

CONDIȚIILE DE MUNCĂ ȘI MORBIDITATEA MEDICILOR DE FAMILIE

Vladimir BEBÎH, Vasile IACHIM, Olga
FRUMUSACHI, Dmitrii EGOROV, Elena FLOREA,
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Working conditions and morbidity of family physicians

This article describes materials of scientific researches of working conditions, functional changes of the organism during of labor activity and the state of health of family doctors, with the purpose of revealing professional risks factors. As a result, preventive measures have been developed.

Key-words: *family doctors, working conditions, the functional state of the organism, temporary loose of working capacity diseases, chronic diseases and preventive measures.*

Резюме

Условия труда и заболеваемость семейных врачей

Статья содержит материалы научных исследований условий труда, функциональных изменений организма в процессе трудовой деятельности и состояния здоровья семейных врачей с целью выявления профессиональных факторов риска. В результате были разработаны профилактические мероприятия.

Ключевые слова: *семейный врач, условия труда, функциональное состояние организма, заболеваемость с временной утратой трудоспособности и хроническая, профилактические мероприятия*

Introducere

Calitatea și eficacitatea activității lucrătorilor medicali depind în mare măsură de condițiile de muncă și starea lor de sănătate. Personalul medical pe parcursul activității este expus unor factori potențial dăunători sănătății – fizici, chimici, biologici, care se îmbină și cu cei formați de procesul de muncă – suprasolicitări sporite intelectuale, emoționale, fizice cu eforturi musculare statice și dinamice, pozitii de lucru forțate, incomode, regim de muncă și odihnă irațional, situații stresante și alți factori. Din aceste considerente, munca lucrătorilor medicali trebuie să fie în atenția specialiștilor în igiena muncii, așa cum se face pentru alte categorii de angajați din sectoarele de producție.

Medicina de familie ca specialitate are unele principii foarte importante [5], dintre ele menționăm: observarea de durată și continuă, asistența primară să fie poliprofilară, atitudinea față de familie – ca față de o unitate medicală, profilaxia să fie baza activității medicului și asistentei, ajutorul eficace și economic justificat, coordonarea ajutorului medical, răspunderea pentru starea de sănătate a pacientului, precum și îmbunătățirea ei.

Medicina de familie poate fi considerată ca o medicină de prim contact, care asigură accesul nediscriminatoriu al populației la asistența medicală, indiferent de vârstă, de sex sau de boala pe care o are pacientul. Ea este în același timp și o medicină care asigură continuitatea îngrijirilor medicale, medicină a persoanei în toată integritatea ei, medicină a familiei și a colectivității în care trăiește persoana respectivă.

Organizarea activității medicului de familie se deosebește de cea tradițională prin faptul că medicul de familie devine figura-cheie în acordarea asistenței medicale primare (AMP). El îndeplinește sarcina de bază, care constituie 70-75% din toate solicitările de servicii medicale, exercitând unele obligațiuni atribuite anterior mai multor specialiști: terapeut, pediatru, ginecolog, ftiziatru, otolaringolog, oftalmolog, neurolog etc. [4].

Dezvoltarea medicinei contemporane impune necesitatea studierii condițiilor de muncă a lucrătorilor medicali din asistența medicală primară/medicilor de familie, a factorilor de risc profesional; elaborarea măsurilor de diminuare a impactului lor nociv.

Metode și materiale

Cercetările au fost efectuate pe parcursul anilor 2008-2010 în 6 centre ale medicilor de familie (CMF), care sunt parte componentă a două Asociații medicale teritoriale (AMT) din mun. Chișinău. Pentru identificarea factorilor de risc profesional, care pot influența asupra organismului în procesul de lucru, s-au efectuat studii aprofundate cu o evaluare igienică complexă a condițiilor de muncă a medicilor de familie.

Evaluarea situației reale privind particularitățile de activitate a medicilor de familie a fost efectuată prin studierea datelor statistice,

a documentelor relevante privind activitatea Asociațiilor medicale teritoriale, publicațiilor științifice, datelor obținute în urma interviuării persoanelor-cheie din AMT și lucrătorilor medicali. Au fost analizate datele colectate prin chestionarea medicilor de familie.

Caracteristica igienică a condițiilor de muncă a fost apreciată în baza analizei a 436 de măsurări instrumentale a parametrilor microclimatului, iluminatului, zgomotului. Condițiile de muncă a medicilor de familie s-au evaluat și prin interviuarea a 110 lucrători medicali.

