

eAsistent.ro

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

SEPTEMBRIE 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

Rolul empatiei în profesiile din domeniul sănătății 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Stopul cardiac subit – cauze și modalități de prevenire 8

EVENIMENT

Ziua Mondială a Siguranței Pacientului (17 septembrie) 14

INTERVIU

Mituri despre migrenă și răspunsurile specialiștilor 18

ISTORIE

Cum a fost văzută și gestionată menopauza de-a lungul timpului – episodul 1 27

LUMEA MEDICALĂ

Depresia și condiții medicale cu simptome asemănătoare depresiei 34

CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Modelul Joanna Briggs Institute (JBI) de Practici bazate pe dovezi 41

CĂRȚI MEDICALE

Eliberați de durere. Cum să ne folosim puterea corpului pentru a învinge suferința fizică, de Peter A. Levine, Maggie Philips, Ed. Pagina de Psihologie, 2023 50

Understanding nursing research. Building on evidence-based practice (Să înțelegem cercetarea în practica asistenților medicali. Construirea unei practici bazate pe dovezi) de Susan G. Grove și Jennifer R. Gray, Ed. Elsevier, 2022 52

Unapologetically You Harness Your Individuality and Stand Out at Work (Fără scuze. Cum îți valorifici individualitatea și ieși în evidență la locul de muncă), de Dorie Clark, Ed. Penguin Books, 2023 54

ECHIPA EDITORIALĂ 56

Foto copertă: <https://www.balancehormoneoklahoma.com/blog/the-history-of-menopause>



Rolul empatiei în profesiile din domeniul sănătății

Zilele acestea au fost mai multe discuții în spațiul public despre empatie și nevoia de a regăsi acest model de abordare a pacientului în fiecare dintre interacțiunile acestuia cu instituțiile me-

dicale din România.

De ce este benefic acest lucru? Cu siguranță avantajele sunt multiple.

Studiile demonstrează modul în care empatia îmbunătățește satisfacția pacientului, respectarea tratamentului și rezultatele clinice. Pacienții sunt mai cooperanți și dispuși să-și urmeze planul de tratament și să practice auto-îngrijirea, atunci când se simt auziți și înțeleși.

Apoi, există dovezi care arată, de exemplu, că demonstrațiile de empatie ale medicilor față de pacienții lor pot reduce senzația de durere. Un astfel de exemplu este articolul publicat recent în *Proceedings of the National Academy of Sciences*¹, care a fost realizat de o echipă condusă de neurologul Dan-Mikael Ellingsen, de la Spitalul Universitar Oslo din Norvegia. În cadrul lui, cercetătorii au folosit RMN funcțional pentru a scana creierul a 20 de pacienți cu durere cronică și au investigat modul în care comportamentul medicului curant poate afecta sensibilitatea pacienților la durere, inclusiv efectele asupra sistemului nervos central. Medicii implicați în studiu au fost supuși și ei RMN funcțional. Jumătate dintre pacienți au vorbit cu medicul lor înainte de examinare, inclusiv despre istoricul bolii lor până la acel moment. Cealaltă jumătate a fost supusă scanărilor creierului fără nicio interacțiune prealabilă cu un medic.

Doctorul Ellingsen și colegii săi au descoperit că pacienții care au fost singuri în timpul examinării au raportat o durere mai mare decât cei care au fost în prezența unui medic, chiar dacă fuseseră supuși unor stimuli de aceeași intensitate. În cazurile în care medicul și pacientul vorbiseră deja înainte de scanarea creierului, pacienții au simțit, în plus, că medicul a fost empatic și le-a înțeles durerea. Mai mult, medicii au fost mai capabili să estimeze durerea pe care o sufereau pacienții lor. Pacienții care au avut un medic alături au experimentat în mod constant o durere mai ușoară decât durerea experimentată de cei care au fost singuri. Pentru perechile care au vorbit în prealabil,

1 Functional MRI Shows That Empathetic Remarks Reduce Pain (https://urldefense.com/v3/__https://www.medscape.com/viewarticle/994548)

pacienții au considerat că medicul lor este mai capabil să le înțeleagă durerea, iar medicii au estimat mai precis intensitatea durerii percepută de pacienții lor.

În plus de aceste aspecte, cooperarea personalul medical - pacient aduce și alte beneficii personalului medical, inclusiv o mai mare satisfacție a muncii și mai puține conflicte cu pacienții sau aparținătorii.

Dar ce este de fapt empatia? Este ceva ce se poate învăța sau ceva cu care ne naștem? Dacă se poate educa, cum o putem preda astfel încât să nu rămână doar la nivel de cunoaștere teoretică?

Ce știm acum este că empatia este capacitatea unei persoane de a construi o conexiune emoțională prin interacțiunea cu alți indivizi. Personalitatea empatică tipică ar permite unui individ să discearnă cu exactitate stările emoționale ale oamenilor doar privindu-i și să ia măsurile adecvate. Experții încă dezbate dacă astfel de abilități sunt înnăscute. Dar ceea ce au arătat cercetările este că există un grup specific de celule numite „neuroni oglindă”, care pot ajuta indivizii să oglindească emoțiile altora. Cercetările indică, de asemenea, că unii oameni pot avea un număr mai mare de „neuroni oglindă” decât alții, ceea ce ar putea explica de ce, natural, unele persoane pot avea un potențial empatic mai mare decât restul persoanelor. Practic, aceste persoane „mai empatică” au un sistem de neuroni oglindă hiperactiv, ceea ce îi plasează înaintea altora pe axa empatiei. Pe de altă parte, indivizii clasificați clinic drept narcisiști (sau narcisiști maligni) sunt considerați mai jos pe axa empatiei. Ei sunt cei care arată mai puțină compasiune, sau sunt mai puțin sensibili la sentimentele altora.

Așadar, știința ne spune că unele persoane pot avea o „încălcare” mai mare spre empatie, iar altele pot să fie mai deficitare în această zonă. Tot ea ne poate spune că „educarea” empatiei nu poate fi făcută direct, ci doar indirect, prin definirea comportamentelor concrete care definesc o persoană empatică în sistemul de sănătate și urmărirea modului în care aceste comportamente se regăsesc în activitatea de zi cu zi. Și, pentru a ști ce comportamente să vizăm, ar fi de amin-

tit că o persoană empatică este ascultată de ceilalți (bun comunicator), știe să asculte bine, este o persoană care manifestă curiozitate sănătoasă față de cunoaștere și de noi informații, este considerată foarte pricepută (are și o bună intuiție), dar mai ales are grijă de cei defavorizați (aflați în suferință). Așadar, dacă dorim să educăm empatia în domeniul sănătății, aceasta ar putea fi o serie de comportamente care ar trebui stimulate prin pregătirea temeinică și monitorizarea activității practice.

În plus de acest subiect de reflecție, vă încurajez să alocați timp și să citiți articolele lunii septembrie, care prezintă o serie de teme de actualitate, și vă trimit cele mai bune gânduri.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București

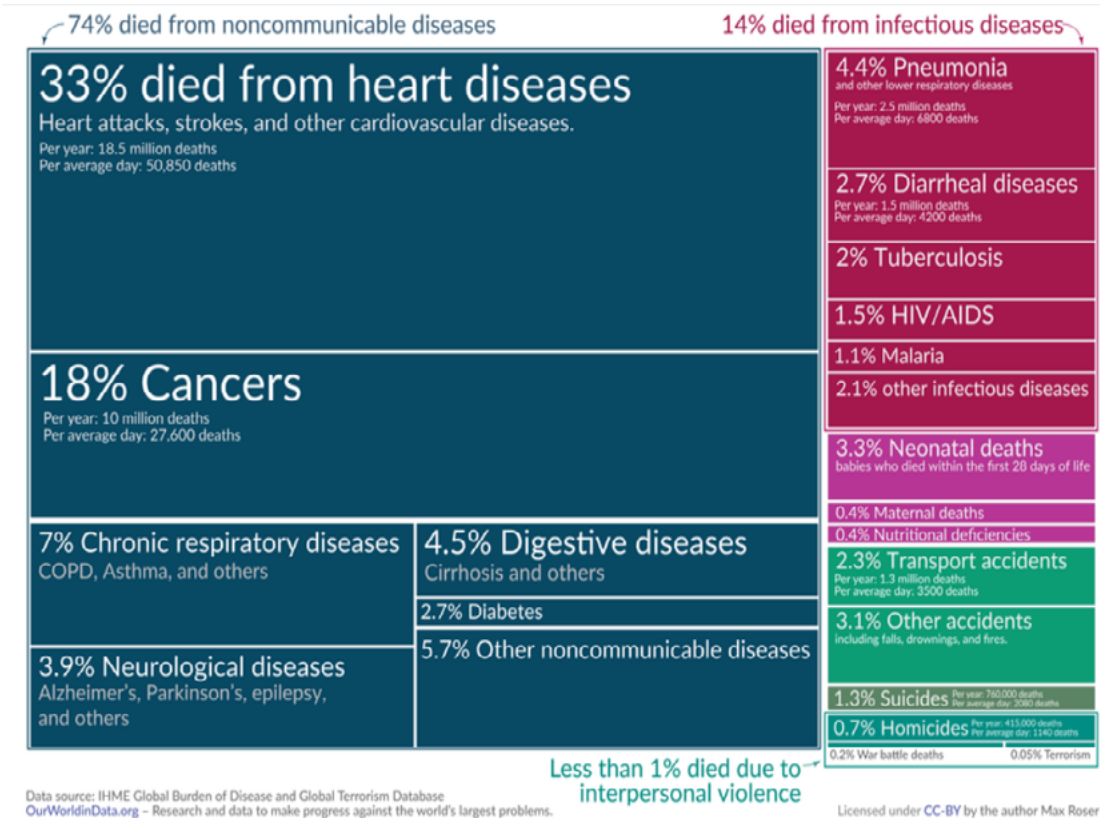
Stopul cardiac subit – cauze și modalități de prevenire

Timp aprox. de lectură: 6 minute

Dacă ne uităm la datele disponibile pentru anul 2019 (cel de dinaintea pandemia de Covid-19), la nivel mondial, dar și în România, bolile netransmisibile sunt cele mai frecvente cauze de deces. Bolile cardiace au fost cea mai frecventă cauză și sunt responsabile de o treime din totalul deceselor la nivel global (proporția se validează și pentru România). Cancerele au fost pe locul al doilea, cauzând aproape unul din cinci decese. Luate împreună, bolile de inimă și cancerul sunt cauza unuia din două decese.

Dintre bolile cardiace, stopul cardiac subit este o afecțiune care primește o atenție sporită în ultimul deceniu, mai ales după ce opinia publică a fost martoră la astfel de cazuri în mediul sportiv profesionist, în rândul jucătorilor tineri și în formă. În realitate, sportul joacă un rol mai puțin important în cazul stopului cardiac subit decât se presupune adesea, chiar și la persoanele tinere.

Stopul cardiac subit este termenul dat morții care rezultă dintr-o cauză cardiacă și care apare în decurs de o oră de la observarea simptomelor (se produce atunci când inima încetează să mai bată și ma-



morțimea oamenilor mor în decurs de 10 minute de la stopul cardiac). Unii oameni supraviețuiesc, dacă pot primi imediat compresii toracice de resuscitare cardio-respiratorie sau șocuri cu un defibrilator. Dacă nu sunt prezenți martori, se consideră că există stop cardiac subit dacă persoana a avut o stare de sănătate aparent bună cu 24 de ore înainte de moartea cardiacă.

