

- Pacientul invata diferite metode de ameliorare a durerii, inclusiv terapia medicamentoasa si alte metode terapeutice.

- Pacientul reuseste se realizeze o strategie terapeutica, prin care poate controla eficient durerea.

- O parte din strategia terapeutica privind ameliorarea durerii este si tratarea unor afectiuni ca de exemplu depresia, anxietatea sau tulburari ale somnului care pot accentua durerea.

Concluzii:

1. Tratatamentul durerii la copil presupune o abordare multidisciplinara, utilizare de metode medicamentoase si non-medicamentoase, in special de catre o echipa specializata in aplicarea lor la copil si o legislatie adecvata.

2. Exista o efervescenta a cercetarilor in domeniul durerii la copii.

3. Studiile recente au clarificat multe aspecte di fiziologia si fiziopatologia la copil.

4. Se cauta noi analgetice mai eficiente si cu mai putin efecte secundare.

5. Analgeticul ideal ar fi cu actiune multimodala.

Bibliografie:

1. Miron Lucian. Terapia oncologica. Optiuni bazate pe dovezi. Institutul European Iasi, 2008.

2. Горчакова А.Г. Паллиативная помощь детям. Минск, 2008.

3. EAPC Taskforce for Palliative Care in Children. Palliative care for infants, children and young people. The facts. Roma, 2009.

4. Daniela Mosoiu. Prescrierea si utilizarea opioidelor in managementul durerii. Brasov, 2007.

5. Mereuță Ion. Tratatamentul paliativ al bolnavilor oncologici, Chișinău, 2012. 39p.

Șveț Veronica, medic rezident Universitatea de Stat de Medicina si Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Conducător științific - Mereuță Ion, prof.univ.

SINDROMUL BURNOUT – SUPRASOLICITARE PROFESIONALĂ SAU OBOSEALĂ CRONICĂ LA MEDICII ONCOLOGI

The Burnout syndrome consists in physical, emotional and mental exhaustion caused by excessive and prolonged exposure to stress conditions. The study included 10 doctors oncologists and 11 nurses working in the clinic of general oncology. The results of the study demonstrated that the Burnout syndrome affected especially 11 medical persons, representing 52,38%. Doctors are mostly supposed to develop this syndrome, in comparison with nurses.

Key words: the Burnout syndrome, stress, doctors, nurses, general oncology.

Mai multe activități profesionale impun suprasolicitare sub aspect emoțional și interpersonal. Ele sunt specifice unor profesii ca cea de medic, psiholog, asistent social, profesor și pot avea consecințe negative asupra sănătății. În literatura de specialitate această patologie se întâlnește sub denumirea de sindromul Burnout sau Sindromul Epuizării Profesionale (SEP). Sindromul *Burnout* consta in epuizarea fizica, emotionala si mentala cauzata de expunerea excesiva si prelungita la situatii stresante. În 1981, Maslach si Jackson propuneau următoarea definiție pentru Sindromul Burnout: „un sindrom de epuizare emoțională, de depersonalizare și de reducere a realizării profesionale apărut la indivizii implicați profesional alături de alții”. E considerată

o boala contemporană. „Presiunea pentru performanță, reducerile și amenințările prin concediere de personal, salariile mizerabile, combinate cu scumpirea crescanda a costului vietii de zi cu zi, creeaza medicilor oncologi frica de pierderea locului de munca, stress-ul „de calendar”, medicii isi simt existenta amenintata si incearca sa-si depaseasca din ce in ce mai mult limitele fizice si psihice, muncind „pana cad jos”, se imbolnavesc si creeaza depresii. Specialiștii confirmă că persoanele care sufera de Sindromul Burnout se simt coplesite de presiunea de a raspunde cerintelor profesionale si, in timp, aceasta acumulare constanta de stres conduce la pierderea interesului si a motivatiei care au stat la baza activitatilor profesionale.

Principala cauza a Sindromului Burnout este senzația de suprasolicitare profesională combinată cu subaprecierea eforturilor tale de către ceilalți. Locul de muncă tinde să fie mediul cel mai propice pentru dezvoltarea acestei afecțiuni, dar există situații în care viața socială sau personală conduc la Sindromul Burnout. Astfel, un angajat care nu a mai beneficiat de concediu și de o marire de salariu de 2 ani sau alte situații omonime sunt expuși riscului de a ajunge la Sindromul Burnout. După prof. univ. Dr. Paula Drosescu, cercetători americani obținerea rezultatelor sau a performanțelor, în orice domeniu, presupune implicarea conștientă într-un proces evolutiv, în spirală ascendentă și de cele mai multe ori ireversibil (figura 1).