Cercetările privind caracterul și dinamica modificărilor stării funcționale a sistemului cardiovascular au cuprins 101 medici de familie, în total 2222 determinări.

Caracteristica profesiografică a activității medicilor de familie a fost dată în baza rezultatelor a 1453 de observații cronometrice. Au fost calculați și evaluați indicatorii factorilor procesului de muncă a medicilor de familie.

Analiza morbidității, cu incapacitatea temporară de muncă (MITM), a lucrătorilor medicali din AMT pentru perioada 2006-2008 a fost efectuată în baza datelor obținute prin prelucrarea a 1585 de certificate de concediu medical primare. În calitate de lot-martor s-au folosit datele cercetărilor efectuate de către autori anterior (anii 2004 și 2007) privind MITM a personalului medical din chirurgia de urgență și din echipele de asistență medicală urgentă (AMU). S-a dat caracteristica morbidității cronice a 104 medici de familie (care au lucrat permanent în funcția dată nu mai puțin de trei ani: 2007-2009) în conformitate cu datele fișelor de ambulatoriu (F25e). Au fost analizate datele autoevaluării de către medicii de familie a stării lor de sănătate conform chestionarului.

În scopul aprecierii de către medicii de familie a gradului de satisfacție în activitatea lor și a satisfacției pacienților privind calitatea serviciilor medicale, s-a efectuat un sondaj prin chestionarea a 120 de pacienți și 110 medici.

Rezultate și discuții

Serviciul de asistență medicală primară, ca parte componentă a sistemului de ocrotire a sănătății din R. Moldova, este bine conturat din punct de vedere organizatoric și este constituit din centre ale medicilor de familie, centre de sănătate, oficii ale medicilor de familie și puncte de sănătate. Una dintre problemele acute ale AMP rămâne a fi tendința de micșorare a numărului de cadre medicale. Dinamica numărului medicilor de familie, care au activat în perioada

2002-2009, indică asupra micșorării acestuia la 11,4% în anul 2009 [2]. În 2010 numărul lucrătorilor medicali a scăzut față de 2009 de la 10.761 la 10.612 medici și de la 23.141 la 22.996 lucrători medicali cu studii medii [3]. Refuzul tinerilor specialiști de a se încadra în câmpul muncii, în special în mediul rural, generează dificultăți considerabile în asigurarea populației cu asistență medicală de calitate.

Modificări în acordarea serviciilor medicale, asociate cu implementarea medicinei de familie, au observat 50,0% din pacienții intervieuați, inclusiv 33,3% susțin că aceste schimbări sunt pozitive. Factorii care determină aceste schimbări sunt: îmbunătățirea calității asistenței medicale – 46,3%, scăderea numărului de adresări la specialiștii de profil – 22,0%, atenție sporită a medicului de familie pentru lucrul profilactic – 12,2% și creșterea accesului la servicii medicale – 19,5%. 16,7% din pacienții intervieuați consideră însă că odată cu trecerea la medicina de familie asistența medicală s-a înrăutățit.

Printre medicii de familie intervieuați, 66,1% nu sunt satisfăcuți de activitatea lor, 28,8% sunt mulțumiți. Problemele majore sunt: mult lucru cu documentația – 100,0% din respondenți care nu sunt satisfăcuți de activitatea lor ca medic de familie; salariu necorespunzător volumului de lucru – 92,3%; timp insuficient pentru consultarea pacienților – 94,9%; primirea unui număr mare de pacienți – 94,9%; medicul de familie are prea multe obligații – 92,3% și alte cauze.

Evaluarea igienică a condițiilor de muncă a medicilor de familie a identificat principalii factori de risc profesional care ar putea afecta sănătatea lor. Analiza datelor a arătat că condițiile de muncă, după o serie de indicatori [1], sunt nocive – clasa de nocivitate a condițiilor de muncă 3.2-3.3 (tabelul 1). O semnificație majoră are factorul biologic – clasa 3.3. Medicul de familie este supus contactului cu diverși factori de natură infecțioasă și neinfecțioasă și se află în grupa de risc privind expunerea la locul de muncă la diferite infecții provocate de microorganisme patogene și oportuniste. Ca urmare, factorul biologic este unul dintre factorii dăunători principali, care afectează starea de sănătate a medicilor de familie.

