

ASOCIAȚIA ECONOMIE, MANAGEMENT
ȘI PSIHOLOGIE ÎN MEDICINĂ

THE ECONOMY, MANAGEMENT AND
PSYCHOLOGY ASSOCIATION IN MEDICINE

SĂNĂTATE PUBLICĂ,
ECONOMIE
ȘI MANAGEMENT ÎN MEDICINĂ

PUBLIC HEALTH, ECONOMY AND
MANAGEMENT IN MEDICINE

revistă științifico-practică
fondată în anul 2003

scientific-practical review
founded in 2003

3(67)/2016

Revista a fost înregistrată la Ministerul Justiției al Republicii Moldova la 18-07-2003.
Certificat de înregistrare nr. 145.

Prin hotărârea comună a Consiliului Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al AȘM și a Consiliului Național de Acreditare și Atestare din 30.10.2013, revista este inclusă în categoria **B** a publicațiilor de profil pentru publicarea rezultatelor cercetărilor științifice din tezele de doctorat în domeniile medicină, farmacie, economie și psihologie.

Articolele prezentate sunt recenzate de către specialiștii în domeniile respective.

Cofondatori:

Centrul Național de Sănătate Publică
Centrul Național de Management în Sănătate

Colegiul de redacție Editorial Board

Redactor-șef Editor in Chief

CONSTANTIN EȚCO

Membri Members

Ion Bahnarel – redactor-șef adjunct

Oleg Lozan – redactor-șef adjunct

Aliona Serbulenco, Iurie Pânzaru, Mihai Moroșanu

Secretar Secretary

Ludmila Goma

Consiliul de redacție

Ion Ababii

Emil Anton (Iași)

Grigore Belostecinic

Vasile Ciobanu (Cernăuți)

Igor Denisov (Moscova)

Eugen Diug

Ludmila Ețco

Grigore Friptuleac

Stela Gheorghiuță

Ștefan Gheorghiuță

Victor Ghicavâi

Gheorghe Ghidirim

Eva Gudumac

Vladimir Hotineanu

Constantin Iavorschi

Mihai Magdei

Ion Mereuță

Ion Moldovanu

Benoit Nautre (Franța)

Nicolai Opopol

Gheorghe Paladii

Valeriu Pantea

Iurie Pânzaru

Natalia Polunina (Moscova)

Mihai Popovici

Viorel Prisacari

Editorial council

Yousif Rahim (Italia)

Andrei Roșca

Valeriu Rudic

Victor Savin

Constantin Spânu

Ion Șalaru

Dumitru Tintiuc

Boris Topor

Teodor Tulcinschi (Israel)

Georghe Țăbârână

Teodor Țârdea

Brigitha Vlaicu (Timișoara)

Ana Volneavschii

Victor Vovc

Autorii poartă toată responsabilitatea pentru conținutul articolelor publicate.

Editura *Epigraf S.R.L.*
2012, str. București 60, of.11, Chișinău
tel./fax 22.85.87, e-mail: epigraf@mtc.md

Redactor literar – *Larisa Erșov*
Machetare computerizată – *Anatol Timotin*
Asistență computerizată – *Irina Nicov*
Coperta – *Iulian Grosu*

Conținutul revistei poate fi consultat pe adresa: www.public-health.md, www.cnspl.md

Adresa redacției:

Bd. Ștefan cel Mare 194^a (blocul 4, et. 4)
MD-2004, Chișinău, Republica Moldova
Telefon: (3732) 22-63-56, 20-52-15. Fax: 24-23-44
E-mail: constantin.etco@usmf.md

**CONFERINȚA ȘTIINȚIFICO-PRACTICĂ
NAȚIONALĂ CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ
*PROMOVAREA SĂNĂȚĂȚII – O PRIORITATE A
SĂNĂȚĂȚII PUBLICE***

22-24 IUNIE 2016

Orhei

CUPRINS

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII CA PROBLEMĂ A SĂNĂTĂȚII PUBLICE

ALIONA SERBULENCO, GRIGORE FRIPTULEAC, ION BAHNAREL, NICOLAE OPOPOL, CONSTANTIN EȚCO Promovarea sănătății și educația pentru sănătate – probleme de importanță majoră pentru Republica Moldova.....	9
RAISA POPOVICI, NICOLAE DELIU, SERGHEI MALENDĂ Promovarea sănătății ca problemă a sănătății publice.....	13
BRÂNDUȘA CONSTANTIN, IRINA GURZU, ADRIANA ALBU Promovarea sănătății la locul de muncă – o necesitate	15
ION NISTOR, IURIE PÎNZARU Revista <i>Cronica Sănătății Publice</i> – instrument iminent în promovarea cunoștințelor despre sănătate și prevenire a bolilor.....	18
NATALIA SILITRARI, ION ȘALARU, ALIONA SERBULENCO Evaluarea cadrului de politici în domeniul promovării sănătății	20
ALIONA TIHON Evoluția promovării sănătății	24

PROMOVAREA UNUI COMPORTAMENT SĂNĂTOS PENTRU PREVENIREA BOLILOR NETRANSMISIBILE

BEATRICE SEVERIN, FLOAREA DAMASCHIN, ANCA MOLDOVEANU, VALENTIN BROASCĂ, MARIA NEGARĂ Eficacitatea programelor educaționale privind alimentația sănătoasă în județul Constanța.....	27
MIHAIL PALANCIUC, LUMINIȚA SUVEICĂ Aspecte strategice de promovare a sănătății în rândul bolnavilor cu maladii netransmisibile majore.....	29
DUMITRU TINTIUC, GALINA OBREJA Strategii de promovare a alimentației sănătoase.....	31
В. И. ЧЕБАН, Л. Й. ВЛАСИК Актуальные аспекты совершенствования профилактики неинфекционных заболеваний на уровне первичного звена оказания медицинской помощи	35
FLOAREA DAMASCHIN Hrănirea conștientă se poate face doar prin educație.....	38
VASILE GUȘTIUC, RAFAIL ȘIHLEAROV, CONSTANTIN VACARCIUC Consecințele fumatului și consumului nociv de alcool asupra stării de sănătate și măsurile de control al tutunului și alcoolului, întreprinse la nivel local.....	40
DOINA CARINA VOINESCU, COSTINELA GEORGESCU, MARIANA STUPARU-CREȚU, OANA ROXANA CIOBOTARU, OCTAVIAN CĂTĂLIN CIOBOTARU, DINU CIPRIAN Evaluarea statusului nutrițional și a obiceiurilor alimentare la sportivii de performanță.....	43
CRISTINA PETRESCU Comportamentul alimentar zilnic în relație cu personalitățile accentuate. Studiu de caz la o populație reprezentativă din România	45

CONTENTS

HEALTH PROMOTION AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM

ALIONA SERBULENCO, GRIGORE FRIPTULEAC, ION BAHNAREL, NICOLAE OPOPOL, CONSTANTIN ETCO Health promotion and health education – issue of major importance for the Republic of Moldova.....	9
RAISA POPOVICI, NICOLAE DELIU, SERGHEI MALENDĂ Health promotion as a public health problem	13
BRANDUSA CONSTANTIN, IRINA GURZU, ADRIANA ALBU Work place health promotion – a necessity	15
ION NISTOR, IURIE PINZARU Magazine «Cronica Sănătății Publice» – an indispensable tool for effective promoting of knowledge about health and disease prevention.....	18
NATALIA SILITRARI, ION SALARU, ALIONA SERBULENCO Evaluation of the health promotion policy	20
ALIONA TIHON Developments in health promotion.....	24

PROMOTING A HEALTHY BEHAVIOR IN ORDER TO PREVENT NONCOMMUNICABLE DISEASES

BEATRICE SEVERIN, FLOAREA DAMASCHIN, ANCA MOLDOVEANU, VALENTIN BROASCA, MARIA NEGARA The effectiveness of educational programs on healthy eating in Constanta County.....	27
MIHAIL PALANCIUC, LUMINITA SUVEICA Strategic characteristics in health promotion among patients with major non-transmissible diseases.....	29
DUMITRU TINTIUC, GALINA OBREJA Strategies to promote healthy eating.....	31
V. CEBAN, L. VLASIK Current aspects of improvement of non-communicable diseases' prophylaxis in primary care medical assistance	35
FLOAREA DAMASCHIN Conscious nutrition can be realized only through education.....	38
VASILE GUSTIUC, RAFAIL SIHLEAROV, CONSTANTIN VACARCIUC The smoking consequences and harmful consumption of alcohol, on the population health condition and all the undertaken measures in the control of tobacco and alcohol at the local level.....	40
DOINA CARINA VOINESCU, COSTINELA GEORGESCU, MARIANA STUPARU-CREȚU, OANA ROXANA CIOBOTARU, OCTAVIAN CATALIN CIOBOTARU, DINU CIPRIAN Assesment of nutritional status and dietary habitst of athletes	43
CRISTINA PETRESCU Eating behaviour related to strong personalities. Case-study in a representative population from Romania	45

DAVID SABĂU Un nou concept de piramidă alimentară în contextul promovării unui stil de viață sănătos	48	DAVID SABAU A new concept of food pyramid in the context of promoting a healthy lifestyle.....	48
RAISA SÎRCU, MARIANA ZAVTONI, IURIE PÎNZARU Prevenirea bolilor netransmisibile asociate cu poluarea organismului uman cu poluanți organici persistenți	51	RAISA SIRCU, MARIANA ZAVTONI, IURIE PINZARU Noncommunicable disease prevention related to the human pollution by persistent organic pollutants	51
MARIANA TUTUNARU, NICOLAE OPOPOL, TATIANA DĂNILĂ, NINA IZIUMOV, ION BAHNAREL Influența cărnii prelucrate asupra stării de sănătate a populației.....	54	MARIANA TUTUNARU, NICOLAE OPOPOL, TATIANA DANILA, NINA IZIUMOV, ION BAHNAREL Influence of processed meat on the health of the population	54
COSTINELA GEORGESCU, MARIANA STUPARU-CREȚU, DOINA-CARINA VOINESCU, CARMEN TIUTUCA, CAMELIA BUȘILĂ, ALINA CĂLIN Evaluarea statusului ponderal la adolescenți în contextul propriilor deprinderi alimentare.....	56	COSTINELA GEORGESCU, MARIANA STUPARU-CRETU, DOINA-CARINA VOINESCU, CARMEN TIUTUCA, CAMELIA BUSILA, ALINA CALIN Assessment of weight status in adolescents in connection with their own eating habits	56
MARIANA GÎNCU, NATALIA SILITRARI, VIORICA PRISACARI, ION ȘALARU Aspectele de comunicare în prevenirea consumului de tutun și alcool	58	MARIANA GINCU, NATALIA SILITRARI, VIORICA PRISACARI, ION SALARU Communication ISSUES in alcohol and tobacco prevention	58

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ÎN INSTITUȚIILE DE ÎNVĂȚĂMÂNT

SÁRA FELSZEGHI Promovarea modului de viață sănătos în instituțiile de învățământ.....	61
Л. И. ВЛАСИК, О. В. КУШНИР, Т. И. ГРАЧЕВА, О. Н. ИФТОДА Социально-гигиенические аспекты формирования здорового образа жизни студентов-медиков.....	63
CĂTĂLINA CROITORU, GHEORGHE OSTROFEȚ, ALINA FERDOHLEB Recomandări pentru activitatea corectă a copiilor la computer	65
TATIANA CRIȚCAIA, IULIA EFTODII, SVETLANA BODIU Promovarea sănătății – componentă curriculară în formarea cadrelor medicale cu studii postsecundare.....	68
SMARANDA DIACONESCU Educația pentru sănătate în unitățile de învățământ din România – între deziderat și realitate	70

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII LA LOCUL DE MUNCĂ

RAISA RUSSU-DELEU, VICTOR MEȘINĂ, DUMITRU RUSSU Promovarea dimensiunii europene în educația pentru sănătate la locul de muncă	71
ALINA FERDOHLEB, ELENA GURGHIS, VLADIMIR BEBÎH, SVETLANA SIMINOVICI, LIVIA ȚAPU Promovarea sănătății la locul de muncă: componentele directivelor europene în domeniul serviciilor de sănătate ocupațională	76
O. G. SHEKERA, A. V. TSARENKO Educația pentru sănătate a profesioniștilor din domeniul îngrijirilor paliative, pentru a preveni sindromul de epuizare profesională.....	79
TUDOR GREJDIANU, IURA LUPACESCU, LUCREȚIA BUZATU, ABU HAMED-FARID Riscurile profesionale ale personalului medical din instituțiile medicale din Republica Moldova.....	82

PROMOTING HEALTH IN EDUCATIONAL INSTITUTIONS

SÁRA FELSZEGHI Promoting healthy lifestyles in educational institutions.....	61
L. VLASIK, O. KUSHNIR, T. GRACHEVA, O. IFTODA Socio-hygienic aspects of the formation of healthy lifestyle of medical students	63
CATALINA CROITORU, GHEORGHE OSTROFET, ALINA FERDOHLEB Recommendations for correct activity of children at the computer	65
TATIANA CRITCAIA, IULIA EFTODII, SVETLANA BODIU Health promotion – curricular component in the training of health professionals with post-secondary education.....	68
SMARANDA DIACONESCU Health education in schools in Romania – between wish and reality	70

WORKPLACE HEALTH PROMOTION

RAISA RUSSU-DELEU, VICTOR MESINA, DUMITRU RUSSU Promotion European dimension in education for health and safety at workplace	71
ALINA FERDOHLEB, ELENA GURGHIS, VLADIMIR BEBÎH, SVETLANA SIMINOVICI, LIVIA ȚAPU Health promotion at workplace: components of european directives in occupational health services.....	76
O. SHEKERA, A. TSARENKO The health education of palliative care medical professionals to prevent of professional burnout syndrome	79
TUDOR GREJDIANU, IURA LUPACESCU, LUCRETIA BUZATU, ABU HAMED-FARID Specific diseases for health workers in Moldova.....	82

IURIE GRIGORIȚA Evaluarea igienică a poziției și a locului de muncă al lucrătorilor din industria farmaceutică.....	84
OLGA BURDUNIUC, GRETA BĂLAN, CONSTANTIN RÎMIȘ, Evaluarea riscului profesional la lucrătorii laboratoarelor microbiologice	87
TATIANA TONU Igiena muncii specialiștilor din sfera tehnologiilor informaționale.....	90

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII LA NIVEL COMUNITAR

ANGELA BARONCEA Bugetul de timp acordat promovării sănătății în activitatea asistenților medicali la nivel comunitar	94
OLIMPIA DUMITRIU BUZIA, NELA MARDARE, CAMELIA DIACONU, COSTINELA GEORGESCU Medicația asociată și impactul ei asupra sănătății locuitorilor județelor Galați și Brăila	98

VARIA

ALEXANDRU SOFRONIE Rolul rețelelor de socializare în promovarea sănătății și în educația pentru sănătate	101
RODICA IGNAT, SVETLANA GAVRILIUC, ALEXEI LEVIȚCHI, LILIA LUPU, DIANA CHIOSA, VALERIU ISTRATI, GHENADIE CUROCICHIN Factorii antropometrici de risc cardiovascular la tinerii din Republica Moldova.....	104
NINA IZIUMOV, TATIANA DĂNILĂ, MARIANA TUTUNARU Deregările văzului la elevii claselor I-XII – problemă prioritară a sănătății publice în Republica Moldova.....	107
VICTORIA BUCOV, VALERIU PANTEA, CONSTANTIN EȚCO, ALA OVERCENCO Problemele colaborării intersectoriale în managementul sănătății publice.....	109
ADRIANA ALBU, IRINA CRĂCANĂ Problemele identificate la nivelul relațiilor sociale ale unui lot de adolescenți din Iași	116
ANGELA CAZACU-STRATU Traumatismul rutier la copii – problemă actuală a sănătății publice	118
O. ЧЕБАН, Н. ЗАРБАЙЛОВА Особенности становления службы репродуктивного здоровья и планирования семьи в Приднестровье	122
RODICA ȘEVCIUC Glaucomul – problemă majoră de sănătate publică și factorii ce o determină	125
АНДРЕЙ ПАТЕЮК, СЕРГЕЙ КОХАН Нарушения некоторых физиологических и морфологических показателей у млекопитающих при питании продуктами генетически модифицированной сои	131

IURIE GRIGORITA Hygienic evaluation of the position and workplace of pharmaceutical industry employees	84
OLGA BURDUNIUC, GRETA BALAN, CONSTANTIN RIMIS, Professional risk assessment at microbiological laboratories workers.....	87
TATIANA TONU Labor hygiene of the specialists from the field of information technologie	90

HEALTH PROMOTION IN THE COMMUNITY

ANGELA BARONCEA The time budget given for health promotion in the activity of nurses at community level.....	94
OLIMPIA DUMITRIU BUZIA, NELA MARDARE, CAMELIA DIACONU, COSTINELA GEORGESCU Associated medication and its impact on health in Galati and Braila counties	98

VARIA

ALEXANDRU SOFRONIE Role of social networks in health promoting and education for health.....	101
RODICA IGNAT, SVETLANA GAVRILIUC, ALEXEI LEVITCHI, LILIA LUPU, DIANA CHIOSA, VALERIU ISTRATI, GHENADIE CUROCICHIN Anthropometric traits of cardiovascular risk in young people from Moldova	104
NINA IZIUMOV, TATIANA DANILA, MARIANA TUTUNARU Disorders of vision the pupils 1-st – 12th class – priority problem of public health in Republic of Moldova	107
VICTORIA BUCOV, VALERIU PANTEA, CONSTANTIN ETCO, ALA OVERCENCO Problems of intersectorial collaaboration in public health management	109
ADRIANA ALBU, IRINA CRACANA Problems related to social relationships detected on a group of teenagers in Iasi	116
ANGELA CAZACU-STRATU Road traffic injuries in children – actual problem of Public Health.....	118
O. CEBAN, N. ZARBAILOVA Characteristics of reproductive health and family planning service formation in Transnistria.....	122
RODICA SEVCIUC Glaucoma – a major problem of public health	125
ANDREI PATEIUC, SERGHEI KOHAN Disturbance in some physiological and morphological indicators of rats consuming genetically modified soy.....	131

MAXIM MOGOREAN, MARIA-VICTORIA RACU, VLADIMIR BERNIC Evaluarea igienică a morbidității populației prin maladii ale sistemului circulator în relație cu gradul de mineralizare a apei potabile.....	134	MAXIM MOGOREAN, MARIA-VICTORIA RACU, VLADIMIR BERNIC The hygienic estimation of cardiovascular morbidity of population according to mineralization of drinking water.....	134
EVELINA LESNIC, OVIDIU TAFUNI, ALEXANDRU GARBUZ Particularitățile influenței factorilor sociali și habituali asupra bolnavilor de tuberculoză pulmonară.....	136	EVELINA LESNIC, OVIDIU TAFUNI, ALEXANDRU GARBUZ The distinctive characteristics of the influence of social and ha- bitual factors on the patients with pulmonary tuberculosis.....	136
OVIDIU TAFUNI, EVELINA LESNIC Condițiile de trai ale bolnavilor de tuberculoză din orașul Chișinău în perioada rece a anului.....	138	OVIDIU TAFUNI, EVELINA LESNIC The living conditions of patients with tuberculosis in the city of Chișinău in the cold period of the year	138
MARIANA SPRINCEAN, LUDMILA EȚCO, ELENA PALADI Unele aspecte ale consilierii psihologice a familiilor copiilor cu patologii neurogenetice	141	MARIANA SPRINCEAN, LUDMILA ETCO, ELENA PALADI Some aspects of psychological counseling for families of children with neurogenetic pathology	141
ELENA JARDAN, IURIE PÎNZARU, RAISA SÎRCU Evaluarea siguranței produselor cosmetice.....	145	ELENA JARDAN, IURIE PINZARU, RAISA SIRCUCU Evaluation the safety of cosmetic products	145
O. O. ШЕКЕРА Актуальные аспекты использования ОТП в стоматологической практике	147	O. SHEKERA Topical issues of using PRP in dental practice.....	147
VICTORIA VOLOCEAI-GREJDIAN Particularități clinice și paraclinice în conduita gravidelor cu sindrom ovarian polichistic	150	VICTORIA VOLOCEAI-GREJDIAN Clinical and paraclinical features in conduct of pregnant women with polycystic ovarian syndrome.....	150
ALEXANDRU GARBUZ Evaluarea parametrilor microclimatului din transportul public municipal Chișinău	154	ALEXANDRU GARBUZ Evaluation of the microclimate in municipal public transport in Chisinau.....	154
NICOLETA GIMIGA, CLAUDIA OLARU, RALUCA STANCA, MARIA BOLAT, SMARANDA DIACONESCU Ingerarea AINS – o problemă gravă la copiii mici.....	156	NICOLETA GIMIGA, CLAUDIA OLARU, RALUCA STANCA, MARIA BOLAT, SMARANDA DIACONESCU Ingestion of NSAIDs a serious problem in young children	156
SMARANDA DIACONESCU Prevenirea infecției cu <i>H. Pylori</i> . Date actuale	157	SMARANDA DIACONESCU Preventing <i>H. pylori</i> infection. Current data.....	157
CLAUDIA OLARU, NICOLETA GIMIGA, R. A. OLARU, RALUCA STANCA, SMARANDA DIACONESCU Obezitatea infantilă - o problemă medico-socială actuală în România.....	157	CLAUDIA OLARU, NICOLETA GIMIGA, R. A. OLARU, RALUCA STANCA, SMARANDA DIACONESCU Childhood obesity a modern society problem in Romania.....	157
LARISA PANTEA Rolul competențelor profesionale în integrarea emigranților din Republica Moldova pe piața europeană a muncii	158	LARISA PANTEA The role of professional competencies in the integration of emigrants from the Republic of Moldova into the European Labour market	158
IN MEMORIAM		IN MEMORIAM	
Serghei Gribencea.....	165	Serghei Gribencea.....	165

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ȘI EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE – PROBLEME DE IMPORTANȚĂ MAJORĂ PENTRU REPUBLICA MOLDOVA

Aliona SERBULENCO¹, Grigore FRIPTULEAC², Ion BAHNAREL^{2,3}, Nicolae OPOPOL², Constantin ETCO²,

¹Ministerul Sănătății, ²USMF Nicolae Testemițanu,

³CNSP, Chișinău

Summary

Health promotion and health education – issue of major importance for the Republic of Moldova

Hereby is presented, the current situation on the problems and achievements in health promotion and health education worldwide and in the Republic of Moldova. It is examined the achievements historically conducted under the aegis of the WHO with the participation of specialized services of developed countries and those in developing countries. They are highlighted key priorities and principles of health policy, health promotion strategies for the fundamental elements success and main objectives of health promotion. It is presented the Moldova's legal basis of which purposes includes, aims and objectives, necessary activities in health promotion and health education. Unfortunately, health promotion is not yet fully perceived as a priority by central and local public administrations. Therefore, today are important and necessary, insistent development activities and implementation of all decisions by government and training programs in health promotion and health education at all levels.

Keywords: health promotion, priorities, targets, achievements and tasks

Резюме

Формирование здорового образа жизни и санитарное просвещение – значимая проблема для Республики Молдова

Представлена характеристика современных проблем и реализаций в разделе формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ) и санитарного просвещения в мире и в Республике Молдова. Анализируются результаты, полученные в историческом плане под эгидой ВОЗ развитыми и развивающимися странами. Выявлены приоритеты и ключевые принципы политики здравоохранения, фундаментальные стратегии ФЗОЖ, элементы и главные задачи этой деятельности. Представлена законодательная база Р. Молдова, в которой отражены цель, задачи, необходимые меры по ФЗОЖ. К сожалению, ФЗОЖ еще не осознана полностью как приоритетная деятельность центральными и местными административными органами. Необходимы важные и настойчивые действия по созданию и внедрению решений Правительства и программ ФЗОЖ на всех уровнях.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, приоритеты, цели, достижения и задачи

Introducere

În anul 1948 a fost adoptată Constituția Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), prin care a fost definită că „sănătatea este o stare de completă bună stare socială, fizică și mentală, și nu doar absența bolii sau infirmității” [10]. Ulterior au fost dezvoltate anumite politici în domeniul asigurării sănătății. S-a ajuns la concluzia că o deosebită importanță pentru asigurarea sănătății o are promovarea sănătății, activitățile în acest domeniu fiind un mijloc care îi permite fiecărui individ să ducă o viață socială și economică productivă. Accentul s-a pus pe ideea că sănătatea este o resursă pentru viața de zi cu zi, și nu doar mijloc numai de a fi viu. Noua viziune include dezideratul că sănătatea trebuie să fie asigurată pentru o pătură cât mai largă de populație pe o perioadă cât mai extinsă de viață.

Conform *Cartei de la Ottawa privind promovarea sănătății* [3], acesta este procesul care oferă individului și colectivităților posibilitatea de a-și crește controlul asupra determinantelor sănătății și, prin aceasta, de a-și îmbunătăți starea de sănătate.

Promovarea sănătății reprezintă o strategie de mediere între individ și mediu, combinând alegerea personală cu responsabilitatea socială și având drept scop asigurarea în viitor a unei stări de sănătate mai bune [6, 11].

Materiale și metode

Au fost identificate și analizate problemele și realizările internaționale și autohtone în domeniul promovării sănătății și educației pentru sănătate.

Rezultate și discuții

Promovarea sănătății este parte componentă a sănătății publice, fiind totodată și o modalitate de creare a posibilităților pentru populație de a-și îmbunătăți sănătatea și a fortifica controlul asupra ei [5, 6, 9]. Astfel, promovarea sănătății este considerată un element esențial al dezvoltării sănătății, fiind definită de OMS ca „proces de împuternicire a persoanelor de a deține controlul asupra sănătății lor și de a o îmbunătăți”.

În *Declarația de la Jakarta* (Indonezia) a fost specificat rolul fundamental al unei infrastructuri puternice pentru promovarea sănătății [12]. Această declarație include 5 priorități:

- sporirea responsabilității sociale pentru sănătate;
- sporirea investițiilor pentru dezvoltarea sănătății;
- dezvoltarea colaborării (parteneriatelor) în promovarea sănătății;
- fortificarea capacităților comunității și împuternicirea individului;

- crearea infrastructurilor pentru promovarea sănătății.

Una dintre conferințele globale în domeniul promovării sănătății – Conferința a 6-a – a avut loc în orașul Bangkok (Thailanda) în anul 2005 [1]. În consecință a fost adoptată *Carta de la Bangkok*, în care sunt stipulate strategiile și activitățile în domeniul promovării sănătății adresate factorilor determinanți ai sănătății într-o lume globalizată. În Thailanda a fost lansată campania intitulată *Tailanda sănătoasă*, bazată pe principiul: **„Construirea” mai degrabă decât „repararea” sănătății.**

În discursul ținut la ceremonia de deschidere a conferinței, Prim-ministrul Thailande, Dr. Thaksin Shinawatra, a minționat: „Este clar că sănătatea bună este cheia progresului. În societățile unde populația este sănătoasă, comunitățile sunt sigure de progres în multe domenii. Construirea sănătății a devenit o prioritate pentru programele de dezvoltare națională și globală”.

Ameliorarea srării de sănătate reprezintă elementul principal în realizarea Strategiei *Sănătate pentru toți*, scop care necesită multiple decizii comune luate de un șir de instituții responsabile de sănătate și de măsurile legate de mediu, efectuarea cărora, direct sau indirect, se va reflecta asupra sănătății omului. Deci, în niciun alt domeniu de luare a deciziilor nu sunt atât de importante colaborarea și consultațiile intersectoriale, ca în domeniul promovării sănătății.

Sănătatea pentru toți – 2000 [3] a introdus trei principii-cheie pentru politica de sănătate, care rămân actuale și în prezent:

1. *Sănătatea* – trecerea de la planificarea serviciilor medicale la planificarea sănătății.
2. *Pentru toți* – egalitate, o sarcină importantă a politicii de sănătate.
3. *2000* – introducerea scopurilor și obiectivelor ce urmează să fie realizate în timp.

A doua categorie de obiective privind promovarea sănătății se bazează pe trei premise:

1. Premisa *teoretică* – obiectivele trebuie să aibă drept punct de pornire sănătatea.
2. Premisa *sănătății publice* – obiectivele trebuie să rezulte din concepția că politica de sănătate se bazează pe investiție.
3. Premisa *practică* – obiectivele vor fi realizate în cadrul strategiei bazate pe: dezvoltare comunitară, dezvoltare organizațională, participare și colaborare.

În Republica Moldova, noțiunea de *promovare a sănătății* nu este suficient definită și implementată. La nivel de individ, familie, comunitate, activitatea de promovare a sănătății are încă multe deficiențe. Totodată, au fost realizate unele măsuri privind promo-

varea sănătății. Până la sfârșitul sec. XX, promovarea sănătății și educația pentru sănătate erau asimilate în RM cu „educația sanitară”. Aceasta se explică prin faptul că între acești doi termeni există câteva similitudină, care fac subiectul unei mari confuzii [9].