În literatura de specialitate sunt descrise o combinație de factori ce pot cauza apariția și dezvoltarea Sindromului Burnout: cauze legate de locul de muncă, de stilul de muncă sau de trăsături de personalitate. Cauze legate de locul de muncă: lipsa recunoașterii și recompensării muncii prestate, ignoranță și ineficiență profesională din partea colegilor, senzația de lipsă de control asupra propriilor activități, așteptări nerealiste sau neclare din partea angajatorului, desfasurarea unor activități monotone, repetitive și care nu oferă satisfacții profesionale, lucrul sub presiune constantă sau într-un mediu stresant. Din cauzele legate de stilul de viață fac parte: dezechilibru între viața profesională și cea

personală, presiune și așteptări în realizări mai mari, responsabilități, fără ajutor din partea celorlalți, somn insuficient; prea puțin timp dedicat relaxării și socializării, lipsa unor relații apropiate, a unor persoane care să ofere suport emoțional. Și din cauze legate de tipul personalității sunt: tendințe perfecționiste; concepția că nimic nu este suficient de bine făcut sau bun, viziune pesimistă asupra perspectivelor sinelui și asupra lumii în general, nevoia permanentă de a detine controlul. Din simptomele frecvent întâlnite menționăm următoarele: indispoziție, indiferență, plictiseală, lipsa motivației și creației profesionale, oboseală permanentă, stare de lipsă și ignoranță totală. Aceste simptome sau semne putem împărți în cele fizice, emoționale și cele comportamentale. Din primul grup, a celor fizice fac parte: senzația permanentă de oboseală, vlaguire, imunitate scăzută, predispoziție ridicată la contractarea diferitelor virusuri, dureri de cap, de spate și musculare frecvente, schimbări ale apetitului și ale obiceiurilor de somn. Din simptomele sau semnele emoționale fac parte: senzația de eșec și lipsa de încredere în sine, neajutorare, copleșire, detașare de ceilalți oameni și de lume în general, pierderea motivației, abordare negativistă și cinică, imposibilitatea de a fi satisfăcut (nimic nu este suficient de bun). Din simptome sau semne comportamentale fac parte: căutarea singurătății prin izolarea frecventă de ceilalți oameni, retragerea din diferite activități,

