

12. Kurtz Silverman JS, Draper J. Skills for Communicating with Patients. Oxford/San Francisco:Radcliffe Publishing,2005.
13. Ong L. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995;40(7):903-18.
14. Carson C. Nonverbal communication in the clinical setting. *Cortland Forum.* 1990;129-134.
15. Sharon M, Lee PD. Department of sociology portland state university portland, or 97207-0751 Prepared for office of minority health(OMH) office of public health and science (OPHS) U.S. department of health and human services and its contractor COSMOS CORPORATION April, 2003.
16. Little P. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 2001;323:908-911.
17. DiMatteo M. Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA.* 1994;271:79-83.
18. Safran D, Taira D. Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice.* 1998;47:213-20.

Managementul prevenției cirozei hepatice la adulți

L. Solomon, *L. Spinei

School of Management in Public Health
 Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
 194 B, Stefan Cel Mare Avenue, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37369862161. E-mail: spinei@rambler.ru
 Manuscript received March 30, 2012; revised April 30, 2011

Prevention management of liver cirrhosis in adults

Liver cirrhosis is the important for the Republic of Moldova, because they are among the leading causes of morbidity, disability and mortality of the adult population. To identify the role of the incidence of liver cirrhosis in the determined of health status was analysis the association/correlation in the incidence, morbidity, disability and mortality. This study included adult population with liver cirrhosis, and the results showed a strong link between "incidence/morbidity," and a weak correlation was established between the "morbidity/mortality." "Knowing this allows organizing preventive measures, secondary and tertiary prevention. Also, describe the determinants and health activities related to primary prevention.

Key words: liver cirrhosis, prevention, health determinants and interventions.

Менеджмент профилактики цирроза печени взрослого населения

Цирроз печени является важной проблемой для Республики Молдова, поскольку он является одной из ведущих причин заболеваемости, болезненности, инвалидности и смертности взрослого населения. В целях выявления роли заболеваемости циррозом печени в оценке состояния здоровья населения, был проведен анализ ассоциации/корреляции в соотношении заболеваемости, болезненности, инвалидности и смертности. В это исследование было включено взрослое население, страдающее циррозом печени, и результаты показали прочную связь между «заболеваемостью/болезненностью». Слабая корреляция была установлена между «заболеваемостью/смертностью». Знание этого позволяет организовать превентивные меры вторичной и третичной профилактики. Также, описаны детерминанты здоровья и медико-санитарные мероприятия, относящиеся к первичной профилактике.

Ключевые слова: цирроз печени, профилактика, детерминанты здоровья.

Introducere

Când vorbim despre sănătate, înțelegem de fapt servicii de sănătate. Cealaltă față a monedei – prevenirea – se situează pe la sfârșitul listei în majoritatea agendelor. În general, sănătatea nu este prețuită până în momentul, în care o pierdem. Deși sloganul „este mai ieftin să previi decât să tratezi” poate părea demodat, astăzi credem că este mai actual decât oricând [1].

Impactul cirozei hepatice poate fi considerat după următoarele criterii: *frecvență, severitate, consecințe, disponibilitatea intervențiilor, preocuparea publică*. În primul rând, cirozele hepatice sunt frecvente, dizabilitate și costisitoare. Aceasta înseamnă că ele au repercusiuni importante pentru sănătatea publică, având o incidență mare. În al doilea rând, din punct de vedere al *severității*, povara morbidității, invalidizării precoce, inclusiv a persoanelor apte de muncă, precum și deces prematur în urma cirozei hepatice, poate fi exprimată și ca perturbare a funcționării sociale. *Ciroza hepatică*