În anii '50-'60 ai sec. XX, serviciul de educație sanitară era în cadrul Ministerului Sănătății, fiind constituite și câteva Case de Luminare Sanitară.

După 1990, noile abordări în domeniul promovării sănătății, stabilite prin Carta de la Ottawa pentru Promovarea Sănătății din 1986 [13], au devenit cunoscute și în Republica Moldova [7]. Carta a stabilit cinci strategii fundamentale pentru succesul promovării sănătății:

- elaborarea politicilor de sănătate publică;
- crearea unui mediu favorabil;
- intensificarea acțiunii comunitare;
- dezvoltarea deprinderilor individuale;
- reorientarea serviciilor de sănătate.

Fiind recunoscute ca cost-eficiente și prioritare, strategiile globale privind promovarea sănătății și profilaxia maladiilor au stat la baza elaborării documentelor strategice și a programelor naționale în Republica Moldova.

Dintre acestea enumerăm:

- *Politica Națională de Sănătate* (HG nr. 886 din 06.08.2007);
- *Strategia de Dezvoltare a Sistemului Sănătății, 2008-2017* (HG nr. 1471 din 24.12.2007);
- *Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice*, nr. 10 din 03.02.2009;
- *Programul Național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015* (HG nr. 658 din 12.06.2007);
- *Strategia Națională de Sănătate Publică pentru anii 2014-2020* (HG nr. 1032 din 20.12.2013);
- *Legea privind controlul tutunului*, nr. 278 din 14.12.2007 etc.

În Legea Republicii Moldova privind supravegherea de stat a sănătății publice [2], noțiunea de promovare a sănătății este definită ca un „proces de difuzare a informației, de instruire și educare în scopul formării unor cunoștințe și deprinderi individuale sănătoase de consultare și implicare a publicului, de creare a parteneriatelor care oferă individului și colectivităților posibilități de a-și controla și îmbunătăți sănătatea din punct de vedere fizic, psihic și social și de a contribui la reducerea inechităților în domeniul sănătății”.

Însă, în Republica Moldova lipsesc specialiști pregătiți special în acest domeniu, lipsește infrastructura sau o rețea de organizații, instituții responsabile de promovarea sănătății. Lipsa unui concept sau a unei politici aprobate de promovare a sănătății, precum și starea nefavorabilă a mediilor fizic, social

și economic, diminuează eficacitatea activităților realizate în domeniul prevenției specifice, educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață (răspândirea maladiilor reemergente: difteria, holera, tuberculoza, malaria, precum și emergente: SIDA, hepatita virală C, boala Lyme).

Printre inițiativele apropiate după scop și conținut de activitățile de promovare a sănătății sunt: *Programul Național de Educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață* (Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1000 din 28.09.1998), *Programul național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015* (HG R. Moldova nr. 658 din 12.06.2007). În plan didactic, la Facultatea Sănătate Publică a USMF Nicolae Testemițanu, începând cu anul 1997, se citește disciplina *Educația sanitară*. Celorlalte facultăți această disciplină nu li se citea. Cu regret, prevederile programelor nu se realizează pe deplin. În primul rând, aceasta se referă la instituțiile preuniversitare de învățământ în care modulele de promovare a sănătății se realizează insuficient.

În condițiile actuale, principiile de bază care asigură succesul activităților de promovare a sănătății sunt:

1. Adoptarea mai multor strategii de promovare a sănătății – folosirea diferitor abordări, inclusiv dezvoltarea politicii, modificări organizatorice, dezvoltarea comunității, legislația, susținerea, instruirea și comunicarea în combinație una cu alta.

2. Cooperarea mai multor parteneri – cooperarea intersectorială, integrarea activităților mai multor parteneri sub formă de programe complexe de promovare a sănătății.

3. Participarea activă a populației, împuternicirea populației – un proces prin intermediul căruia populația atinge un control mai mare și eficient asupra deciziilor și acțiunilor care afectează sănătatea ei.

4. Aportul individual al membrilor comunităților la realizarea activităților.

Așadar, în activitățile de promovare a sănătății și de educație pentru sănătate trebuie să se includă obligatoriu medicul de familie, asistenții medicali, împreună cu alți actori din comunitate, cum ar fi pedagogii, primarul, politistul, preotul, dar și populația. În fișele de post ale specialiștilor din sistemul de sănătate trebuie să fie incluse responsabilitățile pentru promovarea sănătății și comunicare în conformitate cu standardele europene.

Elementele principale ale promovării sănătății sunt:

- luarea în calcul a populației întregi în cadrul abordării unor probleme sanitare habituale, precum și a anumitor grupuri ale populației (gupuri- țintă) cu risc sporit pentru anumite maladii;

- acțiunea directă asupra factorilor de risc sau asupra cauzelor bolilor;
- efectuarea activităților de cercetare a factorilor de risc care afectează sănătatea comunității;
- elaborarea măsurilor adecvate de reducere a riscurilor pentru sănătate, informarea și educarea populației, elaborarea și implementarea bazei legislative, a măsurilor fiscale, a modificărilor organizatorice prin dezvoltarea comunității și organizarea activităților locale;
- participarea activă a comunității la identificarea problemelor majore de sănătate și alegerea acțiunilor necesare;
- protecția mediului ambiant și promovarea politicii sociale;
- stimularea participării lucrătorilor medicali și a altor persoane fizice și juridice la activitățile de promovare a sănătății.

Obiectivele de promovare a sănătății trebuie să fie bine selectate, în funcție de scopul programului și de grupul de populație căruia îi sunt destinate.

Spre exemplu, obiectivele promovării sănătății în grădinițele de copii sunt:

- dezvoltarea fizică și psihologică;
- dezvoltarea abilităților de mișcare;
- dezvoltarea vorbirii și a cunoștințelor;
- dezvoltarea comportamentului social;
- promovarea abilității de a face estimări și de a lua decizii;
- dezvoltarea capacităților individuale.

Cu regret, promovarea sănătății încă nu este percepută pe deplin ca prioritate de către administrațiile publice centrale și locale. Acest fapt este, probabil, cauzat de:

- neînțelegerea rolului promovării sănătății;
- cooperarea intersectorială insuficientă;
- lipsa susținerii bugetare, la nivelele central și local, a activităților pentru promovarea sănătății;
- subdezvoltarea resurselor umane;
- atitudinea pasivă a lucrătorilor medicali și a populației față de această problemă;
- deficiențele cadrului legislativ în domeniul promovării sănătății și educației pentru sănătate.

În anii 2003-2005, în Republica Moldova a fost realizat Proiectul Uniunii Europene *The Health Promotion and Disease Prevention Project, Moldova*. Grație Proiectului UE *Promovarea Sănătății și Profilaxia Maladiilor*, în CNȘPMP (actualul Centru Național de Sănătate Publică – CNSP), în 2005 a fost înființat Centrul de Promovare a Sănătății, Educație pentru Sănătate, Informație și Relații cu Mass-media. În cadrul Centrului au început a fi angajați medici-specialiști în sănătatea publică, sociologi, psihologi, filologi și asistente medicale.

În aceeași perioadă, personalul CNSP și cel din teritorii au început să însușescă modalități noi de

abordare a promovării sănătății și educației pentru sănătate.

În baza recomandărilor Proiectului, a fost elaborat *Programul național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015* [5], au fost prevăzute activități de instruire a elevilor, de pregătire a cadrelor medicale și nemedicale în domeniul promovării sănătății și educației pentru sănătate.

În fața Ministerului Sănătății și Ministerului Educației a fost pusă sarcina de a perfecționa sistemul de instruire profesională, universitară și postuniversitară a cadrelor medicale în domeniul educației pentru sănătate a populației și promovării modului sănătos de viață prin:

- includerea în programele de instruire a studenților Universității de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu* a modului de studii *Promovarea sănătății și educația pentru sănătate a populației* la facultățile de medicină, stomatologie, farmacie și la Facultatea *Sănătate Publică*;
- includerea în programele de instruire a modului *Promovarea sănătății și educația pentru sănătate a populației* cu durata de 18-20 de ore pentru toți rezidenții-medici și cu durata de 60 de ore pentru rezidenții-medici de familie și rezidenții-medici pediatri;
- includerea în programele de instruire ale colegiilor de medicină a modului *Promovarea sănătății și educația pentru sănătate a populației* cu durata de 18-20 de ore, iar pentru asistenții medicilor-igieniști și medicilor-epidemiologi – 36 de ore;
- organizarea modulelor educației pentru sănătate pentru perfecționarea medicilor din centrele de sănătate publică și a specialiștilor în domeniu din instituțiile medico-sanitare publice;
- actualizarea și implementarea programelor de instruire profesională, universitară și postuniversitară a cadrelor didactice în domeniul educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață, cu introducerea unui modul cu durata de 12-18 ore;
- introducerea unui curs de instruire a angajaților instituțiilor preșcolare în domeniul educației pentru sănătate.

Realizări obținute în domeniul cercetat:

- În conformitate cu prevederile *Programului național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015*, în USMF *Nicolae Testemițanu* au fost elaborate programe și a fost inițiat modulul *Promovarea sănătății și educația pentru sănătate* pentru studenții Facultății *Sănătate Publică* în volum de 70 de ore. Începând

cu anul 2007, la Facultatea *Medicină* și, din anul 2008, la Facultatea *Stomatologie* această disciplină se citește în volum de câte 51 de ore.

- De asemenea, modulul *Promovarea sănătății și educația pentru sănătate* se citește rezidenților-igieniști (105 ore) și rezidenților-pediatri (35 de ore).
- A fost elaborat *Programul pentru anii 2016-2020*, care se află în proces de aprobare.

Concluzii

1. În Republica Moldova sunt realizate importante măsuri pentru implementarea priorităților europene privind promovarea sănătății și educația pentru sănătate.

2. Este elaborat suportul legislativ, este elaborat și implementat programul de instruire postuniversitară a rezidenților în sănătatea publică.

3. Cu toate acestea, sunt necesare activități de dezvoltare și implementare a tuturor hotărârilor de guvern și a programelor de instruire în promovarea sănătății și în educația pentru sănătate la toate nivelurile.

4. Este necesară mobilizarea tuturor actorilor interesați pentru activități privind promovarea sănătății la nivel de individ, familie, comunitate.

Bibliografie

1. *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*, 2005. www.who.int/healthpromotion/.../BCHP_es.pdf
2. *Legea Republicii Moldova nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice*.
3. *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO, Geneva, 1986.
4. *Politica Organizației Mondiale a Sănătății Sănătate pentru toți în secolul 21*. www.vitalitate.com/.../Strategia-OMS-Sanatate-...
5. *Programul național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015*. HG RM nr. 658 din 12.06.2007.
6. Ețco C., Maximenco E., Bahnarel I. ș.a. *Program de promovare a sănătății adolescenților la nivel comunitar în Republica Moldova*. Chișinău: Tip. Primex-Com., 2012, 170 p.
7. *Promovarea sănătății* (curs). Sub red. prof. Gr. Frip-tuleac. Chișinău: CEP Medicina, 2006, 224 p.
8. *Promovarea sănătății și educația pentru sănătate*. București: Editura Public H. Press, 2006, 242 p.
9. Ețco C., Calmâc V., Bahnarel I. *Promovarea sănătății și educația pentru sănătate*. Chișinău: Ed. Epigraf, 2013, 600 p.
10. WHO, 1948. https://ro.wikipedia.org/wiki/Organiza%C8%9Bia_Mondial%C4%83_a_S%C4%83n%C4%83t%C4%83%C8%9Bii
11. WHO-EURO. *Health Promotion Glossary*, 1989.
12. WHO. *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. 1997. www.who.int/healthpromotion/.../jakarta/.../en/
13. WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986. www.who.int/healthpromotion/.../index4.html

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII CA PROBLEMĂ A SĂNĂTĂȚII PUBLICE

Raisa POPOVICI, Nicolae DELIU, Serghei MALENDĂ,
Centrul de Sănătate Publică raional Ungheni

Summary

Health promotion as a public health problem

Accurate and specific source coming from the experienced medical specialist and is explicitly and professionally explained with the highest dose of confidence for the representative and the target audience that needs to be informed. The classic slogan for the prevention system is well known „An informed citizen is a citizen who can protect himself”.

In this context, being fully informed on the risk factors for one's own health that it is certain that each of those who are informed and trained will make a unique conclusion – the risk factors will be excluded from the occupational habitual and environmental areas.

Keywords: training, information, prevention, health

Резюме

Формирование здорового образа жизни – проблема общественного здоровья

Гигиеническое обучение является ключевым элементом в укреплении здоровья населения, оно обеспечивает доступ декретированного контингента к источникам информации достойного доверия, которая исходит от опытного медицинского персонала, которая передается в доступной форме целенаправленной аудиторией, по конкретной тематике. Таким образом, лица прошедшие гигиеническое обучение информированы о том, как самому не заболеть, а также как не способствовать заболеванию других людей. Общеизвестен афоризм классической профилактической медицины, который гласит: «Информированный гражданин – это человек, который может сам защититься от воздействия факторов риска».

В этом контексте, следует отметить что лица, которые прошли гигиеническое обучение, будучи полностью информированы о влиянии факторов риска на уровне собственного здоровья, будут стремиться к оздоровлению окружающей, профессиональной и жилищно-бытовой сред.

Ключевые слова: гигиеническое обучение, декретированные контингенты, профилактика, инфекционные болезни, нетрансмиссивные болезни

Introducere

Cultura generală, inclusiv cultura sănătății, se formează de-a lungul timpurilor prin instruirea generală a populației în șirul continuu al generațiilor. Cultura sanitară este inițierea populației în materie de igienă și protecție a sănătății. Cele mai generale

reguli de urmat pentru menținerea și fortificarea sănătății se regăsesc în Sfintele Scripturi ale tuturor religiilor cunoscute astăzi, cărți care pe parcursul mileniilor au stat la baza educației, deoarece în toate timpurile și la toate popoarele una dintre direcțiile prioritare ale medicinei era și este cea preventivă: „Boala este mai ușor de prevenit decât de tratat”.

Cu regret, cultura sanitară mai este considerată și azi o activitate de bază și obligatorie a serviciilor de sănătate, în loc să fie apreciată ca o noțiune de „pregătire continuă”, de „educație premanentă”, de „perfecționare” pe un fond pregătit general în sistemul de învățământ și de instruire publică a populației.

Este important nu numai de a avea un volum suficient de cunoștințe în igienă, ci și de a pune în aplicare aceste cunoștințe în comportamentul cotidian. În acest context, menționăm că educația pentru sănătate este veriga principală care ar trebui să fie implementată pentru a avea rezultate bune, pe termen scurt și termen lung, privind îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Acest lucru este firesc, deoarece rolul factorului comportamental constă în prevenirea bolilor, în adresarea timpurie la asistența medicală. În această ordine de idei, aducem sloganul clasic al sistemului de profilaxie: „Cetățeanul informat este persoana care se poate proteja”.

Actualul articol își propune drept scop evaluarea retrospectivă a principiilor de educație pentru sănătate în Republica Moldova, în plan istoric, și a situației actuale în domeniul instruirii igienice ca una din formele educației pentru sănătate.

Materiale și metode

Am desfășurat un studiu de tip descriptiv, longitudinal al datelor statisticii oficiale cu referire la starea de sănătate a populației, corelată cu activitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate în R. Moldova. Au fost analizate rezultatele activității în domeniul instruirii igienice a contingentului decretat din raionul Ungheni, în conformitate cu prevederile legislației naționale în domeniu.

Rezultate și discuții

Este de menționat faptul că activitățile de promovare a sănătății și de educație pentru sănătate în Republica Moldova s-au reanimat. În locurile publice, transport, lifturi sunt plasate postere cu informații cum să ne protejăm și fortificăm sănătatea. De pe micile ecrane și bannerele de pe marginea străzilor, vedetele naționale ne îndeamnă să ne adresăm la medic, dacă tușim mai mult de trei săptămâni, să consumăm minin doi litri de apă pe zi, să mâncăm cel puțin cinci fructe și legume pe zi, să mergem cel puțin 30 de minute pe jos etc. Acest fapt este îmbucurător, însă insuficient.

Astăzi, atitudinea personală a fiecărui cetățean față de perioada sovietică din istoricul țării noastre

poate fi absolut diferită, însă trebuie să recunoaștem că istoria modernă a sistemului sanitar din RM coincide anume cu această perioadă și că au fost atinse unele succese în organizarea și funcționarea sistemului de sănătate, în tratarea bolilor infecțioase și neinfecțioase, precum și în fortificarea sănătății populației. Am uitat de trahom, malarie, tifos exantimatic, intoxicații în masă cu pesticide etc. Cu toate că sistemul sanitar nu despunea de actualele metode și tehnologii performante de tratament și diagnostic, numărul de operații în chirurgia de urgență efectuate noaptea din cauza complicațiilor cancerului în fazele clinice III și IV (hemoragii din tumoare, ocluziune intestinală etc.) erau mai rare, acum însă au devenit de rutină. Și mai mult: atât de mult am progresat în protecția drepturilor personale, încât actualmente nu cunoaștem numărul real de persoane infectate cu HIV/SIDA. Atât de „rea” era situația cu dispensarizarea totală a populației, că majoritatea a conștientizat acest lucru doar atunci când a fost lăsată practic „în voia soartei” și când nu au posibilitatea ani de-a rândul să facă un control medical profilactic.

Bazele teoretico-științifice ale medicinei preventive elaborate în fosta URSS (Семашко Н.А., Соловьев З.П., Лисицын Ю. П., Щепин О.П., Казначеев В.П., Оганов Р.Г.) și în RSSM (N. Testemițanu, VI. Kant, I. Priscari, E. Popușoi etc.) au fost puncte de reper pentru activitatea practică a medicinei clinice și organizării sistemului de sănătate. Însă realizarea lor depindea nu doar de gradul de dezvoltare a medicinei preventive și a sănătății publice ca științe, ci în primul rând de nivelul de dezvoltare socioeconomică a țării, de politica statului în domeniul sănătății, de resursele materiale și financiare disponibile și, nu în ultimul rând, de potențialul resurselor umane.

Impactul decisiv al mediului și al stilului de viață în debutul și evoluția bolilor este confirmat în numeroase studii efectuate și de către savanții din republica noastră. Cercetările efectuate în ultimii ani (Studiul demografic, STEPS etc.) atestă faptul că majoritatea moldovenilor sunt puțin axați și motivați spre formarea unui mod sănătos de viață, spre conservarea și promovarea sănătății la nivel individual și de colectiv.

Pe parcursul a multor ani, în republică sistemul de sănătate asigură asistența medicală gratuită și accesibilă pentru toți, iar aceasta era orientată în primul rând spre acordarea îngrijirilor curative, dar nu a celor profilactice [2].

Este cunoscut că profilaxia în sens larg presupune un complex de măsuri social-economice, publice și medicale, îndreptate spre păstrarea și fortificarea stării de sănătate a populației. Aspectele medicale ale prevenției sau profilaxia medicală are fundamentele sale teoretice, metodice și organizaționale, care se raportează atât activității persoanelor medicale,

cât și autorităților sistemului de sănătate [2]. Aceste aspecte însă nu sunt pe deplin elucidate și științific argumentate pentru condițiile de reformă profundă a societății, de care are parte RM de la declararea independenței și până în prezent. Este necesar de a menționa și schimbarea profilului patologiei umane, și anume dominarea majoră a bolilor netransmisibile, care de asemenea creează o arie de acțiune care diferă mult de experiența obținută pe timpul sovietic, cu dominarea patologiei infecțioase.

În prezent s-a diminuat real accesul unor pătri de populație la asistența medicală profilactică și posibilitatea de depistare timpurie a maladiilor cronice. În actualul sistem de asigurări medicale obligatorii, rolul și importanța activității profilactice a instituțiilor medico-sanitare publice sunt devalorizate într-o anumită măsură.

Pe fundal de schimbare a tiparelor tradiționale de comportament, a culturii generale și a celei sanitare, de redimensionare a atitudinii față de multe noțiuni de morală, de diminuare a valorii vieții omenești și a sănătății, are loc intensificarea tendințelor negative în răspândirea factorilor modului de viață nesanogen (alcoolismul, narcomania, toxicomania, tabagismul, stresul prelungit, alimentația neechilibrată, hipodinamia etc.).

Cele menționate argumentează necesitatea stringentă de educație pentru sănătate a populației și necesitatea dezvoltării unui sistem viabil și eficient de promovare a sănătății. În această ordine de idei, este incontestabilă experiența OMS în cadrul Programului de profilaxie integrată a bolilor neinfecțioase (CINDI) și Programului *Euro health*, precum și experiența sistemelor naționale pe probleme de profilaxie a țărilor economic avansate (Finlanda, Olanda, Franța, SUA etc.). În același timp, problema bolilor neinfecțioase nu este rezolvată definitiv, nivelul unora dintre ele se menține la cifre ridicate, iar altele au înregistrat în ultimii ani ascensiuni considerabile, devenind riscuri noi și emergente [1, 2].

Este de menționat reorientarea sistemului național de sănătate spre prevenție și responsabilizarea tuturor ministerelor și departamentelor pentru sănătatea populației, care a avut loc prin adoptarea următoarelor documente de politici publice: Politica Națională de Sănătate; Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate; Programul național de control al bolilor netransmisibile; Programul național de promovare a sănătății, alte programe naționale [2].

Este importantă adoptarea Hotărârii MS al RM nr. 2 din 01.08.2014 *Cu privire la instruirea igienică a angajaților*, document care determină rolul și locul CSP în efectuarea activităților de educație pentru sănătate și care a indus o nouă semnificație și extindere instruirii contingentelor decretate după programul minim de cunoștințe igienice și epidemiologice.

În acest context, a fost unificată și standardizată activitatea CSP teritoriale în problema vizată. Astfel, CSP din teritoriile administrative au elaborat ordinul *Cu privire la implementarea Regulamentului privind instruirea igienică a angajaților*, cu elaborarea și aprobarea programelor de instruire pentru diverse contingente pasibile de instruire, procesul-verbal de susținere a examenului de minimum sanitar și modelul-tip al certificatului de instruire igienică.

Este de menționat instruirea prin metode interactive de predare/învățare, de care au avut parte și medicii – lectori din cadrul instituției, responsabili pentru dezvoltarea metodică a cursurilor și desfășurarea lor, ceea ce este considerată o plusvaloare la experiența lor profesională și care, în cele din urmă, a facilitat buna înțelegere a materialului predat de către auditoriul-țintă. De asemenea, CSP au fost dotate cu tehnică de calcul, proiectare, surse informaționale, materiale instructiv-referative etc., pentru dezvoltarea cursurilor și îmbunătățirea expunerii explicite a materialelor.

În acest sens este importantă experiența CSP al raionului Ungheni în activitatea de instruire igienică. A fost efectuat un lucru enorm în vederea cuprinderii contingentelor de angajați pasibili instruirii, prin îmbunătățirea conunicării și conlucrării cu autoritățile publice locale, cu managerii instituțiilor preșcolare și preuniversitare, cu conducătorii și patronii unităților economice, prin trimiterea unor mesaje concrete, cu stabilirea termenelor.

Au fost elaborate programele de instruire și toate materialele didactice aferente pentru 16 ramuri ale economiei naționale prezente în raion, care prevăd teme de instruire pe factorii de risc specifici ramurii, cu expunerea măsurilor profilactice în mod clar, explicit, frecvent cu demonstrarea studiilor de caz. S-a pus accent pe cunoștințele elementare de igienă și prevenție pentru fortificarea sănătății la nivel de individ, comunitate și teritoriu.

Concluzii

1. Considerăm importantă adoptarea documentelor de politici privind orientarea profilactică a sistemului național de sănătate. În același timp, activitățile de prevenție la nivel de asistență medicală primară sunt insuficiente, cu toate că unul dintre obiectivele implementării medicinei de familie a fost tocmai intensificarea activităților profilactice și promovarea sănătății omului sănătos.

2. Este inadmisibilă practica de neefectuare a examenelor medicale profilactice pentru populație, cu realizarea investigațiilor clinice și paraclinice necesare, potrivit vârstei, prevăzute de *Programul Unic al asistenței medicale* acordate conform poliției de asigurare (care de facto este un prototip al dispansezării generale a populației în ex-URSS), și instruirea populației în acest sens.

3. Considerăm de o importanță crucială pentru promovarea și fortificarea sănătății populației RM acordarea cu MS a textelor de publicitate pe probleme de educație pentru sănătate, care ar trebui să conțină elemente de profilaxie primară, dar nu secundară sau chiar terțiară.

4. CNAM-ul trebuie să aloce surse financiare CSP din fondul de profilaxie CSP, care prezintă cea mai mare autoritate în măsurile de profilaxie la nivel populațional, au cunoștințe și experiență incontestabilă în domeniu.

5. Considerăm instruirea igienică o activitate foarte importantă a Serviciului SSSP, care trebuie continuată și optimizată, însă, ca igienisti cu premoniuni de perspectivă, considerăm că locul specialiștilor din promovarea sănătății și a igienistilor este în instituțiile preșcolare și preuniversitare, pentru ca împreună cu cadrele didactice să se amplifice eforturile în educarea pentru sănătate a tinerilor generații, pentru consolidarea secvenței "sănătate" în cultura lor generală.

Bibliografie

1. CNSP. *Supravegherea de Stat a Sănătății Publice în Republica Moldova în a. 2014* (raport anual). Chișinău, 2015, p. 22, 24, 156, 173.
2. Жернакова Е.М. *Методический подход к обоснованию профилактики профессиональных заболеваний на основе комплексной оценки условий труда и среды обитания*. Автореф. диссерт. канд. мед. наук, Омск, 2012, 43 с.
3. *Strategia Națională de Sănătate Publică pentru anii 2014-2020*, p. 4.1. subp. 4.1.9 (Consolidarea infrastructurii și capacităților sectorului de Sănătate în domeniul promovării sănătății).

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII LA LOCUL DE MUNCĂ – O NECESITATE

Brândașă CONSTANTIN, Irina GURZU, Adriana ALBU,
Departamentul de Medicină Preventivă
și Interdisciplinaritate,
Universitatea de Medicină și Farmacie
Gr. T. Popa, Iași, România

Summary

Workplace health promotion – a necessity

Workplace health promotion by its complexity is essential to be done since there are currently large deficiency in these issues. It is necessary to improve the management system regarding prevention measures through interactive communication and information of the employer, employees and other organizations involved in health and safety at workplace.

Keywords: *promotion, health, workplace, occupational medicine*

Резюме**Необходимость укрепления здоровья на рабочем месте**

Несмотря на всю свою сложность, пропаганда здорового образа жизни на рабочем месте абсолютно необходимо, потому что остается много неосвещенных вопросов. Необходимо совершенствовать систему профилактических мер посредством интерактивного общения и информирования работодателя, работников и других заинтересованных организаций, занимающихся вопросами здравоохранения и безопасности на рабочем месте.

Ключевые слова: пропаганда, здоровье, занятость, медицина труда

Introducere

Autorii au abordat în această lucrare problematica și complexitatea activității de promovare a sănătății angajaților, existente până în prezent. Necesitatea studiului derivă din orientarea actuală a specialiștilor preponderent spre tratamentul bolii profesionale și evaluarea incompletă a stării de sănătate, ceea ce este în detrimentul prevenției și promovării sănătății lucrătorilor.

Material și metode

Am ales o manieră didactică de prezentare, folosind ca material de studiu datele bibliografice recente referitoare la tematica abordată. Acestea au fost coroborate cu informațiile rezultate din practica de medicina muncii (locuri de muncă și caracteristicile acestora, riscuri și noxe profesionale, boli profesionale, boli legate de profesie, precum și instructajele periodice privind educația pentru sănătate a lucrătorilor).

Rezultate și discuții

Dorim o reactualizare a acestei activități, subliniind încă o dată necesitatea promovării unei stări bune de sănătate la locul de muncă. Dacă munca se desfășoară în condiții sanogene, se întreține o stare de sănătate perfectă, și invers, dacă activitatea profesională se desfășoară în condiții de muncă nefavorabile, atunci starea de sănătate se deteriorează și apar bolile profesionale, accidentele de muncă sau se agravează bolile legate de profesie. Specialitatea care se ocupă de om și de muncă este *medicina muncii*. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și Organizația Internațională a Muncii (ILO) definesc medicina muncii ca fiind specialitatea medicală care se ocupă cu promovarea și menținerea celui mai înalt grad de bună stare fizică, mentală și neurosenzorială a lucrătorilor. Așadar, previne orice atentat la starea de sănătate a lucrătorilor, ca urmare este o specialitate preventivă [1].

În Republica Moldova, prevenția a fost foarte deficitară sau inexistentă, rezultatul fiind o mor-

biditate foarte crescută prin boli profesionale și accidente de muncă. Dintre obiectivele medicinei muncii amintim două, foarte importante – prevenția și promovarea sănătății, alături de securitatea la locul de muncă.