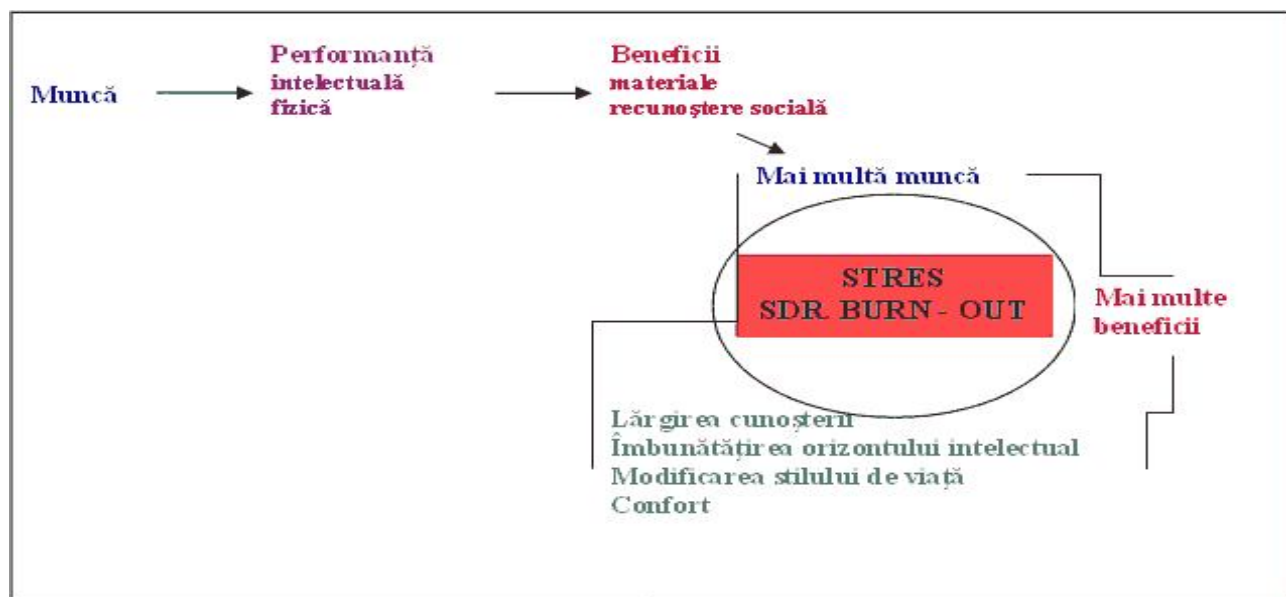


Figura 1. Factori ce conduc la apariția Sindromului Burnout

refuzul responsabilităților, consumul excesiv de mâncare, băuturi alcoolice sau droguri pentru a face față situației, revărsarea frustrărilor peste oameni nevinovați, absenteismul de la locul de muncă sau scurtarea programului de lucru, venind târziu și plecând devreme de la serviciu.

Cercetarea de față a urmărit evidențierea a 2 probleme: 1) evaluarea frecvenței Sindromului Burnout în rândul personalului medical din Clinica Oncologie Generală din cadrul IMSP IO; 2) compararea Sindromului Burnout la medici și asistente medicale. Pentru evaluarea nivelului Sindromului Burnout am folosit scala Maslach Burnout Inventory (MBI). Cele 22 de puncte ai scalei MBI măsoară următoarele trei dimensiuni: epuizare emoțională (EE; ex. de itemi: „Mă simt obosit/ă când mă trezesc dimineața și știu că trebuie să fac față unei noi zile de muncă”); detașare emoțională și cinism (DE; „Am devenit mai dur/ă cu oamenii de când lucrez în sistemul

medical”) și insatisfacție profesională, cotate invers (IP; „Simt că munca mea influențează pozitiv viața altora”). Răspunsurile sunt sub forma scalei Likert cu 7 puncte și exprimă frecvența cu care persoana resimte stările descrise (0: „niciodată” - 7: „în fiecare zi”). Pentru fiecare din cele trei scale se calculează un scor care, conform etalonului, indică nivelul SEP: mare, mediu/risc și mic. Au fost distribuite 21 de chestionare în Clinica Oncologie Generală din cadrul IMSP IO. Chestionarele au fost înmânate respondenților individual, după explicarea scopului cercetării și după sublinierea confidențialității informațiilor. Rata de răspuns a fost de 100%.

Rezultate: În studiu au fost incluși 10 medici oncologi și 11 asistente medicale din Clinica Oncologie Generală din cadrul IMSP IO, cu diferită categorie de muncă. Datele despre participanți și experiența lor profesională sunt prezentate în

Tabelul 1.
Date despre participanți (nr. 21)

Variabile profesionale	Medici		Asistente medicale		Total	
	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%
Femei	4	20	11	48	15	71,4
Bărbați	6	30	0	0	6	28,6
1-5 ani experiență	2	10	5	22	7	33,4
6-15 ani experiență	6	30	4	18	10	47,6
+15 ani experiență	2	10	2	9	4	19
TOTAL	10	100	11	100	21	100

Tabelul 2.
Prevalența Sindromului Burnout și a dimensiunilor lui în funcție de statutul profesional al lucrătorilor medicali

Statut profesional	Total lucrători medicali		Caracteristicile Sindromului Burnout	Dimensiunile Sindromului Burnout					
	c.a.	%		Mare		Mediu		Absent	
				c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%
Medici ordinatori	4	19	S.Burnout	3	12±0,8	1	5±6,7	0	0
			EE	2	17±0,9	2	3±0,3	0	0
			DE	3	11±1,3	1	5±0,7	0	0
			IP	4	8±0,9	0	0	0	0
Medici cercetători	6	28,6	S.Burnout	5	21±2,3	1	5±0,7	0	0
			EE	5	13±1,9	1	5±0,8	0	0
			DE	6	17±2,1	0	0	0	0
			IP	5	14±1,8	1	5±0,7	0	0
Asistente medicale	11	52,4	S.Burnout	3	28±2,4	5	12±1,2	3	8±1,3
			EE	5	18±2,1	4	10±0,9	2	7±1,8
			DE	5	13±1,4	5	11±1,1	1	5±1,7
			IP	7	17±1,2	1	5±0,7	3	11±1,9
Total	21	100	S.Burnout	11	52,3	7	33,3	3	14,4

tabelul 1. Informațiile privind frecvența Sindromului Burnout și a dimensiunilor sale în cadrul eșantionului, precum și în funcție de statutul profesional sunt redată în tabelul 2.