crează costuri directe considerabile pentru serviciile de sănătate și de reabilitare a pacienților respectivi. Totodată, invalidizarea, inclusiv a persoanelor apte de muncă, precum și decesul prematur în urma cirozei hepatice, reflectă pierderi directe (persoana nu mai produce) dar și indirecte (dacă persoana este tânără societatea nu mai recuperează investiția făcută pentru formarea, educarea) în societate. Paralel cu aceasta, pierderi ale anilor de viață sănătoasă din aceste cauze (invalidizarea și deces prematur), estimați în DALY, exprimă impactul asupra calității vieții pacienților cu ciroză hepatică. În al treilea rând, ciroza hepatică are *consecințe* importante pentru pacienți și pentru familiile acestora. Pentru pacient, acestea includ suferințele cauzate de simptome, de calitatea mai scăzută a vieții, de pierderea independenței și a capacității de muncă, de integrarea socială mai redusă. Pentru familiile și pentru comunitate, există o creștere a poverii îngrijirilor, precum și o productivitate economică diminuată. În al patrulea rând, în ceea ce privește *disponibilitatea intervențiilor*, abordarea de tip sănătate

publică implică faptul că serviciile de sănătate, orientate pacienților respectivi, trebuie să devină disponibile, pe măsura nevoilor, pentru a preveni complicațiile severe, care duc la invalidizarea precoce, inclusiv a persoanelor apte de muncă, precum și la deces prematur în urma cirozei hepatice. În al cincilea rând, în legătură cu *preocuparea publică*, față de intervenții pentru reducerea fenomenelor nedorite, în cazul prezenței cirozei hepatice (reducerea apariției complicațiilor sau severității acestora), și conștientizarea faptului de prevenție a apariției fenomenului în populație, cu elaborarea și implementarea programului de măsuri preventive și de reabilitare în cirozele hepatice.

Material și metode

Unul din obiectivele cercetării actuale a ținut de determinarea rolului morbidității prin ciroza hepatică la adulți în evaluarea generală a stării de sănătate a populației din Republica Moldova. În acest scop, a fost efectuată analiza de corelație dintre incidența, prevalența, invaliditatea și mortalitatea. În studiu, au fost incluși adulții cu ciroză hepatică, urmând să fie evaluați în baza datelor statistice medicale oficiale. Totodată, a fost descris modelul de prevenție a cirozei hepatice la etapa primară de profilaxie a fenomenului cercetat.

Rezultate și discuții

S-a stabilit o legătură puternică dintre „incidență” și „prevalență” [2, 5]. Așadar, cu cât mai mare va fi incidența, cu atât mai mare va fi prevalența ($r_{xy} = + 0,93$). Influența nivelului invalidității asupra incidenței și prevalenței este următoarea:

- odată cu creșterea invalidității scade nivelul incidenței ($r_{xy} = - 0,21$);
- odată cu creșterea invalidității scade nivelul prevalenței ($r_{xy} = - 0,37$).

Au fost stabilite unele asociații de corelație dintre nivelul prevalenței și nivelul mortalității ($r_{xy} = + 0,58$), și anume: cu cât mai mare este prevalența, cu atât mai mare este mortalitatea: între nivelul incidenței și mortalității a fost stabilită o corelație slabă ($r_{xy} = + 0,34$). Coeficientul de corelație dintre nivelul invalidității și mortalității s-a dovedit a fi $r_{xy} = + 0,48$. Aceasta atestă faptul că, cu cât mai mare este nivelul invalidității, cu atât mai mare va fi nivelul

mortalității. În final, obținem „arborele” indicatorilor sănătății populației prin ciroza hepatică din Republica Moldova (fig. 1.)

Cunoașterea stării sănătății populației, a morbidității ei prin patologii anumite duce la identificarea nevoilor de îngrijiri de sănătate ale comunității și, implicit, elaborarea măsurilor profilactice pentru prevenirea îmbolnăvirilor. Prevenția multor maladii, inclusiv cirozei hepatice, constă în înlăturarea determinanților, adică a factorilor sau condițiilor, care au efect asupra sănătății sau în termeni cantitativi măsurabili, au un efect măsurabil asupra stării de sănătate. Determinanții se referă la factorii de risc, factorii de protecție și factorii indiferenți. Noi putem influența prin programe de intervenție, în mare măsură, factorii de risc și factorii de protecție. Factorul indiferent este factorul care nu poate fi asociat unui efect asupra stării de sănătate, prin tehnicile existente în acel moment. Măsurile de prevenire pot fi îndreptate asupra persoanelor care au o susceptibilitate crescută, comparativ cu restul populației, de a se îmbolnăvi ca urmare a unei expunerii unice, repetate sau prelungite la factorii de risc, susceptibilitate determinată de cauze ereditare, sociale, economice sau cauze necunoscute, adică asupra populației cu risc înalt de a face o maladie. Diferite tipuri de intervenție pentru evitarea problemelor de sănătate identificate, trebuie aplicate populației țintă. Un model epidemiologic al determinanților stării de sănătate (după Dever) face parte din [4]:

Factori biologici (ereditate, caracteristici demografice ale populației).

