), Editura Universitară “Carol Davila”, București, 2010, ISBN: 978-973-708-446-0.

7. Mincă, Dana Galieta, Mihail Grigorie Marcu - “Sănătate publică și management sanitar”—Note de curs pentru învățământul postuniversitar—Ed. II-a revizuită și completată Editura Universitară “Carol Davila”, București, 2005, ISBN 973-708-093-9.

8. Vasile A, Mincă DG. Glossar de termeni de Sănătate Publică și Management. ISBN: 973-8047-73-0, Ed. Universitară "Carol Davila" București, 2002

9. Marcu, Aurelia, “Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate”, Institutul de Sănătate Publică, București, 2000.

10. Di Muzio M, Dionisi S, Di Simone E, Cianfrocca C, Muzio FDI, Fabbian F, et al. Can nurses' shift work jeopardize the patient safety? A systematic review. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2019;23(10):4507–19.

11. Stanojevic C, Simic S, Milutinovic D. Health Effects of Sleep Deprivation on Nurses Working Shifts. Med Pregl. 2016 Oct;69 (5–6):183–8.

12. Cousin Cabrol L, Di Beo V, Marcellin F, Rousset Torrente O, Mahe V, Valderas JM, Chassany O, Carrieri PM, Duracinsky M. Negative representations of night-shift work and mental health of public hospital healthcare workers in the COVID 19 era (Aladdin survey). BMC Health Serv Res. 2023 Feb 22;23(1):187. doi: 10.1186/s12913-023-09101-7. PMID: 36814276; PMCID: PMC9946706.

13. Yassin A, Al-Mistarehi AH, Qarqash AA, Soudah O, Karasneh RA, Al-Azzam S, Khasawneh AG, El-Salem K, Kheirallah KA, Khassawneh BY. Trends in Insomnia, Burnout, and Functional Impairment among Health Care Providers over the First Year of the COVID-19 Pandemic.

Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2022 Jul 15;18:e174501792206200. doi: 10.2174/17450179-v18-e2206200. PMID: 37274859; PMCID: PMC10156054.

14. Hwang S and Lee J -The influence of COVID-19-related resilience on depression, job stress, sleep quality, and burnout among intensive care unit nurses. *Front. Psychol.* 2023 14:1168243. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1168243

15. Barker LM, Nussbaum MA. Fatigue, performance and the work environment: a survey of registered nurses. *J Adv Nurs.* 2011 Jun; 67(6): 1370–82.

16. Harvey AG, Stinson K, Whitaker KL, Moskovitz D, Virk H. The subjective meaning of sleep quality: a comparison of individuals with and without insomnia. *Sleep.* 2008 Mar;31(3):383–93.

17. Geiger-Brown J, Rogers VE, Trinkoff AM, Kane RL, Bausell RB, Scharf SM. Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hours-hift nurses. *Chronobiol Int.* 2012 Mar;29(2):211–9.

18. Cheng S-Y, Lin P-C, Chang Y-K, et al.. Sleep quality mediates the relationship between work-family conflicts and the self-perceived health status among hospital nurses. *J Nurs Manag* 2019;27:381–7

19. Kheiri M, Gholizadeh L, Taghdisi MH, Asghari E, Musavi M, Mahdavi N, Ghaffari. Factors affecting the quality of work-life of nurses: a correlational study. *J Res Nurs.* 2021 Nov;26(7):618-629.

20. Stimpfel AW, Sloane DM, Aiken LH. The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Aff (Millwood).* 2012 Nov;31(11):2501–9.

21. Di Muzio M, Diella G, Di Simone E, Novelli L, Alfonsi V, Scarpelli S, et al. Nurses and Night Shifts: Poor Sleep Quality Exacerbates Psychomotor Performance. *Front Neuroscience.* 2020; 14:1–8.

22. Akerstedt T, Folkard S. The three-process model of alertness and its extension to performance, sleep latency and sleep length. *Chronobiol Int.* 1997 Mar;14(2):115–23.