Fatalitatea este, de obicei, rezultatul unei fibrilații ventriculare susținute sau al unei tahicardii ventriculare susținute care duce la stop cardiac.

Semnele de avertizare care ar trebui să îi determine pe medici să ia în considerare un risc crescut de stop cardiac subit includ următoarele:

1. Episoade de leșin inexplicabile, scurte, care mai presus de toate apar la stres, activitate fizică sau zgomote puternice (de exemplu, soneria alarmei);
2. Convulsiile fără un rezultat EEG patologic clar (de exemplu, epilepsie);

3. Accidente inexplicabile sau accidente de mașină;
4. Insuficiență cardiacă sau dependență de stimulator cardiac înainte de vârsta de 50 de ani.

Stopul cardiac subit are numeroase cauze. Cel mai important factor de risc pentru stopul cardiac subit este vârsta; acesta este adesea asociat cu boala coronariană. Acest factor poate fi semnificativ încă de la vârsta de 35 de ani. În rândul persoanelor tinere, stopul cardiac subit este adesea rezultatul unor boli cardiace congenitale, cum ar fi cardiomiopatia hipertrofică sau cardiomiopatia aritmogenă de ventricul drept. Boli precum sindromul QT lung și sindromul Brugada pot duce, de asemenea, la stop cardiac subit.

În rândul tinerilor sportivi care suferă un stop cardiac subit, cauza este adesea un factor ereditar trecut cu vederea. În acest context, este important de menționat că cercetătorii de la Cedars-Sinai au identificat variante genetice rare care ar putea face ca unii tineri să fie mai predispuși decât alții la stop cardiac subit - dar au observat o rată mai mică pentru aceste variante decât cea raportată în studiile anterioare. Constatările au fost publicate recent în revista *Circulation-Genomic and Precision Medicine*.

"Dacă o persoană are un membru al familiei care a suferit un stop cardiac subit, ar putea fi util să se supună unui test genetic, pentru a înțelege propriul risc de a se confrunta cu această afecțiune periculoasă", a declarat medicul Evan Kransdorf, PhD, profesor asistent de cardiologie încadrul Smidt Heart Institute de la Cedars-Sinai și principalul autor al studiului.

Studii anterioare au constatat că între 12%-30% dintre copiii și adulții tineri care au suferit un stop cardiac subit sunt purtători ai anumitor variante genetice care i-ar fi putut expune la un risc mai mare de a suferi de această afecțiune.

Pentru acest studiu, cercetătorii au analizat probe de sânge colectate prin intermediul a două studii comunitare în curs de desfășurare privind stopurile cardiace subite: studiile Oregon SUDS și Ventura PRE-

STO. Acestea sunt programe comunitare de lungă durată, înființate de medicul Sumeet Chugh, director al Centrului pentru prevenirea stopului cardiac din cadrul Institutului Smidt Heart și al Catedrei Pauline și Harold Price de cercetare în electrofiziologie cardiacă.

În cadrul acestor studii, s-au colectat probe de sânge de la persoanele care au suferit un stop cardiac subit în Portland, Oregon, și Ventura County, California.

Anchetatorii au efectuat secvențierea genomului întreg pe probe de sânge recoltate de la 52 de persoane cu vârsta de până la 21 de ani care au suferit un stop cardiac subit. Aceștia au descoperit că doi dintre cei 52 de tineri erau purtători de variante genetice care, conform studiilor anterioare, erau puternic asociate cu această afecțiune. Patru dintre tineri purtau variante care ar putea juca un rol în creșterea riscului de apariție a acestei afecțiuni, dar semnificația acestor variante este încă necunoscută. Practic, rata variantelor genetice din această populație fiind mai mică decât cele găsite în alte studii este indicată nevoia unor studii suplimentare bazate pe comunitate.

Cercetătorii de la Centrul pentru prevenirea stopurilor cardiace analizează în prezent date de la un eșantion de peste 3.000 de persoane care au suferit un stop cardiac subit. Aceștia caută să înțeleagă mai bine în ce măsură variantele genetice contribuie la această afecțiune.

Pe de altă parte, oamenii de știință consideră că este esențial să se ofere mai multe informații populației generale, astfel încât aceasta să își înțeleagă riscul pe care îl prezintă stopul cardiac subit, care este adesea primul semn al unei boli cardiace subiacente la persoanele tinere și sănătoase. Anumiți factori pot crește riscul, cum ar fi fumatul, bolile de rinichi sau un istoric familial de boală cardiacă precocă.

Cunoașterea factorilor de risc poate ajuta o persoană și echipa sa de îngrijire să decidă asupra celui mai bun plan de tratament. La fel de important este faptul că mulți factori de risc pot fi îmbunătățiți prin modificări ale stilului de viață.

Oamenii de știință recomandă: 1. să ne centrăm planul alimentar în

jurul legumelor, fructelor, cerealelor integrale, leguminoaselor, nucilor, proteinelor vegetale, proteinelor animale slabe și peștelui. 2. să facem alegeri inteligente, cum ar fi limitarea carbohidraților rafinați, a cărnii procesate și a băuturilor îndulcite și să reducem cantitatea de sodiu, zaharuri adăugate și a grăsimilor saturate și să evităm grăsimile trans.

În același timp, a face mai multă mișcare este una dintre cele mai bune modalități de a rămâne sănătoși, de a preveni bolile și de a îmbătrâni frumos. Adulții ar trebui să facă cel puțin 150 de minute de activitate aerobă de intensitate moderată sau 75 de minute de activitate viguroasă în fiecare săptămână. Dacă sunteți deja activi fizic, puteți crește intensitatea, pentru a avea și mai multe beneficii pentru sănătate. Dacă nu sunteți activi fizic acum, puteți începe prin a sta pur și simplu mai puțin jos și a vă mișca mai mult.

De asemenea, trebuie să vă mențineți la o greutate sănătoasă și să trăiți fără tutun.

Dacă aveți tensiune arterială ridicată (hipertensiune arterială), colesterol ridicat, glicemie ridicată, diabet sau alte afecțiuni care vă expun la un risc mai mare, este foarte important să colaborați cu echipa voastră de îngrijire a sănătății pentru a vă asigura că acestea sunt bine gestionate. Țineți cont că echipa dumneavoastră de îngrijire a sănătății vă poate ajuta să vă reduceți riscul de boli de inimă sau de accident vascular cerebral pentru a avea o viață mai lungă și mai sănătoasă.

Lucrați împreună la planul dumneavoastră de prevenire. Puneți întrebări și fiți deschis cu privire la orice provocări cu care vă puteți confrunta în încercarea de a face schimbări sănătoase. Stresul, somnul, sănătatea mintală, situațiile familiale, consumul de tutun, accesul la alimente, sprijinul social și alte aspecte, toate acestea vă pot afecta sănătatea și bunăstarea.

Pe scurt, un stil de viață sănătos este cea mai bună modalitate de a întârzia sau de a evita multe boli de inimă și de creier. Acest lucru

Înseamnă să fii activ și în formă, să mănânci sănătos, să eviți tutunul și să gestionezi afecțiunile care te pot expune unui risc mai mare.

Așadar, haideți să ne asumăm responsabilitatea pentru propria sănătate. Iar primul pas este să vă faceți un plan de prevenire a bolilor la care sunteți predispuși, în funcție de vârstă, istoricul familial și stilul de viață.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Understanding Sudden Cardiac Arrest in Young People (cedars-sinai.org)
2. <https://www.medscape.com/viewarticle/995495>
3. <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-lifestyle/prevent-heart-disease-and-stroke>
4. Sursa grafic: <https://ourworldindata.org/causes-of-death>



Ziua Mondială a Siguranței Pacientului (17 septembrie)

Timp aprox. de lectură: 4 minute

În urmă cu 4 ani, în mai 2019, toate cele 194 de state membre ale Organizației Mondiale a Sănătății au aprobat instituirea Zilei Mondiale a Siguranței Pacientului și marcarea ei la 17 septembrie, în fiecare an. Această decizie a reprezentat o recunoaștere a faptului că siguranța pacientului este o prioritate globală în domeniul sănătății.

Dincolo de obiectivele declarate, de a crește gradul de conștientizare și implicare a publicului, de a spori înțelegerea și de a stimula solidaritatea și acțiunea la nivel global pentru a promova siguranța pacienților, pași concreți pot fi făcuți pe multe niveluri pentru a reduce daunele evitabile în îngrijirea sănătății.

Ca parte din acest plan, fiecare dintre anii de până acum au adus în discuție diferite teme, mai generale (siguranța pacientului, o prioritate globală, în 2019) sau mai particulare (precum siguranța lucrătorilor din domeniul sănătății, în 2020, siguranța maternă și a nou născutului, în 2021 sau siguranța medicației, în 2022).

În același timp, anul 2023 vine cu o temă mai generoasă: „Implicați pacienții pentru siguranța pacienților” și îndemnul „Susțineți vocea pacienților!”. Cu alte cuvinte, cum pot fi implicați pacienții, familiile, factorii de decizie, liderii din domeniul sănătății, lucrătorii din domeniul sănătății și organizațiile de pacienți astfel încât prin colaborare să gândească împreună politici de îngrijire a sănătății și intervenții de siguranță care reflectă cu adevărat nevoile și preferințele pacienților, sporind, în cele din urmă, siguranța asistenței medicale.

Ce știm deocamdată este că există analize care demonstrează efectele pozitive ale programelor eficiente de educație pentru siguranța pacienților la nivelul personalului, acțiune care duce la îmbunătățirea culturii siguranței pacienților în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății. Ce avertizează însă un astfel de studiu analizat (4) este că, deși participarea la formarea privind siguranța pacienților poate îmbunătăți cultura siguranței pacientului la nivelul furnizorilor de asistență medicală, beneficiul poate fi pierdut un an mai târziu. Ca urmare, este necesară o reluare permanentă a temei și realizarea unor programe periodice de perfecționare în domeniul siguranței pacientului. Este genul de intervenție care oferă, de exemplu, managerilor echipelor de asistenți medicali o mai bună înțelegere a modului de implementare eficientă a eforturilor de influențare a culturii de siguranță a pacientului, precum și a rolului pe care cultura de siguranță a pacientului îl poate juca în implementarea altor practici de siguranță a pacienților, deoarece relația dintre cultura de siguranță individuală și cultura de siguranță organizațională este reciprocă.

Pe de altă parte, implicarea pacienților îmbracă o varietate de forme, ne spune un alt studiu (5), de la educarea pacienților cu privire la riscuri până la implicarea în monitorizarea practicilor de siguranță

ale profesioniștilor din domeniul sănătății. Potențialul ca astfel de intervenții să îmbunătățească comunicarea și experiența pacientului, precum și să economisească bani și să îmbunătățească rezultatele este mare, iar primele constatări sugerează că astfel de rezultate sunt fezabile. Cu toate acestea, partea mai puțin pozitivă este aceea că cercetările în acest domeniu sunt insuficiente, iar analizele sistematice au concluzionat că există dovezi limitate și de slabă calitate care să demonstreze că implicarea pacienților are beneficii pentru siguranța pacienților.

