

Asistenții medicali și consilierea stop-fumat

3%
reusese să
renunțe
la fumat

Cadrul medical îi poate oferi pacientului internat în spital informații utile, care îl pot determina să renunțe la fumat sau măcar să înceapă să se gândească serios la această opțiune.

Majoritatea pacienților care fumează știu că fumatul dăunează grav sănătății lor, dar ei continuă să fumeze. Actul în sine al fumatului nu este doar un obicei rău, ci și un act care îi provoacă individului o dependență fiziologică și psihologică. Fumatul este o boală care trebuie tratată de medic. Factorul etiologic al acestei boli este nicotina, un drog conținut în tutun, care le determină dependența celor care consumă cronic produse pe bază de tutun. Dependența de nicotină ar trebui privită ca o boală cronică, cu multiple comorbidități posibile. Majoritatea pacienților care fumează trec prin multiple perioade de recidivă și de remisiune, astfel încât consilierea stop-fumat este necesară pentru sprijinul permanent al celor care încearcă să renunțe și, de asemenea, pentru cei care au renunțat deja. Cea mai importantă decizie privind sănătatea unui pacient care fumează este să renunțe. Aproximativ 70% din cei care fumează vor să renunțe, însă, fără o intervenție specializată, doar 3% au succes în acest sens.

Asistenții medicali reprezintă prima linie în procesul de motivare a pacienților internați pentru a renunța la fumat. La acest moment, se încearcă stabilirea unei relații de colaborare/încredere reciprocă, printr-o

70%
din cei care
fumează vor să
renunțe

discuție destinsă, într-o atmosferă plăcută și stimulând fumătorul să vorbească despre subiect, dar fără a-l culpabiliza. Două întrebări sunt critice: „Fumezi?” și „Îți dorești să renunți la fumat?”.

Motivația, punct-cheie, educabil

Motivația este un punct-cheie în evaluarea fumătorului. Pe lângă consilierea la patul bolnavului, la externare se pot oferi materiale educaționale tipărite, chiar dacă pacienții nu sunt pregătiți să renunțe la fumat imediat.

Pentru un pacient dispus să renunțe la fumat, se poate utiliza modelul celor 5 „A” („ask” – întreabă, „advise” – sfătuiește, „asses” – evaluează, „assist” – asistă și „appoint” – programează). Este o schemă practică de acțiune, fundament al unei abordări eficiente în scopul opririi fumatului chiar și la nivel minim.

Pentru pacienții care nu doresc să renunțe la fumat, se recomandă folosirea strategiilor de tip interviu motivațional, pentru a încuraja renunțarea la fumat și a precipita decizia de renunțare cât

mai curând. La această categorie de pacienți este oportună strategia celor 5 „R”:

Relevanță – încurajați pacientul să spună de ce renunțarea la fumat este (sau nu) relevantă în plan personal;

Riscuri – identificați posibilele consecințe negative ale consumului de tutun;

Recompense – identificați împreună beneficiile potențiale ale renunțării la fumat;

Rezistență – identificați barierele pacientului și ajutați-l să și le depășească;

Repetarea – repetați acești pași la fiecare internare.

În afară de tratamentul medicamentos și de consiliere, pacientul care dorește să renunțe la fumat poate beneficia, de la caz la caz, și de asistență psihologică.

Dr. Petru Emil Muntean,
medic specialist pneumolog,
asist. med. șef Valentina
Ilcana Mecea,
secție Pneumologie/TBC,
asist. med. șef Cosmina
Rodica Balea,
secție Boli Cronice
Spitalul de Boli Cronice
Cîmpeni, Alba

Bibliografie:
1. <http://stopfumat.eu/>
2. <https://www.srp.ro/Pacienti/renunțarelaFumat.aspx>
3. <https://www.srp.ro/ghiduri/GHIDUL%20ENS%20PENTRU%20TRATAMENTUL%20DEPENDENȚEI%20DE%20TUTUN.pdf>



Reprezintă magneziul soluția pentru sindromul de oboseală cronică?

Sindromul de oboseală cronică (cunoscut și ca encefalomieliță mialgică) este o afecțiune medicală complexă, de lungă durată (minimum șase luni), caracterizată prin epuizare fizică și mentală. După ce, de-a lungul vremii, această afecțiune a fost denumită „gripa yuppie” – o formă de depresie, stres și epuizare la femeile tinere de rasă albă din înalta societate –, la ora actuală se știe că sindromul de oboseală cronică există în toată lumea, la toate categoriile de vârstă, rasă și la ambele sexe. Acesta este de aproximativ 4 ori mai frecvent la femei decât la bărbați și pare să aibă cea mai mare incidență în intervalul de vârstă 40–60 de ani. Se estimează că cel puțin un milion de persoane din SUA suferă de această afecțiune, dar mai puțin de 20% din cei afectați au fost diagnosticați.