Prevenția este activitatea medicală care presupune din partea medicului de medicina muncii să selecteze grupurile-țintă expuse la factorii de risc, să recunoască și să cunoască agenții profesionali, precum și date despre igiena industrială, în scopul evitării impactului riscului asupra stării de sănătate a lucrătorilor [1, 2]. Pentru a fi îndeplinite cele menționate, trebuie să existe o comunicare, o informare atât a lucrătorilor, cât și a angajatorilor, rol care îi revine activității de promovare a stării de sănătate la locul de muncă. Această promovare reprezintă efortul comun al angajatorilor, al angajaților, dar și al societății de a îmbunătăți sănătatea și confortul la locul de muncă. Medicul de medicina muncii, pilonul principal în promovarea sănătății la locul de muncă, va comunica cu toți cei angajați, în etape [2, 3].

În discuțiile cu angajatorul și cu legiuitorul referitor la sănătatea și securitatea în muncă, specialistul de medicina muncii va insista pentru perfecționarea sistemului managerial de prevenție prin argumentarea unor criterii care țin de politica muncii:

a) îmbunătățirea modului de organizare a activității prin programe de lucru flexibile; oferirea de posturi de muncă persoanelor aflate în dispensarizare, persoanelor vârstnice active; utilaje tehnologice performante; gestionarea riscurilor prin dezvoltarea valențelor de prevenire;

b) o bună strategie de comunicare angajator – angajat prin control operațional și comunicare interactivă cu angajatorii; angajatorii, după caz vor adopta măsuri de prevenire ergonomice; extinderea pauzelor la persoanele care prestează activitate ce presupune efort fizic de intensitate crescută; posibilitatea rotației angajaților în anumite locuri de muncă; asigurarea unei alimentații de protecție; amenajarea unei cantine; promovarea dezvoltării personale prin cursuri privind riscurile existente și posibilitățile de prevenire, cursuri de prim ajutor [2, 4].

Specialistul de medicina muncii va promova o stare bună de sănătate pentru angajați prin întâlniri periodice, care vor consta din discuții cu fiecare angajator în parte. Acestea presupun cunoașterea stilului de viață a angajatului, comunicându-i că alegerea acestui stil îi aparține și că o viață sănătoasă este în interesul său.

La întâlnirile periodice va fi promovat criteriul unui program de viață sănătos, care constă în alimentație echilibrată, renunțare la alcool și tutun; angajații trebuie să păstreze un echilibru între viața profesională și cea privată. Pentru promovarea sănătății angajaților se organizează cursuri referitoare la ce pot face aceștia pentru sănătatea lor, cum ar fi,

de exemplu, *Posibilități de autoprevenire a bolii*, cere are loc prin examinarea periodică a stării de sănătate, prin monitorizarea tensiunii arteriale, colesterolului, glicemiei și prin alte investigații specifice patologiei, dacă aceasta există la anumiți angajați; practicarea unor sporturi, cunoscut fiind faptul că exercițiile fizice reduc riscul de afecțiuni cardiace; mersul pe jos pe distanțe scurte; urcarea scărilor fără a folosi ascensorul; luarea în considerare a posibilității de a folosi bicicleta pentru a merge la serviciu.

O altă metodă de promovare a sănătății angajaților constă în aplicarea unor chestionare care să evalueze perceperea de către angajați a existenței sau a lipsei factorilor de risc, perceperea noțiunilor de *boală profesională* și *accident de muncă*. Sunt utile informațiile referitoare la cunoașterea sau lipsa cunoașterii de către angajați a normelor de sănătate și securitate în muncă [4, 5].

Pentru stabilirea corectă a disponibilităților fizice, mentale și neur-senzoriale în concordanță cu cerințele și exigențele locului de muncă, precum și pentru recunoașterea patologiei profesionale, Medicina Muncii construiește colaborări și interferențe pluri- și interdisciplinare. Medicii din alte specialități medicale nu au noțiuni absolute necesare de medicina muncii și se produc erori de diagnostic: o colică saturnină poate ajunge la chirurg cu diagnosticul de ocluzie intestinală; otolaringologul poate diagnostica o surditate considerată ca boală profesională; la ortoped poate ajunge o miosinovită apărută în context ocupațional. Dermatologul, hematologul, alergologul, specialistul în boli infecțioase întâlnesc și ei cazuri de boli profesionale (dermatită de contact, hemopatie benzenică, rinită alergică profesională, cancer pulmonar profesional postexpunere la uraniu). Acestea sunt numai câteva exemple de angajați cu suferințe de etiologie profesională ce revin la același loc de muncă, iar patologia acestora se agravează [1]. În activitatea sa, specialistul de medicina muncii trebuie să ia în considerare categoria angajaților vârstnici activi, deoarece aceștia prezintă anumite particularități specifice vârstei. Promovarea acestor angajați contribuie la adaptarea muncii la starea de sănătate și adaptarea aptitudinilor acestora la o muncă care să se desfășoare în condiții optime, asigurând o stare de bine.

Este foarte important ca medicul de medicina muncii să evalueze corect starea de sănătate, posibilitățile angajatului vârstnic de a susține un efort profesional. De asemenea, medicul de medicina muncii trebuie să stabilească relația între vârsta cronologică a angajatului și performanța profesională a acestuia și să elaboreze un program de recuperare. Pentru promovarea sănătății și a securității în muncă a angajatului vârstnic, importantă este comunicarea cu acesta. Angajatul va fi informat, după caz, dacă este necesar transferul în ateliere sau locuri de muncă

special create pentru acesta. Se va efectua consilierea lucrătorului vârstnic la care apare sentimentul de inutilitate, de „abandonat al societății”, „defavorizat”. I se vor explica posibilitățile de promovare după modelul de bază european: ameliorarea și adaptarea condițiilor de muncă prin prisma unui management corespunzător al muncii [1, 2, 7].

Conform comunicării Comisiei către Parlamentul European, s-a definit un cadru strategic al Uniunii Europene privind sănătatea și securitatea în muncă. Precizăm că menținerea unei bune stări de sănătate a lucrătorilor are un impact direct și măsurabil asupra productivității muncii. Se impune un program managerial strategic privind sănătatea și securitatea la locul de lucru până în 2020 la nivel de fiecare întreprindere [4, 7, 8]. Succesul oricărei politici în materie de promovare a sănătății depinde în mare măsură de eficacitatea canalelor de comunicare a informației între factorii de decizie și lucrători. Educația pentru sănătate este una din metodele de lucru de maximă eficiență, atât pentru angajați, cât și pentru angajatori. Principiile educației pentru sănătatea în muncă respectă principiile pentru promovarea sănătății. Rezultatul va fi diminuarea impactului noxelor profesionale asupra stării de sănătate a angajaților, regim de muncă corespunzător, condiții adecvate în timpul pauzelor, asigurarea cu echipament de protecție a muncii și efectuarea corectă a instructajului de protecție a muncii [9].

Concluzii

Actualmente, este necesară o reorganizare și o recunoaștere a necesității promovării sănătății în muncă. Angajatorii trebuie conștientizați că sănătatea angajatului reprezintă creșterea productivității. De asemenea, este nevoie de susținerea activității de promovare a sănătății la locul de muncă pe întreg parcursul vieții profesionale a lucrătorilor.

Bibliografie

1. Constantin B. *Medicina muncii în practica specialităților medicale*. În: Ghid pentru practica medicului de familie, vol. III, sub red. Florina Filip Ciubotaru, Iași: Ed. Junimea, 2013, p. 299-360.
2. *Promovarea Sănătății la Locul de Muncă*. Modul IV. WHP-Training, București: Editura Fundația Romtens, 1996.
3. Hotărârea Guvernului nr. 1425/2006 pentru aprobarea *Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006*.
4. Kreis J., Bödeker W. *Indicators for work-related health monitoring in Europe*. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Band 33, Bremerhafen, 2004.
5. *Legea privind statutul profesional specific al medicului de medicină a muncii*, nr. 418/2004.
6. Mareș Ș., Vlad C. *Integrarea prevenirii riscurilor în sistemul de management al întreprinderii*. În: Revista Obiectiv, 2009, p. 16-18.
7. *Legea securității și sănătății în muncă*, nr. 319/2006.

8. Comunicare a Comisiei către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul economic și social european și Comitetul regiunilor referitoare la un cadru strategic al UE privind sănătatea și siguranța la locul de muncă 2014-2020. Bruxelles, 6.6.2014, COM (2014) 332.
9. Proiectul Promovarea Sănătății la Locul de Muncă în Regiunea Centru, contract nr. POSDRU/39/3.2/G/22802 (<http://cpslm.ro/description.html>)

REVISTA CRONICA SĂNĂTĂȚII PUBLICE –
INSTRUMENT IMINENT ÎN PROMOVAREA
CUNOȘTINȚELOR DESPRE SĂNĂTATE
ȘI PREVENIRE A MALADIILOR

Ion NISTOR, Iurie PÎNZARU, redactor-șef,
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Magazine «Cronica Sănătății Publice» – an indispensable tool for effective promoting of knowledge about health and disease prevention

The article highlights the significance of promotion and protection of human health throughout life, which is one of the main objectives of the international community included in the WHO strategy of “Health for All in the XXI century”. Republic of Moldova has pledged itself to create conditions and maximize the health potential of every citizen in order to achieve adequate standards of a quality life, as well as the justification of the medical service orientation treatment policies to promote health and disease prevention. The Concept on reforming of State Sanitary and Epidemiological Service in the State Public Health Surveillance Service, were formulated mechanisms and solutions for solving problems from public health field and identified priority research, monitoring and assessment of health determinants, including education and promotion of healthy lifestyles.

Newsletter «Cronica Mediciniei Preventive», was founded on the initiative of Iurie Pinzaru, director of Municipality Preventive Medicine Center from Chisinau (in present – Public Health Center), supported by experts of the State Scientific-Practical Center of Preventive Medicine (in present – National Center of Public Health, NCPH) and the State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”, which was provided as a form of health promotion. Based on the order of the Ministry of Health from 2011, Newsletter «Cronica Mediciniei Preventive», began to be published in the journal of State Public Health Surveillance Service “Cronica Sănătății Publice”. The electronic version can be accessed online on the web site of NCPH (<http://cnspl.md/cronica-sanatatii-publice/>). In 37 published issues of the magazine were published various articles on prevention of infectious and communicable diseases, about the risk of smoking and alcohol consumption, healthy diet, sedentary lifestyle, obesity and others public health topics.

Currently, the magazine requires support from the heads of public health facilities.

Keywords: magazine, tool for promoting, health, disease prevention

Резюме

Журнал «Cronica Sănătății Publice» – важный инструмент продвижения знаний о здоровье и предотвращении болезней

В статье подчеркиваются, как важные, продвижение и охрана здоровья населения на протяжении всей жизни, являющиеся одной из главных задач мирового сообщества, включенных в стратегию ВОЗ «Здоровье для всех в XXI веке». Республика Молдова обязалась создать условия и максимально реализовать потенциал здоровья каждого гражданина в целях достижения адекватных стандартов качества жизни, а также обосновать ориентации медицинской службы от политики лечения к продвижению здоровья и предупреждению болезней. В Концепции по реформированию госсанэпидслужбы в службу государственного надзора за общественным здоровьем, были сформулированы механизмы и пути решения задач в области общественного здоровья и идентифицированы приоритетными изучение, мониторинг и оценка детерминантов здоровья, включая воспитание и продвижение здорового образа жизни.

Информационный бюллетень «Cronica Mediciniei Preventive», основанный по инициативе Юрия Пынзару, директора Центра Превентивной Медицины (сегодня – Центр Общественного Здоровья) мун. Кишинэу, которого поддержали специалисты учреждения, руководство местной публичной администрации мун. Кишинэу, Государственного Научно-Практического Центра Превентивной Медицины (сегодня – Государственный Центр Общественного Здоровья, ГЦОЗ) и Государственного Медицинского и Фармацевтического Университета «Н. Тестемитану», приводится как одной из форм продвижения здоровья. На основании приказа министерства здравоохранения, с 2011 года Информационный бюллетень «Cronica Mediciniei Preventive» стал издаваться в качестве журнала Службы государственного надзора за общественным здоровьем «Cronica Sănătății Publice», который в электронной версии размещается и на сайте ГЦОЗ (<http://cnspl.md/cronica-sanatatii-publice/>). В 37 изданных номеров журнала опубликованы различные статьи по предупреждению инфекционных и не передающихся заболеваний, о вреде табакокурения и потребления алкоголя, о здоровом питании, малоподвижном образе жизни, ожирении и др.

В настоящее время журналу требуется поддержка со стороны руководителей публичных медико-санитарных учреждений.

Ключевые слова: журнал, инструмент продвижения знаний, здоровье, предотвращение болезней

Promovarea și protejarea sănătății populației pe tot parcursul vieții constituie unul dintre cele mai importante obiective ale comunității mondiale,

stipulat printre *Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului* și în *Strategia Sănătatea pentru toți în secolul XXI* a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS).

Republica Moldova s-a angajat pentru crearea condițiilor și realizarea maximă a potențialului de sănătate al fiecărui om pe parcursul întregii vieți, prin adoptarea Politicii Naționale de Sănătate (HG RM nr. 886 din 6 august 2007), asumându-și astfel scopul atingerii standardelor adecvate de calitate a vieții, dar și fundamentarea reorientării asistenței medicale de la politica de tratament la cea de promovare a sănătății și prevenire a maladiilor. De altfel, și Rezoluția BRE a OMS EUR/RC58/R4 privind guvernarea sistemelor de sănătate încurajează statele-membre să asigure accesul universal la promovarea sănătății și prevenirea maladiilor în calitate de mijloace fundamentale care garantează echitatea în sănătate, inclusiv să promoveze colaborarea intersectorială în abordarea determinantelor sociale de sănătate.

Fiind formulate instrumentele, precum și căile de soluționare a problemelor ce țin de sănătatea publică, în Concepția privind reformarea Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat în Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice (SSSSP), adoptată prin HG RM nr. 1424 din 15 decembrie 2008, documentul identifică prioritare documentarea, monitorizarea și evaluarea determinantelor de sănătate, printre care se evidențiază: calitatea apei potabile, alimentația populației, factorii mediului ocupațional, educația, instruirea și promovarea modului sănătos de viață etc.

În acest context, printre competențele și funcțiile specificate ale SSSSP sunt de bază și domeniile de activitate în promovarea sănătății, informarea și educația pentru sănătate; promovarea și protecția sănătății mamei și copilului; promovarea și protecția sănătății persoanelor de vârstă înaintată, precum și mecanismele: promovarea sănătății și educația pentru sănătate; elaborarea și implementarea unui sistem relevant de educație pentru sănătate, axat pe diferite grupuri-țintă, și crearea condițiilor adecvate pentru promovare, inclusiv sporirea accesului populației la informație – condiție importantă în promovarea sănătății și prevenirea maladiilor.

În Republica Moldova, în ultimii opt ani, utilizarea diverselor forme și metode de promovare a sănătății, planificarea și realizarea măsurilor în acest domeniu în instituțiile medico-sanitare publice au fost efectuate conform Programului Național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015, aprobat prin HG RM nr. 658 din 12.06.2007, precum și a ordinului MS RM nr. 400 din 23.07.2008.

În acest context se încadrează și transpunerea în viață a ideii fondării, prin anii 2007-2008, a unui Buletin informațional al Serviciului Sanitaro-Epide-

miologic din municipiul Chișinău, angajat în popularizarea cunoștințelor medico-sanitare și promovarea sănătății – *Cronica Medicinii Preventive*, inspirată de directivele OMS, HG RM nr. 658 din 12.06.2007, și Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice nr. 10-XVI din 03.02.2009, și concepută în cadrul Centrului de Medicină Preventivă (CMP) – actualul Centru de Sănătate Publică (CSP) din mun. Chișinău – la insistența directorului, medicului-șef sanitar de stat Iurie Pînzaru.

Editarea buletinului a fost susținută de la început de autoritățile administrației publice locale, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, USMF *Nicolae Testemițanu* și îndeosebi de specialiștii CMP, care erau antrenați nemijlocit în elaborarea și prezentarea articolelor de actualitate, dar și IMSP municipale, raionale și republicane, cu care au fost stabilite relații constructive de colaborare, prin interesarea și atragerea autorilor articolelor din cadrul lor cu tematică corespunzătoare promovării sănătății.

Ulterior, în cadrul reformelor SSSSP conform Legii nr. 10-XVI și în contextul economico-financiar, oportunității suportului organizator-metodic și logistic, în anul 2011, prin ordinul MS RM, Buletinul *Cronica Medicinii Preventive* a fost transformat în revistă a SSSSP din Republica Moldova, denumită *Cronica Sănătății Publice*. În calitate de cofondator devine astfel și Centrul Național de Sănătate Publică (CNSP), care, de rând cu CSP din mun. Chișinău, asigurau planificarea, elaborarea și redactarea materialelor și articolelor, acoperirea cheltuielilor de editare etc.

Însă, în pofida prevederilor ordinului MS RM care nu a fost modificat, obligațiunile și atribuțiile de fondator al Revistei *Cronica Sănătății Publice* de facto, în ultimii ani, și le onorează doar CNSP, iar numărul edițiilor anuale este în declin – de la 6 numere, editate anual sau în total 30 numere în anii 2009 - 2013, până la 7 numere în anii 2014–2015 (respectiv 4 și 3 anual). În continuare, ținând cont de situația economico-financiară actuală precară, rămâne a fi incertă elaborarea și editarea următoarelor ediții ale revistei în anul 2016 și în următorii ani.

Este regretabil faptul că, din varia cauze, până în prezent Revista *Cronica Sănătății Publice* nu a fost înregistrată la Ministerul Justiției, nu poate fi abonată de cititori, în pofida faptului că mulți doresc să facă acest lucru, este distribuită doar instituțiilor medico-sanitare publice prin intermediul centrelor de sănătate publică teritoriale.

Totuși, plasarea integrală a fiecărui număr editat al revistei din anul 2013, în format electronic, pe site-ul Centrului Național de Sănătate Publică (<http://cnspl.md/cronica-sanatatii-publice/>) este un pas înainte întru asigurarea unui acces mai mare al

populației la materialele de promovare a sănătății și educație sanitară, publicate în revistă.

Însă, pentru ca să fie cunoscută apariția revistei de către cititori, ar fi bine-venită organizarea și desfășurarea unor campanii de publicitate despre publicație în ansamblu și editarea fiecărui număr în parte.

Pe paginile a celor 37 de numere editate până în prezent ale Revistei *Cronica Sănătății Publice*, au fost înserate multiple articole tematice privind diversele aspecte ale sănătății publice, igienei, epidemiologiei și supravegherii bolilor transmisibile; controlul bolilor netransmisibile, cu elucidarea cauzelor și măsurilor de prevenire a maladiilor de actualitate, inclusiv privind profilaxia specifică prin administrarea vaccinurilor etc. De asemenea, a fost reflectată și desfășurarea multor evenimente, precum ateliere de lucru, conferințe, congrese organizate de SSSSR, inclusiv desfășurarea manifestărilor dispuse de OMS: zile mondiale, lunare și săptămâni de prevenire și combatere a diferitor maladii contagioase și netransmisibile; de promovare a alăptării etc.

Revista a devenit și un mijloc de comunicare cu cititorii, cărora le-au fost oferite sfaturi sănătoase și răspunsuri la întrebări pe diversă tematică.

De rând cu multiple articole pe diversă tematică de promovare a sănătății, printre ele se răgăsesc și cele cu tangență la dauna fumatului sau a consumului excesiv de alcool. Materiale la această tematică au fost publicate în număr de cca 20, dintre ele vom menționa: *Privind derularea campaniei naționale Antifumat 2013* (nr. 1(25), ianuarie 2013); *Fumatul în școli: cât vom tolera problema?* (nr. 1 (31), martie 2014); *Încă o dată despre patima alcoolului* (nr. 3(33), septembrie 2014); *Consumul de alcool, ca risc major în traficul rutier* (nr. 4(34), decembrie 2014); *Tinerii își doresc un aer curat, fără fum de țigară*; articole de Ziua Mondială Fără Tutun – 31 mai 2014 (nr. 2(32), iunie 2014) – și Ziua Națională Fără Fumat (nr. 4 (34), decembrie 2014).

Din considerentul că Revista *Cronica Sănătății Publice* poate servi și în continuare drept un iminent instrument al Serviciului de Supraveghere de Stat al Sănătății Publice în promovarea sănătății și cunoștințelor despre sănătate, în educația sanitară și prevenirea maladiilor, ar trebui ca autoritățile medicale din republică să susțină mai palpabil Colegiul de redacție, pentru a fi asigurată elaborarea număr după număr, și desigur cu finanțarea respectivă, pentru editarea la timp a revistei.

Plasarea pe site-ul instituțiilor medicale republicane, municipale și raionale a variantei electronice a fiecărui număr editat al revistei de asemenea ar contribui la accesul mai multor cititori interesați de informația privind modul sănătos de viață și prevenirea maladiilor.

EVALUAREA CADRULUI DE POLITICI ÎN DOMENIUL PROMOVĂRII SĂNĂTĂȚII

*Natalia SILITRARI, Ion ȘALARU,
Aliona SERBULENCO,*
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Evaluation of the health promotion policy

Healthy lifestyle has not yet become the norm for most of the Moldovan population. The health risk factors, such as: tobacco smoking, harmful alcohol consumption, physical inactivity, unhealthy diet, and health determinants such as poor living conditions, air and water pollution, poor hygiene and low income - determines the profile and the unfavorable development major chronic diseases representing a major challenge of public health issue and a barrier to the welfare and sustainable development of the country. WHO recommends implementing the actions and initiatives relevant to the comprehensive approach to health promotion and diseases prevention.

Moldova has developed a clear policy on health promotion, prevention and control of diseases sufficient to improve health and reduce inequities by applying approaches "health in all policies" and "whole of society". To this end they were analyzed and summarized documents in public health policies to demonstrate their effectiveness and adherence to strengthening national capacity in health promotion and disease prevention.

Keywords: *health promotion and communication, disease prevention, healthy lifestyles, risk factors, health determinants*

Резюме

Оценка политики укрепления здоровья

Здоровый образ жизни пока еще не стал общепринятой нормой для большинства населения Республики Молдова, что определяет профиль и неблагоприятную эволюцию основных факторов риска для хронических заболеваний, такие как курение, чрезмерное потребление алкоголя, отсутствие физической активности, нездоровое питание, и детерминанты здоровья, такие как нездоровые условия проживания, загрязнение воздуха и воды, плохая гигиена, низкие доходы. Этот факт представляет серьезный вызов общественному здравоохранению и является барьером на пути благополучия и устойчивого развития страны. ВОЗ рекомендует странам осуществление мер и инициатив, имеющих отношение к комплексному подходу к укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

Молдова разработала четкую политику по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, что приведет к улучшению состояния здоровья и уменьшению неравенств путем применения подходов «здоровье во всех направлениях политики» и «всего общества».

С этой целью были проанализированы и обобщены документы в области общественного здравоохранения, чтобы продемонстрировать свою эффективность и приверженность укреплению национального потенциала в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

Ключевые слова: пропаганда здорового образа жизни, укрепление здоровья, профилактика заболеваний, детерминанты здоровья

Introducere

Sănătatea și bunăstarea sunt scopuri umane universale, considerate la ora actuală ca fiind drepturi umane vitale, componente majore ale dezvoltării echitabile umane, economice și sociale și totodată o resursă pentru viața de zi cu zi.

Traversăm o perioadă în care ne confruntăm cu majorarea costurilor la serviciile medicale și creșterea impactului bolilor asupra populației. Deși sloganul „Este mai ieftin să previi decât să tratezi” poate părea demodat, el este astăzi mai adevărat decât oricând. Dincolo de definiția clasică conform căreia promovarea sănătății este procesul prin care indivizii sunt ajutați să-și crească gradul de control asupra propriei sănătăți, pentru a și-o menține sau a o îmbunătăți, este vorba nu doar de o știință, ci și de arta de a cultiva sănătatea individului și a comunității prin facilitarea conștientizării, motivării și formării abilităților necesare ce permit adoptarea, schimbarea și menținerea unui stil de viață, a unor practici favorabile sănătății.

Promovarea sănătății este o abordare complexă, axată pe populație, care vizează îmbunătățirea și menținerea sănătății și se realizează prin educația populației, marketing social al ideilor, promovarea autoimplicării și sprijinului reciproc, mobilizarea comunității și promovarea politicilor de sănătate publică.

Acum, societatea caută răspunsuri eficiente la criza financiară, politică, umanitară și de mediu, la resursele insuficiente pentru sănătate, la nivelul înalt al morbidității și mortalității, îndeosebi al bolilor cronice netransmisibile, consumul excesiv de alcool și epidemia fumatului la tineri și adolescenții, care capătă o actualitate deosebită. Accesul la informații și servicii ce țin de informare, comunicare, consiliere sunt esențiale pentru a rezolva aceste probleme [1].

Republica Moldova, ca și majoritatea țărilor din regiune, se confruntă cu diferite provocări: creșterea poverii bolilor netransmisibile (BNT), prevalența înaltă a comportamentelor nesănătoase, agravarea presiunilor economice și creșterea costurilor serviciilor de sănătate, ceea ce sporește riscul excluziunii sociale și, deseori, anume cei care au cea mai mare nevoie de asistență medicală sunt cei mai marginalizați. În perspectivă, cheia succesului ar putea

fi schimbarea mentalității factorilor de decizie, a prestatorilor de servicii și membrilor societății, astfel încât serviciile de sănătate să nu mai fie percepute drept simple acțiuni de tratament al maladiilor, ci un mecanism care să plaseze accentul pe promovarea sănătății și educației pentru sănătate

Modul sănătos de viață încă nu a devenit o normă pentru majoritatea populației țării noastre, fapt care determină profilul și evoluția defavorabilă a determinantelor majore ale bolilor cronice – fumat, consum excesiv de alcool, inactivitate fizică, alimentație nesănătoasă, igienă deficitară etc.

Politicile, strategiile și legislația ce țin de promovarea sănătății se bazează pe roluri și responsabilități clare ale statului și instituțiilor în domeniul promovării sănătății, precum și pe colaborarea dintre instituțiile sistemului sănătății, autoritățile administrației publice locale și alte instituții relevante sănătății.

Materiale și metode

Au fost analizate și sintetizate strategiile, declarațiile și recomandările Organizației Mondiale a Sănătății adoptate la nivel internațional și regional, documentele de politici publice în domeniul promovării sănătății aprobate în Republica Moldova.

Evaluarea cadrului de politici în promovarea sănătății

Principiile de bază și acțiunile prioritare ale promovării sănătății și educației pentru sănătate au fost adoptate de guvernele multor țări în mod repetat, în cadrul diferitelor întruniri internaționale.

La prima Conferința Globală de promovare a sănătății de la Ottawa (Canada) din anul 1986, a fost adoptată *Carta de la Ottawa de promovare a sănătății*, prin care țările-membre ale OMS s-au angajat să-și fortifice eforturile pentru promovarea sănătății prin (1) elaborarea unor politici publice care favorizează sănătatea, (2) crearea unor medii favorabile sănătății, (3) consolidarea acțiunii comunitare, (4) dezvoltarea abilităților individuale și (5) reorientarea serviciilor medicale spre servicii de profilaxie și prevenire [2].

Prioritățile din domeniul promovării sănătății pentru secolul XXI au fost identificate în cadrul celei de-a patra Conferințe Internaționale în Promovarea Sănătății de la Jakarta, în 1997, care pentru prima dată a implicat sectorul privat să participe la susținerea acțiunilor de promovare a sănătății prin (1) creșterea investițiilor pentru îmbunătățirea stării de sănătate, (2) consolidarea și extinderea parteneriatelor pentru sănătate, (3) creșterea capacității comunitare și împuternicirea individului, (4) asigurarea unei infrastructuri pentru promovarea sănătății [3].

În anul 2005, la cea de-a șasea Conferință Globală în Promovarea Sănătății, a fost adoptată

Carta de la Bangkok *Promovarea sănătății într-o lume globalizată*, care a identificat provocările majore în domeniu, acțiunile și angajamentele necesare pentru abordarea comprehensivă a factorilor determinanți ai sănătății într-o lume globalizată și a oferit o nouă direcție privind crearea parteneriatelor durabile cu societatea civilă și cu sectorul privat în realizarea acțiunilor de promovare a sănătății populației [4].

În septembrie 2012, Comitetul Regional pentru Europa al OMS, în cadrul sesiunii a 62-a, a adoptat cadrul nou al politicii europene de sănătate – *Sănătatea 2020*, care încurajează țările să elaboreze strategii naționale intersectoriale cu scopuri și ținte care vizează provocările-cheie ce țin de promovarea sănătății și profilaxia bolilor. Programele de promovare a sănătății bazate pe principiile de implicare și abilitare a tuturor actorilor cointeresați oferă beneficii reale și includ: (1) crearea unor condiții mai bune pentru consolidarea sănătății, (2) îmbunătățirea cunoștințelor medico-sanitare, (3) facilitarea alegerii în favoarea unui stil de viață mai sănătos [5].