Pornind de la 2 instrumente bazate pe modelul de siguranță organizațională al lui Reason, care permit pacienților să ofere feedback cu privire la siguranța mediului de îngrijire, pentru a informa schimbările locale și organizaționale, poate fi analizată fezabilitatea unei intervenții, cunoscută sub numele de *Patient Reporting and Action for a Safe Environment (PRASE)*. Primul dintre instrumente, *Patient measure of safety (PMOS)*, le cere pacienților să raporteze cu privire la acei factori care au fost identificați în literatura de specialitate și de către pacienți ca fiind cei care contribuie la siguranța pacienților precum: comunicarea și munca în echipă, rolurile și responsabilitatea și mediul din secție. Cel de-al doilea instrument, *Patient Incident Reporting Tool (PIRT)* - Instrumentul de raportare a incidentelor pacienților, le cere pacienților să raporteze incidentele legate de siguranța pacienților pe care le-au trăit sau la care au fost martori, precum și orice experiență pozitivă. Împreună, informațiile din aceste două instrumente sunt asimilate și feedback-ul este furnizat echipelor de secție, cărora li se cere să se reunească ca grup multidisciplinar pentru a analiza feedback-ul și pentru a elabora și pune în aplicare planuri de acțiune pe baza acestor informații.

Potrivit acestui studiu de control randomizat al eficacității acestei intervenții de feedback al pacienților pentru îmbunătățirea siguranței pacienților(5), raportarea și feedback-ul pacienților sunt fezabile și acceptabile pentru pacienți și, în cazul în care respectarea procedurilor intervenției este ridicată, există potențialul ca aceasta să fie eficientă în reducerea prejudiciilor cauzate pacienților.

Dincolo de datele acestui studiu, care vorbește și el despre necesitatea unor evaluări suplimentare, impactul implicării semnificative a pacienților se crede că ar putea fi remarcabil. Există și studii care arată o potențială reducere a poverii prejudiciilor cu până la 15%, dar și că ar putea fi salvate nenumărate vieți și miliarde de dolari în fiecare an, dacă siguranța pacientului ar deveni o preocupare mai atent definită și o temă de cercetare prioritară.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. World Patient Safety Day campaign (<https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/>)
2. World Patient Safety Day 2023 (<https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2023>) – inclusiv sursa foto
3. WORLD PATIENT SAFETY DAY (<https://isqua.org/events/world-patient-safety-day.html>)
4. Effect of patient safety education interventions on patient safety culture of health care professionals: Systematic review and meta-analysis (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595323000276>)
5. Can patient involvement improve patient safety? A cluster randomised control trial of the Patient Reporting and Action for a Safe Environment (PRASE) intervention (<https://qualitysafety.bmj.com/content/26/8/622>)



Mituri despre migrenă și răspunsurile specialiștilor

Timp aprox. de lectură: 10 minute

Migrena este o condiție medicală comună, care afectează peste 37 de milioane de oameni din Statele Unite și până la 148 de milioane în întreaga lume. Potrivit unor studii, prevalența migrenei ar putea chiar crește la nivel global.

Datele Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) spun că migrena este de aproximativ două ori mai frecventă la femei decât la bărbați.

Simptomul principal al migrenei este cel mai adesea o durere de cap moderată până la severă, iar 85% dintre persoanele cu migrene suferă de dureri pulsatile. Cu toate acestea, pentru aproximativ 60%

dintre oameni, durerea este unilaterală, iar aproximativ 80% dintre oameni experimentează greață și 30% vărsături. În plus, aproape toată lumea cu migrenă are o sensibilitate crescută la lumină (90%) și la sunet (80%).

Migrena poate fi neplăcută și poate afecta semnificativ viața de zi cu zi. Având în vedere impactul ei, a generat și o serie de mituri care fac din acest subiect unul care necesită clarificări.

Pornind pe firul lămuririi celor mai frecvente convingeri greșite sau parțial greșite cu privire la această temă, am parcurs două materiale care au același obiectiv, iar răspunsurile sunt bazate pe opiniile a patru specialiști consultați: Dr. Vernon Williams (neurolog/neurolog sportiv certificat și director al Centrului pentru Neurologie Sportivă și Medicina Durerii de la Institutul Cedars-Sinai Kerlan-Jobe din Los Angeles, California); Dr. Medhat Mikhael (specialist în managementul durerii și director medical al programului non-operator la Spine Health Center din cadrul Centrului Medical Memorial Care Orange Coast din Fountain Valley, California); Dr. Jennifer McVige (certificată în neurologie pediatrică, dureri de cap pentru adulți și copii și neuroimagnostică, directorul Centrului de Concussion la DENT Neurologic Institute, Amherst, New York) și Profesorul Timothy Collins (Profesor asociat de Neurologie la Duke University Medical Center din SUA).

1. Unul dintre cele mai frecvente mituri este acela că migrena nu este o afecțiune gravă.

Răspunsul este bazat pe opinia dr. Mikhael: Este adevărat că majoritatea tipurilor de migrenă nu sunt grave. Totuși, ele pot fi cronice și uneori debilitante și invalidante, dacă nu sunt tratate adecvat. De asemenea, este de remarcat faptul că nu toate tipurile de migrenă sunt similare. Există un fel de migrenă numită migrenă hemiplegică, care tinde să fie familială, asociată cu simptome neurologice, simptomele aurei care urmează migrenei și care poate duce la accident vascular cerebral. De notat și că migrena hemiplegică care provoacă

slăbiciune semnificativă sau paralizie pe o parte a corpului este rară, afectând aproximativ 0,01% din populație. În cele mai multe cazuri, paralizia se rezolvă în câteva ore sau zile; rareori, poate dura 4 săptămâni. Cu toate acestea, în unele cazuri, foarte rare, migrena hemiplegică poate provoca paralizie de durată.

2. Un alt mit răspândit este acela că migrena este doar o durere de cap.

Nimic mai fals, mai ales că nu toate migrenele implică doar durere de cap.

Potrivit Dr. Williams: o migrenă este definită clinic ca un tip specific de durere de cap pe care o persoană o simte mai intens și, de obicei, are simptome însoțitoare, în plus față de durerea resimțită în cap... o persoană cu migrenă (mai degrabă decât o durere de cap) va experimenta o combinație a următoarelor simptome: durere moderată până la severă, care se simte ca și cum ar cuprinde întregul cap sau se deplasează de la o parte a capului la cealaltă; sensibilitate crescută la sunete, mirosuri sau lumină; probleme de vedere, inclusiv neclaritate, puncte strălucitoare sau intermitente sau linii ondulate sau zimțate; probleme abdominale, care pot include pierderea poftei de mâncare, greață, vărsături sau un stomac instabil.

Mai mult, s-ar putea ca unele persoane cu migrenă să observe schimbări subtile în rutina lor zilnică cu până la o zi sau 2 înainte de apariția migrenei – un fel de perioadă de avertizare. Deși aceste schimbări variază de la individ la individ, câteva dintre cele mai frecvente semne sunt: căscatul excesiv, depresia, iritabilitatea și gâtul înțepenit. Unele persoane cu migrenă pot prezenta, de asemenea, aură migrenoasă (un simptom neurologic care anunță cefaleea și poate consta în tulburări de vedere - văzul luminilor intermitente sau pierderea parțială a vederii care se extinde treptat în câmpul vizual) sau alte fenomene senzoriale (amorțeală sau furnicături care se răspândesc treptat pe față sau pe braț). Deși simptomele sunt un semn de rău augur că o

migrenă poate fi pe drum, există un avantaj: semnele de avertizare oferă o oportunitate de a iniția tratamentul foarte devreme în cursul episodului de migrenă, ceea ce îmbunătățește semnificativ probabilitatea ca tratamentul să aibă succes.

Profesorul Timothy Collins spune că, deși încă nu înțelegem pe deplin acest proces pe care îl numim migrenă, el este în mod clar cauzat de descărcări anormale ale unui grup de celule nervoase din trunchiul cerebral care duc la această sensibilitate crescută la durere și alte senzații și care produc schimbarea modului în care pacienții percep durerea pe care o experimentează. Și toate acestea produc diferite niveluri de dizabilitate din partea pacientului.

3. Cofeina provoacă migrenă – un mit ajuns obiect de studiu.

Cafeaua și migrena au o relație complexă. Deși cofeina nu provoacă migrenă, ea poate fi un declanșator pentru unele persoane.

Potrivit Dr. McVige: unii oameni consideră că consumul de cofeină la debutul unui atac scade intensitatea și poate ajuta la ameliorarea durerii, dar utilizarea regulată a cofeinei ca tratament nu este recomandată. Mai mult, consumul de băuturi cu cofeină poate declanșa un atac de migrenă, dar și renunțarea la cofeină este un declanșator și mai frecvent de migrenă.

Într-o revizuire recentă de literatură asupra interacțiunii dintre cofeină și migrenă, autorii au concluzionat: „În general, pe baza analizei literaturii actuale, nu există dovezi suficiente pentru a recomanda încetarea consumului de cofeină tuturor pacienților cu migrenă. Cu toate acestea, [este important de subliniat] faptul că, consumul excesiv de cofeină poate duce la cronicizarea migrenei, iar retragerea bruscă a cofeinei poate declanșa atacuri de migrenă”. (3)

4. Niciun medicament nu poate ajuta pentru migrenă – un mit care necesită mai multe explicații.

Prima și cea mai simplă explicație este a dr. Mikhael: aceasta este o afirmație falsă; mai multe medicamente sunt disponibile acum pentru a ajuta și controla migrena în mod semnificativ.

A doua părere este a Dr. McVige, care a enumerat câteva medicamente care pot ameliora migrena, inclusiv analgezice fără prescripție medicală (OTC), triptani, antagoniștii receptorilor peptidei asociată cu gena calcitoninei (CGRP), gepanți, medicamente antidepresive, medicamente anti-convulsii sau beta-blocante. Însă partea mai puțin bună cu medicamentele este că ele pot duce, ironic, la dureri de cap, într-un fenomen numit „dureri de cap prin abuz de medicamente”, dacă medicamentele salvatoare sunt luate prea des. Partea mai bună a acestei opinii este că sunt disponibile și opțiuni nefarmaceutice eficiente: cel mai important lucru pe care îl poate face oricine pentru a evita declanșatorii migrenei este să-și regleze stilul de viață cu alegeri sănătoase.

Din această categorie Dr. Williams menționează că: a dormi cel puțin 8 ore în fiecare noapte, a bea 8 pahare de apă pe zi, a-ți hrăni corpul cu alimente sănătoase și a elimina cât mai multe surse de stres suplimentar vor face ca riscul dumneavoastră de a dezvolta o migrenă să fie mai scăzut, chiar și atunci când sunteți expus la un declanșator cunoscut, și poate elimina în cele din urmă nevoia de a lua medicamente prescrise pentru dureri de cap. Dr. Williams a explicat, de asemenea, că există o mulțime de opțiuni pentru medicamentele eliberate pe bază de prescripție medicală care sunt foarte eficiente în reducerea frecvenței migrenelor (așa-numitele medicamente profilactice) și altele care pot opri o migrenă în mers. Așadar, dacă bănuiți că aveți dureri de cap migrenoase, sfatul este să vedeți un medic care poate confirma diagnosticul și poate colabora cu dumneavoastră pentru a dezvolta un plan de tratament.

