

REVISTA ASISTENT

VIAȚA ȘI SĂNĂTATEA

ȘCOALA ECOLOGICĂ "SFÂNTUL ȘTEFAN"

EDITURA
ARVES

"Autorii poartă întreaga responsabilitate asupra materialelor publicate"

Comitetul Director

prof. Teclu CODREȘI
prof. Cornelia PASĂRE
dr. Gerda MARGINE
farm. Laurențiu DINU

COORDONATOR

prof. dr. Viorel LAZĂR

ȘCOALA ECOLOGICĂ "SFÂNTUL ȘTEFAN"

CRAIOVA



Craiova, str. Nicolae Julea, nr. 3
tel./fax : 0251/ 541590



Asistent Medical Generalist



Asistent Medical de Farmacie

10 ani !

La mulți ani !

CUPRINS

ÎMPLINIRE

Manager prof. Teclu CODREȘI.....5

ASISTENTUL MEDICAL: ARTĂ, ȘTIINȚĂ, PROFESIE

Prof. Gabriela TACALĂU.....7

GRIPANOUĂ AH1N1

Prof. Maria GÂRJU.....10

IMAGISTICĂ PRIN REZONANȚĂ MAGNETICĂ (IRM sau RMN)

Daniela STĂNCULESCU.....11

CONFIDENȚIALITATEA ACTULUI MEDICAL. SECRETUL PROFESIONAL

Dr. Monica - Laura CARA.....14

POZIȚIA ASISTENTEI MEDICALE FAȚĂ DE BOLNAVUL VÂRSTINIC

Dr. Gerda MARGINE.....16

NURSINGUL BOLNAVULUI CU ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Asistent medical principal Emilia BICICA.....18

TULBURĂRI PSIHICE LEGATE DE CONSUMUL DE ALCOOL

Daniela STĂNCULESCU.....21

APARIȚII EDITORIALE

CONSTRUCȚIILE ÎN TIMPURILE BIBLICE

Prof. Marian NIȚĂ.....23

ECO - ETICA ȘI MORALA CREȘTINĂ

Prof. Marian NIȚĂ.....23

ARMATA ÎN TIMPURILE BIBLICE

Prof. Marian NIȚĂ.....24

UN ZÂMBET ...

As. Iuliana NICOLAE.....24

ÎMPLINIRE

Manager prof. Teclu CODREȘI

Școala Ecologică „Sfântul Ștefan” din Craiova este acreditată de către Ministerul Educației, Cercetării și Inovării, prin OM nr. 6193/2008, ca unitate de învățământ particulară și de interes public, care contribuie la formarea tinerilor în specialitățile domeniului sanitar: Asistent Medical Generalist (AMG) și Asistent Medical de Farmacie (AMF).

Înființarea în anul școlar 1999-2000 și funcționarea acestei unități de învățământ s-a făcut în cadrul Fundației “Acțiunea Ecologică Română”, în baza unei constatări profund umanitare: **pentru sănătatea omului este primordială sănătatea naturii.**

Pentru cele două specializări, Școala folosește curriculum-ul european, conform Ordinului de Ministru Nr. 4760/26.07.2006, elaborat în conformitate cu OMECT 2713 din 29.11.2007 privind parcurgerea a 4920 de ore de pregătire a Asistenților medicali generaliști, iar conform Hotărârii Guvernului nr. 223/2005 se parcurg 2700 de ore pentru Asistenți Medicali de Farmacie.

Până la absolvire, elevii/studentii noștri vor acumula următoarele competențe, vor avea capacitate:

- să selecționeze și să aplice tehnici adecvate de studiu și învățare;
- să ia decizii în cunoștință de cauză, bazate pe o gândire analitică și critică;
- să îmbine experiențele personale cu cunoștințele dobândite;
- să folosească tehnologia informației pentru învățarea și practicarea îngrijirilor;
- să integreze învățarea teoretică cu cea bazată pe învățarea practică;
- să se bazeze pe cercetare pentru a-și aprofunda cunoștințele teoretice și practice;
- să accepte responsabilitatea pentru perfecționarea continuă după absolvirea școlii;
- să identifice nevoile sociale și umane;
- să prețuiască integritatea și încrederea personală ca fundamentale pentru activitatea profesională;
- să asigure nivelul de pregătire cerut pentru acordarea certificatului de absolvire;
- să asigure posibilitatea înscrierii în registrul profesional.

Școala dispune de o bază tehnico-materială, proprie sau închiriată, care asigură desfășurarea în bune condiții a procesului instructiv-educativ:

- * 13 săli de clasă;
- * 2 laboratoare nursing;
- * 1 laborator de tehnică farmaceutică;
- * 1 cabinet de anatomie- biologie;
- * 1 laborator de informatică;
- * bibliotecă.

La acestea se adaugă mobilier școlar, instrumentar medical, instrumentar de laborator, rețea de calculatoare, sediu social și administrativ, lot didactic pentru plante medicinale, cărți și publicații.

Unitatea școlară beneficiază de aportul substanțial al Autorității de



Sănătate Publică Craiova prin toate spitalele pe care le are în subordine, având contracte de colaborare și parteneriate cu toate aceste unități, de asemenea cu cabinetele individuale de familie, cu Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Dolj și cu Inspectoratul de Stat Teritorial pentru Persoane cu Handicap Dolj pentru instruirea practică a acestor elevi.

Atingerea obiectivelor educaționale este asigurată de lucru în echipă a unui număr de 39 cadre didactice, dintre care 11 medici, 4 farmaciști, 14 profesori cu gradul didactic I, 10 maiștri instructori, personal didactic auxiliar și nedidactic. Un număr de 27 dintre medici și farmaciști sunt absolvenți ai modulului de pregătire psihopedagogică.

O mare parte din cadrele didactice ale școlii sunt autori de suporturi de curs, manuale, cărți de specialitate și mijloace didactice auxiliare.

O preocupare pregnantă a cadrelor didactice este integrarea activității instructiv-educative în normele învățământului european, fapt susținut de participarea acestora la activitățile metodice desfășurate la nivel județean și național.

Pentru creșterea calității nivelului de pregătire al elevilor și pentru dezvoltarea bazei materiale, există o preocupare complementară activității didactice – elaborarea și implementarea de proiecte cu finanțare europeană, în cadrul Departamentului de Proiectare, Consultanță și Dezvoltare (Programul Leonardo, Programul Comenius, Programul CBC România-Bulgaria, Cursuri de scurtă calificare ANPCDEFP etc).

Astfel, până acum s-au derulat trei proiecte pentru pregătirea practica a elevilor-studenților în spitale din Italia și Spania.

În acest an școlar, 2009-2010 efectivul nostru de elevi este de 227 la specialitatea AMG și 160 la specialitatea AMF.

Acum, la aniversarea primului deceniu de activitate al acestei Școli Ecologice, multumesc tuturor cadrelor didactice și personalului auxiliar pentru contribuția eficientă la pregătirea elevilor/studentilor noștri.

La mulți ani !



ASISTENTUL MEDICAL: ARTĂ, ȘTIINȚĂ, PROFESIE

"OMUL CEL MAI FERICIT ESTE ACELA
CARE FACE FERICITI CATI MAI MULTI OAMENI"

Prof. Gabriela TACALAU

Profesia de asistent este o profesie înalt umanistă, cu responsabilități deosebite față de natura umană și destinul unor vieți omenești.

Profesia de asistent medical este artă și știință. Este o *profesie* pentru că presupune și ține seama de toate atributele unei profesii, deține un profil profesional specific pentru a servi persoana în dificultate și totodată pentru bunul mers al societății.

Ca activitate practică, cu largă aplicabilitate, profesia de asistent medical are la bază câteva premise fundamentale care se referă la importanța ființei umane la unicitatea și demnitatea ei.

Asistentul medical are menirea de a-și onora profesia printr-o conduită profesională adecvată, în respectul datorat atât în relația cu persoana, colectivitatea sau comunitatea pentru care lucrează, cât și în relația cu echipa în care lucrează, cu propria instituție și cu toate celelalte instituții cu care trebuie să colaboreze

Responsabilitatea fundamentală a asistentei medicale

are patru valențe:

1. Să promoveze sanatatea
2. Să prevină boala
3. Să reinstaureze sănătatea
4. Să aline suferința



Codul deontologic oferă principii pe baza cărora asistentul medical se orientează și se ghidează în acțiunile întreprinse și furnizează cadrul în care poate lua decizii privitoare la relația sa cu bolnavul, colegii și instituția în care lucrează.