Declarația de la Helsinki *Sănătatea în toate politicile*, adoptată la cea de-a 8-a Conferință Globală în Promovarea Sănătății de la Helsinki, 2013, prevede implicarea altor sectoare decât sectorul sănătății pentru a îmbunătăți și promova sănătatea populației, a evita acțiunea factorilor nocivi și a determinantelor sănătății (comportamentul, condițiile de trai, muncă și educație, accesul la produse și servicii etc.) [6].

Strategia în domeniul activității fizice pentru Regiunea Europeană a OMS pentru perioada 2016-2025 este cel mai recent document de politici, aprobat de Comitetul Regional OMS pentru Europa în cadrul celei de-a 65-a Sesiune din septembrie 2015, Vilnius, Lituania. Scopul strategiei este încurajarea țărilor pentru creșterea nivelului de activitate fizică prin: (1) promovarea activității fizice și reducerea comportamentului sedentar; (2) asigurarea accesului la locuri/medii atractive și sigure pentru practicarea activității fizice; (3) asigurarea de șanse egale pentru activitatea fizică, indiferent de sex, vârstă, venit, educație, etnie sau de invaliditate; (4) eliminarea barierelor și facilitarea activității fizice [7].

Aspectele și intervențiile de promovare a modului sănătos de viață și educație pentru sănătate sunt părți componente în majoritatea documentelor de politici naționale în domeniul sănătății publice: prevenirea bolilor transmisibile și netransmisibile, reducerea factorilor de risc, promovarea sănătății tinerilor, a sănătății mintale etc.

Cadrul legislativ și instituțional general pentru realizarea activităților din domeniul de interes în Moldova este stabilit prin: *Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova pentru 2007-2021*; *Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice*, nr. 10-XVI din 3 februarie 2009; *Strategia națională de sănătate publică pentru anii 2014-2020*.

Politica națională de sănătate (PNS) este documentul strategic în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor. Este pus un accent deosebit pe debutul sănătos de viață, pe menținerea și fortificarea sănătății generației tinere, precum și a persoanelor în etate, inclusiv prin fortificarea măsurilor de creare a unei societăți fără tutun, abuz de alcool și droguri. De asemenea, documentul prevede obligațiunile vizând ameliorarea mediului ambiant, asigurarea unei alimentări raționale și sporirea activității fizice a populației. Angajamentul statului, cooperarea intersectorială, echitatea și solidaritatea, finanțarea durabilă, participarea comunității sunt printre principiile promovate de PNS [8].

Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice, nr. 10 din 3 februarie 2009, a fost elaborată în scopul asigurării condițiilor optime pentru realizarea maximă a potențialului de sănătate al fiecărui individ pe parcursul întregii vieți prin efortul organizat al societății, în vederea prevenirii îmbolnăvirilor, protejării și promovării sănătății populației și îmbunătățirii calității vieții. Printre principiile de bază ale acestei legi se enumeră și preocuparea pentru determinantele sociale, de mediu și comportamentale ale stării de sănătate (art. 3). În articolul 5 al aceiași legi sunt enumerate domeniile în supravegherea de stat a sănătății publice, unde atât promovarea sănătății, informarea și educația pentru sănătate, cât și supravegherea, prevenirea și controlul BNT sunt domenii prioritare. Articolele 46, 47, 48 sunt predestinate promovării sănătății, unde sunt stipulate aspecte ce țin de organizarea acțiunilor, de instruire și de difuzare a informației în domeniul promovării sănătății și profilaxiei bolilor. Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice i se atribuie rolul de lider și acesta stabilește modul de organizare a activităților în domeniu [9].

Strategia națională de sănătate publică pentru anii 2014-2020 are drept scop îmbunătățirea sănătății populației, reducerea inechităților în sănătate prin consolidarea Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice pentru realizarea operațiunilor esențiale de sănătate publică și prestarea serviciilor de sănătate publică accesibile și de înaltă calitate la nivel individual, comunitar și populațional.

Obiectivele și direcțiile de acțiune ale acesteia vizează consolidarea capacităților naționale, acțiunilor multisectoriale, stimularea și cooperarea internațională pentru dezvoltarea, implementarea și evaluarea serviciilor de sănătate publică. Implementarea Strategiei presupune dezvoltarea acțiunilor de prevenire și control al bolilor, managementul urgențelor de sănătate, supravegherea factorilor de risc, consolidarea componentei de promovare a sănătății și creșterea nivelului de responsabilitate al cetățenilor pentru propria sănătate. Respectiv, strategia are menirea de a îmbunătăți sănătatea

și a reduce inechitățile pentru toată populația, ce reprezintă un proces continuu pe parcursul vieții, implicând competențele tuturor actorilor-cheie din sănătate, educație, sport, mediu, muncă, industrie, comerț, finanțe și dezvoltare economică, precum și ONG-urile, societatea civilă și sectorul privat, la nivel național și internațional [10].

Reforma sistemului de sănătate în Republica Moldova tinde să accelereze obținerea unor realizări eficiente de profilaxie și prevenire a bolilor prin intensificarea acțiunilor de promovare a sănătății preponderent la nivel de comunitate. În acest context, pentru a obține succese în promovarea sănătății și prevenirii bolilor la toate etapele vieții, sunt necesare acțiuni susținute și durabile intersectoriale, care au la bază principiile „Sănătatea în toate politicile” și „Întreaga societate”, desfășurate coordonat în cadrul unui Program național de promovare a sănătății, care să asigure îmbunătățirea situației în domeniu.

Scopul noului **Program național în promovarea sănătății pentru anii 2016-2020** este de a favoriza adoptarea comportamentelor sănătoase în toate etapele vieții. Obiectivele specifice se axează preponderent pe modificarea atitudinii și îmbunătățirea cunoștințelor în domeniul promovării sănătății la adulți și tineri; consolidarea capacităților specialiștilor din sectorul sănătății și din educație; susținerea și crearea unor medii favorabile promovării modului sănătos de viață în instituțiile de educație, la locul de muncă, în comunitate; promovarea și încurajarea activității fizice zilnice în toate etapele vieții, evitând inechitățile.

Succesul implementării acțiunilor prevăzute în Program va depinde de stabilirea unui parteneriat durabil între sistemul de sănătate și sectoarele ale căror politici au impact asupra sănătății, precum: economie și comerț, agricultură și industrie prelucrătoare, finanțe, educație, sport, transport și dezvoltare regională, protecția mediului și a muncii, la nivel național și internațional.

Concluzii

Povara globală a bolilor netransmisibile, riscul răspândirii rapide a bolilor transmisibile, prevalența înaltă a comportamentelor nesănătoase, inclusiv la tineri – toate acestea constituie o provocare majoră de sănătate publică, care necesită implicare și intervenții imediate.

În Republica Moldova, modul sănătos de viață încă nu a devenit o normă pentru majoritatea populației, fapt care determină profilul și evoluția defavorabilă a determinatelor majore ale bolilor cronice – fumat, consum excesiv de alcool, inactivitate fizică, alimentație nesănătoasă, igienă deficitară etc. De aceea, angajamentul și suportul politic față de promovarea sănătății sunt importante în sistemul de sănătate, influențând menținerea și fortificarea

sănătății populației. Un progres considerabil se poate face prin implementarea intervențiilor de promovare a sănătății, axate pe grupurile-țintă și cele defavorizate.

Documentele de politici publice menționate sunt suficiente pentru a îmbunătăți sănătatea populației și a reduce inechitățile în sănătate prin aplicarea abordărilor „întregul guvern” și „întreaga societate”. Toate aceste documente respecta recomandările OMS privind implementarea principiilor „Sănătate în toate politicile” și „Sănătate pentru toți” în Republica Moldova. Procesul de elaborare a politicilor se bazează pe componentele-cheie ale rezoluțiilor Adunării Mondiale a Sănătății, precum și pe argumentările bazate pe dovezi.

La nivel național s-a dezvoltat deja o politică clară în domeniul promovării sănătății și profilaxiei bolilor. Actualmente, se află în proces de aprobare *Programul național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020*, care reunește acțiuni și intervenții multisectoriale cost-eficiente și un șir de indicatori de evaluare a progresului la nivel național, în conformitate cu recomandările OMS.

Politicile publice sectoriale adoptate în domeniile cu impact asupra sănătății, precum: agricultura, finanțele, educația, transportul, economia, nu pun în valoare sănătatea ca o componentă-cheie și nu asigură un mediu favorabil pentru alegerea și menținerea unui comportament sănătos. Deseori, ele sunt dominate de interesele economice și, respectiv, interesele businessului.

Bibliografie

1. *Promovarea sănătății și educație pentru sănătate*. Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar. București: Public H Press, 2006.
2. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>
3. *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en>
4. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en
5. *Health 2020: the European policy for health and well-being*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>
6. *Health in All Policies: Framework for Country Action*. <http://www.who.int/healthpromotion/frameworkfor-countryaction/en/>
7. EUR/RC65/9 Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/>
8. *Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova pentru 2007-2021*. Hotărârea Guvernului nr. 886 din

06.08.2007. În: Monitorul Oficial, nr. 127-130 din 17.08.2007, art. 931.

9. *Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice*, nr. 10-XVI din 3 februarie 2009. În: Monitorul Oficial, nr. 67 din 03.04.2009, art. nr.183.
10. *Strategia națională de sănătate publică pentru anii 2014-2020*, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1032 din 20.12.2013. În: Monitorul Oficial, nr. 304- 310 din 27.12.2013, art. nr. 1139.

EVOLUȚIA PROMOVĂRII SĂNĂTĂȚII

Aliona TIHON,

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Developments in health promotion

The understanding of health determinants has shaped health promotion policies. Terms and concepts in health promotion have evolved education to health education and health promotion. Health education starts during the XIX-th century and was, done systematically through the publication of books, journals and brochures or through medical conferences. The paper presents a review of the purpose of identifying the historical milestones of health promotion.

Keywords: health determinants, health promotion, health education

Резюме

Эволюция пропаганды здорового образа жизни

Понимание комплексного медицинского детерминизма повлияло на развитие политики по укреплению здоровья. На протяжении всей истории говорили о медико-санитарном просвещении, санитарном воспитании, в настоящее время – о пропаганде здорового образа жизни. Медико-санитарное просвещение было основано в XIX-ом веке, путем публикации книг, информационных брошюр или общественных конференций. Эта статья представляет собой обзор литературы по основным этапам в развитии пропаганды здорового образа жизни.

Ключевые слова: медицинский детерминизм, медико-санитарное просвещение, санитарное воспитание

Introducere

„Sănătatea nu este prețuită până când nu apare boala” (Thomas Fuller)

Evoluția de la educația pentru sănătate la promovarea sănătății a avut un parcurs lung, de secole, fiind strâns legat de realitățile istorice, dar și de apariția și dezvoltarea științelor medicale. Educația pentru sănătate și promovarea sănătății sunt perce-

pute ca fiind similare, cu toate acestea ele reprezintă noțiuni distincte.

Educația pentru sănătate reprezintă furnizarea cunoștințelor către grupuri de indivizi, astfel încât aceștia să-și poată modifica, în mod voluntar, anumite comportamente, de obicei de risc.

Promovarea sănătății este un concept difinit pentru prima dată în anul 1986, de către Organizația Mondială a Sănătății, ca fiind procesul care le permite oamenilor să exercite controlul asupra determinantelor sănătății și să-și îmbunătățească astfel starea de sănătate

Oamenii trebuie informați cu privire la sănătate și modul lor de viață, având ca obiectiv prevenirea îmbolnăvirilor înainte ca procesele de deteriorare a sănătății să înceapă. Promovarea sănătății este necesară atât în mediul urban, cât și în mediul rural prin diferite metode.

Omul este o parte a viului, a naturii și înseamnă viață. După cum e normal să ne intereseze viața, sănătatea mediului înconjurător, așa trebuie să ne intereseze și sănătatea omului. **„Sănătatea** reprezintă starea completă de bine din punct de vedere fizic, mintal și social. Ea nu înseamnă numai absența bolii sau a infirmității” (OMS, 1948). Sănătatea este o calitate a vieții și totodată o măsură a calității vieții (a nivelului de trai socioeconomic și cultural).

Obiectivul acestei cercetări este de a contura cele mai importante momente ale evoluției promovării sănătății, de la formele nesistematizate de educație pentru sănătate până la programele actuale de promovare a sănătății.

Materiale și metode

Am efectuat analiza literaturii medicale, precum și a articolelor din publicații de specialitate.

Rezultate obținute

La începutul secolului al XIX-lea, populația era afectată de boli datorate condițiilor de viață insalubre, hrănilor insuficiente, surselor de apă necorespunzătoare. Lipsa de cunoștințe despre boli, dar și reticența în aplicarea măsurilor de protecție au determinat medicii din acea perioadă să întreprindă diferite acțiuni de educație sanitară. Principala metodă a constat în publicarea unor materiale educative pe diverse teme. Câteva lucrări cu rol de educație sanitară sunt următoarele:

- În anul 1803, Vasile Aaron (1770-1822) scrie prima carte cu mesaje antialcool în versuri *Vorbire în versuri de glume între Leonat, bețivul din Longobarda, și Dorofața, muierea sa.*
- În 1824, Ștefan V. Epescurescu (1777-1850) publică cârticica *Mijloace și leacuri de ocrotirea ciumei.*

- În 1827, N. Kiniacopol publică *Douăsprezece învățături pentru femeele cele îngreunate pentru ceasul nașterii și pentru lehzuzie*.
- În 1843-1845, M. Kogălniceanu publică *Almanahul de învățatură și de petrecere*, care cuprinde articole de igienă inserate pe paginile unui calendar.
- În 1891-1897 apare bilunar revista *Apărătorul sănătății*, sub redacția lui N. Manolescu.
- Dintre revistele în paginile cărora au fost publicate materiale de educație sanitară, amintim: *Albina Moldovei*, *Foia Societății Medicilor Naturaliști din Moldova* (1851), *Învățătorul satului* (1843).
- În anul 1935, N. Smadu, Inspectorul sanitar general al Basarabiei, scria: „Starea de igienă corporală și a locuinței în mediul rural este cunoscută îndeobște ca fiind extrem de precară. Majoritatea locuințelor de la țară în Basarabia sunt pline de paraziți și scabie, exponenți netăgăduiți ai murdăriei și sărăciei”.
- În anii 1950-1952 se face o încercare de apropiere a propagandei sanitare de populație, odată cu înființarea Caselor de cultură sanitară.
- În perioada 1958-1965, activitatea de educație sanitară este preluată de Crucea Roșie, aceasta având o direcție medico-socială și de tineret.

În anul 2007, în R. Moldova a fost elaborată Strategia Națională de Sănătate Publică (publicată la 15.01.2008 în Monitorul Oficial al RM nr. 8-10, art. 43 – modificat prin HG 627 din 25.09.2015, MO 267-273/02.10.2015, art. 765), respectând principiile formulate în 1998 de către OMS în documentele internaționale *Sănătatea pentru toți în secolul XXI*. Domeniile prioritare ale Strategiei sunt următoarele: bolile transmisibile, bolile netransmisibile, sănătatea familiei, sănătatea mintală, serviciile medicale preventive.

În prezent, în țara noastră există un spectru larg de organizații neguvernamentale care se ocupă cu promovarea sănătății. Aceste organizații desfășoară proiecte de educație sanitară prin finanțare privată sau din fonduri europene, cu impact asupra categoriilor de risc specifice.

Discuții

Primele noțiuni de prevenire a îmbolnăvirilor s-au concretizat în măsuri de igienă orientate asupra persoanelor și colectivităților în secolele XVII-XVIII, însă activitatea pe baze științifice se concretizează doar în secolul al XIX-lea. Tranziția de la educația sanitară prin metode individuale și de masă către conceptul de promovare a sănătății se datorează înțelegerii faptului că sănătatea este determinată de

multipli factori, atât biologici, cât și sociali, de mediu sau care țin de sistemul sanitar.

Promovarea sănătății reprezintă implementarea bazată pe informație a intervențiilor desemnate să promoveze sănătatea.

Necesitățile de bază pentru sănătate sunt: pacea, locuința, hrana, căldura, educația și venitul. Promovarea sănătății recunoaște în mod explicit contribuția pe care o au guvernele la realizarea acestor condiții de bază. Sistemele de sănătate pun accentul mai mult pe asistența curativă; cu toate acestea, impactul asupra populației este relativ redus și frecvent pot apărea chiar îmbolnăviri.

Sistemele de sănătate se preocupă mai mult de modelele biomedicale de boală și de modelele populaționale ale stării de boală, funcțiile sociale și psihologice fiind frecvent neglijate. Există decese evitabile și condiții (stări) de morbiditate care pot fi prevenite. Serviciile curative sunt costisitoare, pe când intervențiile preventive au, în general, un cost mai mic și sunt accesibile.

Conform Cartei de la Ottawa de promovare a sănătății, “promovarea sănătății este procesul care le permite oamenilor să-și crească controlul și să-și îmbunătățească propria stare de sănătate”. Pentru a atinge o bună stare fizică, mentală și socială, indivizii sau grupurile populaționale trebuie să fie capabile să-și realizeze aspirațiile, să-și satisfacă nevoile și să schimbe sau să facă față mediului. Prin urmare, sănătatea este privită ca o resursă pentru viață, și nu un obiect al vieții.

Sănătatea este un concept pozitiv, care pune accentul pe resursele sociale și personale, precum și pe capacitățile fizice. Prin urmare, promovarea sănătății nu este numai responsabilitatea sectorului sanitar, ea merge mai departe – de la un stil de viață sănătos la o stare de bine.

Principiile promovării sănătății:

1. Implică populația ca un întreg, ceea ce impune necesitatea ca populația să fie informată.

2. Este orientată asupra determinantelor sănătății (factori care influențează sănătatea: biologici, ambientali, mod de viață, servicii de sănătate).

3. Folosește metode/abordări diferite, complementare, deoarece sectorul sanitar nu poate singur să promoveze sănătatea.

4. Urmărește asigurarea participării publice, deoarece promovarea sănătății este posibilă numai dacă indivizii își transformă cunoștințele dobândite în comportamente, contribuind astfel cu toții la promovarea sănătății.

5. Implicarea cadrelor medico-sanitare în promovarea sănătății, mai ales la nivelul serviciilor primare.

Promovarea sănătății este procesul care oferă individului și colectivităților posibilitatea de a-și crește controlul asupra determinantelor sănătății și, prin aceasta, de a-și îmbunătăți starea de sănătate. Reprezintă un concept unificator pentru cei ce recunosc nevoia fundamentală de schimbare atât a stilului de viață, cât și a condițiilor de trai. Promovarea sănătății reprezintă o strategie de mediere între individ și mediu, combinând alegerea personală cu responsabilitatea socială și având drept scop asigurarea în viitor a unei mai bune stări de sănătate (WHO-EURO, *Health Promotion Glossary*, 1989).

Promovarea sănătății este un termen care presupune o abordare multidimensională de îmbunătățire a stării de sănătate, include activități de educație, activități de promovare a unor schimbări comportamentale și de stil de viață, politici și măsuri legislative. Organizația Mondială a Sănătății subliniază (1986) că sănătatea este mult prea importantă pentru a fi lăsată numai practicienilor din domeniul sanitar; educația și elaborarea de politici trebuie să fie centrale pentru dezvoltarea sănătății la nivel individual, comunitar și național.

Experiența specialiștilor din domeniu, începând cu anul 1974, a permis identificarea a **cinci principii care stau la baza promovării sănătății** (Ashton, 1988):

- Promovarea sănătății implică activ populația pentru stabilirea unui program de fiecare zi care favorizează sănătatea, în loc de a se orienta preponderent și exclusiv asupra indivizilor la risc, care au legături cu serviciile medicale.
- Promovarea sănătății este orientată asupra cauzelor care produc îmbolnăviri.
- Promovarea sănătății folosește diferite abordări care contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate.
- Promovarea sănătății depinde în mod special de participarea populației.
- Specialiștii din sănătate, în special cei din asistența primară de sănătate, au un rol important în facilitarea acțiunilor de promovare a sănătății.

Promovarea sănătății este un concept relativ nou, dezvoltându-se la sfârșitul anilor '70 și începutul anilor '80. De fapt, "nașterea" promovării sănătății se consideră a fi marcată de discuțiile legate de Strategia OMS Sănătate pentru toți până în anul 2000. Anul 1974 se consideră a fi punctul de referință pentru noua sănătate publică și pentru promovarea sănătății.

Raportul publicat în Canada de către Marc Lalonde, ministrul sănătății din acea vreme, a arătat că foarte multe decese din Canada puteau fi prevenite. De fapt, el a redescoperit sănătatea publică, sub forma de noua sănătate publică, o abordare care aduce laolaltă schimbări de mediu alături de măsuri preventive individuale și intervenții terapeutice

adecvate, adresate în special vârstnicilor și persoanelor cu handicap.

Noua sănătate publică merge mai departe de înțelegerea biologiei umane și recunoaște importanța aspectelor sociale ale problemelor de sănătate cauzate de stilul de viață. Prin urmare, sănătatea trebuie să reprezinte preocuparea tuturor cetățenilor, și nu numai a medicilor sau a altor specialiști medicali. Cu toate acestea, numai o mică proporție a fondurilor Serviciului Național Britanic de Sănătate (NHS), de exemplu, a fost orientată către îmbunătățirea stării de sănătate și prevenirea îmbolnăvirilor.

La Conferința de promovare a sănătății, care a avut loc la Ottawa în anul 1986, principiile enunțate anterior au fost dezvoltate, elaborându-se *Carta de la Ottawa de promovare a sănătății*. Acest document subliniază, în special, necesitatea ca promovarea sănătății să realizeze următoarele: "elaborarea unor politici publice care favorizează sănătatea; crearea unor medii de trai și de muncă cu influență favorabilă asupra stării de sănătate; întărirea acțiunii comunitare, dezvoltarea (îmbunătățirea) abilităților individuale."

La cea de-a 4-a Conferință internațională de promovare a sănătății de la Jakarta (1997) s-au identificat prioritățile în acest domeniu pentru secolul XXI.

Concluzie

Oamenii trebuie să fie bine informați cu privire la sănătatea și modul lor de viață, având ca obiectiv prevenirea îmbolnăvirilor înainte ca procesele de deteriorare a sănătății să înceapă.

Bibliografie

1. Ajzen I., Fishbein M. *Understanding the attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1980.
2. Andreasen A.R., Kotler P. *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations*. Sixth Edition. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Educational International, 2003.
3. Ashton L., Seymour H. *New Public Health*. In: Liverpool experience; 1998, nr. 11.
4. Bagozzi R. *Marketing and exchange*. In: Journal of Marketing, 1975, nr. 39 (October), p. 32-39.
5. Bartels R. *Development of Marketing: A Brief History*. In: Schwartz G. (editor). *Science in Marketing*. New York: John Wiley & Sons Inc., 1965.
6. Carlson N.R., Buskist W., Martin G.N. *The science of psychology*. In: Psychology, the science of behaviour. Pearson Education Limited, Essex, England. Campaigning for health, 2000.
7. Davis M., Macdowall W. *Health Promotion Theory*. University Press. McGrawHill; 2006.
8. Naido J. Willsj. *Health promotion: Fondation for Practice*. Baillier Tindall. Elsevier; 2009.
9. <http://www.cdc.gov/eval/resources.htm#manuals>.
10. <http://ctb.ku.edu/tools/evaluateinitiative/index.jsp>.
11. http://www.oznet.ksu.edu/dp_chhealth/Healthy-Places/framework/overview.html.

EFICACITATEA PROGRAMELOR
EDUCAȚIONALE PRIVIND ALIMENTAȚIA
SĂNĂTOASĂ ÎN JUDEȚUL CONSTANȚA

Beatrice SEVERIN¹, Floarea DAMASCHIN¹,
Anca MOLDOVEANU², Valentin BROASCĂ¹,
Maria NEGARĂ¹,

¹Universitatea Ovidius, Constanța, România,
Facultatea de Medicină,

²Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila,
București, România, Facultatea de Medicină

Summary

The effectiveness of educational programs on healthy eating in Constanta County

The statistical data from recent years show an alarming increase of chronic diseases that are caused by improper diet and an unhealthy lifestyle. To be more effective educational programs should be intensified and should be applied to both adults and children because the bad eating habits are hard to change.

Keywords: nutrition, education, change

Резюме

Эффективность образовательных программ по здоровому питанию в уезде Констанца

Статистики последних лет показывают тревожный рост случаев хронических заболеваний, вызванных несоответствующим питанием и нездоровым образом жизни.

Чтобы быть более эффективными, образовательные программы следует активизировать и направить как на взрослых, так и на детей, потому что сформированные привычки в еде трудно изменить.

Ключевые слова: питание, образование, изменение

Introducere

Statisticile din ultimii ani arată o creștere alarmantă a cazurilor de obezitate, diabet, boli cardiovasculare, cancer cu diverse localizări și alte boli cronice, care sunt cauzate de o alimentație necorespunzătoare și un stil de viață nesănătos. Este important să conștientizăm că sănătatea depinde foarte mult de ceea ce mâncăm, cum mâncăm, iar o alimentație sănătoasă contribuie la îmbunătățirea calității vieții și la prevenirea unor astfel de afecțiuni.

Autoritățile competente au implementat de-a lungul anilor o serie de programe educaționale ce vizează sănătatea prin alimentație. Totuși, privind în jur la multitudinea de unități alimentare tip fast-food, la bogăția de produse puternic aditivate existente pe piața comercială și la datele statistice legate de starea de sănătate a populației, putem spune că im-

plicarea autorităților sanitare este destul de redusă în programele de prevenție.

Având în vedere cele menționate, am realizat un chestionar care să evalueze în ce măsură oamenii și-au modificat alimentația în urma implementării unor astfel de programe.

Material și metodă

Studiul cuprinde un lot aleatoriu de 160 de tineri din județul Constanța, România. Pentru studiu am folosit metoda chestionarului, analizând apoi proporțiile pentru parametrii urmăriți. Studiul a fost efectuat în perioada 2014-2015, iar recuperarea chestionarelor s-a făcut în proporție de 100%.

Rezultate și discuții

Din totalul de 160 de persoane incluse în acest studiu, 124 sau 77,5% din total sunt din mediul urban și 36 (22,5% din total) sunt din mediul rural. Femeile au fost mai receptive la solicitarea de a completa chestionarele, astfel că ele reprezintă 82% din totalul lotului.

Majoritatea celor chestionați (57,5%) au vârsta cuprinsă între 20 și 24 de ani. Vârsta minimă înregistrată în lotul de studiu a fost de 19 ani, iar cea maximă – de 39 de ani.

Peste jumătate dintre persoanele aflate în studiu nu reușesc să respecte orarul meselor, iar aproximativ 1/4 dintre repondenți nu obișnuiesc să servească micul dejun decât ocazional sau, și mai rău, s-au obișnuit să nu mănânce deloc dimineața. Motivația lor este criza de timp, obișnuința sau lipsa senzației de foame.

Există studii făcute de UNICEF la nivel global în legătură cu servirea zilnică a micului dejun la adolescenți. Acestea arată că în Olanda există procentul cel mai mare de servire a mesei de dimineață (90%), în timp ce România se află pe penultimul loc cu 45%, fiind urmată de Slovenia [1]. Procentul celor care nu servesc niciodată micul dejun ajunge la nivel național la 20% în cazul băieților și 32% în cazul fetelor [2]. Pentru adulți nu am găsit astfel de date.

Studiile clinice au demonstrat că lipsa micului dejun poate avea numeroase efecte negative, indiferent de vârstă. Astfel, acest obicei poate duce la iritabilitate, oboseală, dificultăți de concentrare, creșterea riscului de apariție a excesului ponderal, a gastritelor etc. Cei care sar peste micul dejun îl înlocuiesc cu clasica combinație „cafea plus țigară” sau au tendința de a consuma gustări nesănătoase pe parcursul dimineții, ceea ce nu face decât să sporească numărul factorilor de risc pentru sănătate. În plus, lipsa poftei de mâncare dimineața poate semnifica servirea unei mese hipercalorice seara sau mâncatul târziu în noapte, deci obiceiuri nesănătoase.

Centralizând răspunsurile din chestionare, am constatat că de-a lungul anilor tinereții nu și-au schimbat obiceiurile legate de servirea mesei, chiar dacă au primit informații în acest sens prin intermediul unor programe educaționale sau din alte surse.

În ceea ce privește consumul de fructe și legume, am constatat că ponderea celor care consumă zilnic crudități este sub 50% (figura 1).

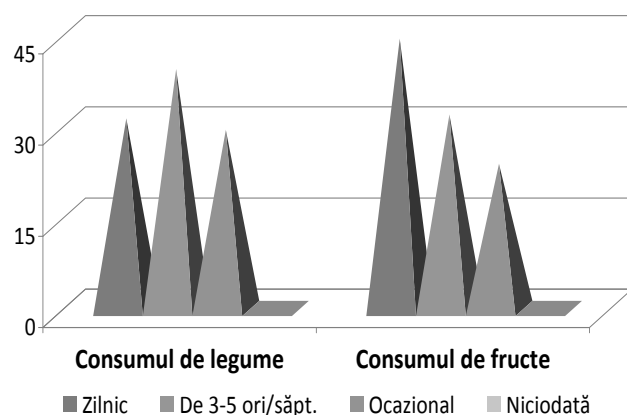


Figura 1. Proportia persoanelor în funcție de frecvența consumului de legume și fructe

Conform raportului UNICEF privind starea de sănătate a copiilor din întreaga lume, realizat în perioada 2009-2010, consumul zilnic de fructe al adolescenților s-a situat între 25-50% în funcție de țară. Valoarea cea mai mare s-a înregistrat în Danemarca, în timp ce România se află la jumătatea clasamentului cu o valoare de 41%.