Factori ambientali (factorii mediului fizic și social: factori fizici, chimici, socio-culturali, educaționali).

Factori comportamentali, atitudini, obiceiuri. Stilul de viață depinde de comportamente care, la rândul lor, sunt condiționate de factori sociali, deci stilul de viață este rezultatul factorilor sociali și al comportamentelor.

Servicii de sănătate (preventive, curative, recuperatorii).

Determinanții stării de sănătate pot fi modificați prin promovarea sănătății și prevenție, la care se adaugă implicarea comunității al cărei rol este esențial. De asemenea, factorii care influențează îngrijirile de sănătate pot fi modificați prin diagnostic precoce, screening, readaptare, dar și prin implicarea pacientului sau a comunității.

OMS (1998) prezintă un model al stării de sănătate, în care

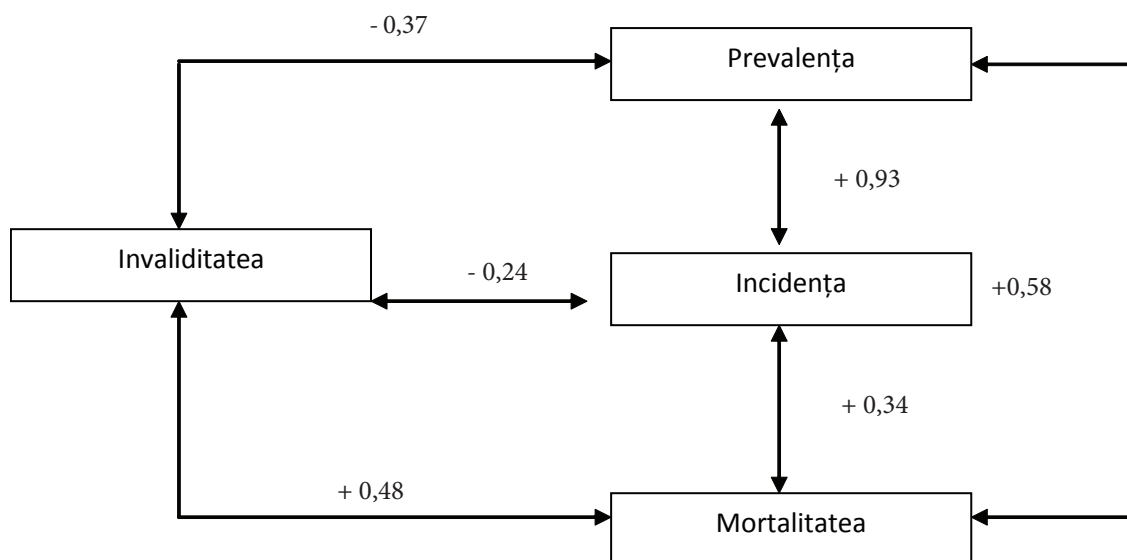


Fig. 1. „Arborele” indicatorilor sănătății populației adulte prin ciroze hepatice din Republica Moldova.