23. Hagewoud R, Havekes R, Novati A, Keijser JN, Van der Zee EA, Meerlo P. Sleep deprivation impairs spatial working memory and reduces hippocampal AMPA receptor phosphorylation. *J Sleep Res.* 2010 Jun;19(2):280–8.
24. Cochran KR. An Examination of Work Characteristics, Fatigue, and Recovery Among Acute Care Nurses. *J Nurs Adm.* 2021;51(2):89–94.
25. Burch JB, Tom J, Zhai Y, et al.. Shiftwork impacts and adaptation among health care workers. *Occup Med* 2009;59:159–66.
26. Griffin MA, Neal A. Perceptions of safety at work: a framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *J Occup Health Psychol.* 2000;5(3):347–58.
27. Hsieh S, Tsai CY, Tsai LL. Error correction maintains post-error adjustments after one night of total sleep deprivation. *J Sleep Res.* 2009 Jun;18(2):159–66.
28. Caruso CC, Baldwin CM, Berger A, Chasens ER, Edmonson JC, Gobel BH, et al. Policy brief: Nurse fatigue, sleep, and health, and ensuring patient and public safety. *Nurs Outlook.* 2019;67(5):615–9.
29. Yildirim D, Ayca Z. Nurses' work demands and work-family conflict: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2008;45:1366–78.
30. Knupp AM, Patterson ES, Ford JL, Zurmehly J, Patrick T. Associations Among Nurse Fatigue, Individual Nurse Factors, and Aspects of the Nursing Practice Environment. *J Nurs Adm.* 2018 Dec;48(12):642–8
31. Grimani A, Aboagye E, Kwak L. The effectiveness of workplace nutrition and physical activity interventions in improving productivity, work performance and workability: A Systematic Review. 2019;1–12
32. Zhao Y, Richardson A, Poyser C, et al.. Shift work and mental health: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Occup Environ Health* 2019;92:763–93.

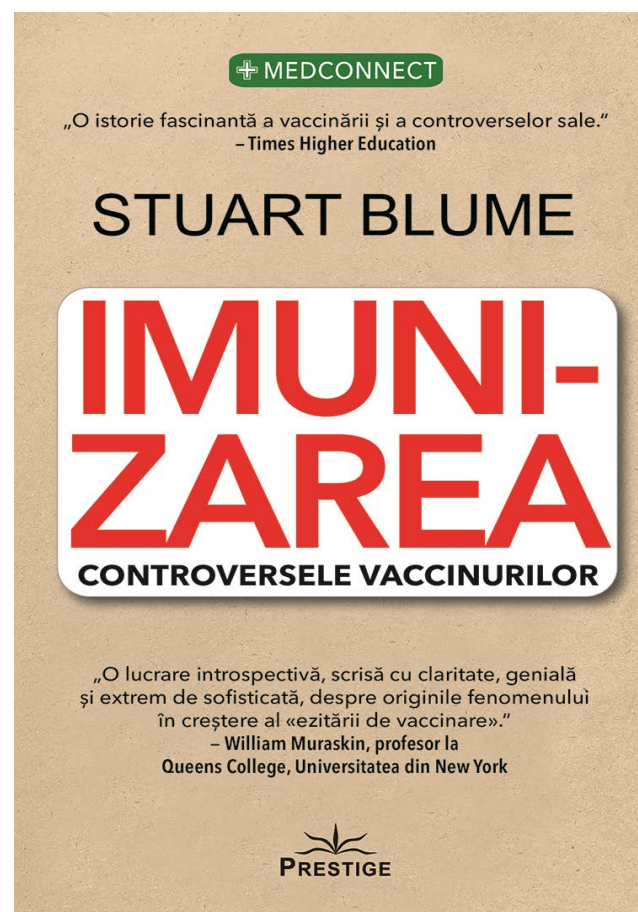
33. Costa G. Shift work and health: current problems and preventive actions. *Saf Health Work* 2010;1:112–23.
34. Ferri P, Guadi M, Marcheselli L, et al.. The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general Hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Manag Healthc Policy* 2016;9:203–11.

Imunizarea. Controversele vaccinurilor, de Stuart Blume, Ed. Prestige, 2023

O istorie fascinantă a vaccinării, o perspectivă asupra eforturilor și reușitelor sale, dar și asupra rezistenței întâmpinate de aceasta.