Pentru adulți nu am găsit astfel de date statistice, dacă însă în cazul copiilor consumul este atât de redus, cu siguranță la adulții tineri situația nu este mai bună.

Consumul de fructe și legume reprezintă un factor important în menținerea stării de sănătate, iar raportul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) privind *Riscurile pentru sănătate* din 2004 plasează consumul redus de fructe și legume printre primii 12 factori de risc pentru deces [3].

Legat de consumul crudităților, în studiul nostru 91 de persoane (57% din total) declară că și-au modificat obiceiurile alimentare de-a lungul timpului, fiind influențate în principal de informațiile din mass-media.

Pentru o alimentație diversificată oamenii ar trebui să consume zilnic alimente care să satisfacă toate gusturile fundamentale. Dar, dintre acestea, cu siguranță consumul de dulce îi bucură cel mai mult pe tineri. Peste 86% din participanții la studiu consumă foarte des produse zaharoase și doar 13,1% au un consum ocazional. Rezultatele nu sunt surprinzătoare, deoarece, conform statisticilor OMS, consumul de dulciuri este semnificativ mai mare în

rândul persoanelor de sex feminin, iar lotul nostru de studiu este format preponderent din femei.

De-a lungul timpului, doar 37 de persoane (23,12% din total) menționează că și-au modificat comportamentul alimentar legat de consumul dulciurilor sub influența programelor educaționale.

Consumul crescut de dulciuri rafinate este implicat în creșterea riscului de apariție a obezității, diabetului, bolilor cardiovasculare, cancerului etc. [4]. Modificarea comportamentală apare ca stringentă, având în vedere faptul că dulciurile creează dependență și că OMS plasează hiperglicemia și supragreutatea în primii cinci factori de risc de deces.

Un procent destul de mare de tineri (42,5%) își suplimentează conținutul de sare al alimentelor zilnic sau destul de frecvent (figura 2). O pondere mare au și persoanele care consumă produse bogate în sare tip: cipsuri, covrigei cu sare, biscuiți sărați, pufuleți, snacks-uri, alune sau semințe cu sare, brânză sărată etc.

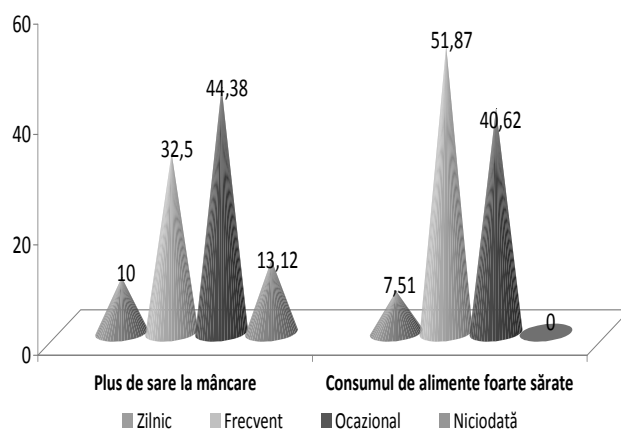


Figura 2. Proportia persoanelor în funcție de consumul de sare

Consumul sării în cantitate mare reduce absorbția calciului, perturbă funcționarea rinichilor și împiedică eliminarea toxinelor din organism, perturbă activitatea aparatului cardiovascular, afectează structura osoasă, denaturează gustul, crește apetitul etc.

Conform răspunsurilor din chestionare, 28 de persoane (17,5%) și-au modificat consumul de sare sub influența programelor educaționale. Procentul nu este surprinzător, ținând cont că produsele sărate enumerate anterior sunt folosite cel mai adesea de tineri pe post de gustare sau chiar înlocuiesc o masă principală.

La nivel european, programele pe termen lung de reducere a conținutului de sare în alimente au fost foarte eficiente. În Finlanda, de exemplu, "o reducere în medie cu 30-35% a conținutului de sare, pe o perioadă de 30 de ani, a dus la scăderea spectaculoasă, între 75 și 80%, a mortalității provocate de accidente vasculare cerebrale și boli coronariene în rândul populației sub 65 de ani" [5].

47,5% dintre tinerii participanți la studiu consumă produse fast-food de 3-4 ori pe săptămână.

La nivel național, studiile din 2010 arată că 14-26% dintre tineri mănâncă săptămânal în unități fast-food, frecvența consumului ajungând și la 5-7 ori pe săptămână [2]. Tinerii preferă acest tip de mâncare datorită gustului deosebit de plăcut. În plus, prețul convenabil, lipsa de timp, comoditatea sunt alți factori care-i determină să aleagă astfel de produse. Însă nu tot ce e gustos e și sănătos, mai ales în cazul unui consum frecvent.

Comportamentul alimentar legat de consumul produselor tip fast-food s-a modificat sub influența programelor educaționale în cazul a 42 de persoane, reprezentând 26,25% din total.

Concluzii

Datorită programelor educaționale, peste 60% din participanții la studiu consideră că au făcut câteva modificări în ceea ce privește alimentația. E drept că cele mai multe schimbări au fost minore, dar și acestea sunt importante, având în vedere faptul că bolile civilizației moderne sunt legate de alimentație. În plus, statisticile Organizației Mondiale a Sănătății arată că anual 14 milioane de oameni mor din cauza unei alimentații dezechilibrate.

Dacă ținem cont de faptul că la aceeași persoană se asociază mai multe comportamente de risc, putem spune că impactul asupra sănătății este semnificativ, iar modificarea comportamentului apare ca necesară.

Pentru a fi mai eficiente, programele educaționale trebuie intensificate și trebuie să vizeze atât adulții, cât și copiii, pentru că obiceiurile alimentare odată formate sunt greu de schimbat, mai ales când vine vorba de "ceva bun".

Bibliografie

1. UNICEF Report Card 11: *Child well-being in rich countries 2009-2010*.
2. HBSC – *Health Behavior in School-aged Children: healthy eating habits and physical activity*. WHO, 2010.
3. <http://www.worldobesity.org/>
4. Raportul Tehnic al OMS. *Dietă, Nutriție și Prevenirea Bolilor Cronice 2004*.
5. Comisia Comunităților Europene. *Cartea albă Strategie pentru Europa privind problemele de sănătate legate de alimentație, excesul de greutate și obezitate*, Bruxelles, 2007.

ASPECTE STRATEGICE DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII ÎN RÂNDUL BOLNAVILOR CU MALADII NETRANSMISIBILE MAJORE

Mihail PALANCIUC, Luminița SUVEICĂ,
Centrul de Sănătate Publică, mun. Chișinău

Summary

Strategic characteristics in health promotion among patients with major non-transmissible diseases

Some of the major characteristics of health promotion are evaluated in this work. The author provides data at a worldwide level of patient affected by non-transmissible diseases. Cardiovascular diseases, malignant tumors, diabetes, trauma and chronic respiratory diseases are the main causes of preventable morbidity and work incapacity. They cause more than 60% of deaths worldwide, of which 80% are in developing countries.

It outlines the main objectives of prevention and treatment of non-transmissible diseases. These objectives are representative for our country, including Chisinau. Main indicators of mortality caused by the most popular non-transmissible are outlined in the work. Data is provided for Chisinau, Moldova and internationally.

Keywords: *strategy, health promotion, non-transmissible diseases*

Резюме

Стратегические аспекты пропаганды здорового образа жизни среди больных основными неинфекционными заболеваниями

Рассматриваются стратегические аспекты пропаганды здорового образа жизни среди людей, страдающих основными неинфекционными заболеваниями во всем мире. Сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные опухоли, диабет, травмы и хронические респираторные заболевания являются основными причинами заболеваемости и предотвратимой нетрудоспособности. Они вызывают более 60% случаев смерти во всем мире, из которых 80% приходится на развивающиеся страны.

Были представлены основные задачи в области профилактики неинфекционных заболеваний. Предложенные задачи являются актуальными и для нашей страны, в том числе для муниципития Кишинэу. Были проанализированы основные показатели смертности от основных неинфекционных заболеваний в мире, в Молдове и в муниципитии Кишинэу.

Ключевые слова: *стратегия, пропаганда здорового образа жизни, неинфекционные заболевания*

Introducere

Participanții la Prima conferință ministerială globală consacrată modului sănătos de viață din aprilie 2011, din Moscova, au recunoscut că dreptul fiecăruia de a se bucura la maxim de realizările standardelor sănătății fizice și psihice nu poate fi realizat fără eforturi la ni-

velele mondial și național pentru a preveni bolile netransmisibile (BNT). Ei au remarcat că politicile ce vizează factorii comportamentali, sociali, economici și de mediu, care determină bolile netransmisibile, trebuie să fie aplicate de urgență și pe deplin, pentru a asigura cel mai eficient răspuns la aceste maladii, sporind totodată calitatea vieții și echitatea referitor la nivelul sănătății [1].

Principalele acțiuni considerate de experții OMS sunt îndreptate spre conștientizarea că maladiile cardiovasculare, diabetul, tumorile maligne, traumatismele și otrăvirile, precum și bolile cronice respiratorii reprezintă principalele cauze ale morbidității prevenibile și ale incapacității de muncă. Acestea provoacă mai mult de 60% din decesele din lume, din care 80% revin țărilor în curs de dezvoltare. Potrivit experților, către anul 2030, ponderea mortalității cauzate de BNT în lume va atinge 75% [1].

Raportul OMS privind situația din lume în domeniul prevenirii bolilor netransmisibile și lupta împotriva lor este al doilea într-o perioadă de trei ani din seria de rapoarte de urmărire a progresului global în prevenirea și controlul BNT. În continuare se menționează că, în anii 2011-2025, cu un scenariu stabil, pierderile economice totale cauzate de BNT, în țările cu venituri mici și mijlocii vor atinge 7 trilioane de dolari SUA. Inacțiunile în acest domeniu s-ar putea solda cu o sumă enormă, care este cu mult mai mare decât costul anual al unor măsuri eficiente îndreptate spre reducerea poverii BNT (11,2 miliarde de dolari SUA) [2].

Acestea ne-au determinat să înaintăm drept scop analiza comparativă a datelor statistice la nivelele mondial, național și municipal. Pentru atingerea scopului, ne-am pus următoarele obiective: analiza politicilor de sănătate publică din domeniul profilaxiei BNT; analiza mortalității prin principalele boli netransmisibile la nivelele mondial, național și municipal.

Materiale și metode

În cercetare au fost folosite metodele: statistică, comparativă, istorică, economică.

Materiale de studiu au fost: rapoartele statistice OMS referitor la BNT; datele statistice ale CNMS și indicatorii colectați în Centrul de Sănătate Publică din mun. Chișinău, ce reflectă BNT.

Au fost supuse analizei mortalitatea populației, raportată de OMS, Uniunea Europeană, Centrul de Management în Sănătate la nivelul Republicii Moldova, și datele înregistrate în municipiul Chișinău de către CSP municipal Chișinău. Dintre principalele BNT a fost analizată mortalitatea cauzată de maladiile cardiovasculare, tumorile maligne, diabet, bolile cronice respiratorii, traume și otrăviri. La toate nivelele cercetate, mortalitatea în structură ocupă același loc.

Rezultate și discuții

În toate regiunile supuse studiului (vezi tabelul), pe primul loc se plasează maladiile cardiovasculare. Cel mai înalt indicator al mortalității prin această nosologie este la nivel de țară (în Republica Moldova) – 648,2 la 100 mii populație; pe locul doi se află media indicată de OMS – 600,1 (la 100 mii), pe locul trei – media UE cu 526,4 (la 100 mii) și locul patru – mun. Chișinău cu 435,0 cazuri (la 100 mii).

Mortalitatea populației cauzată de principalele boli netransmisibile (la 100 mii populație)

Bolile	OMS	UE	RM	Mun. Chișinău
Cardiovasculare	600,1	526,4	648,2	435,0
Tumori maligne	200,9	162,5	170,1	163,0
Diabet	14,9	9,4	11,5	7,4
Boli cronice respiratorii	1,8	15,6	21,1	2,7
Traume și otrăviri	165,0	42,6	77,2	50,1

Tumorile maligne sunt plasate pe locul doi după mărimea indicatorului mortalității. Cea mai mare pondere a acestui indicator este înregistrată în baza de date a OMS, unde sunt incluse și țările în curs de dezvoltare (200,9 la 100mii). Locul doi la acest capitol îl ocupă Republica Moldova (170,1), locul trei – media UE (162,5); în mun. Chișinău se înregistrează 163,0 cazuri la 100 mii populație.

Celelalte maladii – traumele și otrăvirile, diabetul și bolile respiratorii cronice – sunt repartizate cu aceeași regularitate a nivelului indicatorilor.

Trebuie de menționat că din cele cinci maladii supuse analizei, ponderea bolilor cronice respiratorii se evidențiază mai mult la noi în țară și înregistrează un indicator de 21,1 cazuri la 100 mii populație și 2,7 la 100 mii în municipiul Chișinău. Acest indicator în Republica Moldova este de 1,4 mai mare decât media din UE.

Luând în considerație dinamica și nivelul mortalității și al morbidității prin principalele BNT la toate nivelele studiate, este bine-venită propunerea OMS referitor la profilactica acestora prin cele nouă obiective globale care se referă la unii indicatori, precum și la factorii de risc ai acestor maladii, care ar trebui să fie reduși către anul 2025 [2].

Obiective globale înaintate pentru reducere către anul 2025:

- Reducerea cu 25% a mortalității generale, cauzate de bolile cardiovasculare, cancer, diabet și maladii respiratorii cronice.
- Reducerea consumului nociv de alcool cu cel puțin 10%.
- Micșorarea prevalenței relative a lipsei de activitate fizică cu 10%.
- Reducerea cu 30% din consumul mediu de sare în populație.

PROMOVAREA UNUI COMPORTAMENT SĂNĂTOS PENTRU PREVENIREA BOLILOR NETRANSMISIBILE

- Reducerea cu 30% a prevalenței consumului de tutun în rândurile persoanelor de la 15 ani.
- Micșorarea cu 25% a prevalenței hipertensiunii arteriale sau menținerea nivelului existent, în conformitate cu circumstanțele naționale.
- Stabilizarea creșterii numărului de cazuri de diabet și obezitate.
- Atingerea cotei de cel puțin 50% din persoanele care necesită tratament și consiliere (inclusiv controlul glicemic) pentru prevenirea infarctului miocardic și a accidentelor vasculare cerebrale.
- Atingerea cotei de 80% din tehnologiile de bază și medicamentele esențiale (inclusiv medicamente generice) necesare pentru tratamentul de bază al bolilor netransmisibile, în instituțiile medicale de stat, precum și în cele private.

Concluzie

Obiectivele enumerate trebuie preluate pentru implementare în Republica Moldova, inclusiv în municipiul Chișinău.

Bibliografie

1. Первая Глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. Москва, 28-29 апреля 2011 г.
http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_ru.pdf?ua=1
2. Global status report on noncommunicable diseases 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/6/WHO_NMH_NVI_15.1_rus.pdf?ua=1
3. World health statistics 2015. *Global health indicator 2015*.
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2015_Part2.pdf?ua=1

STRATEGII DE PROMOVARE A ALIMENTAȚIEI SĂNĂTOASE

Dumitru TINTIUC, Galina OBREJA,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Strategies to promote healthy eating

Poor diet is one of the main four risk factors for noncommunicable diseases. Adoption of evidence based public health policies is essential for the improvement of the diet and the health of the population. The effectiveness of many interventions influencing diet and its associated factors

was evaluated. The identified evidence support beneficial effects of prices, restrictions of marketing of unhealthy food to children, regulation of labelling and presentation of foodstuffs and mass-media campaigns.

Keywords: *diet, public policy, advertising, taxation, regulation, labelling*

Резюме

Стратегии по развитию здорового питания

Плохой режим питания является одним из основных четырех факторов риска для неинфекционных заболеваний. Принятие государственной политики в области общественного здоровья, основанной на доказательствах, является крайне важным для улучшения режима питания и здоровья населения. Была оценена эффективность некоторых мер, влияющих на режим питания, и факторов, связанных с ним. Идентифицированные доказательства поддерживают благоприятное влияние стратегии цен, ограничение маркетинга нездоровых пищевых продуктов, направленного на детей, регулирование маркировки и представления пищевых продуктов и кампаний масс-медиа.

Ключевые слова: *режим питания, государственная политика, реклама, акцизы, регулирование, маркировка*

Introducere

Regimul alimentar precar este una dintre cele patru cauze principale ale bolilor netransmisibile atât în Republica Moldova, cât și la nivel mondial. Consumul alimentar dezechilibrat are ca urmare supragreutate și obezitate, hipertensiune arterială, hiperlipidemie, factori de risc alimentari majori pentru bolile cardiovasculare, diabet și cancer. Evident, îmbunătățirea obiceiurilor alimentare ale populației constituie actualmente o prioritate la toate nivelurile: mondial, regional și național [1]. Deși eforturile de schimbare a comportamentului la nivel individual și al sistemului de sănătate pot fi parțial eficiente, intervențiile obișnuite de sănătate publică, cum ar fi legislația, politicile fiscale și strategiile de informare, au un impact mai larg, mai echitabil și mai durabil [2, 3].

Avându-se în vedere că alegerea alimentară este influențată de o gamă largă de determinante la nivelurile individual, sociocultural, comunitar, național și global, potențialele strategii politice trebuie să fie aplicate la nivel intersectorial și să vizeze mai multe domenii [4]. Pentru o înțelegere mai bună a dovezilor actuale pentru diferite pârghii politice, au fost analizate dovezile privind eficacitatea politicilor specifice de îmbunătățire a obiceiurilor alimentare și de reducere a factorilor de risc alimentari și metabolici.

Material și metode

În bazele de date on-line disponibile au fost căutate studii de evaluare a eficacității intervențiilor

prin politici publice de îmbunătățire a regimului alimentar. Cercetarea s-a axat pe aplicarea politicilor fiscale, marketingul produselor alimentare, în special adresat copiilor, etichetarea produselor alimentare și campaniile mass-media de promovare a alimentației sănătoase. Aceste tipuri de intervenții sunt prevăzute spre implementare în *Programul național în domeniul alimentației și nutriției* [1].

Au fost evaluate studii intervenționale, studii transversale și prospective de cohortă și studii privind elasticitatea prețului la cererea de produse alimentare și băuturi nealcoolice, publicate în limbile engleză și română, după anul 1990. Obiectivul constă în evaluarea schimbării obiceiurilor alimentare și a factorilor de risc alimentari pentru bolile netransmisibile în funcție de intervențiile aplicate prin politici publice.

Rezultate și discuții

Politicile fiscale

Ținând cont de faptul că prețurile la produsele alimentare determină în mare măsură consumul alimentar, strategia prețurilor este folosită tot mai pe larg ca măsură de îmbunătățire a regimului alimentar.

Mai multe țări au implementat sau iau în considerare politicile fiscale pentru a promova un regim alimentar mai sănătos. Acestea sunt aproape în exclusivitate concentrate pe accize și subsidii la produsele alimentare, având ca țintă consumatorul final. Danemarca și Ungaria sunt țări care, în scopul reducerii obezității, au introdus în 2011 „accize la grăsimi”. Totuși, acciza pentru grăsimi, aplicată tuturor produselor alimentare ce conțineau mai mult de 2,3% de grăsimi saturate (cca 2,79 USD la un kilogram de grăsimi saturate), a fost anulată în Danemarca după un an de la introducerea ei. Deși explicația oficială privind anularea accizei a fost că aceasta ar fi contribuit la scăderi indezirabile ale vânzărilor locale, au existat și sugestii, precum că anularea a fost rezultatul presiunii industriei asupra Guvernului [5, 6].

Ungaria a impus o acciză de cca 0,05 USD pentru produsele cu conținut crescut de sare, zahăr și grăsimi, adițional la creșterea cu 10% a accizelor la lichior și băuturile nealcoolice, aceste accize constituind cel mai comprehensiv șir de inițiative fiscale la produsele alimentare nesănătoase în lume până în prezent [7]. Actualmente, mai multe țări au introdus accize la băuturile nealcoolice cu adaos de zahăr [8].

Astfel, accizele pot fi folosite ca strategie de reducere a consumului de produse alimentare nesănătoase, iar subsidiile – pentru promovarea consumului de produse alimentare sănătoase. Modelele econo-

mice transversale de estimare a elasticității prețurilor la cererea de produse alimentare constituie dovezi privind strategia prețurilor. Aceste modele arată o legătură inversă între prețul unui anumit produs și consumul acestuia, iar magnitudinea elasticității (procentul schimbării consumului per procent de schimbare a prețului) variază în funcție de produs, țară și nivelul de venit [9].

Conform unei analize sistematice a 160 de studii de modelare din SUA, elasticitatea prețurilor a variat de la 0,27 la ouă (consum mai scăzut cu -0,27% la fiecare 1% creștere a prețului) până la -0,81 pentru produsele consumate în afara gospodăriei [10]. O altă analiză sistematică a 136 de studii efectuate în 162 de țări arată o elasticitate totală a prețurilor de -0,70 pentru toate grupurile de produse alimentare împreună. Aceasta a variat în funcție de venitul țării, având o elasticitate mai mare în țările cu venit mic (-0,74), în comparație cu statele cu venit mare (-0,56), și în funcție de starea socioeconomică a gospodăriilor în interiorul țărilor, cu o elasticitate mai mare în gospodăriile cu venit mic (-0,91), în comparație cu gospodăriile cu venit mare (-0,77) [11].

O altă analiză recentă confirmă eficacitatea strategiei prețurilor pentru îmbunătățirea regimului alimentar. Reducerea prețului cu 10% (prin acordarea de subsidii) crește consumul de produse alimentare sănătoase cu 14%, pe când majorarea prețului cu 10% (prin aplicarea accizelor) reduce consumul de produse alimentare nesănătoase cu 7% [12]. Combinarea strategiei prețurilor cu alte intervenții, cum ar fi modificarea disponibilității produselor alimentare, contribuie la creșterea eficacității modificării prețurilor.

Mexicul a raportat recent despre reducerea cu 12% a consumului de băuturi nealcoolice cu adaos de zahăr la un an după instituirea unei accize naționale de un peso per litru (aproximativ 10%), care a intrat în vigoare la 1 ianuarie 2014. Efectele au fost evidente pentru toate grupurile socioeconomice, cu cel mai mare declin (până la 17%) în gospodăriile cele mai sărace [13]. Aceste constatări cvasiexperimentale, în special efectul mai mare printre grupurile socioeconomice mai defavorizate, confirmă puternic eficacitatea măsurilor legate de preț asupra schimbării comportamentului alimentar al populației.

Restricțiile privind marketingul

Luând în considerare puterea marketingului și miliardele cheltuite de industria alimentară pentru modificarea preferințelor alimentare ale consumatorilor, impunerea restricțiilor legale privind publicitatea și promovarea produselor alimentare nesănătoase adresată copiilor este considerată pe larg o strategie eficace de îmbunătățire a regimului alimentar [14].

Europa este lider mondial la reglementarea publicității produselor alimentare, inclusiv a băuturilor nesănătoase. Suedia este țara care a interzis, în 1980, publicitatea totală a produselor alimentare nesănătoase destinată copiilor cu vârsta până la 12 ani. În 2007, Franța a impus includerea mesajelor privind dauna potențială asupra sănătății la publicitatea produselor alimentare nesănătoase [15]. Ulterior alte țări, cum ar fi Grecia, Belgia, Marea Britanie, Irlanda, au restricționat marketingul produselor alimentare adresat copiilor [16].

Conform estimărilor făcute într-un studiu longitudinal al copiilor din SUA, bazat pe evaluarea indirectă a expunerii la publicitatea locală la fast-food, interzicerea teoretică completă a acesteia ar reduce prevalența supragreutății cu 18% și 14% printre copiii de 3-11 ani și de 12-18 ani, respectiv [17]. Aceste estimări sugerează faptul că interzicerea totală a publicității este o abordare foarte cost-eficace de reducere a bolilor netransmisibile la nivel global [18].

Este evident că marketingul influențează alegerea alimentară atât printre copii, cât și printre adulți. Restricționarea marketingului reprezintă o strategie promițătoare în vederea îmbunătățirii alegerii alimentare de către populație. Avându-se în vedere că publicitatea a migrat de la televiziune și alte media tradiționale sub tutela telefoniei mobile, internetului, marketingului bazat pe plasarea programului și pe jocuri, sunt necesare cercetări suplimentare pentru a evalua impactul standardelor de calitate pentru aceste abordări.

Etichetarea și prezentarea produselor alimentare

Etichetarea și prezentarea produselor alimentare sunt utilizate pe larg cu scopul de a influența alegerea consumatorului. Acestea pot avea mai multe forme, printre care: panoul nutrițional, inclusiv pe suprafața principală a ambalajului (în formă de procent din aportul zilnic recomandat sau de etichetare de tip semafor, folosită în Marea Britanie și Olanda), mențiuni nutriționale și de sănătate, logouri pe bază de criterii nutriționale și etichetarea meniului [19].

Eficacitatea etichetării și prezentării produselor alimentare a fost evaluată în experimente naturale ale legislației privind etichetarea obligatorie a produselor alimentare [20]. Evaluarea eficacității s-a bazat pe modificarea vânzărilor, consumul alimentar autoraportat și factorii de risc asociați cu regimul alimentar (indicele masei corporale). În general, aceste studii au arătat efecte modeste asupra comportamentului consumatorului [21, 22, 23]. Un studiu a comparat sistemele de etichetare din patru țări europene (Marea Britanie, Germania, Olanda și

Italia), sugerând că etichetarea pe suprafața principală a ambalajului poate ajuta consumatorii să facă o alegere mai sănătoasă în perioada scurtă de timp în care aceștia, de obicei, iau decizia de a cumpăra produsul alimentar [24].

Utilizarea culorilor pentru fundalul informației nutriționale poate ajuta consumatorii să adopte obiceiuri alimentare mai sănătoase. Constatările sugerează că fundalul albastru al etichetării nutriționale poate stimula comportamentul sănătos [25].

Campaniile mass-media

Campaniile mass-media, aparte sau ca o componentă a intervențiilor multicomponente, sunt un instrument bun de diseminare a obiectivelor alimentare bazate pe dovezi. Pe parcursul ultimelor trei decenii, campaniile mass-media au fost utilizate ca o parte a intervențiilor complexe de succes ce au ținut obiceiurile alimentare la nivel comunitar și național [26, 27, 28]. Unele studii sugerează eficacitatea potențială a campaniilor mass-media ca intervenții de sine stătătoare. Acestea au arătat o îmbunătățire temporală a consumului unor factori alimentari specifici, în special creșterea consumului de fructe și legume și reducerea consumului de sare. De exemplu, după implementarea în Australia a campaniei „2 fructe și 5 legume zilnic” (1992-1994), studiile anuale au stabilit o creștere a consumului de fructe (de la 1,5 la 1,7 porții pe zi) și legume (de la 2,6 la 3,1 porții pe zi) printre adulți. Conform studiilor transversale naționale reprezentative efectuate în 1991 și 1997, după lansarea în SUA în 1991 a campaniei „5 pe zi”, proporția adulților din SUA care consumau 5 porții de fructe și legume pe zi a crescut semnificativ, concomitent crescând și media națională de consum [29]. Într-o metaanaliză a cinci intervenții randomizate și nerandomizate din SUA, Noua Zeelandă și Australia, implementarea campaniilor mass-media a fost asociată cu creșterea consumului de fructe și legume cu 0,25 porții/zi [30].

În Marea Britanie, campania națională axată pe consumul de sare a fost asociată cu reducerea proporției adulților care au raportat că adaugă sare la masă de la 32,5% în 2003 la 23,2% în 2007 [31]. Această reducere a fost observată în mod constant printre ambele sexe și toate vârstele și grupurile socioeconomice.

Concluzii

Prezenta analiză a mai multor studii susține eficacitatea unor strategii politice specifice de îmbunătățire a regimului alimentar. Acestea cuprind strategiile referitoare la prețurile pentru produsele alimentare (inclusiv subsidiile și accizele, cu un efect mai puternic asupra persoanelor cu venituri mai

mici) și campaniile mass-media țintite (în special de creștere a consumului de fructe și legume și de reducere a consumului de sare).

Deși există mai puține dovezi privind evaluarea efectelor restricționării marketingului, principiile largi și resursele considerabile investite în marketing sugerează că acesta este un domeniu promițător pentru aplicare și evaluare.