5. Migrena nu poate fi diagnosticată fără un examen imagistic, spune un alt mit care este demontat de specialiști.

Potrivit doctorului Mikhael, migrena presupune un diagnostic clinic și nu necesită imagistică pentru confirmare. Imagistica este indicată doar dacă simptomele nu sunt clare sau există simptome neurologice sau semne de avertizare. Acesta este momentul în care imagistica ar fi justificată pentru a exclude o altă patologie.

Și profesorul Collins ne confirmă că diagnosticul migrenei se bazează în întregime pe informațiile pe care le putem obține de la pacient: caracteristicile durerii, unde doare, ce fel de simptome asociate cu durerea are acesta. Totuși medicul caută și orice indicii că s-ar putea întâmpla ceva mai grav: lucruri precum slăbiciune sau pierderea conștienței sau vedere dublă. Iar diagnosticul de migrenă rămâne după eliminarea altor riscuri, cum ar fi o tumoră, scleroza multiplă sau anevrismul. Deci, după ce medicul vorbește cu pacientul, testarea pe care o face are rolul de a exclude alte boli care ar putea imita migrena.

La fel ne spune și dr. McVige: nu există un test specific pentru a diagnostica migrenele. Pentru a pune un diagnostic precis, un medic trebuie să identifice un model de dureri de cap recurente, împreună cu simptomele asociate, care continuă timp de cel puțin 3 luni.

6. Nu pot lua medicamente pentru migrenă dacă sunt însărcinată – un mit cu un răspuns complex

Astfel, dr. McVige a recomandat: înainte de a rămâne însărcinate, este important ca pacientele să discute cu medicii lor despre planul lor de tratament pentru migrenă, indiferent dacă iau medicamente fără prescripție medicală sau ambele. Și aceasta pentru că, întradevăr,

nu toate medicamentele sunt sigure în timpul sarcinii. Unele sunt strict interzise, în timp ce alte medicamente pot fi adăugate înapoi doar după primul trimestru critic. Dispozitivele portabile neinvazive sunt deosebit de atrăgătoare pentru femeile însărcinate, deoarece au o eficacitate ridicată, practic fără efecte secundare de durată.

Opinia este confirmată și de dr. Mikhael: medicamentele pentru migrenă, cum ar fi triptanii, sunt relativ sigure în timpul sarcinii, în special după primul trimestru. Acetaminofenul este, de asemenea, sigur. Însă unele dintre medicamentele preventive împotriva convulsiilor ar trebui evitate, din cauza riscului de oprire a evoluției sarcinii sau de producere a unei malformații congenitale.

7. Dacă urmez o „dietă contra migrenei” aceasta nu se va mai întoarce niciodată - este un mit combătut de specialiști

Dr. Mikhael a explicat că: deși a mânca sănătos și a evita anumite tipuri de alimente care declanșează migrene poate opri declanșarea episoadelor, există și alți factori de luat în considerare. De exemplu, dieta nu poate rezolva lipsa somnului, stresul sau schimbările hormonale. Cu alte cuvinte, evitarea factorilor declanșatori cunoscuți poate reduce riscul de migrenă, dar o anumită dietă nu este un remediu.

8. Suplimentele pot vindeca migrenele la oricine – un mit contrazis și el de specialiști

Dr. McVige a precizat: suplimentele, cum ar fi magneziul, vitamina D și vitamina B2 sunt un ajutor important în tratarea migrenelor, dar nicio vitamină sau supliment nu s-a dovedit a ajuta la prevenirea sau ameliorarea migrenei pentru toată lumea. Ele îi pot ajuta mult pe unii oameni și fac extrem de puțin pentru alții. Acest răspuns variabil

este similar cu medicamentele farmaceutice. În concluzie, nu există un remediu pentru migrenă, dar anumite suplimente pot ajuta la prevenirea migrenei pentru unele persoane.

9. Dacă nu experimentezi aură, nu este o migrenă

Nu este deloc adevărat. De fapt, potrivit Dr. Mikhael, „majoritatea migrenelor sunt fără aură”.

10. Cercetătorii au renunțat să investigheze migrena – o credință contrazisă vehement de specialiști.

Potrivit dr. Mikhael: cercetătorii nu au renunțat niciodată și nu vor renunța niciodată, [...] există mai multe eforturi de cercetare importante în curs de desfășurare pentru a aborda fiziopatologia migrenei și noi opțiuni de tratament.

Cu siguranța nu!, adaugă și Dr. McVige: Există [...] inovații tot timpul în tratarea migrenei, mai ales în ultimii 4 ani. Recent, dispozitivele de neuromodulație au intrat pe piață. De exemplu, un nou dispozitiv de la Theranica numit Nerivio are acum autorizare de la Food and Drug Administration (FDA) din SUA pentru tratamentul migrenei acute. Dispozitivul este controlat de smartphone și este purtat discret pe partea superioară a brațului, oferind un tratament de 45 de minute. Acesta modifică semnalele durerii din creier și este o alternativă bună la medicamente.

Ce am aflat din toate aceste mituri analizate este că, deși migrena poate fi neplăcută și poate afecta semnificativ viața de zi cu zi, sunt disponibile intervenții, în primul rând farmaceutice, care pot ajuta. De asemenea, modificările dietei și ale stilului de viață pot ameliora simptomele și pot reduce frecvența migrenelor. Pe măsură ce oamenii de știință continuă să investigheze, cu siguranță vor identifica tratamente mai bune și, poate, într-o zi, un remediu.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. 11 myths about migraine (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/medical-myths-all-about-migraines>)
2. <https://bestpractice.bmj.com/info/migraine-an-interview-with-professor-timothy-collins/> (inclusiv sursa foto)
3. The Ambiguous Role of Caffeine in Migraine Headache: From Trigger to Treatment - PMC (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7468766/>)
4. Migraine | National Institute of Neurological Disorders and Stroke (<https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/migraine>)
5. Migraine research (<https://www.news-medical.net/health/Migraine-research.aspx>)



Cum a fost văzută și gestionată menopauza de-a lungul timpului – episodul 1

Timp aprox. de lectură: 6 minute

Termenul de menopauză, care descrie perioada din viața unei femei în care menstruația încetează, a fost inventat în 1821 de către un medic francez, Charles Negrier, dar istoria conștientizării privind menopauza poate fi urmărită până la grecii antici.

De fapt, rădăcinile cuvântului se găsesc tot în greacă: "men", care este înrudit cu cuvântul lună, și "pauēin", care înseamnă a înceta sau a se

opri. Cu alte cuvinte, momentul în care se încheie ciclul lunar al unei femei.

Menopauza a fost considerată un fenomen natural, până în jurul secolului al XVIII-lea. În următorii 300 de ani, atitudinile s-au schimbat, iar medicii au început să privească această fază a vieții ca pe o boală. Ca urmare, au evoluat terapii ciudate și chiar periculoase pentru tratarea menopauzei.

Astfel, până în epoca victoriană, sănătatea reproductivă a femeilor, în general și menopauza, în special erau în centrul unei neîncrederi profunde. Medicii credeau că exista o legătură între uter și creier, ceea ce făcea ca toate femeile să fie predispuse la nebunie.

Se credea că acest lucru era valabil mai ales în cazul femeilor aflate la menopauză, despre care se credea că suferă de o anumită formă de nebunie. Drept urmare, se credea că singurul tratament logic era să le închidă pe aceste femei în aziluri. În acea perioadă se credea că ovarele unei femei *"erau sediul esenței feminine și că tot ceea ce era virtuos la femei izvoră din ele"*. Rezulta deci că, dacă ovarele erau bolnave sau nu mai funcționau (așa cum se întâmplă la menopauză), atunci femeia nu era sănătoasă la minte. Soluția pe care au creat-o a fost îndepărtarea organelor incriminate. Acest lucru, au presupus ei, le-ar face pe femei mai ascultătoare, mai docile și mai muncitoare.

Ceea ce a urmat a fost îndepărtarea chirurgicală a ovarelor a sute de femei, operație considerată necesară pentru a vindeca tulburările mentale, inclusiv nimfomania și isteria.

În cele din urmă, până la sfârșitul secolului, teoria conform căreia menopauza era legată de hormoni a început să se impună.

Un medic francez a inventat termenul de menopauză în 1821, deoarece interesul medical pentru menopauză a crescut considerabil la mijlocul secolului al XIX-lea. În anii 1930, oamenii au început să o descrie ca pe o boală de deficiență. În consecință, au fost susținute diverse terapii de refacere, pentru care erau folosite, de exemplu, ovarele de animale zdrobite. În anii 1970, medicalizarea menopauzei a

fost completă. Simptomele menopauzei au fost atribuite deficienței de estrogen și terapia de substituție estrogenică (hormonală) a fost recomandată femeilor de vârstă mijlocie. Estrogenul sintetic fusese dezvoltat în 1938.

În anii 1970 a fost înființată Societatea Internațională de Menopauză. Primul Congres internațional privind menopauza a fost, de asemenea, organizat la Paris, Franța, în 1976. Diverse țări au format societăți naționale privind menopauza.

În ciuda acestor progrese, menopauza este încă puțin studiată și insuficient învățată, cred mulți profesioniști din domeniul sănătății.

Rebecca Thurston, profesor de psihiatrie la Universitatea din Pittsburgh, care studiază menopauza, consideră că, în general, femeile aflate la menopauză au fost insuficient îngrijite - o neglijență pe care o consideră unul dintre marile puncte nevralgice ale medicinei. *"Aceasta sugerează că avem o toleranță culturală ridicată față de suferința femeilor"*, spune Thurston. *"Nu este privită ca fiind importantă"*.

Un sondaj din 2017 care a fost realizat cu rezidenții la medicină din SUA a constatat că 20% dintre aceștia nu au auzit nicio prelegere pe tema menopauzei, pe parcursul întregii lor pregătiri.

Simptomatologia menopauzei (variante populară) diferă în diferite zone ale lumii. De exemplu, în Occident - bufeurile, în Japonia, durerile de umăr și în India, vederea slabă sunt semnele distinctive ale menopauzei.

În realitate, simptomele menopauzei sunt mai variate decât bufeurile și transpirațiile nocturne și pot fi mai debilitante decât știu mulți oameni. În timpul tranziției spre menopauză, printre alte simptome, femeile pot avea, de asemenea, insomnie, schimbări de dispoziție, depresie, creștere în greutate, dureri articulare, uscăciune vaginală și dureri în timpul actului sexual. Pierderea osoasă se accelerează. La femeile care au un risc genetic pentru boala Alzheimer, se crede că primele plăci se formează în creier în această perioadă.

Vârsta menopauzei este, de asemenea, mai mare în Occident, în compa-

rație cu intervalul de 45-47 de ani din țările în curs de dezvoltare, cum ar fi India. De asemenea, din punct de vedere istoric, un interval de vârstă mai mic legat de menopauză a fost documentat în timpuri mai vechi. Aceasta a crescut la intervalul de 50-51 ani în epoca actuală.

Premenopauza reprezintă ultimii ani din perioada de reproducere a unei femei, care duce la menopauză, adică la sfârșitul ciclului menstrual al unei femei. Menopauza începe la un an după ultima menstruație a femeii.