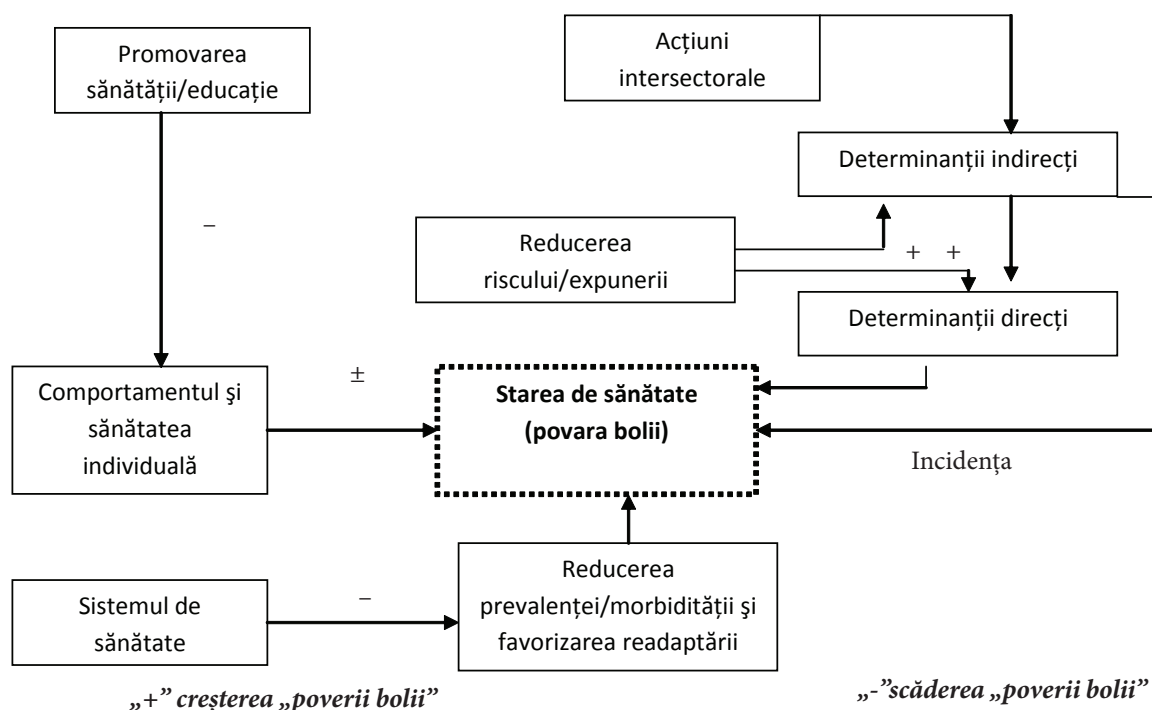


Fig. 2. Modelul stării de sănătate, a determinanților și a intervențiilor.

include determinanții stării de sănătate și intervențiile aplicate (fig. 2). Acest model a reprezentat „un model de lucru”, în care sunt puse în evidență interacțiunile dintre determinanții sănătății și starea de sănătate.

Determinanții stării de sănătate sunt distribuiți în patru grupuri, iar fiecare grup include determinanți direcți și indirecti [3]. Grupurile de determinanți fac parte din: *macroeconomici, factori de mediu, socio-demografici și educaționali*. În grupul **determinanților direcți**, cu importanță majoră, sunt incluși: fumatul, nutriția, alcoolul, utilizarea drogurilor legale/ilegale, accesul la apă potabilă, sanitația, habitatul, violența, mai ales în familie, accesul la îngrijiri de sănătate. În grupul **determinanților indirecti**, o importanță mare pentru starea de sănătate o au următorii factori: produsul intern brut, sărăcia, modificările climei, poluare, factorii socio-demografici (clasele sociale, modificări în structura populației, migrație etc.), educația, situațiile de criză (dezastre naturale sau produse de om, conflicte armate, migrație etc).

În centrul determinanților sănătății, care sunt distribuiți în straturi, sunt situați indivizii cu caracteristicile lor biologice (vârstă, sex, factori ereditari), caracteristici mult mai greu de influențat, spre deosebire de restul determinanților care se consideră că pot fi modificate mai ușor (factorii individuali ai stilului de viață, factorii sociali și comunitari, condițiile de viață și de muncă, condițiile socio-economice, culturale și de mediu). Straturile determinanților pot fi distribuite în funcție de interacțiunea dintre factori. Acest concept poate reprezenta un suport pentru inițiativele politicilor de sănătate, în general și, în cazul nostru, a cirozei hepatice, în particular. Determinanții exteriori de îngrijiri de sănătate influențează direct rezultatele obținute în starea de sănătate a populației ca urmare a aplicării diferitor intervenții. Modelul optimal de aplicare a acestor intervenții este în direcția prevenției. După H.G. Hoyman, prevenția este de trei tipuri/ranguri, care include următoarele niveluri ale sănătății și ale bolii: *Prevenție primară*: sănătate optimă, sănătate și stare de bine; *Prevenție secundară*: stare minoră