Pentru a ne defini ca oameni, ca profesioniști ne trebuie în primul rând sănătate, pregătire și putere de a iubi. Dragostea de profesie ne îndeamnă să învățăm mereu, dragostea de omul în suferință va cultiva omenie, bunătate, modestie, devotement, conștiinciozitate în muncă.

"SA NE IUBIM PROFESIA SI SA TINEM LA DEMNITATEA EI.
IUBINDU-TI PROFESIA TE RESPECTI PE TINE SI-I
RESPECTI PE CEILALTI".



Jur!
Orice aș vedea și aș auzi în timp ce-mă fac
meseria sau chiar în afara de aceasta, nu voi
vorbi despre ceea ce nu-i nici o nevoie
să fie destălmuit, socotind că, în asemenea
împrejurări, păstrarea tainei este o datorie.
Jurământul lui Hipocrate

Cunoașterea și respectarea drepturilor pacientului – prerogativă a asistentului medical modern

Dr. CARA Monica

Din punct de vedere al exercitării profesiei, asistentul medical este supus numai constrângerilor date de normele profesionale, de normele colegiale și de principiile Drepturilor Pacienților din Europa, principii la care și România a aderat cu ocazia consultărilor organizate de O.M.S la Amsterdam în 1994.

În scopul omogenizării situațiilor diferite de la țară la țară datorate cadrului legislativ existent, condițiilor socio-

economice și valorilor culturale specifice fiecărui popor, s-a încercat adoptarea prin consens de către toate statele europene a următoarelor drepturi ale pacientului:

- respectarea drepturilor fundamentale ale omului;
- dreptul la informare;
- consimțământul informat, ca și condiție preliminară pentru orice intervenție medicală;
- dreptul la confidențialitate și
- dreptul la îngrijiri medicale de calitate și fără discriminări.

În România, drepturile pacientului sunt reglementate de Legea nr.46, publicată în Monitorul Oficial nr.70 din 2003, care reia drepturile enunțate de O.M.S. particularizându-le la sistemul sanitar din țara noastră. Aceste reglementări fac referire la totalitatea acțiunilor sau inacțiunilor la care cadrele medicale participante la actul medical curativ, recuperator sau profilactic sunt obligate, fie pentru realizarea dreptului lor, fie pentru respectarea dreptului

pacientului.

Respectarea drepturilor fundamentale ale omului acoperă:

- a. dreptul fiecărei persoane de a fi respectată ca ființă umană;
- b. dreptul fiecărei persoane la autodeterminare;
- c. dreptul la viață, la integritate fizică, psihică precum și la securitatea propriei persoane;
- d. dreptul fiecărei persoane de a

avea și de a i se respecta propriile sale convingeri religioase și morale, propriile criterii de valori;

e. dreptul fiecăruia la o p r o t e c ț i e corespunzătoare a sănătății, în măsura posibilităților existente, atât prin măsuri preventive cât și curative, urmărindu-se atingerea unui nivel optim de sănătate personală.

I n f o r m a r e a presupune următoarele aspecte:

a. toate informațiile privind serviciile medicale disponibile și modul de acces la acestea;

b. dreptul pacienților de a primi informații complete privind starea de sănătate proprie, cu excepția situațiilor când pacientul cere să fie informată o altă persoană sau când este în beneficiul pacientului o informare parțială, amânată sau progresivă. Pacienții sunt îndreptățiți să ceară și să primească orice informație despre diagnostic, evoluția bolii, prognostic, posibilitățile terapeutice, beneficiile și riscurile metodei terapeutice ce urmează a li se aplica, alternativele existente, precum și eventualele



consecințe ale neefectuării intervenției recomandate.

c. dreptul la cea de-a doua opinie medicală;

d. dreptul de a primi toate informațiile necesare despre identitatea și statutul profesional al personalului medical care-i acorda asistență, despre regulile ce trebuie respectate cu ocazia internării, examinării sau tratamentului;

e. dreptul de a primi toate informațiile într-un limbaj accesibil capacității de înțelegere a fiecărui individ.

Consimțământul informat al pacientului este obligatoriu pentru:

- orice intervenție medicală sau chirurgicală;

- recoltarea, păstrarea sau folosirea unor produse sau părți ale organismului său;

- participarea la procesul de învățământ medical sau cercetare;

- fotografierea sau filmarea pacientului în unitatea sanitară;

- includerea sa în orice studiu sau cercetare științifică.

Confidențialitatea presupune la rândul său mai multe componente referitoare la:

a. protejarea tuturor datelor legate de identitatea pacientului, starea de sănătate, diagnostic, tratament și pronostic, datele din această categorie păstrându-și caracterul confidențial și după moartea pacientului. Informația confidențială poate fi divulgată numai cu acordul explicit al pacientului sau dacă există o prevedere legală care să menționeze explicit acest fapt;

b. stocarea prin mijloace protejate a datelor privind produsele biologice recoltate și examinările efectuate;

c. accesul pacientului la propriile date cu posibilitatea de a corecta înregistrările eronate;

d. neamestecul în viața privată a pacientului decât în cazurile expres prevăzute de lege sau cu consimțământul acestuia.

e. respectarea intimității pacientului prin participarea la efectuarea oricărei intervenții medicale numai a personalului absolut necesar.

Aceleași drepturi sunt menționate și în „Codul de etică și deontologie



profesională al asistentului medical și moașei din România”, unde articolul nr.33 stipulează:

„Pacientul are următoarele drepturi: dreptul la informația medicală, dreptul la consimțământ, dreptul la confidențialitatea informațiilor și viața privată, drepturi în domeniul reproducerii, drepturi la tratament și îngrijiri medicale.”

Nerespectarea acestor prevederi cu privire la drepturile pacientului atrage, după caz, răspunderea disciplinară, contravențională sau penală a asistentului medical, conform legislației în vigoare.

Asistentul medical trebuie să-și amintească permanent că, pe lângă calitatea de cadru medical, a fost, este și va fi și PACIENT al sistemului de sănătate în care își desfășoară activitatea!

GRIPA NOUA AH1N1

Prof. Maria GĂRJU

Gripa sau influența este produsă de virusul gripal, Myxovirus influenzae, care este un ribovirus adică are genom ARN. Este alcătuit din nucleocapsidă constituită din nucleoproteină, conectată la cele 8 fragmente de ARN. Prezintă un înveliș lipidic plasat pe o matrice proteică iar în acesta sunt „înfipte” glicoproteinele Hemaglutinină și Neuraminidază. Glicoproteinele asigură atașarea virusurilor pe celulele ciliate ale aparatului respirator, eliberarea lor din celulele infectate și au și specificitate antigenică determinând organismul să producă anticorpi specifici.

În funcție de structura nucleoproteinei și a antigenelor există trei categorii de tipuri de virusuri gripale: A, B și C.

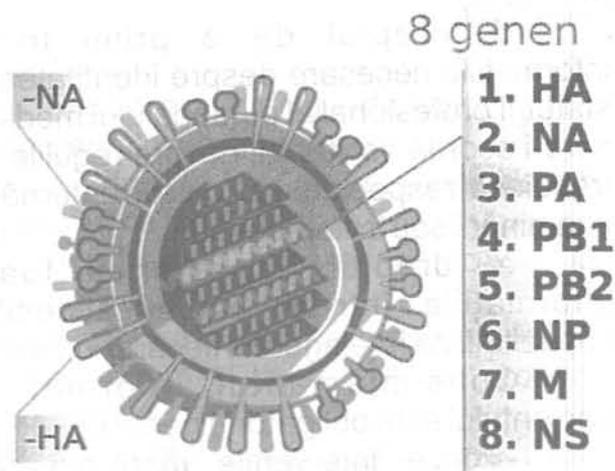
Virusul de tip A are cea mai complexă structură antigenică și apar mereu variații prin recombinări și mutații surprinzând populația fără imunitate, din acest motiv fiind responsabil de epidemii și marile pandemii.

În secolul XX virusul A a provocat trei pandemii globale:

- gripa Spaniolă din 1918 care a infectat 500 milioane de oameni din care 50 milioane au decedat;
- gripa Asiatică din 1957 care a infectat jumătate din populația globului și a omorât 2 milioane de oameni;
- gripa din Hong-Kong din 1968 în urma căreia au decedat 1 milion de oameni.