Premenopauza începe, de obicei, la 40 de ani și poate dura între patru și opt ani. Vârsta media a menopauzei este de 51 de ani dar, pentru unele femei, poate începe cu câțiva ani mai devreme sau mai târziu. Simptomele menopauzei pot începe în timpul premenopauzei și pot continua ani de zile (un deceniu sau mai mult).

Cum pot femeile să găsească o ușurare a simptomelor premenopauzei și menopauzei? O pilulă contraceptivă cu doză mică poate controla problemele de sângerare și poate atenua transpirațiile nocturne în timpul premenopauzei. Evitarea alcoolului și a cofeinei poate reduce bufeurile, în timp ce terapia cognitiv-comportamentală și meditația le pot face mai tolerabile. Terapia hormonală la menopauză și inhibitorul selectiv al recaptării serotoninei, paroxetina, ca și o serie de medicamente nehormonale, pot să amelioreze unele simptome. De exemplu, medicamentele nehormonale pentru tratarea bufeurilor la femeile aflate la menopauză, aprobate recent de F.D.A. în SUA, vizează un neuron din creier care se dezechilibrează pe măsură ce nivelul de estrogen scade. Acesta ar putea fi deosebit de util pentru femeile de peste 60 de ani deoarece, la acea vârstă, începerea tratamentelor hormonale poate fi considerată riscantă.

Terapia hormonală ameliorează mai multe simptome ale menopauzei și are unele beneficii suplimentare pentru sănătate. S-a demonstrat că terapia hormonală ameliorează bufeurile și tulburările de somn și există unele dovezi că ajută în cazul depresiei și al durerilor articulare. De asemenea, ajută la prevenirea și tratarea sindromului geni-

to-urinar al menopauzei, o colecție de simptome, inclusiv infecții ale tractului urinar și dureri în timpul sexului, care afectează aproape jumătate dintre femeile aflate la postmenopauză. Ea diminuează riscul de diabet și protejează împotriva osteoporozei.

Cu toate acestea, din cauza riscurilor pentru sănătate asociate cu terapia hormonală, aceasta este recomandată numai după analize medicale amănunțite și o evaluare, împreună cu echipa medicală, a beneficiilor în raport cu riscurile.

Vârsta la care o femeie a început terapia hormonală este importantă pentru evaluarea riscului crescut de boli de inimă, accident vascular cerebral și demență. Astfel, un nou studiu din Danemarca, publicat în BMJ în iunie 2023, a sugerat că terapia hormonală pentru ameliorarea simptomelor menopauzei a fost asociată cu un risc crescut de apariție a bolii Alzheimer și a altor tipuri de demență. Studiul a constatat că riscul sporit a fost prezent chiar și la femeile care au început terapia la 55 de ani sau mai devreme. Folosind registrul național din Danemarca, studiul a examinat dosarele medicale a peste 5.500 de femei care au fost diagnosticate cu demență și Alzheimer între 2000 și 2018 și le-a comparat cu peste 55.800 de femei care nu fuseseră diagnosticate cu aceste afecțiuni. Studiul a constatat că femeile care au folosit terapia cu hormoni au avut o rată cu 24% mai mare de demență (inclusiv Alzheimer) decât femeile care nu au folosit hormoni.

Cu toate acestea, autorii studiului au avertizat că nu a fost posibil să se facă distincția între efectele hormonilor și simptomele menopauzei care au determinat femeile să se trateze, care la rândul lor sunt asociate cu un risc crescut de demență. Mai mult, în aceeași revistă în care a fost publicat studiul danez, cercetătorii de la Mayo Clinic și Harvard Medical School au publicat un editorial intitulat "*O legătură causală rămâne improbabilă*", în care apreciază că studiul nu a furnizat dovezi că terapia hormonală provoacă Alzheimer sau alte demențe. Astfel, cea mai mare limitare a studiului danez este că a fost observațional și, prin urmare, nu a putut stabili o cauzalitate.

Unii experți sugerează că adevărata legătură ar putea fi între simptomele menopauzei și demență. *"Dacă aveți simptome ale menopauzei - bufeuri, insomnie, depresie, ceață cerebrală - este mai probabil să cereți hormoni"*, a declarat Dr. Lisa Mosconi, director al Programului de prevenire a Alzheimer la Weill Cornell Medicine. Studiile au arătat că aceste simptome au într-adevăr o legătură cu dezvoltarea bolii Alzheimer și a altor demențe.

De exemplu, bufeurile au fost legate de mici leziuni în partea creierului care conține fibrele care conectează celulele neuronale, a spus Dr. Mosconi. Un studiu publicat anul trecut a arătat că ratele mai mari de bufeuri au fost legate de o creștere a cantității de hiperintensități ale materiei albe. Leziunile sunt *"considerate un factor de risc pentru demență"*, a spus Dr. Mosconi. (Deși nu este clar dacă bufeurile provoacă leziuni ale creierului sau dacă bufeurile și leziunile materiei albe au o cauză comună).

În plus, insomnia la mijlocul vieții - care poate fi determinată de transpirațiile nocturne - este considerată un factor major de risc pentru dezvoltarea bolilor neurodegenerative mai târziu în viață. *"Anumite proteine, care sunt precursorii bolii Alzheimer, se acumulează pe parcursul zilei în creier. Iar atunci când dormim, există de fapt un val mecanic, ca un val în ocean, care le împinge pe acestea în afara creierului"*, a declarat Dr. Pauline Maki, director al Programului de cercetare a sănătății mentale a femeilor de la Universitatea Illinois Chicago. *"Știm că multe femei rămân cu bufeurile netratate ani și ani de zile și au somnul perturbat noapte de noapte - așa că și acesta este un aspect important de luat în considerare"*. Studiile nu au demonstrat încă că insomnia cauzată în mod specific de transpirațiile nocturne este un factor de risc pentru demență, dar este un domeniu de cercetare în curs de desfășurare, a spus Dr. Maki.

Depresia la mijlocul vieții - un alt simptom comun al menopauzei - este, de asemenea, considerată un factor de risc pentru dezvoltarea demenței mai târziu în viață.

În numărul următor vom continua discuția asupra studiilor existente

care analizează simptomele, tratamentele menopauzei, beneficiile și riscurile asociate acestora, în încercarea de a face lumină într-un subiect insuficient analizat.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. The History of Menopause: Ageless Restoration: Alternative Medicine (<https://www.balancehormoneoklahoma.com/blog/the-history-of-menopause>) – inclusiv sursa foto
2. A historical perspective on menopause and menopausal age - PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15981376/>)
3. <https://www.nytimes.com/2023/07/10/well/live/hormone-therapy-menopause-dementia-alzheimers.html>
4. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/healthy-vascular-fat-in-menopause-may-help-protect-against-dementia>
5. 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>)
6. Is menopause still evolving? Evidence from a longitudinal study of multiethnic populations and its relevance to women's health - PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32307019/>)
7. A Bloody History of Menopause – The Old Operating Theatre (<https://oldoperatingtheatre.com/event-posts/a-bloody-history-of-menopause/>)
8. <https://www.bmj.com/content/381/bmj-2022-072770>
9. <https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/alz.13133>

Depresia și condiții medicale cu simptome asemănătoare depresiei

Timp aprox. de lectură: 7 minute

Depresia este una dintre cele mai frecvente tulburări psihice și una dintre principalele cauze ale anilor de viață pierduți din cauza dizabilității și a poverii bolii la nivel mondial. În plus, aceasta a contribuit la povara sinuciderilor și a bolilor cardiace ischemice. Cu toate acestea, depresia este pe scară largă nediagnosticată.

Practic, depresia afectează modul în care vă simțiți, gândiți și acționați. Este posibil să vă simțiți trist și să vă pierdeți interesul pentru activitățile care vă plac în mod normal. Este posibil să aveți probleme emoționale și fizice care vă îngreunează funcționarea acasă și la locul de muncă.

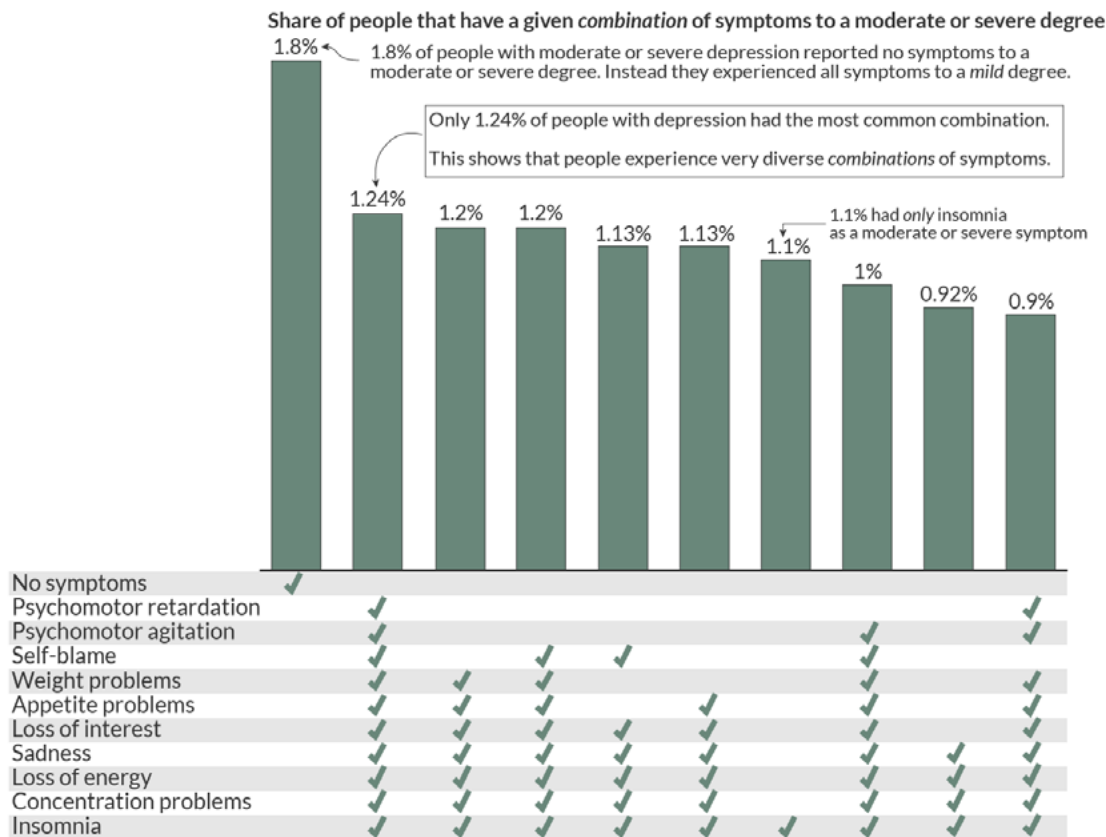
Simptomele pot include:

1. Modificări ale apetitului;
2. Oboseală;
3. Sentimente de vinovăție sau de inutilitate;
4. Sentimente de tristețe sau o dispoziție depresivă;
5. Pierderea interesului pentru orice activități;

People with depression experience different combinations of symptoms

Among people diagnosed with moderate or severe depression, many symptoms are common but each combination of symptoms is rare. This is shown only for 10 most common combinations of symptoms.

Our World
in Data



Source: Fried and Nesse (2015). Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *Journal of Affective Disorders*.
OurWorldinData.org - Research and data to make progress against the world's largest problems. Licensed under CC-BY by the author Saloni Dattani.