Concluzie. Cercetarea de față a evidențiat prevalența Sindromului Burnout în rândul personalului medical din clinica Oncologie Generală și factorii organizaționali care au rol important în dezvoltarea patologiei nominalizate. Studiul a argumentat că Sindromului Burnout se întâlnește în dimensiuni mai mari la 11 lucrători medicali ceia ce constituie 52,38 %. Este semnificativ că caracteristica IP s-a atestat la 16 participanți din studiu ce alcătuiește 76,19%. Studiul a aratat că medicii sunt mai vulnerabili în ceia ce privește dezvoltarea Sindromului Burnout față de asistente medicale.

Bibliografie:

1. <http://www.hipo.ro/locuri-de-munca/vizualizare/Articol/841/workaholism>
2. Maslach Burnout Inventory – Maslach C. Jackson, S. E., 1981, <http://casandrachera.com/2010/02/01/chestionarul-de-evaluare-a-burnout-ului-maslach/>
3. Maslach, C.; Schaufeli, W. B.; Leiter, M. P. (2001). S. T. Fiske, D. L. Schacter, & C. Zahn-Waxler. ed. "Job burnout". Annual Review of Psychology (52): 397–422
4. Maslach C. & Leiter, M. The truth About Burnout. 1997 Jossey-Bass
5. Tudose F., Fundamente in psihologia medicala, Editura Fundatia Romania de miine, Bucuresti, 2006, pag.16.
6. Ulrich Kraft, "Burned Out", Scientific American Mind, June/July 2006 p. 28-33
7. Pedrabissi, Roland și Santinello, Stress and Burnout Among Teachers in Italy and France, Journal of Psychology, Vol. 127, 1993
8. Donald E. Nease Jr.; Katherine Margo; Michael Floyd / Family Medicine Trainees Perspectives on the role of Emotion and Empathy Medicine, Evidence and Emotions 15th International Balint Congress, Lisbon 2007-1-5-sept. p.33-36, I.S.B.N. 978-989-20-0747-2

Олару Андрей, Капрош Николай, ГУМФ им. «Н. Тестемицану», Кишинев, Республика Молдова
Олару Андрей – докторанд, Капрош Николай – д.х.м., проф., зав. Кафедрой Ортопедии и Травматологии, ГУМФ им. «Н. Тестемицану»;

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫМ МЕТОДОМ БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЁННЫМ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА (НАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ)

Combined method of treatment of patients with non-complicated metastatic pathological vertebral fractures is effective minimal invasive surgery that needs continuous clinical research.

Key words: spinal metastases, pathologic fractures, RF-ablation.

Проведя детальный анализ метастатического поражения костной системы, можно отметить, что скелет является третьей по частоте локализацией поражения после легких и печени, причем поражение позвоночника наблюдается в более чем 90% случаев.

Одной из важнейших проблем современной хирургии позвоночника является проблема лечения опухолевого поражения позвоночника. Основной целью лечения этой категории больных является улучшение их качества жизни путем восстановления стабильности в пораженном сегменте, сохранения или восстановления неврологического дефицита, уменьшение болевого синдрома и местного контроля развития опухолевого поражения.

В настоящее время все больше применяются малоинвазивные методы хирургического лечения, какими являются: чрезкожная вертебропластика и чрезкожная радиочастотная (РЧ) абляция опухолевых тканей позвоночника. Данные методы позволяют избежать проведение обширных операций при нестабильных неосложненных патологических переломах позвоночника на фоне опухолевого поражения.

Всем больным на дооперационных этапах проводятся подробные исследования: клинические и лабораторные анализы, двухпроекционная спондилограмма, КТ и/или МРТ пораженного сегмента позвоночника, скintiграфия костей скелета, УЗИ внутренних органов, оценка неврологического статуса в