Într-un moment în care vaccinurile s-au dovedit vitale în pandemia de COVID-19, lucrarea argumentează că globalizarea și provocările din asistența medicală au erodat încrederea în instituțiile care produc și furnizează vaccinuri de mai bine de treizeci de ani.

Volumul povestește istoria imunizării, de la munca primilor pionieri, cum ar fi Louis Pasteur și Robert Koch, la eradicarea variolei în 1980, și până la introducerea recentă a noilor tipuri de vaccinuri. Ea vorbește despre provocările autorităților de sănătate publică și sugerează ce pot face acestea pentru a restabili încrederea populației în vaccinuri. Iată de ce, lucrarea se adresează mai ales



experților în sănătate publică și celor implicați în procesul vaccinării. Dar ea este și o lectură obligatorie pentru mediul academic și pentru publicul agențiilor internaționale de sănătate.

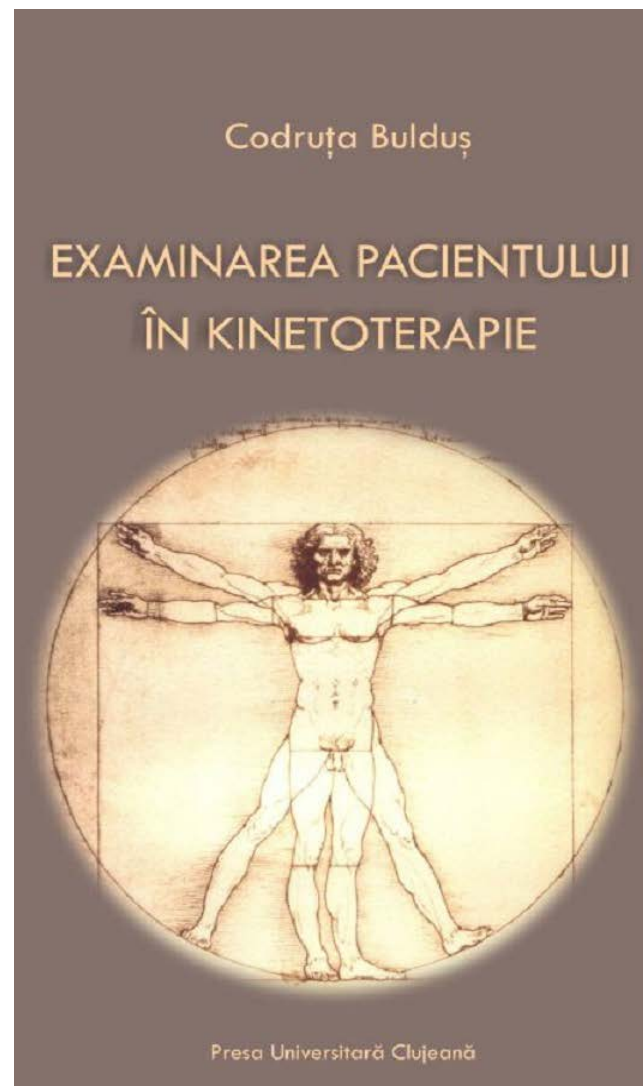
Autorul, Stuart Blume, D.Phil., este profesor emerit de studii în știință și tehnologie la Universitatea din Amsterdam. Educat la Universitatea din Oxford, a lucrat anterior la Universitatea din Sussex, la London School of Economics și la Whitehall din Marea Britanie.