Tabelul 1

Rezultatele evaluării factorilor condițiilor de muncă a medicilor de familie după clasele de nocivitate și pericol

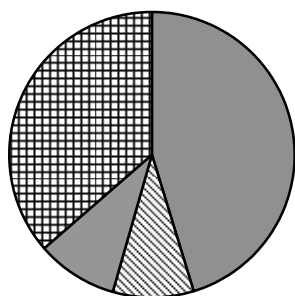
Factorii și clasa condițiilor de muncă								
Chimici	Biologici	Zgomot	Radiații	Microclimat	Iluminat	Efort fizic	Suprasolicitați	Evaluarea generală
2	3.3	2	1	2	2	2	3.3	3.3

Condițiile de muncă a medicilor de familie privind zgomotul, vibrațiile, indicii microclimatului și iluminatului au fost evaluate ca fiind admisibile – clasa 2.

Posibilitatea de contact al medicilor de familie cu diferite substanțe chimice sub formă de preparate farmacologice, cu substanțe care induc diferite reacții alergice, precum și cu radiațiile electromagnetice și ionizante este catalogată ca fiind minimală (clasele 1 – 2).

Greutatea procesului de muncă nu este un factor semnificativ, deoarece activitatea profesională medicii de familie o efectuează în poziții alternative – ortostatică și/sau șezând, fără a ridica și transporta greutate; poziția în timpul lucrului este liberă, comodă, cu posibilitate de trecere de la o poziție la alta – clasa 2.

Cercetările de cronometrie, interviuarea medicilor de familie, descrierea profesiografică a activității lor ne-au permis să apreciem gradul de încordare în muncă a medicilor de familie după 22 de indici, în conformitate cu criteriile igienice de clasificare a condițiilor de muncă [1]. Din acestea, 8 indici au fost atribuiți clasei 3.2 (figura 1), prin urmare, gradul de încordare în muncă a medicilor de familie poate fi evaluat către clasa 3.3, condițiile de muncă fiind caracterizate printr-un număr de factori nocivi, acțiunea cărora duce la dezvoltarea, de regulă, în perioada de muncă productivă a maladiilor profesionale de grad ușor sau mediu (cu pierderea capacității de muncă profesională), la creșterea numărului de patologii cronice (condiționate de factorii de muncă), inclusiv a morbidității cu incapacitate temporară de muncă.



- Clasa 1 - 10 indici, 45,4%
- ▨ Clasa 2 - 2 indici, 9,1%
- Clasa 3.1 - 2 indici, 9,1%
- ▨ Clasa 3.2 - 8 indici, 36,4%

Figura 1. Rezultatele evaluării încordării și intensității în procesul de muncă a medicilor de familie după 22 de indici, %.

Nivelul înalt de încordare în muncă este favorizat de particularitățile regimului de muncă și odihnă, gradul înalt de suprasolicitări intelectuale, emoționale, stres neuroemoțional. Cerințele profesionale referitoare la necesitatea de comunicare cu personalul și pacienții, care pot fi adeseori legate nemijlocit de un număr mare de situații incerte de stres, completează imaginea activității profesionale a medicului ca fiind una stresantă. Medicii de familie

au menționat că există un număr mare de situații de conflict care rezultă din activitatea profesională și un număr mare de pacienți conflictuali cu care au trebuit să lucreze în timpul zilei. Acest fapt la fel este un puternic declanșator al stării de stres psihoemoțional la medicul de familie.

Sistemul circulator determină în mare măsură adaptarea organismului la sarcina de lucru. Analiza rezultatelor cercetărilor fiziologice a demonstrat că reacția sistemului circulator al medicilor de familie la încordarea în procesul de lucru și acțiunea factorilor mediului ocupațional pot declanșa reacții negative – creșterea volumului cardiac și minut-volumului cardiac la sfârșitul turei cu 51,8-64,3% ($p < 0,001$), precum și scăderea rezistenței periferice cu 61,9% ($p < 0,001$), ceea ce indică adaptarea nesatisfăcătoare a sistemului cardiovascular al medicilor de familie la impactul factorilor de muncă (tabelul 2).