La virusul A s-au depistat până în prezent 15 subtipuri de hemaglutinine și 9 subtipuri de neuramin.

Virusul AH1N1 este un virus nou, apărut prin recombinare, în urma infectării unei celule cu tulpini diferite de virus astfel încât acesta are o componentă aviară, una porcină și alta umană.



Transmiterea virusului AH1N1 se face prin aerosoli (picături Flugge) eliminate de omul bolnav prin strănut, tuse, vorbit, sau purtătorul sănătos și care conțin particulele virale. Se mai poate transmite prin mâini nespălate și mai rar prin obiecte infectate recent. Măștile obișnuite nu ne protejează de infecție.



Poarta de intrare este respiratorie având o perioadă de incubație de maxim 7 zile.

Simptomele sunt asemănătoare gripei sezoniere: febră, tuse, strănut, rinoree, dureri musculare, dureri articulare, inapetență, greață, vărsături, diaree, letargie, dureri de cap, dureri în gât, frisoane, stare generală alterată.

Perioada de stare durează 4-5 zile dacă nu sunt complicații.

Persoanele infectate încep să transmită virusul cu o zi înainte de apariția

primelor simptome și încă 8 zile după ce persoana s-a îmbolnăvit. La gripa sezonieră grupa de șoc este populația trecută de 60 de ani. Actuala epidemie ocolește această epidemie grupă preferând populația sub 40 de ani. De asemenea intră în grupa de risc cei cu afecțiuni pulmonare cronice, boli cardiovasculare, imunodepresia, diabet, gravitatea, obezitatea.

Tratamentul se face cu antiviralele Tamiflu (oseltamivir) și Relenza (zanamivir) cât mai repede cu putință, în primele 48 de ore de la debutul simptomelor.

Acestea inhibă acțiunea glicoproteinelor răspunzătoare de infecție. Bolnavul va sta acasă și va evita contactul cu alte persoane. Se mai poate face tratament simptomatic, se recomandă odihnă și să bea multe lichide.



Profilaxia presupune:

- vaccinarea;
- evitarea aglomerărilor;
- mâinile nu se vor duce la gură decât după ce au fost spălate cu apă și săpun;
- se va evita contactul apropiat cu persoane ce prezintă semne de afecțiuni respiratorii;
- în caz de strănut și tuse nasul și gura se acoperă cu batiste de unica folosință sau, în lipsa acestora, cu mânăca.
- Dezinfecția periodică a tastaturii calculatorului, telefonului, telecomenzii;
- Întărirea sistemului imunitar prin alimentație sănătoasă bogată în vitamine, mai ales vitamina C.

Imagistică prin rezonanță magnetică (IRM sau RMN)

Daniela STANCULESCU

Rezonanța magnetică nucleară RMN sau imagistică prin rezonanță magnetică (IRM) este o tehnică neinvazivă ce permite scanarea corpului uman prin introducerea sa în interiorul unui magnet. Tehnica IRM este o metodă imagistică ce nu folosește radiația X ci folosește proprietățile protonilor de hidrogen (H+) din corpul omenesc,

care este format în proporție de peste 90% din apa. Rezonanța reprezintă schimbul de energie între două sisteme ce oscilează cu aceeași frecvență. Undele utilizate sunt unde de radiofrecvență (RF cu intensitate cuprinsă între 1 și 100MHz).

IRM se efectuează pentru diagnosticarea anumitor afecțiuni ca tumori, sângerare, leziuni, afectări vasculare sau infecții. Prin folosirea unei substanțe de contrast în timpul IRM, se pot vizualiza clar anumite țesuturi.

O IRM este indicată pentru:

- **regiunea cefalică** - IRM poate detecta tumori, anevrisme, sângerări la nivel cerebral, leziuni nervoase și alte afecțiuni, ca și cele cauzate de accident vascular cerebral; IRM poate de asemenea detecta afecțiuni ale nervului optic și globului ocular, ale urechilor și nervului auditiv

- regiunea toracică - IRM poate vizualiza cordul, valvele cardiace și vasele coronare; poate stabili dacă plămâni sau inima sunt afectate; de asemenea poate fi folosită pentru diagnosticarea cancerului de sân sau pulmonar

- vasele sanguine - IRM poate fi folosită pentru vizualizarea vaselor de sânge și a circulației sângelui prin vase, în acest caz purtând numele de angiografie prin rezonanță magnetică; poate depista afecțiuni ale venelor sau arterelor, ca aneurisme vasculare, un cheag la nivel vascular sau ruptura parțială a peretelui vascular (disecție); uneori se folosește substanța de contrast pentru vizualizarea mai clară a vaselor sanguine

- regiune abdominală și pelvină - IRM poate depista diferite afecțiuni ale organelor abdominale ca ficat, vezica biliară, pancreas, rinichi și vezica urinară; se folosește pentru depistarea tumorilor, sângerărilor, infecțiilor și diferitelor obstacole; la femei poate vizualiza uterul și ovarele; la bărbați se poate vizualiza prostata

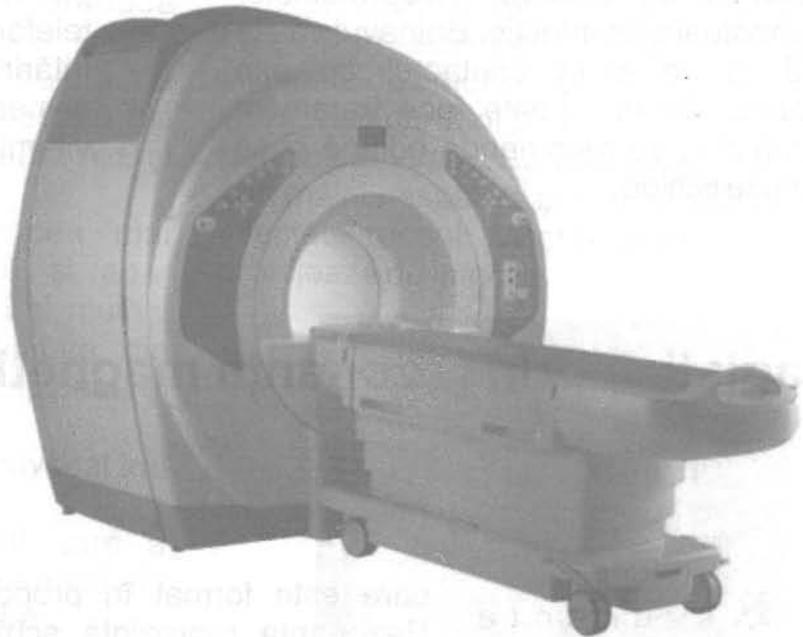
- oasele și articulațiile - IRM poate evidenția afecțiuni ale sistemului osos sau articular, ca artrite, afecțiuni ale

articulației temporomandibulare, probleme ale măduvei osoase, tumori osoase, afecțiuni ale cartilajului, rupturi de ligamente sau tendoane sau infecții; IRM poate afirma cu precizie dacă un os este rupt sau nu, atunci când radiografia este neclară; IRM se folosește cel mai frecvent pentru depistarea afecțiunilor osoase sau articulare

- coloana vertebrală - IRM poate vizualiza discurile și nervii coloanei vertebrale, putând diagnostica afecțiuni ca stenoza de canal vertebral (stenoza spinală cervicală), hernie de disc sau tumori de coloana vertebrală.

IRM se efectuează de regulă de către medicul specialist în rezonanță magnetică; pozele vor fi interpretate de către un medic radiolog; de asemenea, alți medici sunt capabili să interpreteze o IRM.

Pacientul va scoate toate obiectele de metal (ca dispozitive pentru auz, plăci dentare, orice tip de bijuterii, ceasul și



agrafe de păr) de pe corp deoarece există riscul ca aceste obiecte să fie atrase de către magnetul folosit pentru efectuarea testului; în cazul în care pacientul a suferit un accident sau dacă lucrează cu metale, există posibilitatea ca acesta să prezinte fragmente de metal la nivelul regiunii cefalice, în ochi, pe piele sau coloana vertebrală; de aceea se recomandă efectuarea unei radiografii înainte de efectuarea IRM pentru a stabili dacă testul se poate efectua.

Campul magnetic sau undele de radiofrecvență folosite de dispozitiv nu produce durere. Masa pe care se întinde pacientul poate fi tare, iar camera poate fi rece. Pacientul poate fi speriat sau iritat dacă trebuie să mențină poziția nemișcată. În cazul în care se folosește substanța de

contrast, poate apărea senzație de răceală sau caldură în timpul introducerii substanței la nivel venos.