Examinarea pacientului în kinetoterapie

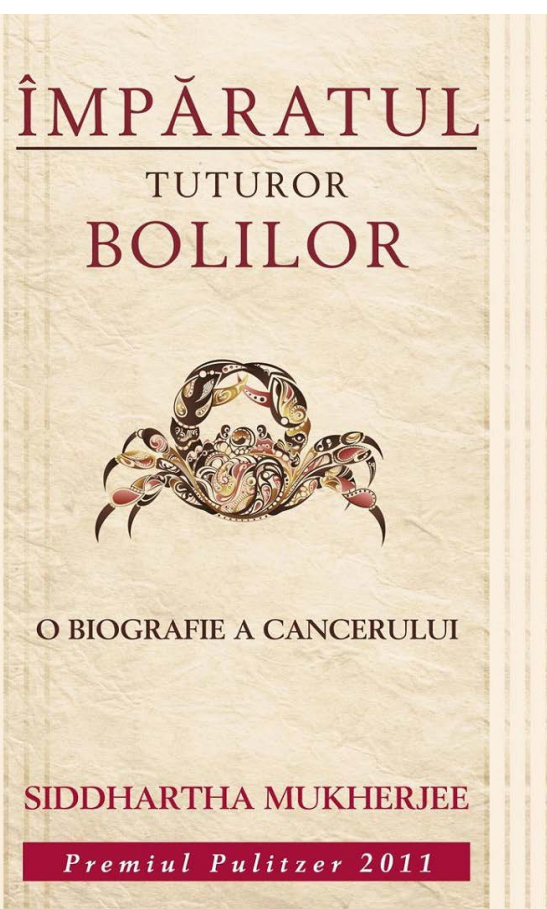
de Codruța Bulduș, Ed. Presa Universitară Clujeană, 2020

Volumul se adresează studenților la secția de kinetoterapie și are ca scop însușirea noțiunilor semiologice de bază ce le vor permite viitorilor kinetoterapeuți să-și examineze corect pacienții, în vederea stabilirii restantului funcțional. Pe baza acestor informații se va putea întocmi programul terapeutic în funcție de starea pacientului și de obiectivele propuse.

Practic, culegerea informațiilor despre starea pacientului (anamneza), realizată prin interviuarea pacientului sau a unei persoane din anturajul acesteia, oferă kinetoterapeutului posibilitatea de a identifica simptomele bolii. Componenta de examen obiectiv general are o pondere mai mare, deoarece în cadrul acestuia sunt prezentate pe larg noțiuni ale semiologiei aparatului locomotor. Pe de altă parte, examenul obiectiv pe aparate conține elemente de semiologia aparatului respirator și cardiovascular, care sunt direct implicate în realizarea exercițiului fizic în scop terapeutic.



Împăratul tuturor bolilor. O biografie a cancerului, de Siddhartha Mukherjee, Ed ALL, 2011



Volumul este o biografie profund umană a cancerului, de la primele sale atestări documentare, cu mii de ani în urmă, până la bătăliile eroice ale secolului XX, menite să-l trateze, să-l stăpânească și să-l cucerească printr-o nouă și deplină înțelegere a esenței sale. Medic, cercetător și scriitor multiplu premiat, Siddhartha Mukherjee studiază cancerul cu precizia specialistului în biologie celulară, prin perspectiva istoricului și cu pasiunea biografului. Rezultatul este o cronică elocventă și uimitor de lucidă a unei maladii care face victime de mai bine de 5 000 de ani.

Povestea cancerului este povestea inteligenței omului, a curajului, optimismului și a perseverenței sale, după cum este și cea a orgoliului, a paternalismului și a ipotezelor greșite. Mukherjee relatează secole de descoperiri, obstacole, victorii și decese vă-

zute prin ochii medicilor de dinaintea lui, care au luptat cu un adversar infinit mai ingenios decât ei și pe care, cu patru decenii în urmă, credeau că l-au înfrânt printr-un război total. Cartea se citește ca un thriller în care personajul principal este cancerul.

Începând cu regina persană Atossa, al cărei sclav grec i-a tăiat sânul canceros, până în secolul al XIX-lea, bolnavii care au fost supuși unor procedee de radio- sau chimioterapie primitive, până la o pacientă cu leucemie a lui Mukherjee, Carla, *Împăratul tuturor bolilor* vorbește despre oameni care au acceptat regimuri draconice pentru a supraviețui și pentru a ne face pe noi să înțelegem secretele acestei maladii clasice. Ea oferă și o privire fascinantă asupra tratamentelor viitoare ale cancerului și aduce speranță celor care se străduiesc să dezbrace cancerul de haina lui de mister.

Siddhartha Mukherjee este specialist în oncologie medicală și cercetător. Este profesor la Universitatea Columbia din SUA și face parte din personalul Centrului medical al Universității Columbia. A studiat și absolvit medicina la Universitatea Stanford, la Universitatea Oxford și la Facultatea de Medicină de la Harvard. Pentru *Împăratul tuturor bolilor*, Siddhartha Mukherjee a câștigat premiul Pulitzer.

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.