Tabelul 2

Dinamica indicilor sistemului cardiovascular la medici în timpul turei

Indicii	Până la	După
Frecvența pulsului, băt./min.	72,3±1,8	75,3±0,45
Tensiunea arterială, mm c. Hg. sistolice diastolică	123,0±4,0 84,1±2,5	127,7±2,8 87,8±2,7
Presiunea pulsului, mm c. Hg.	39,4±3,0	39,9±1,8
Volumul cardiac	48,8±2,3	74,1±1,3*
Minut-volumul cardiac	3388,2±140,2	5566,0±169,7*
Tensiunea dinamică-medie	97,3±3,0	100,3±2,4
Rezistența periferică	2366,8±150,0	1461,8±42,5*
Coeficientul eficacității circulatorii	2796,8±143,9	2996,0±176,8
Coeficientul rezistenței	19,7±1,6	19,8±1,2
Indexul vegetativ Kerdo	-18,9±1,7	-17,8±2,2

Notă: * - $p < 0,001$.

Prevalența sistemului parasimpatic (nivelul indexului vegetativ Kerdo purtând semnificație negativă), apreciată în 40,0% cazuri la medicii de familie, mărturisește despre micșorarea proceselor compensatorii și de adaptare a organismului medicilor la sfârșitul turei.

Identificarea factorilor care afectează starea de sănătate a medicilor de familie a sugerat ideea de a afla opiniile lucrătorilor medicali privind condițiile lor de muncă. Datele expuse pot fi confirmate prin rezultatele chestionării privind evaluarea igienică a condițiilor de muncă și stării de sănătate. Astfel, contact cu factori dăunători remarcă 88,3% din medicii de familie intervievați. Este cunoscut că acțiunea factorilor de producere de o anumită intensitate, componentă și durată de timp provoacă modificări funcționale în organism, pot avea loc schimbări prepatologice și patologice. Analiza rezultatelor intervieării medicilor de familie a demonstrat că

28,8% din numărul total de intervievați au apreciat starea lor de sănătate ca fiind „nesatisfăcătoare”, ceea ce este de 8,7 ori mai mult în comparație cu medicii echipelor de urgență (tabelul 3).

Tabelul 3

Rezultatele autoaprecierii stării de sănătate de către medicii de familie și lotul-martor (cazuri la 100 intervievați)

Răspuns	Medici de familie	Medici din echipele de AMU
Foarte bună	0	0
Bună	10,2	36,7
Satisfăcătoare	61,0	60,0
Nesatisfăcătoare	28,8	3,3

Patologiile cronice la medicii de familie prioritar sunt: bolile ficatului, vezicii biliare și pancreasului – 23,3% (inclusiv hepatitele cronice – 3,5% și pancreatita cronică – 14,0%), boala hipertensivă – 19,8%, pielonefrita cronică – 11,6%. Printre maladiile cronice mai frecvent au fost diagnosticate acutizarea bolilor aparatului respirator – 7,0%, ulcer gastric și duodenal – 5,8%. Grupele de risc cu un număr mai mare de boli cronice sunt cu vechimea în muncă de 10-14 ani, 15-19 ani și 20 și mai mulți ani. Frecvența maladiilor cronice depistate la un medic de familie bolnav este de 1,4; la medicii din lotul-martor (medicii din echipele de AMU) – 1,8.

Prezența maladiilor cronice, înregistrate în fișele de ambulatoriu (F25e) sau care au fost depistate în cadrul examenelor medicale periodice, au indicat-o 90,9% din medicii de familie intervievați, ceea ce este de 1,7 ori mai mult în comparație cu lotul-martor. Printre cauzele de bază ale dezvoltării maladiilor cronice medicii de familie numesc „regim de muncă și odihnă neechilibrat” (79,6% din medicii intervievați) și „condiții de muncă nefavorabile” (20,4%), „regimul alimentar nesatisfăcător” (81,5%), „predispoziție la careva maladie” (42,6%) și „deprinderi vicioase” (33,3%). Aceste date, într-o anumită măsură, confirmă acțiunea nefavorabilă a condițiilor și caracterului muncii asupra stării de sănătate a medicilor de familie.

Structura morbidității cu incapacitatea temporară de muncă a personalului din AMT nu se deosebește esențial de morbiditatea pentru toți angajații și lucrătorii medicali din mun. Chișinău. La personalul din AMT însă rata de cazuri și zile cu incapacitate temporară de muncă din cauza bolilor aparatului circulator este de 1,2-1,7 ori mai mare în comparație cu personalul din lotul-martor (medicii din echipele de AMU și chirurgia de urgență).