6. Energie scăzută;
7. Gânduri de sinucidere sau despre moarte;
8. Probleme de somn;
9. Probleme de gândire, de concentrare sau de luare a deciziilor;
10. Pierderea sau creșterea în greutate.

Dacă aceste simptome apar în diverse combinații, durează două săptămâni sau mai mult și vă limitează capacitatea de a funcționa, este posibil să aveți depresie. Mergeți și discutați cu medicul dumneavoastră.

Diagnosticarea depresiei poate fi dificilă, deoarece aceasta se poate manifesta foarte diferit la persoane diferite și în momente diferite. Diagnosticul poate fi întârziat deoarece "simptomele" pot fi nespeci-

fici sau sunt mascate de alte probleme de sănătate. Depresia poate exista adesea alături de alte probleme de sănătate (cunoscută și sub numele de comorbiditate) mintală, în special la tineri, ceea ce poate, de asemenea, să sporească dificultatea de a pune un diagnostic.

De cele mai multe ori, depresia prezintă o serie de "simptome" fizice și emoționale care trebuie analizate cu atenție, pentru a se ajunge la un diagnostic precis. Procesul de diagnosticare presupune adesea o examinare fizică, completarea unui chestionar privind simptomele depresiei și o explorare atentă a simptomelor, în contextul istoricului medical al persoanei. În timp ce un examen fizic va dezvălui starea generală de sănătate a pacientului, vorbind cu pacientul, medicul poate afla despre alte lucruri care sunt relevante pentru a pune un diagnostic de depresie. Acesta poate relata despre lucruri precum stările de spirit zilnice, comportamentele și obiceiurile de viață. Uneori, depresia este diagnosticată după ce au fost excluse alte afecțiuni posibile.

Diagnosticul de depresie este adesea dificil de pus, deoarece depresia clinică se poate manifesta în foarte multe moduri diferite. De exemplu, unele persoane deprimare clinic par să se retragă într-o stare de apatie. Alții pot deveni iritabili sau chiar agitați. La alte persoane, tiparele de alimentație sau somn pot fi exagerate. De exemplu, depresia clinică poate determina pe cineva să doarmă sau să mănânce în exces, iar pe altcineva aproape să elimine aceste activități.

Factorul fundamental și provocator ar putea fi faptul că depresia este o boală extrem de eterogenă și că adevărata sa patogenie nu a fost clar elucidată. Studiile de asociere la nivel de genom privind depresia nu au reușit, de obicei, să identifice variantele genetice specifice implicate, deși depresia are o încărcătură genetică bine stabilită. Interacțiunile genă-mediu, prin care o persoană moștenește sensibilitatea la factorii de mediu, ar putea juca, de asemenea, un rol-cheie. Din nou, au fost propuse mai multe ipoteze etiologice plauzibile care ar putea fi utile pentru a înțelege mecanismele fiziopatologice și terapeutice. Fără îndoială, depresia este o tulburare multifactorială, iar

cunoștințele despre mecanismele neurobiologice care stau la baza acestora sunt încă incomplete.

Așadar, depresia este o boală complexă, cu multe fenotipuri diferite. Simptomele depresive pot apărea din cauza sau împreună cu consumul de substanțe, alte boli psihiatrice sau alte afecțiuni medicale. Multe afecțiuni medicale și de sănătate mintală au simptome asemănătoare cu cele ale depresiei - cum ar fi oboseala și problemele de somn - astfel încât s-ar putea să credeți că aveți depresie când, de fapt, este vorba de altceva.

Așadar, care sunt afecțiunile medicale și de sănătate mintală obișnuite care seamănă cu depresia și cum diferă acestea?

Dacă suferiți de **tulburare bipolară**, alternați între perioade de depresie și perioade de manie (o stare de spirit opusă depresiei). În timpul unei perioade depresive, puteți simți tristețe, deznădejde și pierderea interesului pentru activități. Dar apoi se va trece la o perioadă de manie, când vă simțiți euforic, energic sau iritabil. Acestea nu sunt simptome ale depresiei clinice.

Sindromul oboselii cronice are drept simptom comun cu depresia oboseala. În plus, și sindromul oboselii cronice poate să interfereze cu capacitatea de a face lucruri pe care le faceți în mod normal sau ar putea duce la probleme cu memoria, concentrarea și somnul. Medicul sau terapeutul vă poate ajuta să vă dați seama dacă simptomele dumneavoastră sunt legate de depresie sau de sindromul oboselii cronice.

Anemia apare atunci când nu aveți suficiente globule roșii sănătoase pentru a transporta oxigenul către organele dumneavoastră. Ea generează simptome precum oboseala și slăbiciunea, care sunt, de asemenea, simptome ale depresiei. Iar dacă nu tratați anemia, aceasta poate duce la complicații, inclusiv la depresie.

Însă anemia are și simptome complet diferite de cele ale depresiei precum: dificultăți de respirație, senzație de frig, amețeli, dureri de cap, dureri de limbă, probleme de piele și sindromul picioarelor neliniștite.

Multe persoane care suferă de **fibromialgie**, o afecțiune care provoacă dureri musculare cronice și oboseală, suferă și de depresie. Dezechilibrele chimice din creier care provoacă modificări ale dispoziției pot fi, de asemenea, legate de fibromialgie. Durerea constantă și oboseala continuă pot duce, de asemenea, la depresie.

Dar fibromialgia dă și alte simptome care nu seamănă cu depresia, cum ar fi sensibilitatea crescută la durere, rigiditate musculară sau spasme, o durere profundă sau o durere de arsură, amorțeală și furnicături la nivelul mâinilor, brațelor și picioarelor.

Anxietatea și depresia sunt puternic legate. anxietatea este uneori un simptom al depresiei. anxietatea poate declanșa, de asemenea, depresia. Mulți oameni au atât depresie, cât și anxietate. Sunt afecțiuni diferite, dar au unele simptome care se suprapun, cum ar fi nervozitatea, iritabilitatea, problemele de somn și dificultatea de concentrare. Medicul dumneavoastră este cel care vă poate spune dacă aveți anxietate, depresie sau ambele.

Tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD), când se asociază cu depresie, este posibil să vă mișcați, să gândiți și să vorbiți mai încet. Stresul de a trăi cu ADHD poate duce la sentimente de depresie. Acest lucru se numește depresie situațională, ceea ce înseamnă că se întâmplă din cauza provocărilor ADHD. Dacă vă tratați ADHD-ul, simptomele depresiei dvs. se pot ameliora.

Letargia, starea de spirit scăzută, pierderea memoriei și iritabilitatea sunt simptome comune ale depresiei. Acestea sunt, de asemenea, semne de **hipercalcemie**, sau niveluri ridicate de calciu în sânge. Hipercalcemia este cauzată de multe lucruri diferite, inclusiv boli, medicamente și deshidratare. Dacă aveți aceste simptome, medicul dumneavoastră poate solicita un test de sânge pentru a vedea dacă aveți

hipercalcemie.

Hipotiroidismul este adesea diagnosticat greșit ca fiind depresie. Dacă tiroida dumneavoastră este hipoactivă, aceasta vă poate afecta emoțiile. Este posibil să aveți simptome de depresie, cum ar fi oboseala, insomnia și ceață cerebrală. Multor persoane cu hipotiroidism li se prescriu incorect medicamente antidepresive, stabilizatoare de dispoziție și sedative, când în schimb tiroida este cea care trebuie tratată.

Vitamina D este utilă pentru o bună funcționare a organismului. Semnele care arată că nu primiți suficientă vitamina D includ slăbiciune, durere, oboseală și modificări ale dispoziției. Chiar dacă sunt cauzate de o deficiență de vitamina D, acestea pot fi confundate cu depresia. Medicul dumneavoastră vă poate face un test de sânge pentru a vă măsura nivelul de vitamina D și pentru a vedea dacă aceasta este cauza simptomelor dumneavoastră.

Pentru a diagnostica mai bine depresia, multe țări fac acum screening în populația generală, nu doar la un subset de persoane care sunt consultate de un număr mic de medici. În multe studii, cercetătorii urmăresc pacienții pe perioade lungi de timp, pentru a înțelege cum evoluează afecțiunea. În plus, acum se folosesc chestionare și interviuri care tratează depresia ca pe o afecțiune care poate apărea la diferite niveluri și se poate schimba în timp. Nu în ultimul rând, dispunem de instrumente statistice mai bune pentru a ne ajuta să perfecționăm chestionarele și să înțelegem modul în care simptomele sunt legate între ele.

Chiar dacă am făcut progrese importante în diagnosticarea depresiei, există o nevoie urgentă de instrumente sau modalități de diagnosticare cu o mai mare obiectivitate, care ar putea îmbunătăți practica psihiatrică actuală, care se bazează în principal pe auto-raportarea simptomelor și pe interviuri clinice. În ultimele două decenii, un număr tot mai mare de cercetări privind biomarkeri ce indică depresia au sugerat din ce în ce mai mult că pacienții cu depresie au profiluri biologice semnificativ diferite în comparație cu grupele de control.

Cu toate acestea, dificultatea în elucidarea relațiilor exacte ale acestora în cadrul fiziopatologiei depresiei face ca markerii individuali să fie instrumente de diagnostic inconsistente. În cele din urmă, acest lucru se datorează parțial lipsei de susținători ai pacienților, stigmatului care înconjoară afecțiunea și resurselor inadecvate de sănătate mintală.

Pe scurt, diagnosticarea depresiei este o provocare. Sunt necesare în continuare cercetări suplimentare în domeniul biomarkerilor, care ar putea îmbunătăți înțelegerea fiziopatologiei, precum și a mecanismelor antidepressive, ar putea limita diagnosticele diferențiale și ar putea contribui la rafinarea criteriilor actuale de diagnosticare. Pentru moment, candidații promițători sunt implicați în principal în sistemul axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale, funcția tiroidiană și autoimunitatea, citokinele și răspunsul inflamator, stresul oxidativ, neurotrofinele, genetica și epigenetica, proteomica, metabolomica și testele bazate pe multiplex. Să sperăm că, în viitor, vor putea fi descoperiți și aplicați biomarkeri mai sofisticăți și mai integrați pentru depistarea și diagnosticarea depresiei.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5434292/>
2. Conditions With Symptoms Similar to Depression (<https://www.webmd.com/depression/looks-like-depression-but-not>)
3. <https://healthtalk.org/depression-and-low-mood/getting-a-depression-diagnosis-or-not>
4. <https://www.webmd.com/depression/depression-diagnosis>
5. Sursa imaginii grafice: Depression is complicated – this is how our understanding of the condition has evolved over time (<https://ourworldindata.org/what-is-depression>)

Modelul Joanna Briggs Institute (JBI) de Practici bazate pe dovezi

Continuăm seria articolelor cu privire la modelele de implementare a practicilor bazate pe dovezi cu prezentarea generală a Modelului JBI de Practici bazate pe dovezi.

Joanna Briggs Institute are un rol semnificativ în dezvoltarea științei cu privire la sinteza și implementarea dovezilor în politicile de sănătate și în practica clinică a personalului medical.

Modelul JBI de Practici bazate pe dovezi (Evidence Based Practice, EBP) este un punct de referință pentru toate mediile de asistență medicală, inclusiv pentru cele mai complexe, încă din anul 2005. El include patru elemente esențiale ale practicilor bazate pe dovezi în vederea îndeplinirii obiectivului principal de obținere a sănătății globale: (1) generarea, (2) sinteza, (3) transferul și (4) implementarea dovezilor.