Epuizarea extremă, debilitantă, este semnul distinctiv al sindromului de oboseală cronică. Cei care au sindrom de oboseală cronică dorm prost și se trezesc obosiți, au frecvent cefalee, dureri musculare și articulare, probleme de concentrare și dificultăți de memorie. Gravitatea simptomelor este de natură să limiteze capacitatea persoanei de a-și desfășura activitățile cotidiene, astfel încât calitatea vieții poate fi afectată sau compromisă. Mecanismul și cauzele acestei afecțiuni sunt practic necunoscute. Din cauza lipsei unor criterii biologice de diagnostic, boala a fost și este încă trivializată atât în societate, dar și de unii medici. Pacienților li se spune adesea că simptomele lor sunt închipuite și ajung să fie stigmatizați și să trăiască în izolare socială.

Există un număr mare de boli, tulburări și stări temporare care pot provoca sau care au ca simptom ori ca efect secundar, pe termen scurt sau lung, oboseala. Acestea pot include hipotiroidismul, mononucleoza, tulburările psihice, tulburările de alimentație, bolile oncologice, bolile autoimune, infecțiile, abuzul de droguri sau de alcool și reacțiile la unele medicamente. În aceste cazuri, există un motiv de bază pentru oboseală, care poate fi stabilit și tratat. Această oboseală temporară, pe termen scurt sau lung, nu este același lucru cu sindromul de oboseală cronică, iar distincția între aceste două stări trebuie făcută.

La sfârșitul anilor '80, un colectiv internațional de experți a adoptat o definiție a sindromului oboselii cronice (revizuită și actualizată în 1994). Conform acestei definiții, pentru a fi diagnosticată cu sindrom de oboseală cronică, o persoană trebuie să aibă:

1. oboseală cronică severă timp de șase luni sau mai mult, în condițiile în care au fost excluse orice alte afecțiuni medicale cunoscute;

2. afectare semnificativă a activității zilnice și a performanței la serviciu;

3. patru sau mai multe dintre următoarele simptome, în același timp: deprecieri substanțiale a memoriei sau concentrării pe termen scurt; disconfort în gât; noduli limfatici măriți; dureri musculare; dureri articulare în mai multe articulații, fără umflarea sau înroșirea acestora; dureri de cap de tip nou, ca tip sau gravitate; somn neodihnitor; stare de rău după efort fizic, care durează mai mult de 24 de ore.

În afara semnelor primare, există o mare varietate de alte simptome care se observă în mod frecvent. Dintre acestea, enumerăm: dureri abdominale, dureri în piept, tuse cronică, depresie, anxietate, diaree, uscarea ochilor sau a gurii, bătăi neregulate ale inimii, rigiditate dimineată, greață și pierdere a apetitului, transpirații nocturne.

Conform unor cercetări recente, deficitul de magneziu apare la 50% din cazurile de oboseală cronică. De altfel, oboseala cronică, starea de slăbiciune, depresia și anxietatea, tulburările somnului sau paresteziile reprezintă manifestări tipice ale hipomagneziemiei. Toate acestea răspund favorabil la administrarea de magneziu. Prin urmare, magneziul poate reprezenta o soluție simplă și la îndemână pentru a preveni și trata sindromul de oboseală cronică.

Dr. Cătălin Colț,
medic rezident
Medicină sportivă,
Institutul Național
de Medicină Sportivă

Bibliografie:
1. Ronald Steritt, Chronic Fatigue Syndrome, www.naturdoctor.com
2. Mikred Seelig, Review and Hypothesis: Might Patients with the Chronic Fatigue Syndrome Have Latent Tetany of Magnesium Deficiency, *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, Vol. 4(2) 1998
3. Steven Reid, Trudie Chalder, Anthony Cleare, Matthew Hotopf, Simon Wessely, Chronic Fatigue Syndrome, *Clinical Evidence* 2008; 08:1101
4. Benjamin I. Brown, Chronic Fatigue Syndrome: A Personalized Integrative Medicine Approach, *ALTERNATIVE THERAPIES*, JAN/FEB 2014 VOL. 20, 1
5. Melvyn R. Werbach, Nutritional Strategies for Treating Chronic Fatigue Syndrome, *Alternative Medicine Review*, Volume 5, Number 2, 2000

magnerot®
orotat de magneziu

**Momente de HIPEREXCITABILITATE?
Treci uneori prin stări de CONFUZIE?
Ai câteodată PALPITAȚII?**

**Magnerot te ajută
să depășești perioadele de suprasolicitare!**



MGN/01.17/062