La medicii de familie se observă indicatori mai înalți ai morbidității cu incapacitate temporară de muncă din cauza gripei și bolilor aparatului respirator (48,2% cazuri), aparatului circulator (15,7%),

aparatului digestiv (9,0%).

Riscul de dezvoltare a bolilor aparatelor digestiv și circulator este mai exprimat la vechimea în muncă de peste 15 ani, a gripei și maladiilor aparatului respirator – 20 de ani și mai mult ($p < 0,05$). Este necesar de remarcat numărul mare al cazurilor de boală și zile cu incapacitate temporară de muncă printre medicii de familie cu vârsta de 60 ani și vechimea în muncă de 20 ani și mai mulți. Este natural că incidența crește odată cu vârsta și durata de lucru în condiții de contact cu factorii de muncă dăunători și periculoși. S-a observat o corelație directă, dar cu o forță slabă ($r_{xy} = +0,1$, $r_{xy} = +0,15$), între numărul de cazuri și zilele de boală și vârsta medicilor de familie ($t < 3$), precum și o corelație puternică ($r_{xy} = +0,7$, $r_{xy} = +0,91$, $t > 3$) a acestor indicatori în raport cu vechimea în muncă (tabelul 4).

Tabelul 4

Corelația dintre indicatorii MITM, vârsta și vechimea în muncă a medicilor de familie

Indicii MITM	Vârsta		Vechimea în muncă	
	r	t	r	T
Număr cazuri, total	+0,1	1,01	+0,7	13,81
Număr zile, total	+0,15	1,54	+0,91	53,2

Structura morbidității medicilor de familie în comparație cu medicii din lotul-martor se caracterizează printr-un nivel înalt de boli ale aparatelor circulator și digestiv (de 1,3-2,7 ori), precum și un procent mai mic de maladii ale sistemelor osteoarticulare și nervos periferic (de 2,9-3,4 ori). La medicii de familie care lucrează cu diverse contingente de pacienți, sarcina psihoemoțională este mai mare și practic lipsesc condițiile pentru respectarea regimului alimentar și de odihnă. Concomitent, pentru medicii din echipele de AMU și de profil chirurgical de urgență (lotul-martor) sunt prezenți factori de severitate a procesului de muncă ca: poziția forțată în timpul lucrului și încordarea statică, ridicarea și deplasarea diferitelor greutăți etc., care sunt, în comparație cu medicii de familie, mai pronunțate, ceea ce poate duce la boli ale sistemului locomotor.

Indicii medii ai MITM la medicii de familie au constituit 54,8 cazuri și 563,0 zile cu incapacitate temporară de muncă la 100 salariați și sunt mai mici de 1,8 ori (după numărul de zile) comparativ cu media pe republică printre toate categoriile de angajați. Numărul total de cazuri la medicii de familie, în comparație cu medicii lotului-martor (figura 2) sunt mai mari de 1,5-7,2 ori ($p < 0,001$), numărul total de zile – de 1,3-3,9 ori ($p < 0,001$); după unele forme nozologice numărul de cazuri – de 1,8-10,7 ori ($p < 0,001$), numărul de zile – de 1,6-9,1 ori ($p < 0,001$).

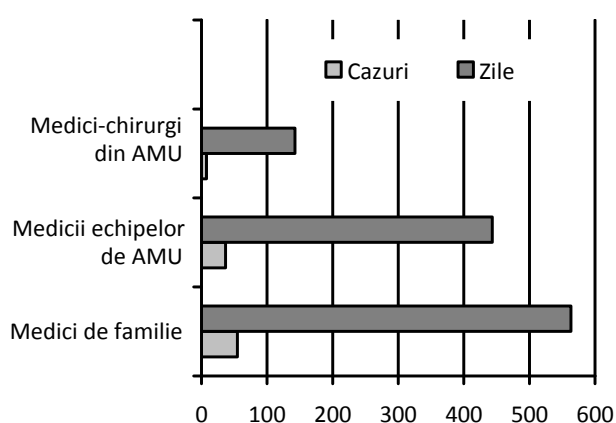


Figura 2. Indicii MITM la medicii de familie și în lotul-martor, total pe 3 ani (la 100 angajați).