În cazuri rare, pot apărea:-furnicături la nivelul cavității bucale în cazul în care pacientul prezintă dentiție de metal; încălzirea zonei care se examinează; acest lucru este normal; medicul specialist trebuie informat dacă apare senzație de greață, vomă, cefalee, amețeală, durere sau dificultăți de respirație

Nu există efecte adverse secundare expunerii campului magnetic folosit pentru IRM. Cu toate acestea, magnetul este foarte puternic. De aceea el poate afecta pacemakererele, membrele artificiale și alte dispozitive medicale care conțin fier. Magnetul va dereglă un ceas care se află în apropierea lui.

Tatuajele sau machiajul permanent pe bază de pigment ce conține fier pot provoca iritații ale pielii. IRM poate produce arsuri la nivelul zonelor pe care

sunt aplicate diverse patch-uri la nivel cutanat. De aceea, se recomandă informarea medicului în legătură cu acest lucru.

Există un mic risc de apariție a unei reacții alergice în cazul în care se folosesc substanțe de contrast în timpul IRM. Cu toate acestea, majoritatea reacțiilor sunt moderate și pot fi tratate cu antialergice. De asemenea, există un risc scăzut de infecție la nivelul venei pe care se introduce substanța de contrast.

Factorii care pot influența testul sau acuratețea rezultatului includ:

- **sarcina** - IRM este contraindicat la femeile însărcinate
- **dispozitive medicale electrice ca pacemaker sau pompe medicale cu injecție**; IRM poate afecta aceste dispozitive și de aceea se poate contraindica efectuarea testului
- **dispozitive medicale metalice**; aceste dispozitive pot estompa imaginile organului examinat, împiedicând vizualizarea acestora. De exemplu un dispozitiv intrauterin (DIU) poate împiedica vizualizarea clară a uterului
- **inabilitatea pacientului de a sta nemișcat**
- **obezitatea** - o persoană supraponderală poate depăși limitele aparatului.

Rezultatele testului pot fi diferite față de altele mai vechi deoarece au fost efectuate în centre medicale diferite sau pentru că testările anterioare nu sunt disponibile pentru a fi comparate cu noua testare. IRM este un test sigur, care vizualizează structurile și organele corpului; este mai scump decât alte metode și nu poate fi disponibil în anumite regiuni. IRM se poate efectua pentru vizualizarea anumitor structuri și organe ca regiunea cefalică, abdominală, sânii, coloana cervicală, articulația scapulo-humerală (umarul) și genunchii. Angiografia prin rezonanță magnetică este o metodă specială prin care se vizualizează vasele sanguine și circulația la nivelul lor. IRM spectroscopic este un tip special de IRM care identifică anumite afecțiuni medicale măsurând anumite substanțe de la nivelul țesutului uman.

CONFIDENȚIALITATEA ACTULUI MEDICAL. SECRETUL PROFESIONAL

Dr. Monica - Laura CARA

Interacțiunea profesionistului din sănătate cu pacientul conduce la obținerea unor informații cu caracter medical, complete sau parțial complete.

Depozitari ai informațiilor medicale complete sunt medicul curant, în urma examinării și investigării medicale, precum și unitatea medicală, prin baza sa de date. Depozitari de informații incomplete (și astfel trebuie să rămână) sunt membrii personalului medical aflat sau nu în subordinea directă a medicului în cauză cât și alte cadre sanitare sau auxiliare.

Atât medicul cât și asistentul medical devin astfel depozitarii datelor medicale ale pacienților lor. Ei trebuie să învețe să gestioneze și să administreze aceste date în primul rând în acord cu legislația în domeniu și întotdeauna spre binele pacientului.

Există multiple aspecte legislative care reglementează secretul profesional și deci confidențialitatea actului medical (Codul Penal, Legea drepturilor pacientului, Codul deontologic al medicilor, Codul de etică și deontologie profesională al asistentului medical și al moașei).

Normele juridice împreună cu cele deontologice abordează drepturile pacientului mai înainte de a vorbi despre dreptul la informație al cetățeanului care, în nici o societate civilizată, nu prevalează asupra dreptului la autodeterminare, intimitate și secret medical, excepție făcând cazurile în care același drepturi ale altor indivizi sunt în pericol.

Deontologic și juridic NU se concepe transparență în confidențialitatea medicală (cu excepția cazului în care legea o cere în mod expres). Domeniul medical al informațiilor ce intră sub incidența

secretului profesional nu este un domeniu public, datele care se acumulează fiind clasificate.

În cazul în care informațiile medicale reprezintă și informații cu caracter public acestea pot deveni știri de interes public. Astfel de cazuri constituie situații bine determinate, de obicei în care se manifestă un pericol public (ex. unele intoxicații): în aceste situații informația medicală poate deveni de interes public parțial (partial disclosure) și limitat în timp (necesar în general înlăturării pericolului public pe care cazul îl poate presupune - ex. prezentarea metodelor și mijloacelor de prevenire a intoxicației respective inclusiv măsuri generale ce trebuie a fi luate de către întreaga populație la risc).

Exceptând cazurile de mai sus (rare), a priori informațiile medicale sunt strict confidențiale! Informația medicală este indisolubil legată de secretul profesional a cărui încălcare este considerată o greșeală deontologică gravă dar și o infracțiune, fiind sancționată și de către legea penală.

Informațiile cu caracter medical sunt date cu caracter personal și astfel NU au caracter public și NU pot face obiectul unor știri locale sau naționale fără a fi încălcate grav drepturile persoanelor implicate (pacientul și familia sa, medic, unitate medicală). Aspectele medicale și secretele medicale pe care medicul le afla în împrejurările practicii profesiei medicale NU sunt transparente. Greșeala de a le face publice, atunci când se manifestă, este atât a mass-media (prin încălcarea normelor proprii de activitate profesională și abuzul în manifestare) cât și a unităților medicale și a personalului medical.

Unitatea medicală NU are

proprietatea informațiilor medicale pe care le-a aflat în practica profesiei de la pacient, tot astfel cum nu o are nici cadrul medical (medic sau asistent). Pentru pacientul internat răspunde de păstrarea secretului profesional direct medicul curant (în al cărui salon se afla internat pacientul și căruia i-a fost repartizat și dat în grijă) și indirect unitatea medicală.

Proprietatea informațiilor aparține pacientului însuși, datele fiind în cunoștința și administrarea unității medicale și a personalului sanitar care răspund de buna lor administrare.

Secretul profesional NU poate fi îndreptat împotriva pacientului însuși.

Pacientul poate dispune de informațiile sale medicale după dorința sa doar o dată cu externarea din spital, până atunci el trebuind a se conforma regulamentelor de ordine interioară precum și celor specifice profesiei medicale și fără a aduce atingere intereselor medicului și/sau unității medicale în care este îngrijit.

Prin secret profesional se înțelege secretul a cărei cunoaștere a fost dobândit din exercițiul unei activități profesionale.

Conform Art. 196 din Codul Penal - Divulgarea, fără drept, a unor date de către acela căruia i-au fost încredințate, sau de care a luat cunoștință în virtutea profesiei ori funcției, dacă fapta este de natură a aduce prejudicii unei persoane, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă. Acțiunea penală se pune în mișcare la plângerea prealabilă a persoanei vătămate. Împăcarea părților înlătură răspunderea penală.

Personalul medical nu are obligații de comunicare față de avocați, are doar minime obligații de comunicare față de

mass-media (de exemplu într-un accident colectiv numai prin declararea numărului victimelor), iar față de organele de ordine în misiune (frecvent poliție) în limita solicitărilor scrise sau în exercitarea funcțiunii.

În afara acestui cadru oficial dezvăluirea oricăror date medicale sau înlesnirea accesului persoanelor străine la conținutul foilor de observație este ilegal (străin poate fi și medicul din altă secție care nu este consultant de specialitate solicitat în scop diagnostic sau de tratament).

Legea obligă însă cadrul medical la încălcarea datoriei de confidențialitate ori de câte ori în exercitarea profesiei sale află date ce îl determină să considere în mod obiectiv că binele public sau al unei alte persoane este cert și direct amenințat (exemplu: în cazul psihiatrilor față de conținutul unor anamneze în care pacienții pot declara o infracțiune, sau informația

privitoare la tuberculoza pulmonară activă a unei persoane care lucrează cu copiii).