Implementarea la scară largă și evaluarea strategiilor de politici bazate pe dovezi, precum și cercetările care urmează să fie efectuate referitor la alte strategii cu dovezi mixte sau limitate, constituie abordări esențiale pentru reducerea poverii pentru sănătate și economice a bolilor asociate cu regimul alimentar atât la nivel mondial, cât și la nivel național.

Bibliografie

- Hotărârea Guvernului nr. 730 din 12 septembrie 2014 cu privire la aprobarea *Programului național în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014-2020 și a Planului de acțiuni pentru 2014-2016 pentru implementarea programului național*. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2014, nr. 270-274, art. 779.
- Spring B., Ockene J.K., Gidding S.S. et al. *Better population health through behavior change in adults: a call to action*. In: *Circulation*, 2013; nr. 128, p. 2169–2176.
- Mozaffarian D., Afshin A., Benowitz N.L. et al. *Population approaches to improve diet, physical activity, and smoking habits: a Scientific Statement from the American Heart Association*. In: *Circulation*, 2012; nr. 126, p. 1514–1563.
- Afshin A., Micha R., Khatibzadeh S., Schmidt L., Mozaffarian D. *Dietary policies to reduce noncommunicable diseases*. In: Brown G., Yamey G., Wamala S. editors. *The handbook of global health policy*. San Francisco: Wiley-Blackwell; 2014.
- Alemanno A., Carreno I. *'Fat taxes' in Europe: A Legal and Policy Analysis under EU and WTO Law*. http://www.gastronomiaycia.com/wp-content/uploads/2012/09/Impuesto_Grasa_Europa.pdf.
- Sacks G. *Denmark scraps fat tax in another Big Food victory*. Editor: *The Conversation*; 2012. <http://theconversation.edu.au/denmark-scraps-fat-tax-in-another-bigfood-victory-10689>.
- Cain P. *Hungary for a "fat tax"*. *Global Post*; 2011. <http://www.globalpost.com/dispatch/news/regions/europe/110620/hungary-fat-tax-junk-food>.
- Jou J., Techakehakit W. *International application of sugar sweetened beverage (SSB) taxation in obesity reduction: factors that may influence policy effectiveness in country-specific contexts*. In: *Health Policy*, 2012; nr. 107(1), p. 83-90.
- Andreyeva T., Long M.W., Brownell K.D. *The impact of food prices on consumption: a systematic review of research on the price elasticity of demand for food*. In: *Am. J. Public Health*, 2010; nr. 100, p. 216-222.
- Alagiyawanna A., Townsend N., Mytton O. et al. *Studying the consumption and health outcomes of fiscal interventions (taxes and subsidies) on food and beverages in countries of different income classifications: a systematic review*. In: *BMC Public Health*, 2015, nr. 15, p. 887. DOI 10.1186/s12889-015-2201-8.
- www.insp.mx/epppo/blog/3659-reduccion-consumo-bebidas.html.
- World Health Organization. *Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children*. Geneva, Switzerland, 2010.
- Institute of Medicine. *Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity*. Washington, DC: The National Academies Press; 2006.
- European Public Health Alliance. *Junk food: evolution of the legislation in European countries*. 2007. <http://www.eph.org.spip.php?article2554>.
- Chou S., Rashad I., Grossman M. *Fast-food restaurant advertising on television and its influence on childhood obesity*. In: *J. Law Econ.*, 2008; nr. 51, p. 599–618.
- Cecchini M., Sassi F., Lauer J.A., Lee Y.Y., Guajardo-Barron V., Chisholm D. *Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness*. In: *Lancet*, 2010; nr. 376, p. 1775–1784.
- Hamlin R. *Front of Pack Nutrition Labelling, Nutrition, Quality and Consumer Choices*. In: *Curr. Nutr. Rep.*, 2015, nr. 4, p. 323–329. DOI 10.1007/s13668-015-0147-1.
- Elbel B., Gyamfi J., Kersh R. *Child and adolescent fast-food choice and the influence of calorie labelling: a natural experiment*. In: *Int. J. Obes. (Lond)*, 2011; nr. 35, p. 493–500.
- Gerend M.A. *Does calorie information promote lower calorie fast food choices among college students?* In: *J. Adolesc. Health*, 2009; nr. 44, p. 84–86.
- Roberto C.A., Larsen P.D., Agnew H., Baik J., Brownell K.D. *Evaluating the impact of menu labelling on food choices and intake*. In: *Am. J. Public Health*, 2010; nr. 100, p. 312–318.
- Shangguan S., Smith J., Ma W., Tanz L., Afshin A., Mozaffarian D. *Effectiveness of point-of-purchase labelling on dietary behaviours and nutrient contents of foods: a systemic review and meta-analysis (abstract)*. In: *Circulation*, 2015; nr. 131, p. 323.
- Zang Q., Liu S., Liu R. et al. *Food Policy Approaches to Obesity Prevention*. In: *Curr. Obes. Rep.*, 2014, nr. 3, p. 171-182. DOI 10.1007/s13679-014-0099-6.
- Pantoja F., Rossi P.C., Borges A. *Improving the Effectiveness of Nutritional Labelling: The Role of Color*. In: Michael W. Obal; Nina Krey; Christian Bushardt (Eds.). *Let's Get Engaged! Crossing the Threshold of Marketing's Engagement Era*, Springer, Heidelberg, p. 497.
- Nguyen Q.N., Pham S.T., Nguyen V.L. et al. *Effectiveness of community-based comprehensive healthy lifestyle promotion on cardiovascular disease risk factors in a rural Vietnamese population: a quasi-experimental study*. In: *BMC Cardiovasc. Disord.*, 2012; nr. 12, p. 56.
- Crocker H., Lucas R., Wardle J. *Cluster-randomised trial to evaluate the 'Change for Life' mass media/ social marketing campaign in the UK*. In: *BMC Public Health*, 2012; nr. 12, p. 404.
- Keyte J., Harris S., Margetts B., Robinson S., Baird J. *Engagement with the National Healthy Schools Programme is associated with higher fruit and vegetable consumption in primary school children*. In: *J. Hum. Nutr. Diet. Off J. Br. Diet. Assoc.*, 2012; nr. 25, p. 155–160.
- Pekka P., Pirjo P., Ulla U. *Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme – experiences*

- from Finland. In: Public Health. Nutr., 2002; nr. 5, p. 245–251.
28. Dixon H., Borland R., Segan C. et al. *Public reaction to Victoria's "2 Fruit and 5 Veg Every Day" campaign and reported consumption of fruit and vegetables*. In: Prev. Med., 1998; nr. 27, p. 572–582.
29. Stables G.J., Subar A.F., Patterson B.H. et al. *Changes in vegetable and fruit consumption and awareness among US adults: results of the 1991 and 1997 5 A Day for Better Health Program surveys*. In: J. Am. Diet. Assoc., 2002; nr. 102, p. 809–817.
30. Afshin A., Abioye A.I., Ajala O.N. et al. *Abstract P087: Effectiveness of Mass Media Campaigns for Improving Dietary Behaviours: A Systematic Review and Meta-analysis*. In: Circulation, 2013; nr. 127, p. 87.
31. Sutherland J., Edwards P., Shankar B., Dangour A.D. *Fewer adults add salt at the table after initiation of a national salt campaign in the UK: a repeated cross-sectional analysis*. In: Br. J. Nutr., 2013; nr. 110, p. 552–558.

pentru populație și a conferințelor pentru medici privind metodele de profilaxie.

Cuvinte-cheie: prevenirea bolilor netransmisibile, consultație profilactică, școli de sănătate

Введение

В настоящее время состояние здоровья населения Украины оценивается как неудовлетворительное и характеризуется высоким уровнем общей смертности (14,6 на 1000 населения), низким уровнем ожидаемой продолжительности жизни (66,12 года для мужчин) и отрицательным естественным приростом населения (-3,9 на 1000 населения в 2014 году). Неконтролируемыми являются распространенные среди населения такие факторы риска, как курение, лишний вес, недостаточная физическая активность, чрезмерное употребление алкоголя. Проблема распространности неинфекционных заболеваний (НИЗ) остается нерешенной: две трети всех случаев смерти, из которых более четверти в возрасте до 60 лет приходится на сердечно-сосудистые, онкологические, хронические респираторные заболевания и сахарный диабет. Здравоохранение оказалось неспособным путем своевременной диагностики и лечения повлиять на показатели смертности от основных социально значимых заболеваний [1].

Повысить уровень популяционного здоровья призвана медицинская профилактика как вид профессиональной деятельности в здравоохранении [2]. В Глобальном плане действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 годы Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) представила дорожную карту освобождения от бремени предупреждаемых НИЗ. Переориентировать систему здравоохранения на профилактику НИЗ и борьбу с ними ВОЗ рекомендует посредством первичного медико-санитарного обслуживания [3].

Цель исследования – изучить и обосновать особенности применения различных форм и методов профилактики НИЗ на первичном уровне оказания медицинской помощи.

Материалы и методы исследования

Материалы исследования – нормативные и официальные документы ВОЗ, Министерства здравоохранения Украины, публикации отечественных и зарубежных авторов, данные официальной статистики. Результаты собственных исследований: изучение первичной медицинской документации 288 стационарных больных бронхообструктивными заболеваниями; 120 амбулаторных больных гипертонической болезнью;

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.И. ЧЕБАН, Л.Й. ВЛАСИК,

Кафедра социальной медицины
и организации здравоохранения.

Высшее государственное учебное заведение Украины
«Буковинский государственный медицинский
университет», г. Черновцы, Украина

Summary

Current aspects of improvement of non-communicable diseases' prophylaxis in primary care medical assistance

The paper considers methodological approaches to prevention counselling at the individual and group level as an affordable, cost-effective and promising area of prevention activities healthcare professionals at the primary care level. The experience of the organization of the health schools and conferences with preventive orientation for doctors was analysed.

Keywords: prevention of non-communicable diseases, prophylactic counselling, health schools

Rezumat

Aspecte actuale privind îmbunătățirea prevenirii bolilor netransmisibile la nivelul asistenței medicale primare

În articol sunt prezentate abordările metodologice ale consultațiilor individuale și în grup ca metodă accesibilă, economic profitabilă și de perspectivă în activitatea medicilor de la nivelul asistenței medicale primare. Este examinată experiența de organizare a școlilor de sănătate

материалы 48 конференций профилактической направленности для медицинских работников (2005-2015 гг.), 36 занятий в *Школе здоровья* (2012-2015 гг.), проведенных отделением профилактики городской поликлиники № 1, г. Черновцы.

Использованные методы: историографического обзора, статистический, анкетирования, аналитический.

Результаты и их обсуждение

Исторически профилактическое направление здравоохранения всегда реализовывалось на первичном уровне оказания медицинской помощи. В борьбе с НИЗ решающая роль отводилась диспансерному методу, в частности обязательным ежегодным медицинским осмотрам. На фоне ухудшения социально-экономической ситуации в Украине с 1990 по 2010 годы отмечался значительный спад профилактической работы [4]. Действующая модель здравоохранения стала неэффективной и требовала вложения значительных средств на содержание.

Приказ № 728 Министерства здравоохранения Украины от 27.08.2010 года *О диспансеризации населения* хотя и декларировал диспансеризацию как предпосылку к переходу на медицинское страхование и предусматривал соответствие медицинским стандартам, не дал ожидаемых результатов из-за недостаточного финансирования, отсутствия кадров и неприятия общественным мнением. Таким образом, в настоящее время, перед здравоохранением Украины стоят новые задачи, в частности внедрение экономически обоснованных, ориентированных на пациента методов профилактической работы, а именно действий направленных на предупреждение возникновения заболеваний, раннего выявления и замедления прогрессирования уже существующих. Реализовывать такие задачи призвана первичная медико-санитарная помощь на принципах семейной медицины и участковая терапевтическая служба, которая еще используется при обслуживании городского населения.

В результате проведенного нами анализа методов первичной профилактики НИЗ в условиях городской поликлиники следует отметить, что наиболее часто используются такие формы работы как лекции и беседы с населением, хотя по данным опроса только каждый 4-й посетитель поликлиники получает знания от медицинских работников [5]. Нужно отметить, что проведение санитарно-просветительной работы на первичном уровне имеет определенные трудности: население района обслуживания крайне расслоено по социальному положению; большинство яв-

ляется неорганизованным; значительная часть малообеспеченных, социально незащищенных и асоциальных лиц с низкой мотивацией к сохранению здоровья. Это препятствует успешному контролю над болезнями, ведь необходимо согласие и участие пациента, как в ходе лечения, так и в профилактическом процессе [2]. Поэтому врач общей практики должен предоставлять практические рекомендации в соответствии с социальным статусом пациента, а именно отдавать предпочтение простым, доступным в первую очередь необходимым вмешательствам. Формирование партнерских отношений между врачом и пациентом с целью предупреждения заболеваний предполагает наличие у врачей определенных знаний и навыков [1, 6].

Нами изучен опыт городской поликлиники по повышению квалификации медицинских работников путем проведения научно-практических конференций профилактической направленности. Конференции имеют целью не только пополнять знания, но и представлять раздел санитарно-просветительской работы интересным и необходимым, тем самым вырабатывать у медиков мотивацию придерживаться здорового образа жизни и активно пропагандировать его среди пациентов.

По нашему мнению, наиболее доступной и экономически приемлемой формой обучения населения основам здорового поведения являются информационные и информационно-мотивационные технологии в виде профилактического консультирования (МКБ-10 класс XXI, Z70-76) [2, 6, 7]. Эффективными такие консультации являются при проведении индивидуальных профилактических осмотров с целью выявления ранних форм заболеваний и факторов риска и проведения оздоровительных мероприятий (МКБ-10 класс XXI, Z00-13) [7]. Мы считаем, что консультирования молодых людей наиболее эффективны с позиции репродуктивного здоровья, а тех, кто работает – с оздоровления рабочей среды, в рекомендациях по физической активности учитывается характер труда.

Индивидуальная профилактика злоупотребления спиртными напитками сложная из-за отсутствия четкого контроля количества и периодичности употребленного алкоголя самим пациентом, особенностями его организма, отсутствием самокритичной оценки своего поведения. При профилактическом осмотре наиболее действенным является четкое и неоднозначное акцентирование внимания на самых незначительных изменениях состояния здоровья, которые могут прогрессировать и быть проявлениями действия алкоголя.

Информирование о рисках и вредных последствиях курения табачных изделий также требует от врача особого внимания и специфических знаний от коротких вмешательств до интенсивной консультативной помощи [8]. Курение является одним из основных факторов риска возникновения и прогрессирования НИЗ [4]. Проведенное нами исследование у сопоставляемых по возрастному составу групп показало, что больные хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА) продолжают курить после установленного диагноза. Достоверно больше обнаружено курильщиков среди больных мужчин ХОБЛ (29,8%), чем в группе больных БА (13,1%) ($p < 0,001$). Среди 120 больных гипертонической болезнью на доврачебном приеме выявлено 12,5% курящих людей. Таким образом, необходимыми действиями врачей всех уровней оказания медицинской помощи должно стать мотивирование пациента к прекращению курения и предоставления ему необходимой помощи в этом при любой возможности [9].

Изучение пятилетнего опыта проведения *Школы здоровья* в городской поликлинике позволяет утверждать, что это наиболее эффективная форма профилактического консультирования на групповом уровне. Проведенный нами анализ позволил выделить основные моменты, которые необходимо учитывать при внедрении такого метода санитарного просвещения. Это наличие группы врачей-консультантов, единомышленников; наличие и обустройство удобного просторного зала; организация системы приглашений населения; оборудования для мультимедийных презентаций, медицинское оборудование для простых профилактических измерений; обеспечение возможности индивидуальных консультаций; оформление выставок наглядных средств санитарного просвещения; поддержка обратной связи для изучения мнения самих пациентов.

Нами апробированы основные методологические принципы обучения в школе здоровья, а именно изложение информации от простого к более сложному, соответствие практических рекомендаций медицинским стандартам и избегание неоднозначных трактовок. На первом этапе внедрения возможны проблемы по обеспечению аудитории. В первую очередь на приглашения отзываются люди, которые достигли пенсионного возраста и реально обеспокоены состоянием своего здоровья. По данным опроса таких 40%. Они интересуются преимущественно проблемой, которая коснулась их лично. Вторая группа посетителей *Школы здоровья*, это 60% опрошенных, интересуются всеми возможными вопросами

сохранения здоровья и предупреждения заболеваний, они активны, охотно делятся информацией со знакомыми, готовы к волонтерской деятельности. На занятия постепенно приобщаются случайные пациенты, которые присоединяются к первой или второй группе.

Формирование целевых групп для тематических школ здоровья целесообразно проводить с участием узких специалистов. Работа врачей первичного звена в этом вопросе напрямую зависит от их личной мотивации и налаживания взаимопонимания в вопросах сохранения здоровья с населением участка обслуживания.

Выводы

Таким образом, организация профилактического консультирования на индивидуальном и групповом уровнях является доступным, экономически выгодным и перспективным направлением профилактической деятельности медицинских работников на первичном уровне оказания медицинской помощи.

Накоплен достаточный опыт по внедрению в практическое здравоохранение *Школы здоровья*, как наиболее эффективной формы группового метода пропаганды здорового образа жизни и гигиенического воспитания населения. Знания медицинских работников первичного звена целесообразно повышать путем проведения научно-практических конференций профилактической направленности.

Литература

1. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік* (за ред. Квіташвілі О.); МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». К., 2015, 460 с.
2. *Руководство по медицинской профилактике*. Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007, 464 с.
3. *Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг.* ВОЗ. Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 2013 г., с. 107.
4. Лашкул З.В. *Концептуальні підходи до профілактики артеріальної гіпертензії в умовах реформування охорони здоров'я*. В: Український медичний часопис, № 6 (104), XI/XII 2014, с. 149-151.
5. Власик Л.І., Багрій В.М., Власик Л.І., Колодніцька Т.Л. *Комплексний підхід в організації гігієнічного виховання населення та пропаганди здорового способу життя в умовах міської поліклініки*. В: Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій». Херсон: ПАТ «Херсонська міська друкарня», 2012, 200 с.
6. Піщиків В.А., Кондратюк Н.Ю., Торжевська О.М., Шестак Н.В. *Систематизація та аналіз існуючих методологічних підходів до превентив-*

ного консултування пацієнтів працівниками первинної медичної допомоги (аналітичний огляд літератури). В: Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, 2014, № 3 (61), с. 63-67.

7. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем*. Десятый пересмотр. ВОЗ, Женева, 1995, том 1 (часть 2), с. 514-557.
8. *Стандарти первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів*: Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 601. Київ: МОЗ України, 2012, с. 19.
9. *Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації, «Хронічне обструктивне захворювання легені»*: Наказ МОЗ України від 27.06.2013 р. № 555, Київ: МОЗ України, 2013, с. 92.

HRĂNIREA CONȘTIENȚĂ SE POATE FACE DOAR PRIN EDUCAȚIE

Floarea DAMASCHIN,

Facultatea de Medicină, Universitatea Ovidius, Constanța

Summary

Conscious nutrition can be realized only through education

In the last 25 years, prevention has been limited to a series of vaccinations aimed mostly at the newborn and child health. Health education in school, family and society is poor and, without too much wrong, I could say that it is missing altogether market pressure on the consumption of questionable quality food, obtained through proven unhealthy processes (amendment genetic, chemical processing, irradiation, microwave, etc.) is increasing greatly. Lack of health education in our children's lives is already a danger – known and unfortunately cultivated.

Keywords: nutrition, health, education

Резюме

Осознанное питание может быть реализовано только через воспитание

За последние 25 лет профилактика сводилась, в основном, к целому ряду вакцинаций новорожденных и детей раннего возраста. Медико-санитарное просвещение в школе, семье и в обществе оставляет желать лучшего и без преувеличения можно сказать, что оно и вовсе отсутствует.

Ощутимое давление рынка на потребление продуктов питания сомнительного качества, некоторых продуктов полученных при использовании доказанных нездоровых технологий (генетическая модификация, химическая

обработка, облучение, токи СВЧ и т.д.) невообразимо велико. Отсутствие профилактического воспитания наших детей уже представляет большую угрозу для их жизни и оно, к сожалению, продолжается.

Ключевые слова: питание, здоровье, воспитание

Introducere

Hrana, alături de respirație, hidratare și mișcare, este factor condițional al manifestării omului în această viață. Prin hrană se acoperă nevoile metabolice ale corpului, astfel că orice lipsă a ei, în timp, duce la dezechilibre greu de reechilibrat. Omul a avut o legătură strânsă cu mediul, a avut știința consumului normal al unor alimente și al evitării altora. Din păcate, prin tehnicizare, aceasta s-a pierdut într-un procent important, ceea ce se reflectă în atitudinea lui față de mediu, precum și în starea lui de sănătate și de morbiditate.

Discuții

Regula hrănirii naturale include din timpuri imemorabile alimentul proaspăt, dar și pe cel conservat. *Uscarea, răcirea și congelarea* au fost primele, dar și cele mai sănătoase forme de conservare. *Sărarea* este menționată din Antichitate, iar *fermentarea și murarea* sunt descoperirile secolelor al XV-lea și al XVI-lea. În secolele al XVII-lea și al XVIII-lea este descoperită conservarea prin fum, adică *afumarea* alimentelor. Toate aceste procedee naturale de conservare au păstrat valoarea nutritivă a alimentului. Mai mult chiar, unele dintre ele au îmbogățit-o. În acest sens, fermentarea și murarea sunt două procedee care păstrează principiile de bază și adaugă importante structuri nutritive noi.

Din păcate, metodele naturale de păstrare au început să piardă teren odată cu descoperirea modului de conservare termică a alimentelor, *sterilizarea* (descoperită în 1810) și *conservarea prin iradiere* (1895). Efectele lor asupra bacteriilor au permis deschiderea unui drum nou în alimentație. Dacă sterilizarea a ocupat mai lent piața alimentelor, radiațiile au început a fi folosite destul de repede după descoperirea lor (cca 20 de ani). În 1916 au fost folosite pentru conservarea fructelor și legumelor, iar astăzi în România fructele și legumele importate sunt iradiate într-un procent de 99%! Prin folosirea sterilizării și iradierii în scopul conservării alimentelor, are loc, pe de o parte, diminuarea până la dispariție a bacteriilor patogene și scăderea riscului îmbolnăvirilor, scăderea riscului epidemiogen acut, dar pe de altă parte, apar neajunsuri caracteristice fiecăreia dintre cele două metode.

La acestea se însumează o serie de inconveniente înregistrate prin modificarea genetică, prin

termenele lungi de valabilitate, prin organoleptizarea excesivă a produselor finite etc.

În altă ordine de idei, ca urmare a situației pieței și a lipsei de educație, apare un fenomen de masă extrem de negativ, și anume *monotonia alimentară pe fondul aparentei abundențe*. Oamenii s-au obișnuit să consume ceea ce le place, ceea ce le stimulează și le satisface plăcerea, indiferent dacă produsele sunt sau nu benefice organismului. În ultimii 20 de ani, piața a fost și continuă să fie plină cu produse nespecifice sezonului, produse cu termen lung de garanție, produse puternic organoleptizate, produse modificate genetic etc., toate aspectuoase, bune la gust și preferate în consum în detrimentul celor proaspete.

Hrănirea doar după plăcerea gustului și plăcerea saturației gastrice este viciată și frecvent carențată prin lipsa varietății alimentelor de fond. Ea se accentuează prin distrugerile rezultate ca urmare a conservării prin iradiere, sterilizării, pasteurizării, tratării chimice etc. Fără luarea în considerare a nevoii zilnice a organismului, cultivăm deficiențe nutritive care, adeseori, sunt dificil de diagnosticat și sunt și mai dificil de corectat. Alimentele conservate, mai ales prin iradiere, își păstrează aparența de proaspăt (culoarea și relativ gustul) și astfel reușesc să inducă în eroare consumatorul. Apoi, curentul mediatic prin care se promovează *sănătatea prin fructe* împinge la un consum exagerat al acestora, condiționat de prețul acceptabil și indiferent de eficiența metabolică – prin lipsa de cunoaștere.

Prin neuromarketing, prelucrarea industrială și desfacerea alimentului spre consum se practică o *stimulare nemaicunoscută a poftei și a mâncatului de dragul mâncatului*. În acest sens, alimentul promovat este prelucrat, pentru a fi suficient de apetisant și disponibil consumului în timp imediat. Din păcate, consumatorul nu-și pune problema acestei *curioase abundențe*, care poate fi periculoasă în fapt prin chimizarea evidentă și prin radioactivitatea neevidentă, dar trădată de termenele lungi de valabilitate!

În România, acest tip de hrănire, centrat de poftă și plăcere, a atins cote alarmante în ultimii 25 de ani. Astăzi, în așa-zisa „societate modernă”, pe care prefer s-o numesc doar *contemporană*, oamenii au atenția anesteziată, se hrănesc în funcție de poftă și plăcere, și nu din rațiunea nevoii de sănătate. Adeseori se hrănesc din plictiseală. Acest tip de hrănire este frecvent și este susținut de obezitatea epidemică, precum și de tot cortegiul de suferințe ce decurg din ea.

În familie, în școală, în servicii, dar și pe stradă, educația va trebui să-și recapete locul pe care l-a avut. Fără educație preventivă omul este terenul

sigur al suferinței. Familia și școala, prin obiceiurile moștenite sau cultivate, ne imprimă reguli de viață pe care greu le schimbăm de bunăvoie. Știința a demonstrat că suntem unici, deci avem și nevoi unice. Privind unicitatea noastră, în nutriție există un concept al efectului alimentelor asupra sănătății: „*Ceea ce pentru unul este medicament pentru altul poate fi otravă*”.

Așadar, un aliment poate fi benefic pentru unii, în timp de pentru alții este mai puțin benefic sau poate fi chiar patogen. Acest aspect a fost confirmat din plin printr-un studiu doctoral efectuat în cadrul facultății noastre. Tema studiului a constituit-o riscul mai mare al diabetului în unele familii aparținând naționalităților conlocuitoare, dar în final s-a dovedit că pericolul îl reprezenta obiceiul cultivat în bucătărie. Din anchetele epidemiologice efectuate timp de 6 ani a reieșit că cei care intrau în familiile de diabetici (frecvent prin căsătorie) și rămâneau în relație strânsă cu acestea (masă comună o perioadă lungă de timp) se expuneau serios riscului diabetic, mergând până la a face boala, cu toate că veneau din familii apreciate fără risc diabetic.

Sunt extrem de multe studii care demonstrează că peste 90% din patologia actuală este indusă prin comportament, vorbim de o patologie de masă, iar acest procent este rezultatul lipsei de educație. Cu referire la aliment – ce să înțelegem de aici?

Să înțelegem că **alimentul este medicament** și că este necesar să-l consumăm cu atenția cu care consumăm și medicamentul!

Oare este prea mult acest lucru?

Răspunsul este că ar putea fi prea mult, dacă nu avem în vedere ceea ce reprezintă sănătatea, atât din punct de vedere personal, cât și colectiv. Știm că sănătatea este bunul cel mai de preț al omului, dar și al societății, că ea se cultivă prin aliment, dar se și educă. Să ne aducem aminte ce spunea Hippocrate: **„Alimentele voastre să fie medicamentele voastre și medicamentele voastre să le luați din alimentele voastre”!**

Ce vrea să însemne aceasta?

Înseamnă că mâncarea nu este o sarcină la întâmplare, o treabă lăsată în satisfacerea foamei, a poftei sau a unei atitudini indiferente, manifestate prin „*orice e bun de mâncat dacă-mi place*” etc. Pe termen limitat, aceste tip de hrănire poate împlini aparent nevoile corpului, dar pe termen mediu, și mai ales lung, lucrurile pot fi deturnante de la starea de bine.

Din nefericire, deși datele epidemiologice sunt clare și sunt dovedite științific, *educația*, pilonul care stă la baza prevenției, rămâne în aceeași situație – adică *nu se face*. Astfel, copilul are o singură posibili-

tate de supraviețuire, și anume aceea de a se adapta la această viață doar prin obiceiurile încetățenite în familie, care, la rândul ei vine cu propriile obiceiuri și adună obiceiurile impuse de piața vieții. Prețul adaptării este sănătatea proprie, dar și a urmașilor, cu atât mai mult cu cât vor continua să trăiască așa cum au cunoscut.

Educația începută de la cele mai mici vârste poate fi eficientă atunci când părinții beneficiază de consiliere în creșterea copiilor. Această activitate poate fi cuprinsă în cadrul programelor de sănătate. Cunoștințe care privesc respirația, mișcarea, hidratarea, dar și hrănirea, sunt obligatorii pentru cultivarea sănătății, pentru scăderea costului pe familie, dar și pe nație. Ele ar trebui începute în perioada miciei copilării și continuate toată viața, căci fiecare vârstă are nevoi specifice. Ar trebui urmărite până a le aduce la starea de stereotip!