Particularitățile structurii și nivelul înalt al morbidității medicilor de familie în comparație cu lotul-martor mărturisesc despre faptul că complexul de factori din mediul ocupațional și procesul de muncă, caracteristici profesiei lucrătorilor medical din asistența medicală primară, pot acționa negativ asupra sănătății lor.

Particularitățile muncii medicilor de familie, precum: deficitul de timp la primirea în ambulatoriu, inevitabilitatea contactului apropiat continuu cu pacienții și familiile lor, stare de alertă privind dezvoltarea maladiei cronice la pacienți, pot duce la dezvoltarea de suprasolicitări neuroemoționale, care influențează asupra organismului lor, inclusiv asupra sistemului cardiovascular.

Cauzele principale de apariție a bolilor aparatului digestiv pot fi: dereglarea funcției sistemului nervos central ca urmare a suprasolicitărilor neuroemoționale, precum și nerespectarea regimului alimentar de către personalul medical, frecvent cauzată de lipsa condițiilor de alimentare.

Așadar, contactul medicilor de familie cu pacienții bolnavi de gripă sau boli respiratorii acute este mai frecvent, ceea ce determină într-o mare măsură multe cauze de îmbolnăvire cu diferite afecțiuni acute ale căilor respiratorii superioare.

Actualmente, cercetătorii acordă o atenție sporită rolului de autoapreciere a sănătății ca o stare fizică, mentală și socială completă, capacitatea de a se adapta la schimbările de mediu, ceea ce se percepe subiectiv. Așa cum arată cercetările în domeniu [9], autoaprecierea în 70–80% cazuri coincide cu o evaluare obiectivă a stării de sănătate și este în creștere pe măsura înaintării în vârstă și în funcție de vechimea în muncă a subiecților testați. În acest sens, evaluarea subiectivă de sănătate este de multe ori obiectul unor analize în studii de igienă socială ca fiind un factor de prognostic [6, 7, 8]. În legătură cu aceasta, a fost folosită metoda de interviu

pentru studierea stării de sănătate a medicilor de familie. Analiza materialelor obținute prin interviu a demonstrat că condițiile și particularitățile de activitate a medicilor de familie sunt una dintre cauzele care influențează capacitatea de muncă și sănătatea – 66,1% din numărul total de intervieuați nu sunt satisfăcuți de activitatea lor (tabelul 5).

Tabelul 5

Rezultatele interviuării medicilor de familie privind satisfacția în muncă și condițiile de muncă (cazuri la 100 intervieuați)

Răspuns	Cazuri
Satisfacția în muncă:	
da	28,8
nu	66,1
nu pot să dau un răspuns concret	5,1
Condițiile de muncă:	
favorabile, nu influențează capacitatea de muncă și sănătatea	11,7
satisfăcătoare, influențează capacitatea de muncă și sănătatea	68,3
nefavorabile, periculoase pentru sănătate	20,0

Astfel, 20,0% dintre medicii de familie apreciază condițiile lor de muncă ca „nefavorabile și periculoase pentru sănătate”. 68,3% din respondenți consideră condițiile de muncă „satisfăcătoare”, dar în același timp susțin că „condițiile de muncă influențează capacitatea de muncă și sănătatea”.

Analiza morbidității medicilor de familie a demonstrat că MITM a medicilor de familie are caracter sezonier (figura 3) și se caracterizează printr-un nivel înalt al afecțiunilor acute ale căilor respiratorii superioare, bolilor aparatului circulator și aparatului digestiv. Gripa și bolile aparatului respirator în structura MITM la medicii de familie ocupă locul I – 48,2% din totalul cazurilor și, în general, pot forma caracterul sezonier al morbidității, precum și rata de incidență mai mare în luna februarie.

Materialele cercetărilor, într-o măsură oarecare, ne permit să excludem acțiunea factorilor climaterici de sezon în dezvoltarea și acutizarea maladiilor la medicii de familie, deoarece nu s-a apreciat o anumită tendință către majorarea numărului de cazuri de boală în anumite anotimpuri.