de boală; *Prevenție terțiară*: stare majoră de boală și boală gravă; *Moarte* [3]. Cel mai important tip de prevenție este cea primară, în cazul rezultatelor pozitive a aplicării ei, boala nu se dezvoltă și, respectiv, nici nu este nevoie de prevenția secundară și terțiară.

În obiectivele programului lansat de către OMS, „Sănătate pentru toți”, educația pentru sănătate ocupă un loc important, fiind prima componentă a îngrijirilor primare de sănătate și a prevenției. Contingentul țintă, cu care este necesar de lucrat sunt tinerii, deoarece în acest caz se asigură o stare de sănătate pentru ani îndelungați, iar alt moment este vârsta la care aceste persoane pot fi influențate de a respecta anumite condiții, care au importanță în păstrarea sănătății. Educația pentru sănătate reprezintă o modalitate de îmbunătățire a calității vieții, fiind, în același timp, o alternativă pentru sănătate a populației oferită acestora în scopul adoptării în anumite condiții, a unui anumit tip de comportament care să influențeze stilul de viață și, implicit să îmbunătățească starea de sănătate. Elementul fundamental al educației pentru sănătate îl reprezintă comunicarea: cognitivă, motivațională și formativă. Cercetările referitoare la educația pentru sănătate arată că atitudinile în materie de sănătate se testează prin opiniile și cunoștințele dobândite.

Printre factorii care împiedică valorificarea metodelor și tehnicilor în educația pentru sănătate sunt și cei care țin de populație, în sensul că mulți oameni se consideră sănătoși. Însă în realitate sunt *aparent* sau *încă* sănătoși, majoritatea oamenilor valorizând sănătatea atunci când o pierd, neinteresându-i măsurile cu caracter preventiv care se impun. Adoptarea unui stil de viață sănătos, atrage după sine modificări comportamentale la nivelul membrilor comunității ce vor adopta acel stil de viață. Acest fapt se referă nu numai la cirozele hepatice, studiate de noi, ci și la o gamă largă de patologii, care pot fi prevenite printr-un mod sănătos de viață.

Relațiile interpersonale sunt indispensabile pentru menținerea stării de sănătate a unei comunități, prin intermediul cărora se pot promova metode noi în educația pentru sănătate, mai ales pentru

grupurile care au un risc crescut de îmbolnăvire. Promovarea sănătății este un proces complex care dă posibilitate oamenilor să folosească toate mijloacele, prin care își pot controla propria stare de sănătate, sau o pot influența îmbunătățind-o.

Obiectivele privind „Sănătatea pentru toți” sunt, de fapt, standarde prin care se măsoară, pe de o parte, progresele făcute în ceea ce privește îmbunătățirea și protejarea sănătății, iar pe de altă parte, măsoară progresele obținute în scăderea factorilor de risc cu impact asupra stării de sănătate a populației. O serie de manifestări cu caracter internațional, cum ar fi cele care au avut loc la Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundswall, au subliniat importanța conceptului de promovare a sănătății [1]. Strategia generală a promovării sănătății a fost formulată în Carta de la Ottawa (1986) și cuprinde cinci principii:

1. **Construirea unei politici de sănătate publică**, în care sănătatea ar trebui să fie elementul important pentru factorii de decizie, factori ce ar trebui să se implice în promovarea la nivel populațional a unor stiluri de viață sănătoase.

2. **Crearea unui mediu favorabil sănătății**. Mediile favorabile sănătății au atât dimensiuni fizice cât și sociale. O strategie favorabilă în realizarea acestor medii trebuie să aibă în vedere întărirea sistemelor sociale, ce oferă un suport important împotriva fenomenelor, care au impact negativ (șomaj, instabilitate economică etc).