Din activitatea mea, pot spune cu certitudine că majoritatea copiilor, studenților, dar și a adulților, sunt în mare derută privind alegerea alimentului convenabil sănătății. În lipsa unei suferințe care să-i oblige la atenție, consumul este centrat pe pâine albă, dulciuri, cartofi, paste, patiserie, preparate finite și semifinite, lactate, cărnuri. Foarte interesant este că atunci când apar problemele, rămân dezorientați, alertați, când primesc recomandarea de eliminare temporară din consum a proteinei animale. Întrebările comune sunt: „Cum să trăiești fără brânză și carne? Se poate? Nu faci anemie?” etc.

Apoi, întâlnesc frecvent studenți care nu cunosc o serie de legume comune din alimentația poporului român, cum ar fi prazul, ridichea neagră, napul, bobul, soia, mazărea, ciupercile etc. Trece iarna și n-au consumat o dată ridiche neagră, varză murată, varză roșie, hrean, praz, hrișcă etc., dar au consumat banane, cartofi, patiserie, ciocolată, carne, brânzeturi... Totodată, constat frecvent că atât copiii, cât și adulții, în foarte mare procentaj, sunt în stare de deshidratare cronică prin consumul foarte redus de apă, precum și prin consumul mare de proteină animală, dulciuri și sare.

Concluzii

Dacă în secolele anterioare patologia de masă era dominată de bolile infecțioase, în ultimul secol patologia este, limpede, a celor metabolice. Fără educație omul este incapabil să depășească această situație. **Va reuși cine poate, poate cine știe și aplică ceea ce știe!**

Prin atitudine individuală, dar mai ales de grup, pot fi sancționate neordinile care atentează asupra sănătății. Piața alimentelor, piața hranei se poate reconsidera doar prin poziționarea responsabilă, fermă,

consecventă a cumpărătorului în relație cu producătorul, furnizorul, dar și cu pârgھیile legislative.

Referitor la rolul și efectele educației, Immanuel Kant afirma: „Omul poate deveni om numai prin educație. El nu e nimic decât ceea ce face educația din el”. În același sens, Nicolae Iorga spunea: „Educația sanitară singură ar face mai mult decât toate spitalele împreună”.

Bibliografie

1. Damaschin Floarea, Rudencu Teodora. *Elemente minerale și vitamine*. Editura Medicală, 2001.
2. Damaschin Floarea. *Principii nutritive calorigene și necalorigene*. Editura Medicală, 2005.
3. Damaschin Floarea. *365 sfaturi pentru 365 de zile*. Editura „Sfinții Martiri Brâncoveni”, 2010.
4. Pollan Mihael. *Dilema omnivorului. Istoria naturală a celor patru moduri de obținere a alimentelor*. București: Editura House of Guldes, 2008.
5. Roberts Paul. *Sfârșitul hranei, pericolul înfometării în era hipermarketurilor*. București: Editura „Litera Internațional”, 2008.
6. Severac Claire. *Complotul mondial împotriva sănătății*. București: Editura Lucman, 2010.
7. Walker Norman W. *Calea naturală către o sănătate de fier*. București: Editura All, 2015.
8. Revista *Viața Medicală*, nr. 3/1357 din 22.01.2016.

CONSECINȚELE FUMATULUI ȘI CONSUMULUI NOCIV DE ALCOOL ASUPRA STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI MĂSURILE DE CONTROL AL TUTUNULUI ȘI ALCOOLULUI, ÎNTREPRINSE LA NIVEL LOCAL

Vasile GUȘTIUC, Rafail ȘIHLEAROV,
Constantin VACARCIUC,
Centrul de Sănătate Publică raional Orhei

Summary

The smoking consequences and harmful consumption of alcohol, on the population health condition and all the undertaken measures in the control of tobacco and alcohol at the local level

In this article are reflected some aspects concerning the population health condition from the Orhei district through some non-communicable diseases, influenced by excessive consumption of alcohol and tabacosis, and all the undertaken measures in the control of tobacco and alcohol at the local level.

Keywords: alcohol, tabacosis, cardiovascular system diseases, hyperglycemia, health promotion

Резюме

Последствия табакокурения и чрезмерного потребления алкоголя для здоровья и принятые меры на местном уровне в области контроля табака и алкоголя

В данной статье отражены аспекты здоровья населения района Орхей в плане некоторых неинфекционных заболеваний, развивающихся под влиянием курения и употребления алкоголя, а также предпринятые меры на местном уровне в области контроля табака и алкоголя.

Ключевые слова: алкоголь, курение, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, пропаганда здорового образа жизни

Introducere

Consumul abuziv de alcool și fumatul reprezintă actualmente unele dintre principalele provocări pentru sănătatea publică în plan mondial.

Potrivit datelor furnizate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), la nivel global, consumul nociv de alcool cauzează aproximativ 3,3 milioane de decese în fiecare an (sau 5,9% din totalul deceselor), iar 5,1% din povara globală a bolii este imputabilă consumului de alcool [1].

În același timp, fiecare al zecelea decedat la adulți în lume este atribuit utilizării tutunului. Astfel, OMS indică asupra faptului că tutunul ucide aproape 6 milioane de oameni în fiecare an, dintre care mai mult de 5 milioane sunt de la consumul de tutun direct și mai mult de 600 000 sunt nefumători expuși la fumatul pasiv [2].

Problema tabagismului și consumului abuziv de alcool este extrem de actuală și pentru Republica Moldova. Fiind o țară agrară, unde viticultura și vinificația sunt printre principalele ramuri ale economiei naționale, tradițional se consumă cantități mari de vin. Potrivit estimărilor, în medie, un locuitor cu vârsta peste 15 ani consumă anual circa 12 litri de alcool pur, depășind astfel media pe țările Uniunii Europene [3].

Concomitent, rezultatele Studiului de indicatori multipli în cuiburi, realizat în Republica Moldova în anul 2012, denotă faptul că 84% din bărbați și 29% din femei au raportat că au folosit vreodată un produs din tutun [4]. În comparație cu media europeană (și a majorității statelor din Europa), aceste date sunt extrem de înalte.

Material și metode

La analiza situației și expunerea materialului au fost utilizate Anuarele statistice medicale ale Centrului Național de Management în Sănătate *Sănătatea publică în Moldova* pentru anii 2010-2014, precum și rapoartele statistice disponibile ale Centrului de Sănătate Publică raional Orhei în domeniul promovării sănătății pentru anii 2013-2015.

Rezultate și discuții

Cercetările științifice au demonstrat că fumatul și utilizarea alcoolului sunt printre principalele cauze

a peste 60 de maladii și stări morbide. Astfel, alcoolul și tutunul sunt factori majori de risc pentru bolile cardiovasculare, bolile aparatului digestiv, diabetul zaharat etc. Există suficiente studii ce demonstrează relația cauzală a acestor factori de risc cu tumorile maligne, inclusiv cancerul cavității bucale, faringelui, laringelui, cancerul mamar la femei etc. [4, 5].

Situația privind unele stări morbide asociate consumului abuziv de alcool și fumatului este destul de pronunțată și în raionul Orhei. Structura mortalității populației din raionul Orhei pentru anii 2010-2014 denotă faptul că pe primele trei poziții se află bolile cardiovasculare, cu circa 56,1%, urmate de maladiile aparatului digestiv și tumorile cu 14,5% și 12,9% respectiv (figura 1).

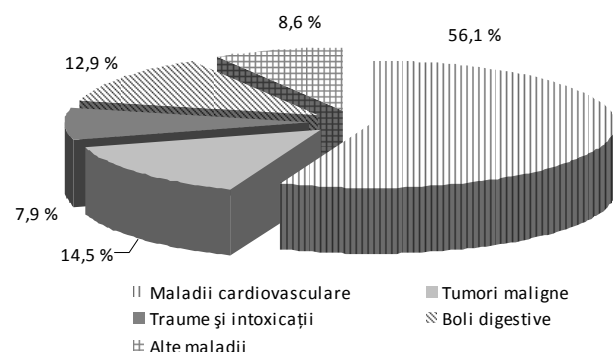


Figura 1. Structura mortalității populației raionului Orhei, 2010-2014

Un fenomen care ne îngrijorează este și nivelul sporit al deceselor cauzate de bolile aparatului digestiv. Pe întreaga perioadă de referință, mortalitatea cauzată de aceste afecțiuni a fost net superioară față de indicele mediu pe țară, raionul Orhei fiind în topul raioanelor cu cea mai înaltă rată a deceselor provocate de acest grup de maladii. Peste 80% din decese au fost cauzate de hepatitele cronice și cirozele hepatice.

Destul de alarmantă este și situația privind morbiditatea specifică prin unele forme nosologice, cum ar fi prevalența prin BCV și bolile aparatului digestiv, care pe parcursul ultimilor ani au o tendință continuă de creștere. Astfel, indicele prevalenței prin BCV s-a majorat de la 1013,7 cazuri la 10 mii populație în anul 2010 până la 1187,0 cazuri în 2014. În același timp, prevalența determinată de bolile aparatului digestiv a crescut de la 801,2 până la 842,0 cazuri la 10 mii populație (figura 2).

Pe parcursul ultimilor cinci ani se atestă și o creștere continuă a prevalenței prin diabet zaharat, care s-a majorat de la 223,2 cazuri la 10 mii populație înregistrate în anul 2010 până la 294,6 cazuri în anul 2014.

O problemă majoră de sănătate publică la nivel de raion este și morbiditatea prin alcoolism și psihoze alcoolice, care se caracterizează prin menținerea

**PROMOVAREA UNUI COMPORTAMENT SĂNĂTOS
PENTRU PREVENIREA BOLILOR NETRANSMISIBILE**

incidenței și prevalenței la un nivel destul de înalt, comparativ cu indicele mediu pe țară (vezi tabelul).

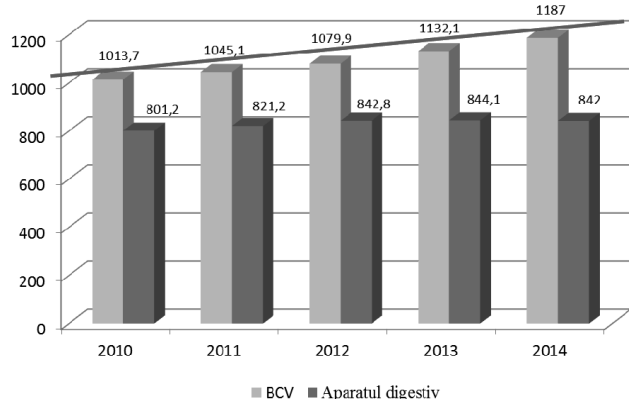


Figura 2. Prevalența prin BCV și bolile aparatului digestiv la populația din raionul Orhei, perioada 2010-2014

Morbiditatea populației prin alcoolism și psihoze alcoolice la 10 mii populație

Indicatorul	Teritoriul administrativ	Anii				
		2010	2011	2012	2013	2014
Incidența	Raionul Orhei	229,9	148,6	113,8	145,6	170,0
	Republica Moldova	121,3	96,5	91,4	87,7	88,4
Prevalența	Raionul Orhei	2483,8	2522,1	2488,6	2393,1	2376,6
	Republica Moldova	1314,2	1308,1	1317,2	1295,8	1312,5

Este destul de alarmantă situația privind alcoolismul în rândul femeilor. Cota medie multianuală a femeilor cu alcoolism, aflate în evidență în raionul Orhei pentru perioada 2010-2014, a atins nivelul de 21,4%, depășind indicatorul mediu pe țară, care în aceeași perioadă de timp a constituit 16,0%. E de menționat faptul că alcoolismul influențează în mod direct fertilitatea la femei, punând totodată în pericol și sănătatea viitoarelor generații [5].

Situația creată a dictat necesitatea mobilizării eforturilor comune ale tuturor partenerilor sociali întru diminuarea impactului cauzat de tabagism și alcoolism asupra stării de sănătate a populației. Astfel, în scopul realizării la nivel local a activităților în domeniul controlului tutunului și alcoolului, precum și redresării situației existente și ameliorării stării de sănătate a populației afectate de maladiile condiționate de fumat și consumul excesiv de alcool, începând cu anul 2012, la nivel de raion, prin deciziile Consiliului Raional Orhei, au fost implementate Programul național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 100 din 16.02.2012, și Programul național privind controlul alcoolului pe anii 2012-

2020, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 360 din 06 iunie 2012.

În acest context, anual sunt elaborate și aprobate, prin deciziile Consiliului Raional Orhei, Planuri teritoriale de acțiuni pentru realizarea programelor naționale menționate, care includ activități intersectoriale concrete de reducerea consumului de tutun și a consumului abuziv de alcool, iar nivelul realizării lor fiind discutat în cadrul ședințelor de lucru ale Consiliilor de coordonare, create în acest scop.

Un capitol aparte în prevenirea alcoolismului și tabagismului îl constituie organizarea și realizarea la nivel comunitar a activităților de promovare a sănătății.

În contextul respectiv, cu suportul specialiștilor din sistemul sănătății și din alte sectoare, anual sunt organizate și desfășurate diverse acțiuni de promovare a sănătății în cadrul zilelor mondiale de profilaxie și combatere a maladiilor. Astfel, anual, la nivel de raion sunt organizate activități de promovare a sănătății în cadrul marșului Zilei Mondiale fără tutun (31 mai), Zilelor Naționale fără alcool (2 octombrie) și fără fumat (în luna noiembrie). Activități de sensibilizare a populației privind daunele alcoolului și fumatului sunt desfășurate și cu prilejul marșului Zilelor Mondiale a Inimii (29 septembrie), de combatere a Cancerului (4 februarie), de prevenire a Diabetului Zaharat (14 noiembrie) etc.

Există o deschidere deosebită în organizarea activităților de educație pentru sănătate și din partea Direcției Generale Educație a Consiliului raional Orhei, în colaborare cu care sunt organizate și desfășurate diverse conferințe, concursuri tematice, precum și ore de sănătate în domeniul prevenirii tabagismului și consumului de alcool în rândul tinerilor.

Anumite activități de educație pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață sunt realizate în colaborare cu reprezentanții societății civile, cu suportul cărora sunt organizate și desfășurate diverse flash mob-uri, dialoguri publice, concursuri etc. O concluzie fructuoasă la acest capitol este stabilită și cu mass-media locală. Diverse articole ce vizează riscurile asociate consumului excesiv de alcool și tabagismului au fost publicate anual în ziarul *Opinia Liberă și Plaiul Orheian*, iar problemele privind controlul tutunului și alcoolului au fost puse în dezbatere periodic la postul local de radio *Media Sfera Radio Orhei*, fiind organizate diverse emisiuni radiofonice tematice, inclusiv în direct cu radioasculțătorii.

Concluzii

1. Structura mortalității generale a populației raionului Orhei după cauze de deces în perioada 2014-2015 relevă că cele mai multe decese (peste

56%) sunt cauzate de bolile aparatului cardiovascular, urmate de tumori și bolile aparatului digestiv, maladii care drept factori de risc primordiali au fumatul și consumul excesiv de alcool.

2. O problemă majoră de sănătate publică pentru raionul Orhei este și morbiditatea prin alcoolism și psihoze alcoolice, care se caracterizează prin menținerea incidenței și prevalenței la un nivel destul de înalt, comparativ cu indicele mediu pe țară.

3. Situația creată dictează necesitatea mobilizării în continuare a eforturilor comune ale tuturor partenerilor sociali întru diminuarea impactului cauzat de tutun și alcool asupra stării de sănătate a populației.

Bibliografie

1. *Global status report on alcohol and health 2014*, WHO, 2014, 376 p.
2. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/
3. *Childrens health and environment in the Republic of Moldova*, 2010.
4. *Studiul de indicatori multipli în cuiburi pentru Moldova (MICS)*, 2012.
5. *Programul Național privind controlul alcoolului pe anii 2012-2020*, aprobat prin HG nr. 360 din 06.06.2012.
6. *Programul Național privind controlul tutunului pe anii 2012-2016*, aprobat prin HG nr. 100 din 16.02.2012.

EVALUAREA STATUSULUI NUTRIȚIONAL ȘI A OBICEIURILOR ALIMENTARE LA SPORTIVII DE PERFORMANȚĂ

*Doina Carina VOINESCU, Costinela GEORGESCU,
Mariana STUPARU-CREȚU, Oana Roxana
CIOBOTARU, Octavian Cătălin CIOBOTARU,
Dinu CIPRIAN,*

Departamentul Clinic, Facultatea Medicină și Farmacie,
Universitatea Dunărea de Jos, Galați, România

Summary

Assesment of nutritional status and dietary habits to athletes

The principles of healthy eating nutritional recommendations found in athletes, however, in their case, the caloric and nutritional adaptations specific target: age, type of sport, stage preparation, timing and conduct of the exercise.

The present study aims to evaluate the dietary and nutritional status of a batch of 62 male athletes, aged 12 to 18 years in professional Football Sports Club „Danube – Galati”.

Keywords: *nutritional status, competition, questionnaire*

Резюме

Оценка статуса питания и привычек питания у спортсменов

Принципы здорового питания описаны в рекомендациях по питанию спортсменов, однако необходимо приспособить калории в зависимости от возраста, практикуемого спорта, этапа подготовки и видов упражнений.

В статье авторы оценивают питательный рацион и привычки питания у 62-х спортсменов-мужчин, в возрасте от 12 до 18 лет, профессиональных футболистов спортивного клуба «Дунай – Галац».

Ключевые слова: *статус питания, соревнование, вопросник*

Introducere

În sport, componenta principală a succesului începe cu un aport adecvat de energie pentru a susține cheltuielile calorice, pentru menținerea sau îmbunătățirea forței și rezistenței musculare, precum și pentru menținerea stării de sănătate [1].

Sportivii de elită pot consuma între 600 și 1200 de calorii pe ora de exerciții fizice (Kreider RB, 2010; Otten J, 2006), intervalul tipic fiind de 5,2–11,2 kcal/minut (Otten J., 2006).

La sportivii de performanță, raportul optim de nutrienți – proteine, lipide și glucide – este de 1:1:5, Organizația Mondială a Sănătății recomandând ca aportul zilnic de proteine să fie de 1,5–1,8 g/kgc/zi [3].

Lipidele trebuie să furnizeze 25–30% din totalul de calorii, 70% de origine animală, 30% de origine vegetală, reprezentând 1,5 g/kgc/zi, acizii grași esențiali reprezentând 1–7% din totalul proteinelor.

La sportivi, nevoia de glucide este de 4,5-10 g/kg corp/zi, aproximativ 600–800 g/24 de ore, acoperind 55–60% din necesarul caloric al organismului. O problemă importantă a sportivului este refacerea glicogenului muscular post-efort fără să genereze hiperglicemie. Mulți sportivi folosesc fructoza, care se transformă hepatic în glicogen, fără a influența nivelul glicemiei (Drăgan, 2002).

Micronutrienții (calciu, fier, zinc, magneziu, vitaminele B, C, D, E) sunt importanți pentru sportivi [4], dietele deficitare afectând sănătatea și performanțele atletice [5].

Material și metode

A fost realizat un studiu prospectiv pe un număr de 62 de sportivi de performanță din fotbal, de la Clubul Sportiv Dunărea – Galați, sportivi de sex masculin, vârsta 12–18 ani, urmăriți în perioada mai – octombrie 2015.

Criterii de includere în lotul de studiu: persoane sportive de sex masculin, vârsta minimă de 12 ani, o vechime de cel puțin 3 ani în fotbal.

Criterii de excludere din lotul de studiu: persoane de sex feminin, vârsta sub 12 ani, cu o vechime mai mică de 3 ani în fotbal.

Instrumentul de lucru folosit a fost chestionarul cu 25 de întrebări cu răspuns multiplu, întrebări de control și de identificare.

Parametrii pe care i-am avut în vedere pe tot parcursul cercetării au fost: vârsta actuală, vârsta la care au început să practice fotbalul, vechimea în sport, indicii somatometrici (înălțimea, greutatea actuală), obiceiurile alimentare. Au fost stabilite corelații între numărul orelor de antrenament și consumul de apă, sare, nutrienți, legume și fructe, dulciuri rafinate, alimente tip fast-food, suplimente alimentare. De asemenea, s-au stabilit corelații între greutate și numărul orelor de antrenament, vechimea în sport, frecvența sălii de forță, numărul de mese/zi.

Prelucrarea statistică a datelor a fost realizată folosind o bază de date implementată cu ajutorul SPSS (Statistical Package for Social Sciences). De asemenea, au fost utilizate programele Microsoft Office Word 2007 și Microsoft Office Excel 2007.

Rezultate obținute

Sportivii cuprinși în studiu au avut greutatea corporală cuprinsă între 38 și 85 kg, majoritatea s-au încadrat în intervalul de 51–64 kg, cu o înălțime cuprinsă între 1,71 și 1,80 m, 36,4% dintre ei având o activitate fizică de peste 3 ore/zi; 22,6% dintre fotbaliști au început să practice acest sport de la vârsta de 10 ani.

Majoritatea sportivilor au avut alimentația bazată pe o dietă standardizată, 60% iau două mese principale și mai multe gustări, cea mai importantă masă fiind reprezentată de micul dejun. Fotbaliștii preferă mâncarea gătită, în proporție de 59,7%, urmată de cereale (21%), pe ultimul loc fiind carnea grasă (1,6%).

Majoritatea fotbaliștilor (74,5%) au susținut că există o diferență de alimentație între perioada de antrenament și cea de cantonament. Ponderea cea mai mare în alimentație o au proteinele (88,5%), lipidele și glucidele, însă au înregistrat procente foarte scăzute (4,9%, respectiv 6,6%).

Fotbaliștii preferă carnea de pasăre (41,90%), iar la o diferență nu foarte mare se înregistrează preferința pentru carnea de porc (33,90%).

S-a înregistrat consumul zilnic de fructe și legume proaspete, care a fost majoritar în alimentație (66,1%), 24,2% consumând fructe și legume de 2 – 3 ori pe săptămână, iar 9,7% – ocazional (figura 1).

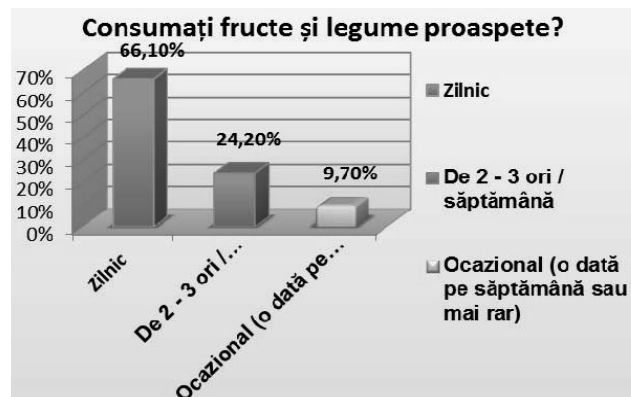


Figura 1. Consumul de fructe și legume

Majoritatea sportivilor (75,8%) consumă 1–2 litri de lichide pe zi, 24,20% consumă mai mult de 2 litri zilnic, iar fotbaliștii, într-o proporție de 58,10%, preferă un conținut mediu de sare. 79% din sportivii chestionați consumau ocazional dulciuri rafinate, 82,3% foloseau ocazional alimente de tip fast-food.

Dintre sportivii chestionați, 45,20% luau suplimente alimentare, 71,4% din suplimente fiind reprezentate de vitamine și minerale, iar 17,9% erau suplimentele proteice (figura 2).

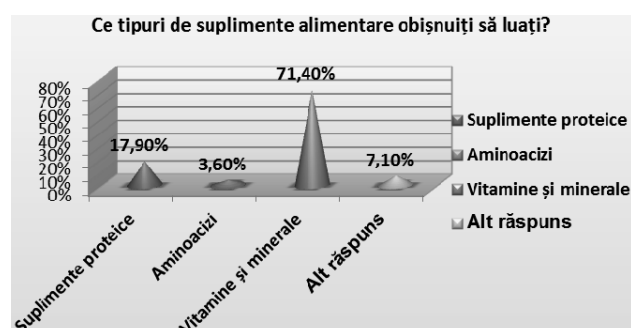


Figura 2. Consumul de suplimente alimentare

Discuții

În studiul actual, 22 de sportivi au avut un indice de masă corporală (IMC) ≥ 18 , valoarea IMC fiind influențată de masa mușchilor, structura osoasă, relația dintre IMC și masa de grăsime nefiind liniară, în special la copii și tineri [6]. Rezultatele obținute au arătat că masa cea mai importantă este micul dejun (38,7%), apoi prânzul (29%), sportivii preferă să consume mâncare gătită în proporție de 59,7%, cereale 38,7% și lactate 29%, pe ultimul loc fiind clasată carnea grasă cu 1,6%.

Iglesias-Gutierrez E. et al. [7] au cercetat aportul alimentar al tinerilor jucători de fotbal de sex masculin și au constatat că cerealele, laptele și carnea de pasăre furnizează împreună 65% din aportul energetic zilnic, cu o contribuție marginală din partea legumelor și fructelor. Contrar rezultatelor studiului lui Gutierrez, în cercetarea noastră, fructele și legumele sunt consumate zilnic în proporție mare

(66,1%), iar carnea de pasăre este aleasă de 41,9% din sportivi.

Noda et al. [8] susțin că cerealele și derivatele (orez, pâine), laptele și legumele reprezintă aproape 85% din valoarea totală a produselor alimentare ingerate de către jucătorii de fotbal.

Conform lui Long et al. [9], sportivii respectă alimentația cu proteine de înaltă calitate, consumul de apă și carbohidrați fiind secundar. Similar, în studiul nostru, 88,5% din sportivi au susținut că proteinele reprezintă cantitatea semnificativă din alimentația lor, lipidele și glucidele însumând împreună doar 11,5%, iar în cazul hidratării, niciun fotbalist nu consumă < de 1 litru de apă pe zi.

Suplimentele de vitamina C, glutamina, echinacea și zincul sunt recomandate pentru a spori funcția imunitară [10]. În studiul nostru, 45,2% dintre sportivi susțin că iau suplimente alimentare, vitaminele și mineralele au fost alese de 71,4%, iar suplimentele proteice – de 17,9%.

Tinerii sportivi incluși în această cercetare au o activitate fizică zilnică cuprinsă între o oră și trei ore, iar 17,7% – peste trei ore. O metaanaliză [11] a relevat că educația fizică poate ajuta copiii să atingă până la 40% din cele 60 de minute recomandate de activitate fizică de intensitate moderată pe zi, necesare unei dezvoltări armonioase.

Concluzii

Statusul nutrițional al sportivilor cercetați a fost unul satisfăcător, având în vedere că aceștia se află încă în perioada de creștere și dezvoltare a scheletului și musculaturii. Alimentația fotbalistilor a arătat obiceiuri alimentare sănătoase: consum zilnic de fructe și legume, preferința pentru carnea de pasăre, consum moderat de sare, consum ocazional de fast-food.

În alimentația sportivilor incluși în cercetare, ponderea cea mai mare de nutrienți au constituit-o proteinele, glucidele prezentând o scădere semnificativă față de cantitatea zilnică recomandată. Suplimentele alimentare, cu o influență pozitivă în activitatea fizică a sportivilor, au fost consumate cu moderație, majoritatea reprezentând-o vitaminele și mineralele.

Bibliografie

1. Kersick C.M., Kulovitz M. *Requirements of Energy, Carbohydrates, Proteins and Fats for Athletes*. In: NESF, 2013, nr. 36, p. 355.
2. Otten J., Pitz Hellwig J., Meyers L. *Dietary references intakes: the essential guide to nutrient requirements*. Washington DC: The National Press, 2003.
3. Rinderu E.T. *Alimentația sportivului: interrelații teoretice și practice*. Reprografia Universității din Craiova, 1999.
4. Rodriguez N.R., DiMarco N.M., Langley S. *Nutrition and athletic performance*. In: Journal of the American Dietetic Association, 2009, nr. 109, p. 509-527.

5. Hinton P.S., Sanford T.C., Davidson M.M. *Nutrient intakes and dietary behaviors of male and female collegiate athletes*. In: IJSN, 2004, nr. 14, p. 189-199.
6. Peltz G., Aguirre M.T., Sanderson M., Fadden M. K. *The role of fat mass index in determining obesity*. In: Am. J. Hum. Biol., 2010, nr. 22, p. 639-647.
7. Iglesias-Gutierrez E., Garcia A., Garcia-Zapico. *Is there a relationship between the playing position of soccer players and their food and macronutrient intake?* In: Appl. Physiol. Nutrition Metabolism, 2012, nr. 37, p. 225-232.
8. Noda Y., Iide K., Masuda R., Kishida R., Nagata A., *Nutrient intake and blood iron status of male collegiate soccer players*. In: Asia Pac. Journal, 2009, nr. 18, p. 344-350.
9. Long D., Perry C., Unruh S.A. Lewis. *Personal Food Systems of Male Collegiate Football Players*. In: Journal Athletic Train, 2011, nr. 46(6), p. 688-695.
10. Gleeson M., Bishop N.C. *Elite athlete immunology: importance of nutrition*. In: International Journal of Sports Medicine, 2000, nr. 21(Suppl 1), p. S44-50.
11. Bassett D., Fitzhugh R. *Estimated energy expenditures for school-based policies and active living*. In: AJPM, 2013, nr. 44(2), p. 108-113.