În acest context, **implementarea dovezilor** ar trebui integrată la nivel global și nu doar ca o componentă independentă, deoarece ea reprezintă „un set de activități intenționate care să permită interacțiunea părților interesate cheie cu dovezile de cercetare pentru a informa lu-



Fig. 1. Modelul JBI de Practici bazate pe dovezi / Îngrijiri medicale bazate pe dovezi [1]

area deciziilor și pentru a genera îmbunătățiri susținute în calitatea furnizării îngrijirilor medicale” [1]. Astfel, modelul JBI (Figura 1) demonstrează intersecția dintre următoarele cinci domenii importante:

1. Identificarea nevoilor de sănătate ale populației.
2. Generarea de dovezi pentru a răspunde acestor nevoi.
3. Sintetizarea acestor dovezi (sumarul dovezilor) care să informeze integrarea lor în practica clinică.
4. Transferul de dovezi (integrarea cercetării în practică).

5. Activitatea de implementare a dovezilor.

Elementul central al modelului JBI denumită și „**pietricica cunoașterii**”, care se regăsește și în logo-ul JBI, descrie EBP ca un proces de *luare a deciziilor clinice care ia în considerare cele mai bune dovezi disponibile, contextul în care se acordă îngrijirea, preferințele pacienților și raționamentul clinic al profesioniștilor din domeniul sănătății* [2].

Deciziile clinice sunt fundamentale pentru obținerea sănătății globale a populației și sunt formulate în baza cunoștințelor, abilităților, atitudinilor și experienței profesioniștilor din domeniul sănătății. În plus, acestea ar trebui să țină cont și de următoarele caracteristici esențiale ale dovezilor, conform Cadrului **FAME** [3]:

- Realizabile/fezabile (**Feasible**), respectiv gradul în care o intervenție de îngrijire este realizabilă într-un anumit context, inclusiv eficiența costurilor.
- Adecvate (**Appropriate**) – gradul în care o intervenție de îngrijire se potrivește unui context.
- Semnificative (**Meaningful**) - modul în care o intervenție de îngrijire este experimentată de un individ sau un grup de indivizi, precum și semnificațiile pe care aceștia le atribuie experienței.
- Eficace (**Effective**) – gradul în care, printr-o intervenție de îngrijire se obține rezultatul așteptat.

Cele mai bune dovezi disponibile asociate contextului de îngrijire, individualității pacienților, raționamentului și expertizei clinice a profesioniștilor din domeniul sănătății pot informa fezabilitatea, adecvarea, semnificația și eficacitatea practicilor de îngrijire.

În cadrul modelului JBI, **sănătatea globală** reprezintă atât un obiectiv, cât și un rezultat al elementelor modelului, care ghidează îngrijirile medicale bazate pe dovezi. Conform modelului JBI, cele trei componente ale sănătății globale sunt:

- **Impactul sustenabil/durabil** al schimbărilor din practica clinică ulterior implementării dovezilor. Pentru a furniza îngrijiri medi-

cale cu adevărat îmbunătățite, este necesară menținerea acestor îmbunătățiri în timp (asigurarea durabilității/sustenabilității lor). Impactul durabil poate fi atins doar în condițiile unei colaborări adecvate, al muncii în echipă, al fixării obiectivelor comune, al motivației comune și al identificării beneficiilor abordării bazate pe dovezi în luarea deciziilor clinice.

- **Angajarea (implicarea)** tuturor părților cheie interesate. Modelul JBI pune un accent deosebit pe colaborare, indiferent de natura ei - servicii de sănătate, mediu academic, guverne, unități de cercetare, organizații de sănătate, etc., fiind concentrată pe recunoașterea efortului comun în obținerea sustenabilă a schimbării în practica clinică.
- **Nevoia de cunoaștere** a comunității (clinicieni, pacienți, guverne, diferite organizații), în legătură cu identificarea practicilor nesigure care necesită îmbunătățire prioritară, identificarea resurselor necesare, a constrângerilor (barierelor), facilitatorilor, etc. Această nevoie de cunoaștere poate contribui în mod semnificativ la luarea deciziilor de implementare a EBP prin **formularea adecvată a întrebărilor de cercetare**.

Generarea dovezilor este o altă componentă importantă a modelului JBI, care poate fi realizată prin: studii de cercetare de calitate, experiență clinică și opinia experților (discursul clinic).

JBI consideră că generarea de noi cunoștințe poate avea loc atât prin cercetare primară, cât și prin cercetare secundară (revizuiți sistematice). Însă, nu întotdeauna există studii de cercetare realizate pentru toate activitățile medicale (intervenții, practici sau proceduri). În aceste cazuri, sunt abordate alte tipuri de dovezi pentru a informa luarea deciziilor, ca de exemplu discursul sau opinia experților.

Expertiza clinicienilor sau raționamentul/judecata clinică asociată cu **expertiza/experiența pacienților** și respectarea **valorilor și preferințelor lor**, pot contribui la **procesul de luare a deciziilor centrate pe pacient**.

Discursul poate fi definit ca o comunicare sau o dezbateră scrisă bazată pe experiență personală. Procesul de identificare a tipului de dovezi necesare pentru a răspunde la o întrebare de cercetare și identificarea tipurilor de dovezi disponibile (cercetare, expertiză/experiență sau discurs) sunt fundamentale pentru integrarea dovezilor în practică.

Sinteza dovezilor reprezintă evaluarea dovezilor rezultate din cercetare sau a opiniilor experților cu referire la o intervenție de îngrijire medicală specifică, care să informeze procesul de luare a deciziilor clinice bazate pe dovezi [4].

Revizuirile (analizele) sistematice reprezintă sinteze de dovezi rezultate prin studii secundare de cercetare. **Rezumatul dovezilor** sau reviziile rapide reprezintă o abordare simplificată pentru sintetizarea dovezilor într-un interval redus de timp.

Recomandările de bune practici incluse în ghidurile clinice „de încredere” elaborate după metodologii riguroase reprezintă *„afirmații care includ recomandări menite să optimizeze îngrijirea pacientului, care sunt informate printr-o revizuire sistematică a dovezilor și o evaluare a beneficiilor și prejudiciilor opțiunilor alternative de îngrijire”* [5].

Transferul dovezilor este un proces activ, participativ, care promovează accesul și preluarea dovezilor în contexte locale. Dovezile sunt transferate sub formă de cunoștințe către profesioniștii din domeniul sănătății, instituții de sănătate și sisteme de sănătate prin intermediul revistelor, mijloacelor electronice, programelor de educație medicală continuă sau programelor de formare profesională. Transferul dovezilor poate fi considerat ca fiind un factor care facilitează și sprijină implementarea dovezilor.

Diseminare activă este vitală pentru procesul de luare a deciziilor bazate pe dovezi și reprezintă capacitatea clinicienilor aflați la punctul de îngrijire, de a accesa dovezile de cercetare sintetizate. Aceasta vizează diseminarea cunoștințelor/dovezilor la scară geografică largă în medii clinice și în rețele de utilizatori finali (pacienți, organizații de

pacienți, furnizori de echipamente medicale, etc.) [6]. În cadrul diseminării active, un rol important îl are comunicarea.

Integrarea dovezilor în sistem reprezintă includerea unei baze de dovezi în sistemele de sprijin pentru deciziile clinice, în dosarele medicale electronice, sistemele de calitate sau în politicile de sănătate.

Programele educaționale sunt strategii eficiente în transferul dovezilor, care ar putea viza: (1) instruirii cu privire la intervenții / practici de îngrijire, (2) programe de educație medicală continuă sau (3) programe de cercetare ample pentru obținerea de competențe în sinteza și implementarea dovezilor.

Implementarea dovezilor reprezintă derularea de activități intenționate care permit interacțiunea părților interesate cheie cu dovezile de cercetare pentru a informa procesul decizional și pentru a genera îmbunătățiri susținute în calitatea furnizării îngrijirilor medicale. Conform modelului JBI, cele trei componente importante ale implementării dovezilor sunt: analiza contextului, facilitarea schimbării și evaluarea de proces și rezultat.

Analiza contextului are funcție diagnostică cu rol în identificarea problemelor locale și a factorilor care ar putea influența schimbarea în practică. Este o etapă complexă și importantă ce constă în înțelegerea schimbării și argumentarea necesității de schimbare, prin colectarea de date relevante, colaborarea cu părțile interesate și obținerea suportului adecvat pentru implementarea procesului de schimbare. În funcție de rezultatele analizei de context, vor fi identificate intervențiile necesare de diseminare și implementare.

Facilitarea schimbării este o abordare calificată care permite interacțiunea cu părțile interesate cheie, identificarea facilitatorilor implementării, identificarea potențialelor bariere organizaționale și elaborarea și implementarea strategiilor adecvate de limitare a acestor bariere. Suportul organizațional, campionii locali, liderii de opinie, clinicienii, cunoștințele și abilitățile de leadership sunt esențiale pentru conducerea proiectelor de implementare și susținerea durabilă a

acestora.

Evaluarea de proces și rezultat reprezintă setul de activități de monitorizare, evaluare, menținere și consolidare a schimbărilor în practica clinică. Programul de audit și feedback este necesar în această etapă. Succesul implementării depinde de adaptarea procesului de schimbare în raport cu natura complexă, multidimensională a mediului de asistență medicală [7].

Concluzii

Proiectele de implementare sunt considerate proiecte de îmbunătățire a calității serviciilor medicale, deoarece domeniul de aplicare se suprapune considerabil cu domeniul de îmbunătățire a calității.

De asemenea, o importanță majoră o au modelele și teoriile cu privire la managementul schimbării și translocarea cunoștințelor în practica clinică. Prin acestea, este asigurată cunoașterea culturii organizaționale / contextului local, în scopul construirii capacității adecvate pentru susținerea durabilă a implementării practicilor bazate pe dovezi.

Abordarea modelului JBI nu este o abordare liniară, ci una **flexibilă**, astfel încât punctul de plecare pentru un utilizator poate fi sănătatea globală sau sinteza sau transferul sau chiar implementarea dovezilor. Săgețile din modelul JBI indică pe de o parte, fluxul de proces, iar pe de altă parte, procesul de feed-back. Toate domeniile modelului JBI sunt intercorelate și conțin câte trei componente structurale care susțin dezvoltarea domeniului respectiv.

Modelul JBI este ghidat de patru principii generale: (1) cultură (organizațională), (2) capacitate (resurse, inclusiv infrastructură, cunoștințe și abilități), (3) comunicare (activă și directă, inclusiv diseminare prin diverse canale de comunicare) și (4) colaborare (cu toate părțile cheie interesate).

În aplicarea modelului JBI pentru implementarea Practicilor bazate pe dovezi sunt necesare intervenții educaționale susținute prin care profesioniștii din domeniul sănătății să obțină abilitățile, cunoștințele

și resursele necesare pentru implementarea sustenabilă a dovezilor. JBI acționează la nivel global și local prin parteneriate clinice și programe educaționale proiectate pentru profesioniștii din domeniul sănătății care doresc să conducă proiecte de implementare a EBP în mediul clinic în care își desfășoară activitatea profesională.