3. **Dezvoltarea unor aptitudini personale** prin adoptarea unui stil de viață sănătos, o atenție deosebită dându-se reorientării educației pentru sănătate, în sensul creșterii responsabilității individuale și a autocontrolului asupra propriei sănătăți și vieți.

4. **Implicarea comunității** prin promovarea sănătății se bazează pe dreptul fiecărei persoane de a-și alege un stil de viață propriu, pe de o parte, iar pe de altă parte, se bazează pe responsabilitatea, pe care o are societatea față de sănătatea propriilor oameni.

5. **Reorientarea serviciilor de sănătate**, prin care se consideră că educația pentru sănătate reprezintă o componentă a serviciilor oferite pacienților, în care prevenția joacă un rol important.

Starea de sănătate a unei populații nu poate fi menținută doar de sectorul sanitar ci, în acțiunile de promovare a sănătății, intervin mai mulți factori: sociali, politici, guvernamentali, economici.

Concluzii

1. Impactul de sănătate publică al cirozei hepatice poate fi considerat după următoarele criterii: *frecvență, severitate, consecințe, disponibilitatea intervențiilor, preocuparea publică*.

2. Au fost stabilite unele asociații directe medii de corelație dintre nivelul prevalenței și nivelul mortalității ($r_{xy} = + 0,58$), și anume: cu cât mai mare este prevalența, cu atât mai mare este mortalitatea: între nivelul incidenței și mortalității a fost stabilită o corelație slabă ($r_{xy} = + 0,34$). Aceasta atestă faptul că, cu cât mai mare este nivelul invalidității, cu atât mai mare va fi nivelul mortalității.

3. Prevenția multor maladii, inclusiv a cirozei hepatice, constă în înlăturarea determinantilor, adică a factorilor sau condițiilor, care au efect asupra sănătății sau în termeni cantitativi măsurabili au un efect măsurabil asupra stării de sănătate. Noi putem influența prin programe de intervenție, în mare măsură, factorii de risc și factorii de protecție.

4. Determinanții stării de sănătate pot fi modificați prin promovarea sănătății și prevenție, la care se adaugă implicarea comunității al cărei rol este esențial. De asemenea, factorii care influențează îngrijirile de sănătate pot fi modificați prin diagnostic precoce, screening, readaptare, dar și prin implicarea pacientului sau a comunității.

Bibliografie

1. Zanoschi Georgeta. Sănătatea Publică și Management Sanitar. Iași: EDIT DAN, 2003:12-18, 26-31.
2. Marcu Aurelia, Marcu GM, Vitcu Anca Gabriela. Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate publică. București, 2002:34-35,124-142,178-179.
3. Promovarea sănătății și educație pentru sănătate. Școala Națională de Sănătate Publică și Management. București: Editura PUBLIC H PRESS, 2006:7-17.
4. Vladescu Cristian. Sănătatea Publică și Management Sanitar. București: Cartea Universitară, 2004:78.
5. Sănătatea Publică în Moldova. Anuar statistic, aa.2000-2009. Centrul Național de Management în Sănătate. Chișinău.

Medicina bazată pe dovezi – o transformare a modului de activitate în medicina practică

L. Spinei

School of Public Health, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
194 B, Stefan Cel Mare Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: +37322209924. E-mail: lspinei@rambler.ru

Manuscript received March, 2012; revised April 30, 2012

Evidence-based medicine – how to change in the activity of practical medicine

Using the principles of medical practice evidence-based medicine seeks to improve the diagnosis and treatment of patients, and also teaches doctors how to work with the scientific literature to find the most accurate arguments. This article describes the six steps of evidence-based medicine, the types of articles based on their clinical and scientific significance (POEM, DOE, POE). In clinical practice Evidence-based medicine to improve health care and improve the quality of patient care leads to the use of standards, which has several advantages for both the physician and patients.

Keywords: evidence-based medicine, awareness, physician, patient, standards.