Încălcarea dreptului la confidențialitate și dezvăluirea secretului profesional pot aduce grave deservicii pacientului (probleme de imagine ce pot duce până la probleme sociale

inclusiv divorț, probleme în litigiu cu companiile de asigurări, pierderea unor funcții de conducere din unele comitete private de conducere, pierderea unor funcții înalte pe motiv de boală, stări psihice reactive, etc.) adesea cu urmări incalculabile sociale sau personale (inclusiv sinuciderea). Toate se află în litigiu potențial cu medicul sau asistentul medical în cauză sau cu unitatea medicală care îi acreditează.



POZIȚIA ASISTENȚEI MEDICALE FAȚĂ DE BOLNAVUL VÂRSTNIC

*"Mai important decât să dai ani
vieții, este să dai viață anilor"*
Ana Aslan

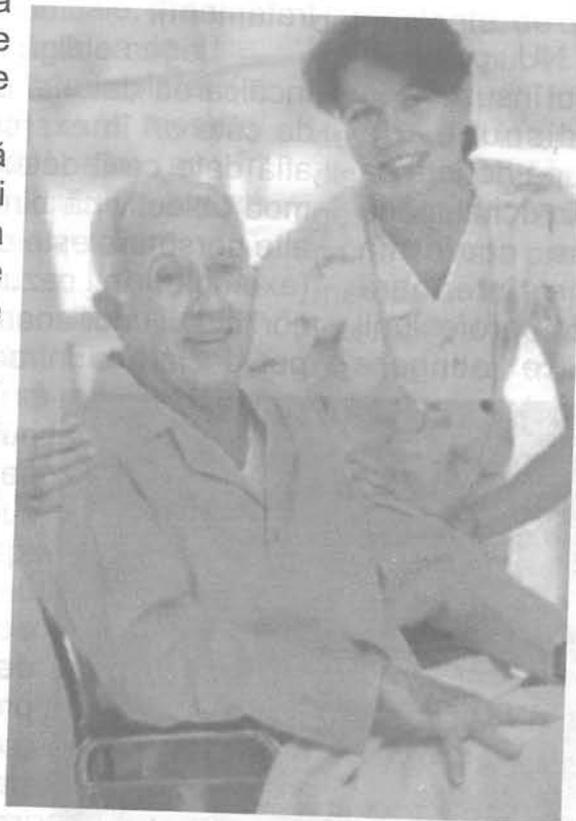
Dr. Gerda MARGINE

Bătrânețea este vârsta declinului fizico-morfologic, metabolic, psihologic al organismului, a deteriorării lui structurale și funcționale, a degradării trupești și psihice. Bătrânul, chiar sănătos, este o ființă aparte, deosebită, fragilă, marcată de o slabă rezistență în fața agresiunilor de orice fel, de o slabă capacitate de adaptare și de o mare vulnerabilitate.

Se apreciază că după 65 de ani (începutul vârstei a treia), 50% dintre bătrâni au nevoie de îngrijiri medicale, ambulatorii sau spitalicești. În timp ce vârstnicii reprezintă circa 15% din totalul populației, ei consumă 50% din prestațiile medicale. Din această cauză este necesară pregătirea tuturor cadrelor medico-sanitare - indiferent de specialitate-, cu cunoștințe referitoare la asistența medicală a vârstnicului. Dacă se are în vedere că asistența geriatrică implică nu numai consultații, dar în special îngrijiri, de obicei complexe, se înțelege că rolul medicului și al cadrelor medii devine foarte important.

În acest sens, pentru o asistență eficientă, este necesară dobândirea unei viziuni favorabile față de vârstnic și de problemele sale, bazată pe simpatie și comprehensiune.

Omul în vârstă, chiar aparent sănătos, este un bolnav potențial din cauza multiplelor deficiențe înscrise în organismul lui și este un individ cu un psihic special, deseori perturbat, deficitar sau curios, mai totdeauna rigid, fixat în



formele proprii de viață, pe care nu este dispus să le schimbe, nu rareori nedisciplinat și nesubordonat ca pacient.

Distincția dintre așa numita îmbătrânire normală și modificările patologice din îmbătrânire este de importanță critică în îngrijirea vârstnicului; trebuie evitată atât interpretarea patologiei curabile ca simplă manifestare a îmbătrânirii, cât și încercarea de a trata procesele naturale ale îmbătrânirii ca și cum ar fi boli. Ambele situații sunt periculoase, dar a doua cu precădere, ținând cont de faptul că vârstnicii sunt atât de vulnerabili la efectele iatrogene.

Pentru a ajuta populația vârstnică, trebuie cunoscute bine modificările fiziologice care apar la vârstnic și să se facă distincție între patologia geriatrică și procesul natural de îmbătrânire. Există adeseori tentația ca la o investigare sumară și la controale periodice efectuate în grabă să punem în seama procesului de îmbătrânire

modificări patologice a căror cauză este necesar să o investigăm și să o tratăm.

Personalul medical care nu cunoaște sau nu ține seama de particularitățile vârstei bolnavului riscă erori de diagnostic și tratament uneori grave. Primul gest terapeutic al medicului și asistentului este de a stabili dacă se află în fața unui "bolnav în vârstă", sau a unui "vârstnic cu modificări fiziologice de îmbătrânire". Aceasta, pentru că, uneori familia sau chiar pacientul solicită personalului măsuri pentru recuperarea unor funcții și performanțe caracteristice unor vârste mai tinere. Deci delimitarea "stării de boală" de "starea de îmbătrânire" nu este simplă, dar este obligatorie. Se va convinge pacientul vârstnic și anturajul, că simptomele prezentate sunt firești, țin de vârstă, deci nu trebuie să ingrijoreze.

Este important și felul în care asistentul vorbește cu bolnavul. Hipoacuzia fiind frecventă, trebuie să se vorbească bolnavului mai tare, mai rar și mai clar, neezitând repetarea întrebării cu răbdare și tact. Trebuie găsit timp pentru a-l asculta pe îndelete, chiar dacă bolnavul devine incoerent sau amnezic.

Relația care se stabilește trebuie să fie de încredere reciprocă, de cooperare și tactul prin care asistentul medical abordează pacientul sunt hotărâtoare. Comunicarea inter-umană se stabilește de la primele cuvinte, de la salut sau maniera în care el se face, pentru că persoanele în vârstă respectă normele de politețe.

Importantă este și inspecția, observația bolnavului (faciesul, atitudinea în pat, mersul, mimica, vorbirea, deci habitusul vârstnicului). Mai rar vom fi solicitați pentru simptome zgomotoase (febră, frisoane), și mai frecvent pentru alterări difuze și rapide ale stării generale.

Vor fi prescrise terapii neagresive, blânde, dietetice, vitamine, eutrofizante, tonice. Se va face psihoterapie, se vor aplica corecțiile necesare (ochelari, protejarea auzului), se va stabili regimul de viață. Anamnezei trebuie să i se asigure timp suficient, deoarece astfel se pot obține detalii importante.

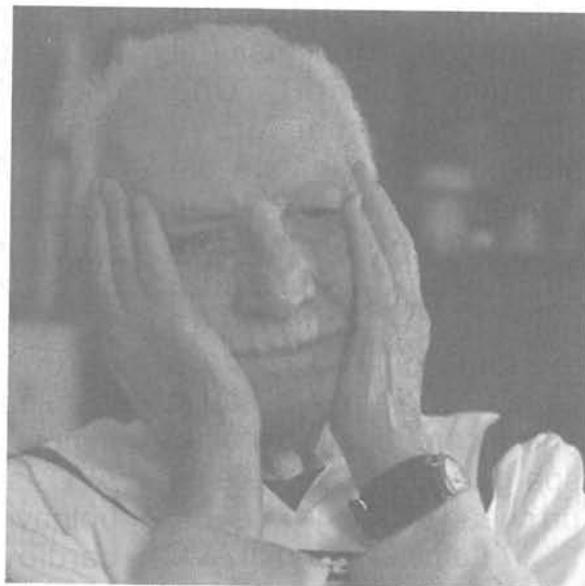
Posibilitățile de informare ale asistentei medicale pot fi extinse asupra rudelor, prietenilor, foștilor colegi, iar datele obținute pot constitui surse importante de cunoaștere.