În articolul următor vom aprofunda modelul JBI de implementare a practicilor bazate pe dovezi, un model complex, flexibil și util pentru îmbunătățirea calității și siguranței îngrijirilor medicale.

Autori:

1. Mariana Zazu – Specialist în Dezvoltare Organizațională, OAMG-MAMR Filiala București; Director adjunct al Centrului Român de Cercetare în Îngrijiri de Sănătate: Centru de Excelență JBI
2. Andreea Năstase – Departamentul Profesional-Științific de Cercetare și Dezvoltare a profesiei, OAMGMAMR Filiala București

Surse de documentare:

- [1] Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. The updated JBI model of Evidencebased Healthcare: A model reconsidered. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute. 2016.
- [2] Pearson A, Jordan Z & Munn Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. Nursing Research and Practice. 2012.
- [3] Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute model of evidence-based healthcare. JBI Evidence Implementation. 2019 Mar 1;17(1):58-71.
- [4] Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI Model of Evidence-based Healthcare. Int J Evid Based Healthc 2005; 3: 207–15.

[5] Institute of Medicine of the National Academies. Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC: The National Academy of Sciences; 2011 ; Available at: <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/Clinical-Practice-Guidelines-We-Can-Trust.aspx>.

[6] RTI International-University of North Carolina Evidencebased Practice Centre. Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health related evidence. Research Triangle Park, NC: Commissioned by the Agency for Healthcare Research Quality; 2013.

[7] Graham I, Tetroe J. Some theoretical underpinnings of knowledge translation. *Acad Emerg Med* 2007; 14: 936–41.

Eliberați de durere. Cum să ne folosim puterea corpului pentru a învinge suferința fizică, de Peter A. Levine, Maggie Philips, Ed. Pagina de Psihologie, 2023

Eliberați de durere

Cum să ne folosim puterea corpului
pentru a învinge suferința fizică



PETER A. LEVINE, PH.D.
MAGGIE PHILLIPS, PH.D.

Atunci când durerea cronică a devenit parte din viața ta, cu siguranță îți pui și întrebarea: Ce mă mai poate ajuta?

Eliberați de durere este o carte în care doi specialiști în domeniul recuperării după traumă și durere analizează un element cheie pentru vindecarea durabilă: trauma emoțională nerezolvată depozitată în corp.

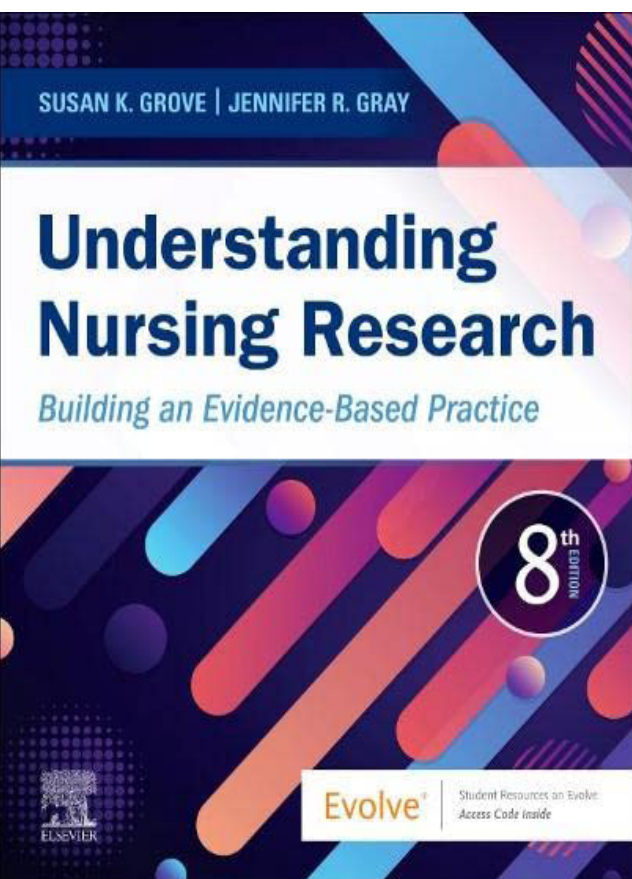
Ce ne învață cei doi autori, dr. Levine și dr. Phillips, pornind de la munca lor de pionierat în domeniul Somatic Experiencing (r) și de la perspectiva obținută în zeci de ani de studii clinice, este cum:

- să aplanăm răspunsul disproporționat de "luptă" al corpului la durere
- să eliberăm teama, frustrarea și tristețea intensificate de traume prealabile

- să dezvoltăm forța interioară și autocontrolul
- să ameliorăm durerea provocată de traumatisme, proceduri chirurgicale, afecțiuni ale articulațiilor și mușchilor, migrene și alte boli.

Această carte se adresează tuturor celor ce caută să se elibereze de durere. Pentru un program de auto-îngrijire sau ca parte a actualei scheme de tratament, cartea oferă elemente despre psihologia traumei și un set verificat de tehnici și instrumente utile pentru a găsi alinarea.

Understanding nursing research. Building on evidence-based practice (Să înțelegem cercetarea în practica asistenților medicali. Construirea unei practici bazate pe dovezi) de Susan G. Grove și Jennifer R. Gray, Ed. Elsevier, 2022



Învăță să înțelegi, să evaluezi critic și să aplici studiile de cercetare în practica medicală bazată pe dovezi folosind un manual de referință pentru domeniul cercetării în practica asistenților medicali.

Această ediție a 8-a, actualizată și îmbunătățită, oferă perspective și mai clare asupra evaluării critice a studiilor publicate din practica medicală bazată pe dovezi. Lucrarea este recunoscută pentru conținutul său autorizat, pentru abordarea sistematică testată în timp și pentru formatul său de tip exemplu de cercetare.

Concentrarea puternică asupra practicii bazate pe dovezi vă ajută să dezvoltați abilități în evaluarea și aplicarea studiilor publicate, demonstrând cum să aplicați dovezile în practica clinică. Conținutul

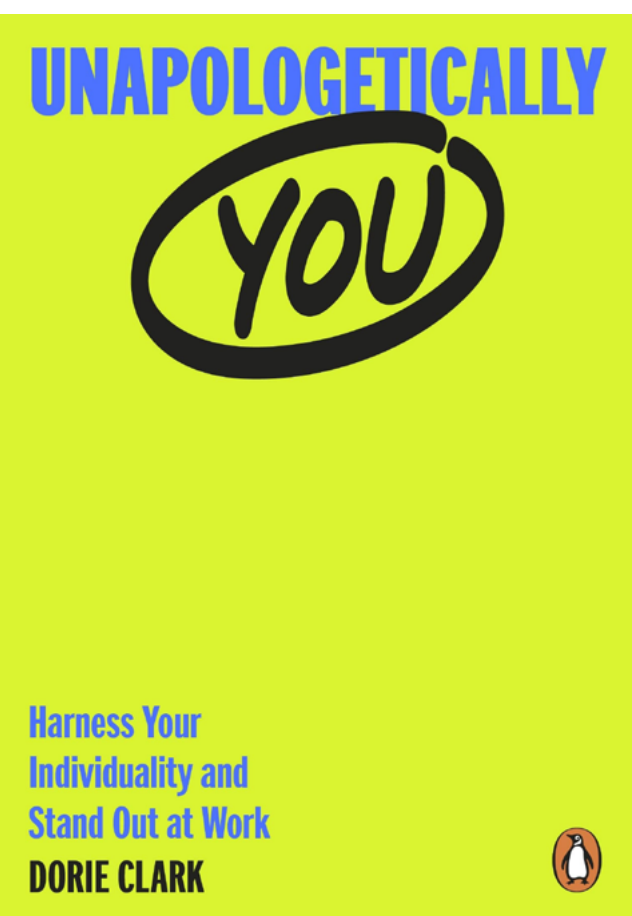
este scris de pionieri și practicieni ai cercetării în domeniul nursingului, care oferă informații unice, de primă mână, în domeniu. Aco- perirea echilibrată a cercetării calitative și cantitative arată cum să abordăm studiile publicate cu o viziune imparțială asupra metodolo- giei cercetătorului.

Exemplele din cercetare sunt actualizate prin adăugarea unor studii de înaltă calitate în domeniul practicii asistenților medicali, dar și a unor studii privind modul în care putem îmbunătăți evaluarea critică a literaturii de specialitate.

Tabelele rezumative, ilustrațiile și casetele promovează învățarea apro- fundată a proceselor și abordărilor pentru practica clinică din ce în ce mai mult bazată pe dovezi. Introducerea în metodele mixte și cer- cetarea rezultatelor examinează aceste metodologii din ce în ce mai populare în cercetarea din practica asistenților medicali.

NOU! Conținutul actualizat se concentrează pe cele mai relevante informații de care aveți nevoie pentru a vă ajuta să înțelegeți proce- sele de cercetare și ale practici bazate pe dovezi. NOU! Sfaturi pen- tru cercetare/practică bazată pe dovezi oferă sfaturi de specialitate pentru a vă ajuta să evaluați critic studiile publicate pentru aplicarea în practica clinică.

Unapologetically You: Harness Your Individuality and Stand Out at Work (Fără scuze. Cum îți valorifici individualitatea și ieși în evidență la locul de muncă), de Dorie Clark, Ed. Penguin Books, 2023



A fi tu însuși este mai important și mai profitabil ca niciodată până acum. Piața muncii s-a schimbat. Într-o eră în care costul vieții crește și concurența crește, nu mai este suficient să ai o diplomă universitară, un loc de muncă comod într-o corporație și o puternică etică a muncii. Metodele care odată garantau succesul îi lasă pe angajații care nu țin pasul mai săraci și mai subevaluați.

Din ce în ce mai mult, oamenii descoperă că trebuie să urmeze căi alternative pentru cariera lor - fie că pornesc o acțiune secundară jobului, fie că găsesc o idee revoluționară la locul de muncă, fie chiar renunță complet la cursa șobolanilor și își urmăresc propriile proiecte pasionale.

Cu o populație din ce în ce mai educată și mai experimentată cu care trebuie să concurezi, des-

coperirea a ceea ce te face să te evidențiezi ca individ este mai important ca niciodată - într-o structură corporativă, o piață independentă, un colectiv virtual sau orice alt loc de muncă.

Deci cum o faci? Răspunsul, potrivit consultantului de strategie Dorie Clark, este să fii tu însuși, în întregime și fără scuze.

S-ar putea să nu știi care este ideea ta revoluționară. Sau poate știi, dar nu ai idee cum să o implementezi. S-ar putea să crezi că ai o idee, dar nu ai suficientă încredere în tine pentru a o pune în practică. Indiferent de ceea ce te reține, această carte te poate ghida cum să treci peste această barieră și să te auto-identifici ca propriul lider - și începe prin a fi cu adevărat cine ești.

Bazându-se pe interviurile unora dintre cei mai influenți lideri de gândire din lume, inclusiv Seth Godin, Daniel Pink și David Allen, Dorie Clark îți arată cum să te eliberezi de zgomotul vieții de zi cu zi, să te înțelegi pe tine însuși și să-ți înțelegi valoarea și, în cele din urmă, să-i inspire pe alții să îmbrățișeze viziunea ta. Oricine ai fi, indiferent de perspectiva ta, ideile tale contează. Lumea are nevoie de cunoștințele tale, iar acum este momentul să fii îndrăzneț.

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.