Datele cercetărilor științifice complexe confirmă acțiunea nefavorabilă a condițiilor și caracterului muncii asupra stării funcționale a organismului și sănătății medicilor de familie. Crearea condițiilor favorabile de muncă, prin excluderea sau diminuarea factorilor de risc profesional, rezolvarea problemelor organizatorice vor contribui în mare măsură la ameliorarea condițiilor de muncă a medicilor de familie,

a eficacității și capacității de muncă a lor, diminuarea morbidității cu incapacitatea temporară de muncă, la păstrarea resurselor umane, ce presupune un efect economic pozitiv în întreaga ramură a ocrotirii sănătății.

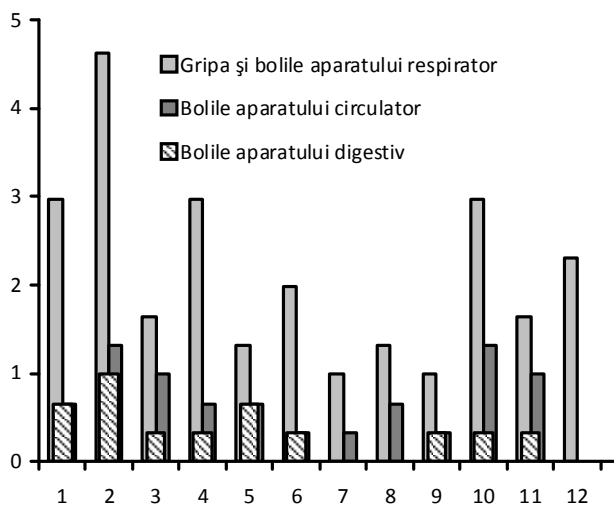


Figura 3. Repartizarea cazurilor MITM la 100 medici de familie pe lunile anului.

Concluzii

Activitatea medicilor de familie se desfășoară în condiții nefavorabile și este însoțită de factori care pot influența starea lor de sănătate. La factorii de risc profesional pentru medicii de familie pot fi atribuiți:

- gradul înalt de suprasolicitări neuroemoționale și intelectuale;
- tura prea lungă cu regim nerațional de lucru și odihnă;
- regim alimentar nesatisfăcător;
- acțiunea factorilor biologici, care adeseori influențează condițiile de muncă în comun cu alți factori nefavorabili.

Identificarea condițiilor de muncă, a stării de sănătate și a factorilor de risc profesional al medicilor de familie a permis de a elabora bazele măsurilor de diminuare a impactului lor nociv.

Bibliografie

1. *Evaluarea igienică a factorilor mediului ocupațional și a procesului de muncă. Criteriile igienice de clasificare a condițiilor de muncă* (indicații metodice): aprobate de către Medicul-șef sanitar de Stat al RM, nr. 01.10.32.1 din 10.03.08.
2. Raportul ministrului sănătății la Colegiul Ministerului Sănătății din 30 martie 2010, www.ms.gov.md/.
3. *Raport anual în sănătate, 2010*, <http://www.ms.gov.md/>.
4. Tintiuc D., Savin V., Moraru C., Staider L., *Managementul asistenței medicale primare în Republica Moldova*. Univ. de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu, Chișinău, 2005, 280 p.
5. Windak A., *Family medicine – a model for changes in PHC. The Polish experience and lesson for future*, International Conference «Integration of General Practice/Family Medicine Reform in Polyclinic System», Tartu, Estonia, 13–15 April 2000, <http://www.sovet63.ru/docs/med.doc>.
6. Williams M.V., Baker D.W., Parker R.V., Nurss J.R., *Relationship of functional health literacy to patient knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes*, Arch. Intern. Med. 1998. V. 158, 2. p. 166-172, <http://www.epirev.oxfordjournals.org/>.
7. Корицер М. *Образ жизни и основные сердечно-сосудистые заболевания у взрослых*, Терапевтический архив, 1995, 11, с. 6 – 13.
8. Пономарева Г.А. *Субъективная оценка как показатель здоровья работающих* Здравоохранение Российской Федерации, 1997, № 2, с. 44 – 45.
9. Шверина О.В., *Возрастная характеристика функционального состояния организма с учетом его субъективной оценки (на примере преподавателей вуза)*: Дис. канд. биол. наук, Тверь, 2007, 131 с., <http://www.eprints.tversu.ru/>.

Prezentat la 5. 03. 2012

Vladimir Bebîh, dr. în med., cerc. șt. superior,
laboratorul științific igiena muncii. Centrul Național de Sănătate Publică
tel. serv. 574-672,
e-mail: viachim@cnspl.md