Unele informații pot fi evitate de pacientul bătrân și ele trebuiesc consemnate: posibilitățile de deplasare în locuință sau la distanță, calitatea somnului, obiceiurile alimentare, controlul sfincterelor, activitățile zilnice (casnice, familiale, sociale) ce le poate efectua și răsunetul lor

asupra stării psihice. Cu aceste cunoștințe, asistentul medical poate aprecia gradul de integrare familială și socială, nivelul de funcționare a pacientului vârstnic și să depisteze eventualele deficiențe sau dependențe deja apărute.

E v a l u a r e a geriatrică este o metodă eficientă și necesară pentru stabilirea unui pachet de servicii care să satisfacă nevoile organismului vârstnic. Ele sunt folosite de asemenea pentru programul de îngrijire pe termen lung. Se va avea în vedere măsurarea funcționării fizice (prezența stării de boală, evaluări medicale) și mentale, cât și evaluarea activității sociale.

A s i s t e n ța vârstnicului nu este numai medicală, deoarece implică și aspecte psihosociale, care, dacă sunt



cunoscute, creează o perspectivă mai favorabilă procesului de înțelegere și îngrijire a vârstnicului. Astfel, vârstnicul, prin încetarea activității profesionale, mai ales când aceasta este bruscă, fără pregătire, își pierde sentimentul de utilitate socială, prestigiul social, responsabilitatea, rolul și statutul în familie, uneori fenomenul fiind resimțit ca o adevărată dramă, o moarte socială.

Deoarece relațiile sociale ale individului vârstnic, intrafamiliale sau generale, pot favoriza sau agrava îmbolnăvirile cronice, asistența medicală trebuie să aibă și noțiuni generale de sociologie ale îmbătrânirii și de asistență socială. Ea trebuie să cerceteze și aspectele psiho-sociale ale vârstnicului (pensionare, stress-ul retragerii, raporturile cu familia, dacă este tolerat, neglijat sau ignorat, solidaritatea familială etc). Situația ideală o constituie bătrânul integrat organic în familie, cu un nivel de trai decent.

Nu întotdeauna suferința poate fi rezolvată cu medicamente. Izolarea socială și familială, chiar persecuția în familie, cer alte măsuri. Corpul medico-sanitar, chemat, prin specificul profesiei, să îngrijească și această categorie de populație, trebuie să ofere bătrânilor respinși de societate, și, uneori, de propria familie, un sprijin nu numai profesional dar și moral.

Nursingul bolnavului cu accident vascular cerebral (AVC)

Emilia **BICICA**
asistent medical principal
Spitalul Clinic de Urgență
Craiova

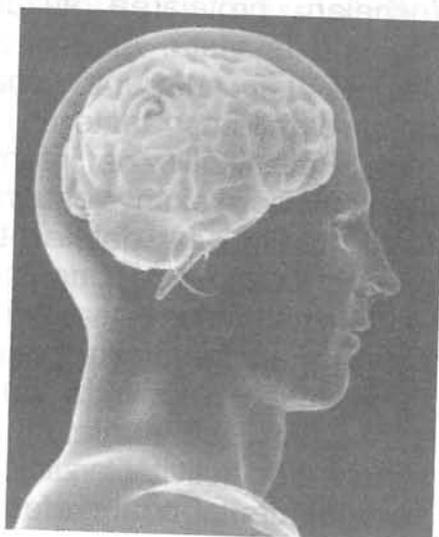
AVC reprezintă o manifestare clinică acută, de natură vasculară, evidențiată printr-o suferință a sistemului nervos central (encefalul și maduva spinării). Una dintre cele mai grave probleme de sănătate din România este AVC, care alături de boala coronariană reprezintă principala cauză de mortalitate. AVC apare atunci când un vas sau o artera care irigă creierul, se sparge sau este blocată de un cheag de sânge.

La nivel mondial AVC

ucide anual 5 milioane de vieți și provoacă dizabilități severe altor 5 milioane de oameni. În România se înregistrează un deces prin infarct cerebral sau miocardic la fiecare 10 minute.

Accidentul ischemic tranzitor (AIT) reprezintă un episod neurologic focal de cauză ischemică, rapid și complet reversibil, al cărui tablou clinic se instalează în general în minute și durează sub 24h. AVC ischemic intervine la bolnavii care suferă de boli cardiovasculare sau de

ateroscleroză, acestea fiind cele mai numeroase cazuri (peste 70%). AVC hemoragic survine din cauza ruperii unui vas de



sînge la nivelul creierului, fiind mai rar decît AVC ischemic.

Dintre factorii frecvenți și favorizanți: **HTA**, malformații vasculare cerebrale congenitale, hipercolesterolemii, bolile cardiace, diabetul zaharat, stresul, fumatul, consumul de alcool, obezitatea, sedentarismul, folosirea contraceptivelor orale care conțin substanțe hormonale estrogenice în concentrație mare.

Simptomele diferă de la caz la caz în funcție de tipul de AVC. Se pot manifesta brusc sau treptat. În general apar următoarele probleme: dureri de cap foarte puternice, hemiplegie, pierderea controlului asupra mușchilor vezicii urinare și ai intestinului, afectarea capacității de a înghiți, afectarea vederii, afectarea parțială sau totală a auzului și a gustului, afectarea echilibrului și mersului, senzația de dezorientare și de nesiguranță, pierderea cunoștinței.

În cazul AVC -ului hemoragic pot apărea grețuri, vărsături, stări de nervozitate, irascibilitate, amețeli și convulsii.

Se impune ca asistenta medicală să recunoască semnele și simptomele

AVC, să facă distincția dintre un AVC ischemic și un AVC hemoragic.

Primul și cel mai important test care trebuie efectuat după un AVC este



tomografia computerizată cerebrală **_CT_**. Acest test va pune diagnosticul de AVC ischemic sau AVC hemoragic. De asemenea, se mai poate face rezonanță magnetică nucleară **_RMN**, cu scopul determinării extinderii cerebrale.

Se mai fac examene de laborator, cum ar fi HLG, glicemie, colesterol, fracțiuni de colesterol, ALAT, ASAT, uree, creatinina aceste teste ajutând medicul să aleagă conduita terapeutică corespunzătoare pacientului respectiv.

În cazul în care se suspectează existența unei îngustări a unei artere se poate efectua ecografia Doppler pentru evaluarea fluxului sanguin din artera.

Se efectuează pacientului un EKG pentru depistarea aritmiilor și

fibrilației atriale.

Pentru AVC sistemic se administrează medicamente pentru dizolvarea cheagurilor, aspirina în asociere cu un alt medicament antiagregant plachetar, statine, antihipertensive, diuretice și neurotrofice cerebrale.

Pentru AVC hemoragic se administrează Manitol pentru scăderea edemului cerebral, antihipertensive, se combat febra și cefaleea cu antipiretice și antalgice, antiemetice și antihemoragice.

Tratamentul este de lungă durată și necesită implicarea totală a pacientului în recuperarea și vindecarea sa. După ce s-a administrat tratamentul de urgență și după ce starea pacientului s-a stabilizat, tratamentul are ca scop recuperarea și prevenirea apariției unui alt AVC. Consecințele acestuia sunt multiple: depresia, izolarea, perturbarea imaginii de sine, suicidul.

Un aspect major al AVC la femei îl constituie impactul social pe care boala o are asupra familiei pacientei. Procesul de recuperare este de lungă durată, implicând dependența persoanei suferinde de unul dintre

membrii familiei sau de un îngrijitor angajat.

- și să consume multe lichide;

- să evite locurile aglomerate și temperaturile ridicate. Recuperarea după un AVC depinde de organismul fiecărui individ și de efortul pe care acesta îl depune. Pacientul trebuie să-și învingă piedicile psihice ale bolii; teama de eșec, teama de moarte, depresia.

Suportul pentru reabilitare implică participarea în programul de recuperare a pacientului cât de des pot membrii familiei.

Este bine ca aceștia să ofere pacientului cât mai multă susținere și încurajare. Sprijinul familiei ocupă un rol foarte important în reabilitarea pacienților cu AVC, mai ales în cazul celor cu invalidități importante.

Prevenirea recidivelor este bazată pe corectarea factorilor de risc: tratarea unei hipertensiuni arteriale, a unei hipercolesterolemii, a unui diabet, dar mai ales suprimarea fumatului. Atunci când AVC a fost provocat de o embolie, bolnavul poate primi un tratament antiagregant plachetar (aspirina) sau anticoagulant. În acest caz, tratamentul este adesea prescris pe viață.

De asemenea, pacientul trebuie să fie sprijinit de familie, să fie îngrijit, să continue

tratamentul de întreținere și de recuperare și să ia medicamentele prescrise prevenind alte complicații.

Bolnavul va fi îndrumat: să nu fumeze și să nu consume alcool, să evite mesele copioase, să poarte îmbrăcăminte care să nu-i stânjenească circulația;

Toate femeile cu vârsta peste 20 de ani ar trebui să-și

facă un consult cardiologic pentru a depista și trata din timp factorii de risc. Dacă aproximativ 10% din femei au risc foarte scăzut, majoritatea au un risc mediu. Acestea din urmă trebuie să nu mai fumeze, să adopte o dietă sănătoasă, să facă zilnic cel puțin 30 de minute de exerciții fizice și să-și mențină greutatea în limite normale. Un procent mare de femei au un risc crescut la apariția bolilor cardiovasculare, ele având nevoie de un tratament medical mai agresiv decât cele cu risc mediu.

La femei cu afecțiuni cardiace, **depresia** este o problemă frecvent întâlnită, de aceea toate femeile cu afecțiuni cardiovasculare trebuie evaluate pentru depistarea și tratarea depresiei. Prevenirea

AVC duce la scăderea costurilor de spitalizare, la menținerea sănătății femeii și la păstrarea relațiilor familiale. Asistența medicală trebuie să realizeze și educația



sanitară a pacientului prin sfaturi practice privind pastrarea sănătății, a igienei individuale, continuarea tratamentului după ieșirea din spital prin furnizarea unor noțiuni sumare despre boala de care suferă, a cauzelor ei și a împiedicării recidivei.

Putem încheia spunând că unei asistente medicale nu trebuie să-i lipsească acel atribut pe care medicina antichității îl asimilează celui mai eficient tratament-**zâmbetul**:

“Un zâmbet nu costă nimic, dar oferă mult”

Unii oameni sunt prea obosiți ca să vă daruiască un zâmbet. Daruiți-le voi unul, pentru că nimeni nu are mai mare nevoie de un zâmbet, decât acela care nu-l mai poate dăruia.

Tulburări psihice legate de consumul de alcool

Daniela STANCULESCU

Alcoolul este substanța de abuz cu cea mai largă disponibilitate și cea mai acceptată cultural. 90% din oameni consumă alcool într-un moment al vieții, iar problemele legate de alcool apar la aprox 30% dintre băutori.

Înainte de a-și dovedi toxicitatea, cosumul de alcool a generat o dependență întâi psihică și apoi organică, dar înainte de a fi dependent, pacientul aderase la placerea consumului. Prevalența ridicată a consumului și abuzului de alcool face ca evaluarea uzului de alcool să facă parte esențială a evaluării psihiatrice sau medicale. Aproape orice problemă clinică cu care se prezintă pacientul poate fi legată de consumul de alcool, de abuz, dependență, intoxicație sau sevraj.

Alcoolul modifică fluiditatea membranelor intercelulare, intercalând în mod negativ funcționarea receptorilor, canalelor sau proteinele membranare. Alcoolul influențează centrul plăcerii (mediați de dopamină), ceea ce explică în parte instalarea dependenței de alcool.

Alcoolul este un deprimant central iar ingestia de alcool este urmată de somnolență care este dependența de doză; consumat în timp, alcoolul modifică arhitectura somnului. Efectul anxiolitic al alcoolului este binecunoscut și explică utilizarea lui de către o gamă largă de indivizi în momentele tensioate, alcoolul oferindu-le scurte perioade de relaxare, confort psihic.

Alcoolul are un efect inhibitor asupra activității neuronale. La o concentrație de 0,05% sunt diminuate gândirea și judecata, cenzura este redusă sau chiar pierdută. La 0,4-0,5 % se instalează coma cu afectarea centrilor respiratori și care

controlează ritmul cardiac, moartea fiind rezultatul direct al deprimării respiratorii sau aspirării varsăturilor. Concentrațiile de alcool care produc astfel de efecte sunt mult mai mari decât în cazul persoanelor cu un trecut îndelungat de consum de alcool.

Cele mai frecvente complicații ale consumului de etanol sunt la nivelul ficatului. Un consum de lungă durată, de câteva săptămâni, determină acumularea de grăsimi și proteine care duc la "ficatul gras" evidentiat cu ocazia examenului obiectiv. Consumul îndelungat de băuturi alcoolice concentrate determină frecvent esofagita, gastrita, acidoză și ulcer gastric.

Varicele esofagiene reprezintă o complicație de temut prin faptul că deseori ele se rup provocând hemoragii severe care se pot solda cu moartea prin exsanguinare.

Pancreatita și cancerul pancreatic sunt alte suferințe obișnuite ale alcoolicii, alcoolul putând interveni în procesul normal de digestie și absorbție al alimentelor care se asiază nutriției precare și contribuie la serioase carente, mai ales în ceea ce privește vitaminele și aminoacizii.

Sunt grave prin consecințele lor care pot periclita viața. Hipertensiunea arterială, tulburările ritmului cardiac, riscul crescut de infarct miocardic și de accident vascular cerebral sunt cele mai frecvente. Cardiomiopatia alcoolică se constituie după



o perioada de peste 10 ani de consum de alcool, are o evolutie severa, dar care poate fi ameliorata de abstinenta.

Polineuropatia toxica cu parestezii in ciorap sau in soseta, diminuarea reflexelor; afectarea mersului pacientilor devenind caracteristic cu baza larga de sustinere, nesigur si provocand suferinta.

Aparitia lor indica existenta dependentei fata de alcool (alaturi de alte simptome); este vorba despre tremorul specific al alcoolicilor, un tremor fin, afectand mai ales extremitatile distale ale membrilor superioare, prezent mai ales dimineata, imediat dupa trezire si se ameliora dupa ingestia unei cantitati mici de alcool

Alcoolul afecteaza functia imunitara favorizand aparitia cancerului cu diferite localizari, mai ales digestive.

Tulburarile psihice asociate cu alcoolismul se pot clasifica in trei grupe:

(1) Legate de efectele directe ale alcoolului asupra creierului (intoxicatia, sevrajul, deliriumul, halucinoza alcoolica),

(2) Tulburari legate de comportamentul care se asociaza cu alcoolul (abuzul si dependenta de alcool),

(3) Tulburari cu efecte persistente (tulburarea amnestica persistenta, dementa, encefalopatia Wernike si sindromul Korsakoff, induse de alcool)

Personalitatea alcoolicilor

Tipul I- fara incarcatura erediata adictiva, cu egala prevalenta barbati femei, debut tardiv prin repetitie, personalitate dependenta si introvertita prin trairea vinovatiei si a nefericirii propriului esec. Reprezinta majoritatea celor care pot fi ajutati terapeutic, cam doua treimi dintre alcoolici.

Tipul II- reprezinta un sfert dintre alcoolici, cu o incarcatura adictiva ereditara, un debut precoce, o personalitate antisociala exprimata faptic, este impulsiv, nelinistit, agresiv. Cel mai multi sunt barbati si reprezinta majoritatea esecurilor terapeutice. Restul- sunt mixturi intre cele doua

La debut, alcoolicul poate avea orice tip de personalitate, cu alte cuvinte, pana la o varsta, in mod conjunctural orice biotip si aproape orice tip de personalitate poate dezvolta o adictie. Efectul sedativ si disponibilitatea larga fac din alcool substanta cea mai folosita impotriva anxietatii, depresiei, insomniei. Cu toate acestea, utilizarea indelungata poate cauza depresie. Evaluarea corecta a pacientilor depresivi sau anxiosi care beau mult poate sa necesite examinare si reevaluare dupa o perioada de abstinenta cu durata de pana la cateva saptamani.

Afectiuni psihice asociate consumului de alcool

1. Tulburarile de personalitate (antisociala, evitanta) sunt frecvent asociate cu consumul abuziv de etanol si de cele mai multe ori preced aparitia dependentelor. Alteori, un consum masiv de etanol poate induce tulburarea personalitatii (tulburare organica de personalitate). Exista insa studii care demonstreaza ca tulb antisociala si consumul de alcool sunt entitati total distincte, fara nicio legatura cauzala.

2. Tulburarile afective- 30-40% indeplinesc criteriile de tulburare depresiva majora, cu frecventa cea mai mare la femei si cei care au antecedente familiale de alcoolism. Frecventa suicidului este mare in cazul asocierii alcoolului la un pacient depresiv

3. Tulburari anxioase - este binecunoscut efectul anxiolitic al alcoolului, totusi un numar mic de persoane devin dependente in urma consumului cu scopul de a cupa anxietatea.

Aproximativ 25-50 % dintre consumatori intrunesc criteriile de diagnostic pentru tulburari anxioase, cele mai frecvente fiind fobiile si tulburarea de panica.

4. Suicidul - este mult mai frecvent la persoanele dependente de alcool, acest fapt s-ar putea explica prin implicarea serotoninei care mediaza comportamentul agresiv-impulsiv al alcoolicilor.

APARIȚII EDITORIALE

Autori - profesorii școlii noastrei

În acest număr prof. Marian NIȚĂ

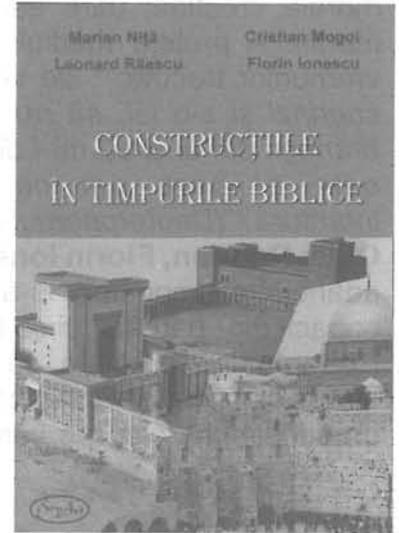
CONSTRUCȚIILE ÎN TIMPURILE BIBLICE

Aceiași autori: prof. Marian Niță, cpt. ing. Cristian Magoi, ing. Leonard Răescu și pr. prof. Florin Ionescu prezintă în această lucrare construcțiile în timpurile biblice.

Ceea ce caracterizează fundamental epoca biblică, este totala dependență a omului de natură, de creația lui Dumnezeu. Acest fapt este demonstrat de felul locuințelor, cetăților și templelor, de materialele de construcție folosite în acele vremuri, de uneltele folosite și chiar de sensul artei practicate în această perioadă.

În construcțiile de corturi, colibe, case, temple, cetăți, palate s-au folosit o serie de materiale precum: lutul -din care se faceau caramizi arse sau nearse-, paiele, nisipul, piatra, piatra de var, apa, lemnul, trestia etc. Toate acestea au fost scoase în evidență prin excavațiile care s-au făcut de-a lungul timpului.

De asemenea, în carte sunt descrise construcțiile de natură utilitară, construcțiile publice și locale de comunicare, locuința, care demonstrează preocupările din acele vremuri biblice.

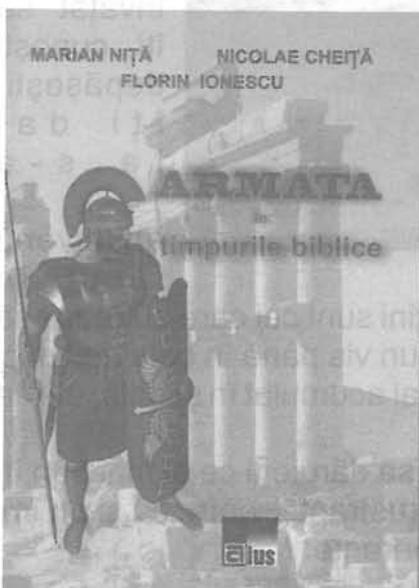


ARMATA ÎN TIMPURILE BIBLICE

Această carte îi are ca autori pe prof. Marian Niță, Col. (r) dr. Nicolae Cheiță și pe pr. Prof. Florin Ionescu, care prezintă organizarea, dotarea, tacticile folosite și circumstanțele obținerii victoriei în lupte.

Izvoarele folosite de autori au fost Vechiul Testament și Noul Testament, prin care au redat următorul text:

“Pioșenia nu era considerată incompatibilă cu urmarea unei cariere militare, dimpotrivă, iar acei soldați care l-au întrebat pe Ioan Botezătorul despre datoria lor, nu au fost sfătuiți să iasă din armata.” Fapte 10:1-2; Luca 3:14.

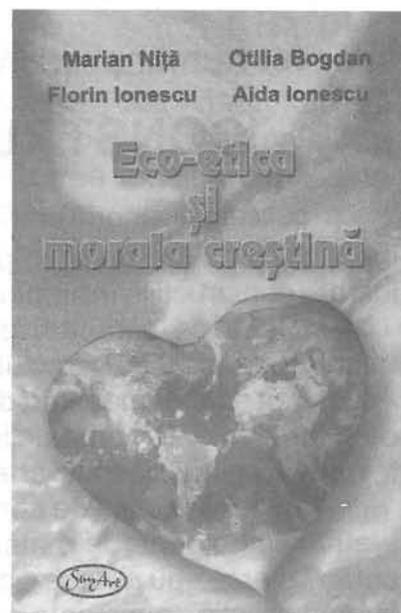


“În biserica primară alegerea de către un creștin a unei cariere militare era privită, în general, cu suspiciune. Tertulian (autorul celebrului aforism “Credo, quia absurdum est”), este reprezentativ în concepția lui când afirma că aceste două chemări sunt incompatibile, deși aici îi exclude pe cei care au ales cariera militară înainte de convertire. Lupta creștinismului este în primul rând o luptă spirituală, iar el a fost echipat cu toată armura necesară pentru a obține Victoria.” Efeseni 6:10-20.

Prin urmare nu s-a văzut popor să iubească războiul și să urască pacea, ci invers a fost din totdeauna. Se spune că războinicul cel mai viteaz luptă cu sârg nu pentru a prelungi războiul, ci pentru a ajunge la pace.

ECO-ETICA ȘI MORALA CREȘTINĂ

În tumultul publicațiilor de astăzi, lucrarea "Eco – etica și morală creștină", readuce în atenția cititorilor ideea de etică și morală creștină, care este trecută prin filtrul problematicei de mediu. A proteja mediul, nu este apanajul modernității, ci al vremurilor trecute: "De vei ține înconjurată vreo cetate, ca s-o cuprinzi și s-o iei, să nu strici pomii ei cu securea, ci să te hrănești din ei și să nu-i dobori la pământ. Copacul de pe câmp este el oare om ca să se ascundă de tine după întăritură?" (Deuteronomul 20,19). Iată cum autorii: **Marian Niță, Otilia Bogdan, Florin Ionescu și Aida Ionescu**, ne arată că, din adâncurile timpurilor s-a transmis că nu trebuie să scoatem copacii din pământ, ci să le culegem roadele. Avem cel mai bun exemplu de moralitate, *ce este bine și ce nu*, care se împletește strâns cu utilitatea reală, benefică omului. Cartea este scrisă într-un stil simplu, clar, pe care orice segment populațional îl poate



Un zâmbet...

As. Iuliana NICOLAE
Promoția 2008, A.M.G.

... O privire plină de căldură și recunoștință... speranțe...

Și toate acestea îți sunt dăruite ție, o asistentă medicală, necondiționat, de cei care au o suferință.

Am reușit să îmi indeplinesc visul de a deveni membră a mării familii de cadre medicale, vis pe care acum 20 de ani am refuzat să îl transform în ceva palpabil.

În cei trei ani de școală postliceală sanitară – Școala Postliceală Ecologică la vremea aceea, acum Școala Postliceală "Sf. Ștefan", am trăit alături de colegi și profesori experiențe noi, de Revederile cu oamenii care mentori, de la care ai fii mai bun, mai răbdător, să limitele și chiar să le și sunt bulversante pentru că seama că datorită lor viața schimbat.

Pentru o parte din planurile pe care și le-au legătură cu proiectele profesionale au rămas în stand-by. Puțini sunt cei care au reușit să se angajeze într-un spital. Au construit și ei ca și mine, un vis până în cele mai mici amănunte, iar dacă nu pui în practică cunoștințele pe care le-ai acumulat în școală, ele se estompează odată cu trecerea timpului.

Să îți dorești să ajuți, să faci ceva pentru cei suferinzi, să dăruiești ce ai mai bun în tine îi să nu poți să o faci pentru că nu sunt posturi libere, e frustrant. Pentru că și eu îmi doresc să pot dărui un zâmbet... o privire plină de căldură... speranțe.

Și toate astea pe lângă ce am învățat!