COMPORTAMENTUL ALIMENTAR ZILNIC ÎN RELAȚIE CU PERSONALITĂȚILE ACCENTUATE. STUDIUL DE CAZ LA O POPULAȚIE REPREZENTATIVĂ DIN ROMÂNIA

Cristina PETRESCU,

Universitatea de Medicină și Farmacie Victor Babeș,
Timișoara, România

Summary

Eating behaviour related to strong personalities. Case-study in a representative population from Romania

In the performed study I aimed to investigate the students' eating behavior related to strong personalities. The material consisted from a sample formed by 1364 students (60.7% female and 39.3% male) applying two questionnaires: one for eating behaviour and the questionnaire Strong Personalities. Two strong personalities were revealed as being in relation to having or no having the breakfast: II – hyperexact and IV – unruly, respectively. In conclusion, a relatione ating behavior-strong personalities is suggested.

Keywords: eating behavior, strong personalities

Резюме

Ежедневное пищевое поведение в связи с сильными личностями. Тематическое исследование у одной репрезентативной популяции Румынии

Целью данного исследования было изучение пищевого поведения студентов по отношению с сильными личностями. Группа исследованных лиц состояла из 1364 студентов (60,7% были женщины и 39,3% –

мужчины), которые были опрошены с использованием двух анкет: одна анкета для изучения пищевого поведения, а вторая – для выявления сильных личностей. В результате были выявлены две группы сильных личностей, которые либо завтракали, либо, наоборот – не завтракали и которые можно отнести, соответственно, к группе II (гиперактивные), либо к группе IV (несдержанные). В заключение было высказано предположение о взаимосвязи между пищевым поведением и сильной личностью.

Ключевые слова: пищевое поведение, сильные личности

Introducere

Relația comportament alimentar – personalitate este abordată frecvent în literatura de specialitate [1]. Comportamentul alimentar, ca un comportament cu risc, este frecvent întâlnit la tineri. Procesul de dezvoltare a personalității începe de la naștere și continuă până la finalizarea stadiului adolescenței, cu prelungirea după această perioadă. Se pune frecvent întrebarea: ce structură de personalitate determină un anumit comportament alimentar cu risc sau ce impact psihologic pot avea comportamentele cu risc asupra individului?

Comportamentul alimentar poate fi de asemenea modificat de traumele psihice (răspunsul organismului la factorii de extenuare din mediul social). Nu

este deloc de neglijat componenta genetică, care duce la apariția comportamentelor cu risc.

În studiul efectuat mi-am propus abordarea comportamentelor alimentare întâlnite la studenți în relație cu personalitățile accentuate.

Material și metode

Studiul a fost efectuat pe un eșantion format din 1364 de studenți (60,7% fete; 39,3% băieți, cu vârsta cuprinsă între 19 și 30 de ani), selectați din 10 universități din România. Metoda folosită a fost o anchetă observațională retrospectivă (studiu de caz) prin aplicarea a 2 chestionare: chestionar privind starea de sănătate (60 de itemi, din care am selectat itemii Q55-Q60 cu referire la frecvența și conținutul meselor, utilizarea produselor de patiserie, servirea mesei în timpul desfășurării altor activități și percepția stării de sănătate) și chestionarul *personalității accentuate* (indicele alfa-Chronbach – 0.823; 88 de itemi cu referire la personalitățile: I) demonstrativă, II) hiperexactă, III) hiperperseverentă, IV) nestăpănită, V) hipertimică, VI) distimică, VII) ciclotimică, VIII) exaltată, IX) anxioasă și X) emotivă) [2].

Au fost construite profilurile de personalitate pentru studenții care iau întotdeauna și cei care nu iau micul dejun. Analiza statistică (testul chi pătrat – χ^2 , testul Fisher și corelația gamma – γ) s-a efectuat cu ajutorul programului statistic SPSS 20.

Rezultate obținute

Servirea meselor: 40.2% din studenții-participanți la studiu au afirmat că iau micul dejun dimineața; 23.6% nu iau micul dejun dimineața; 40.8% servesc trei mese pe zi; 9.4% servesc doar o masă pe zi.

Meniul. Gustarea a fost reprezentată în proporții egale de un baton de ciocolată sau de dulciuri (28.5%), ori de fructe sau legume (27.9%). Cei mai mulți studenți (51%) au consumat produse de patiserie săptămânal, iar 13.7% nu au consumat deloc produse de patiserie.

Servirea mesei în timpul desfășurării altor activități: 54.5% din intervieuați au afirmat că mănâncă în fața calculatorului, televizorului (27.6% frecvent) sau la cinematograf.

Percepția stării de sănătate: 56.8% din studenți au perceput starea lor de sănătate ca fiind bună și 38.2% ca fiind satisfăcătoare.

Personalitățile accentuate în relație cu comportamentul alimentar

Profilurile personalităților accentuate la studenții care servesc (B) sau nu servesc (A) micul dejun

B	1	2	3	4	5	6	7	8	Hipertimic	
V	1	2	3	4	5	6	7	8	Emotiv	
X	1	2	3	4	5	6	7	8	Hiperperseverent	
III	1	2	3	4	5	6	7	8	Nestăpănit	
VIII	1	2	3	4	5	6	7	8	Exaltat	
IX	1	2	3	4	5	6	7	8	Ciclotimic	
II	1	2	3	4	5	6	7	8	Demonstrativ	
I	1	2	3	4	5	6	7	8	Distimic	
VII	1	2	3	4	5	6	7	8	Anxios	
IV	1	2	3	4	5	6	7	8	Hiperexact	
VI	1	2	3	4	5	6	7	8		
Total	Brute	11	22	33	44	55	66	77	88	studenți care nu servesc micul dejun
	Procent	30	60	90	120	150	180	210	240	

B	1	2	3	4	5	6	7	8	Hipertimic	
V	1	2	3	4	5	6	7	8	Emotiv	
III	1	2	3	4	5	6	7	8	Hiperperseverent	
X	1	2	3	4	5	6	7	8	Ciclotimic	
VIII	1	2	3	4	5	6	7	8	Hiperexact	
VII	1	2	3	4	5	6	7	8	Demonstrativ	
II	1	2	3	4	5	6	7	8	Nestăpănit	
I	1	2	3	4	5	6	7	8	Exaltat	
IV	1	2	3	4	5	6	7	8	Distimic	
IX	1	2	3	4	5	6	7	8	Anxios	
VI	1	2	3	4	5	6	7	8		
Total	Brute	11	22	33	44	55	66	77	88	studenți care servesc micul dejun
	Procent	30	60	90	120	150	180	210	240	

**PROMOVAREA UNUI COMPORTAMENT SĂNĂTOS
PENTRU PREVENIREA BOLILOR NETRANSMISIBILE**

Tabelul 1

Discuții

Semnificația statistică a relației personalității accentuate cu prezența sau absența servirii micului dejun (chi pătrat – χ^2 și corelația gamma – γ)

Personalități accentuate	Itemi	Răspunsuri și întrebări	χ^2	Testul Fisher exact Sig. (a)	γ (c, d)	Sig.
IV. Nestăpânit	S52	Da. Când cineva vă necăjește rău de tot și cu intenție, ați fi în stare să vă ieșiți din fire și să vă încăierați?	11.52(b)	0.000	-0.23	0.001
II. Hiperexact	S26	Da. Vă supără faptul că acasă perdeaua sau fața de masă sunt puțin cam strâmbe și le îndreptați?	16.93(b)	0.000	0.28	0.000
	S61	Da. Sunteți peste măsură de grijuliu ca acasă fiecare lucru să aibă un loc al lui?	12.99(b)	0.000	0.25	0.000

Notă: a – calculat pentru tabelul 2x2; b – 0 celule cu valorile așteptate mai mici decât 5; c – fără asumarea ipotezei nule; d – utilizarea erorii-standard asimptotice ca asumarea ipotezei nule.

Tabelul 2

Semnificația statistică a relației personalității accentuate la studenții care mănâncă sau nu când sunt în fața televizorului, calculatorului sau la cinematograful

Personalități accentuate	Itemi	Răspunsuri și întrebări	χ^2	Testul Fisher exact Sig. (a)	γ (c, d)	Sig.
I. Demonstrativ	S22	Da. Ați avut până acum crize de plâns sau crize nervoase/șoc nervos?	20.19(b)	0.000	0.36	0.000
IV. Nestăpânit	S8	Da. Sunt zile în care, fără un motiv aparent, sunteți îmbufnat(ă) și iritat(ă) încât ar fi mai bine să nu vi se adreseze nimeni?	13.44(b)	0.000	0.30	0.000
	S52	Da. Când cineva vă necăjește rău de tot și cu intenție, ați fi în stare să vă ieșiți din fire și să vă încăierați?	27.72(b)	0.000	0.41	0.000
VII. Ciclotimic	S28	Da. Vi se schimbă des dispoziția fără motiv?	14.42(b)	0.000	0.33	0.000

Notă: a – calculat pentru tabelul 2x2; b – 0 celule cu valorile așteptate mai mici decât 5; c – fără asumarea ipotezei nule; d – utilizarea erorii-standard asimptotice ca asumarea ipotezei nule.

Profilul personalităților accentuate la studenții care au afirmat că nu servesc micul dejun se caracterizează prin relevanța firii **IV – nestăpânite** (75%/50%), în comparație cu cei care servesc micul dejun, unde este relevantă firea **II – hiperexactă** (49.8%/24.9%) (vezi figura).

Analiza statistică a evidențiat o diferență semnificativă statistic între studenții care nu servesc și cei care servesc micul dejun pentru firile IV – nestăpânită și respectiv II – hiperexactă (tabelul 1).

Analiza statistică a evidențiat, de asemenea, diferențe semnificative între studenții care mănâncă sau nu când desfășoară o altă activitate (privesc emisiuni la televizor, lucrează la computer sau sunt la cinematograful) în ceea ce privește personalitățile accentuate: I – demonstrativă, IV – nestăpânită și VII – ciclotimică (tabelul 2).

În studiul efectuat sunt abordate noi aspecte ale comportamentului alimentar: frecvența, numărul meselor, meniul și contextul în care sunt servite acestea. Micul dejun are un rol important în această apreciere, deoarece în multe cazuri se ia dimineața devreme, înainte de plecarea la studii sau la serviciu. Structura de personalitate a tânărului joacă un rol important în acordarea timpului necesar pentru micul dejun.

Studiul a demonstrat că tinerii cu personalitatea accentuată II – hiperexactă – acordă timp luării micului dejun, pe când tinerii cu personalitatea IV – nestăpânită – nu acordă timp. Acest aspect se regăsește în literatura de specialitate cu referire la impulsivitate în relație cu comportamentul alimentar și alte comportamente cu risc [3]. Întrebarea S52, la care răspunsurile studenților au întrunit criteriul simptomatic și au prezentat o diferență semnificativă statistic la studenții care nu servesc față de cei care servesc micul dejun, arată în mod evident impulsivitatea și nerăbdarea (tabelul 1).

Foarte interesant a fost rezultatul în care studenții cu personalitatea accentuată IV – nestăpânită – mănâncă în timp ce desfășoară o altă activitate, fie ea și relaxantă (statul în fața televizorului, calculatorului sau la cinematograful), ceea ce denotă importanța redusă pe care o acordă acești tineri comportamentului alimentar. Faptul că semnificația statistică a diferenței răspunsurilor simptomatice între studenții care mănâncă sau nu în timp ce desfășoară alte activități a fost crescută la întrebarea S8

(tabelul 2) deschide posibilitatea unor noi abordări în cercetare.

Ce se întâmplă în „interiorul” acestor tineri în măsură să determine ruperea comunicării și starea de disconfort? Există posibilitatea ca, pornind de la analiza comportamentului alimentar ca un comportament cu risc, să se realizeze o diagnoză la nivel psihologic și chiar psihiatric.

Două alte personalități accentuate s-au remarcat ca fiind relevante în desfășurarea concomitentă a celor două activități (alimentație și statul la televizor), și anume: personalitățile I – demonstrativă și VII – ciclotimică. Din analiza întrebărilor care au primit cele mai relevante răspunsuri simptomatice (S22 și S28, tabelul 2) reiese afectarea tinerilor la nivelul emoțiilor, cu creșteri ale intensității exprimării acestora și cu o variabilitate majorată a exprimării de la o extremă la alta („emotionale ating”) [4]. Afectarea comportamentului alimentar este un efect și, în același timp, o cale deschisă pentru diagnoză.

Meniul analizat în acest studiu a fost echilibrat, cu folosirea dulciurilor, a produselor de patiserie, fructe sau legume pentru marea parte a studenților.

Un rezultat interesant a fost percepția tinerilor asupra propriei lor stări de sănătate. Faptul că 38.2% își percep starea de sănătate ca fiind satisfăcătoare la această grupă de vârstă aduce semne de întrebare privind calitatea vieții și impune noi studii în această direcție. O limită a acestui studiu constă în faptul că este unul observațional.

Concluzii

Comportamentul alimentar la tinerii din grupa de vârstă 19-30 de ani continuă să fie un comportament cu risc pentru tinerii din România aflați în etapa superioară a procesului de pregătire profesională.

Percepția lor asupra propriei sănătăți ca fiind satisfăcătoare oferă unele indicii asupra percepției calității vieții.

Două personalități accentuate: II – hiperexactă și IV – nestăpânită au fost găsite ca fiind semnificative statistic în relație cu comportamentul de servire, respectiv de neglijare a micului dejun.

Firea IV, nestăpânită, a fost găsită ca fiind în relație cu mâncatul în timpul desfășurării altor activități (statul la televizor, calculator, cinematograf), alături de firile I – demonstrativă și VII – ciclotimică.

Așadar, este sugerată o relație *comportament alimentar – personalități accentuate*.

Contribuitori. Datele utilizate în acest articol au ca sursă Proiectul nr. 402/7.11.2012. *Comportamentul cu risc pentru sănătate în conjuncție cu trăsăturile psihologice și de personalitate la oamenii tineri*, finanțat de Institutul de Antropologie Francisc I. Rainer și Academia Română. Coordonator de proiect: Rada C.,

participanți: Albu A., Bigiu N., Burhele C., Cozaru G.C., Drăghici A., Faludi C., Lordănescu C., Moga M.A., Mureșan O., Nechita Fl., Papari, A., Pescaru M., Petrariu Fl., Petrescu C., Pirlog M., Sava N., Seceleanu A., Tarcea M.

Bibliografie

1. Vainik U., Dube L., Lu J., Fellows L.K. *Personality and situation predictors of consistent eating patterns*. In: PloS One., 2015; nr. 10(12), p. e01444134. Doi: 10.1371/journal.pone.01444134.
2. Schmieschek H. *Questionnaire for the determination of accentuated personalities*. In: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*, 1970; nr. 22(10), p. 378-381.
3. Jasinska A.J., Yasuda M., Burant C.F., Gregor N., Khatri S., Sweet M., Falk E.B. *Impulsivity and inhibitory control deficits are associated with unhealthy eating in young adults*. In: *Appetite*, 2012; nr. 59(3), p. 738-747.
4. Vannucci A., Tanofsky-Kraff M., Crosby R., Ranzenhofer L.M. et al. *Latent profile analysis to determine the typology of disinhibited eating behaviors in children and adolescents*. In: *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2013; nr. 81(3), p. 494-507.

UN NOU CONCEPT DE PIRAMIDĂ ALIMENTARĂ ÎN CONTEXTUL PROMOVĂRII UNUI STIL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS

David SABĂU,

Clinica Comunitară Boli de Nutriție și Diabet,
Cluj-Napoca, România

Summary

A new concept of food pyramid in the context of promoting a healthy lifestyle

The objective of this paper is to propose a three-dimensional pyramid as a new strategy to promote proper nutrition and a healthy lifestyle, active and in a sustainable manner. Indeed, the pyramid of the Ibero-American Nutrition Foundation (FINUT) for a healthy lifestyle was conceived as a tetrahedron with three corresponding side faces, facets related to food and nutrition, physical activity and rest, and education and hygiene. New pyramid addresses to the general population of all ages and should serve as a guide for a healthy lifestyle in a defined social and cultural context. This includes an environmental dimension of sustainability and providing measures which should contribute to prevention of chronic non-communicable disease.

Keywords: *food pyramid, chronic non-communicable diseases, healthy lifestyles, education, hygiene*

Резюме

Новая концепция пирамиды питания в контексте формирования здорового образа жизни

Целью данной статьи является предложение трехмерной пирамиды в качестве новой стратегии формирования адекватного питания, а также здорового, активного и долгосрочного образа жизни. Действительно, пирамида, предложенная Иbero-американским Фондом Питания (FINUT) для здорового стиля жизни была задумана как тетраэдр, три боковые грани которого связаны с продовольствием и питанием, физической активностью и отдыхом, а также образованием и гигиеной. Новая пирамида имеет отношение к населению в целом, притом всех возрастов, и должна служить в качестве руководства для здорового образа жизни в определенном социальном и культурном контексте. Это включает в себя экологический аспект устойчивости, обеспечивая меры, которые должны способствовать профилактике хронических неинфекционных заболеваний.

Ключевые слова: пирамида питания, хронические неинфекционные заболевания, здоровый образ жизни, образование, гигиена

Introducere

În *Strategia globală privind alimentația, activitatea fizică și sănătatea*, OMS a propus dezvoltarea unui mediu care să permită acțiuni durabile la nivel de individ, comunitate și la nivelurile naționale globale, pentru a promova și a proteja sănătatea și pentru a reduce boala și rata de mortalitate legată de alimentația nesănătoasă și lipsa activității fizice. În acest context, Organizația Națiunilor Unite pentru Alimentație și Agricultură (FAO), în documentul *Dietele durabile și biodiversitatea*, a stabilit legături între agricultură, sănătate, mediu și industria alimentară [4]. Acest document include conceptul de diete durabile și contribuția acestora la siguranța nutrițională și la o viață sănătoasă pentru generațiile prezente și viitoare. În plus, aceasta propune dubla piramidă de alimente sănătoase pentru oameni și hrană durabilă pentru planetă și promovează dieta mediteraneană ca model alimentar durabil.

În multe țări au fost dezvoltate piramide de alimente, pentru a disemina informații nutriționale în populația generală [1, 6, 10, 11]. Cu toate acestea, sunt necesare recomandări mai ample, cu informații cu privire la un stil de viață sănătos activ, nu doar o alimentație sănătoasă.

Material și metode

Pentru a elucida una dintre problemele promovării sănătății, și anume alimentația sănătoasă, au fost analizate mai multe piramide alimentare propuse de autori din diferite țări. Ca surse de cercetare au fost utilizate publicațiile și recomandările Organizației Mondiale a Sănătății, FAO etc. referitoare la subiectul dat, în special la piramida alimentară [2, 3, 5, 7, 8, 9].

Rezultate și discuții

În scopul acoperirii lacunelor în alimentație, Fundația Iberoamericană de Nutriție (FINUT) propune o piramidă tridimensională ca o nouă strategie pentru promovarea unei nutriții adecvate și a unui stil de viață sănătos într-un mod durabil [12]. Piramida a fost concepută ca un tetraedru, cu trei fețe laterale corespunzătoare fațetelor legate de alimente și alimentație, activitate fizică și odihnă, precum și pentru educație și igienă. Fiecare față laterală este împărțită în două triunghiuri. Aceste fețe arată următoarele:

1) liniile directe alimentare și obiceiurile alimentare sănătoase în raport cu un mediu durabil;

2) recomandări pentru odihnă și activitatea fizică și probleme educaționale, sociale și culturale;

3) igienă și orientări educaționale. Noul concept de piramidă finut se adresează populației generale de toate vârstele și ar trebui să servească drept ghid pentru un stil de viață sănătos care ar trebui să contribuie la prevenirea bolilor cronice netransmisibile [10].

Noua piramidă, prin fațetele ei principale, ocupă jumătate din cele trei fețe laterale ale unui tetraedru. Cealaltă jumătate a fiecărei fețe este asociată cu o serie de practici și recomandări, pentru a crește durabilitatea mediilor și pentru a îmbunătăți mediul de învățământ, social și cultural local.

În continuare vom dezvălui conținutul nivelelor piramidei.

Apa și lichidele alimentare sunt situate la baza piramidei; se promovează hidratarea organismului: 1,5-2 l / zi de apă. Se include apa din diferite surse: de la robinet sau apa de izvor, împreună cu apa în infuzii, ceaiuri, supe, sucuri de fructe și alte băuturi cu conținut scăzut de zahăr.

Nivelul următor este ocupat de **cereale și principalele lor derivate** (pâine, paste etc.). Aceste componente contribuie la o mare parte din energia furnizată de dietă, împreună cu cartofii, care sunt frecvent utilizate ca garnituri în dieta mediteraneană [7].

Fructele, legumele și produsele conexe ocupă nivelul următor. Acesta este un grup de produse alimentare diverse, inclusiv rădăcinile plantelor, bulbi, tulpini, frunze, flori și fructe, care sunt bogate în fibre și micronutrimene, precum și compuși bioactivi. Sunt recomandate cel puțin 5 porții (1 porție = 150-200 g), cu un minim de 2 porții proaspete.

Al patrulea nivel conține **lapte** (cu conținut scăzut de grăsime) și **produse lactate**, în special lactate fermentate și brânză, care furnizează proteine de o calitate foarte înaltă, precum și calciu și alte minerale și vitamine. Aportul recomandat pentru acest tip de aliment este 2-3 porții pe zi (1 porție =

200-250 ml de lapte, 200-250 g de iaurt sau 80 g de brânză proaspătă).

La nivelul următor găsim **uleiul de măsline virgin**, un aliment important în dieta mediteraneană (18-20 ml), precum și **alte uleiuri nesaturate sănătoase**, și anume semințele de rapiță sau de rapiță sălbatică, inclusiv rapița, floarea-soarelui, soia. Uleiurile sunt considerate grasimi alimentare de preferință, nu numai ca o parte din sos pentru salată, dar și pentru gătit bucate și prăjire. Acest grup include măsline, care sunt, de asemenea, bogate în compuși bioactivi și fibre. Se recomandă consumul zilnic de 3-5 porții (1 porție = 10 ml).

La nivelul al șaselea se află consumul de 2-3 porții pe zi de **alimente bogate în proteine** de origine animală (60-150 g), inclusiv păsări de curte și alte produse din carne albă, ouă și pește, precum și pe bază de plante bogate în proteine, și anumite legume și fructe cu coajă. Aceste alimente, care oferă nu numai proteine, ci și multe micronutrimente și un număr de acizi grași polinesaturați omega-3 (PUFA), ar trebui să fie consumate alternativ în felurile de mâncare principale în timpul săptămânii. Se recomandă până la 4 porții de păsări de curte și carne albă (1 porție = 100-125 g), 4 ouă (1 porție = 60-80 g), 2-3 porții de pește (1 porție = 125-150 g) și 2 porții de leguminoase (1 porție = 60-80 g) pe săptămână. În plus, trebuie să fie consumate 2 porții (1 porție = 20-30 g) de fructe cu coajă. La vârful triunghiului, carnea roșie, produsele bogate în grăsimi, dulciurile și alte produse îmbogățite cu zahăr sunt grupate în rubrica "Consumă ocazional".

Vinul cu moderație joacă un rol în majoritatea țărilor mediteraneene. Este acceptat faptul că aproximativ 150-200 ml de vin roșu pe zi ar putea fi benefic pentru sănătate, datorită cantității relativ mari de polifenoli. Cu toate acestea, consumul de vin în țările mediteraneene din Africa de Nord și Asia este aproape neglijat. Deoarece piramida FINUT constituie un ghid la nivel mondial de stil de viață sănătos și este destinată nu numai pentru adulți, ci și pentru adolescenți, nu a fost inclus consumul de vin, chiar și cu moderație.

Chiar dacă sarea a fost folosită de secole în bazinul mediteranean pentru conservarea alimentelor, și anume pentru pește, dieta mediteraneană este intrinsec o dietă săracă. În plus față de consumul relativ ridicat de fructe și legume, utilizarea pe scară largă a condimentelor și ierburilor în prepararea meselor este o modalitate de a reduce aportul zilnic de sare.

În jumătatea din stânga a triunghiului am încercat să subliniem obiceiurile alimentare bune și comportamentele care favorizează durabilitatea mediului și stilul de viață sănătos – mediul familial,

alăptarea, consumarea alimentelor cu alte persoane, gătitul acasă, alimente ecologice.

Pe altă jumătate a triunghiului includem recomandările pentru odihnă și activitatea fizică: somn cel puțin 8 ore/zi, o scurtă perioadă de repaus pe zi, după masa de prânz, 8 ore de activități profesionale, activități relativ ușoare (gătit, menaj etc.), petrecerea timpului liber (prelegeri, televizor, cinema etc.), activități fizice ușoare (cum ar fi mersul pe jos), iar la nivelul următor se recomandă mișcare moderată până la activitatea fizică intensă, cum ar fi mersul pe jos ritmic (6 km/h), dans, jogging și alte jocuri active. Ultimele două niveluri, aproape de vârful triunghiului, sunt dedicate practicării sportului. Toate tipurile de activități (ușoare, moderate și moderat-intense) ar trebui să se efectueze zilnic, iar unele sporturi e bine să fie practicate săptămânal.

Activitatea fizică trebuie să fie efectuată în timpul liber sau în timpul petrecut în afara casei, la locul de muncă și la domiciliu, cel puțin 150 min./săpt. (în mod ideal, 300 min./săpt.).

Jumătatea dreaptă de triunghi include cele mai importante aspecte legate de educație și de igienă, care, împreună cu celelalte două fețe, contribuie la o sănătate mai bună.

Acest ghid este proiectat pentru a ajunge mult dincolo de recomandările actuale propuse în ghidurile publicate. Cele mai multe ghiduri se ocupă exclusiv cu obiceiurile alimentare și activitatea fizică, conținând unele recomandări legate de abuzul de alcool și consumul de tutun. Cea mai recentă piramidă mediteraneană este un ghid alimentar reprezentat ca un triunghi. Recomandările sale includ informații de bază privind condițiile de viață activă. Acesta menționează aspectele sociale legate de conviețuire și aspectele culturale și de mediu, cum ar fi gătitul acasă, folosind produse locale și de sezon. Cu toate acestea, ghidul nu ia în considerare orice recomandări specifice pentru activitatea fizică și de odihnă sau alte aspecte legate de sănătate, și anume aspectele educaționale și de igienă, precum și interacțiunea acestora cu mediul.

În cazul piramidei FINUT, pe fața dedicată produselor alimentare și de nutriție s-a folosit modelul de dietă mediteranean, cu diferențe minime. Un număr de subiecți au furnizat dovezi că consumul de carne roșie, din cauza conținutului ridicat de grăsimi saturate, ar trebui să fie limitat.

Similar cu piramida dietei mediteraneene, recomandăm consumul de produse locale și de sezon. Posibilitățile de alimentație la nivel local contribuie la utilizarea și conservarea speciilor și a soiurilor, care are un impact clar asupra biodiversității, scade emisiile de CO₂ și îmbunătățește prețul alimentelor de bază și promovarea unei piețe echitabile. Studiile

recente demonstrează că sistemele alimentare locale pot oferi și beneficii sociale, deși legăturile dintre utilizarea sistemelor alimentare locale și obiceiurile alimentare mai bune și reducerea bolilor cronice trebuie să fie stabilite mai clar.

Concluzie

Piramida FINUT pentru un stil de viață sănătos este o abordare nouă, care prevede reguli de viață sănătoasă într-o abordare holistică, ca un cadru pentru populațiile de toate vârstele. Aceasta oferă persoanelor fizice informațiile necesare pentru a recunoaște și a pune în practică comportamente individuale și sociale care să promoveze o sănătate mai bună atât individuală, cât și a comunității, precum și sănătatea generațiilor viitoare.

Bibliografie

1. Australian Department of Health & Aging. *Australian guide to healthy eating* [cited 2013, Dec. 15]. <http://www.eatforhealth.gov.au/guidelines/australian-guide-healthy-eating>
2. *Descriptive characteristics of the dietary patterns used in the Dietary Approaches to Stop Hypertension Trial*. DASH Collaborative Research Group. In: *J. Am. Diet. Assoc.*, 1999; nr. 99(8 Suppl), p. S19-27.
3. European Food Information Council. *Food-based dietary guidelines in Europe, 2009*. <http://www.eufic.org/article/en/expid/food-based-dietary-guidelines-in-europe/>.
4. FAO. *Sustainable diets and biodiversity: directions and solutions for policy, research and action*. In: Burglingame B., Dernini S., editors. *Proceedings of the International Scientific Symposium Biodiversity and Sustainable Diets United Against Hunger*, 3-5 November 2010, Rome. 2012 <http://www.fao.org/docrep/016/i3004e/i3004e.pdf>.
5. Food Guide Pyramid. *A guide to daily food choices*. Washington: USDA, Human Nutrition Information Service; 1992. In: *Home and Garden Bulletin*, no. 232.
6. Health Canada. *Eating well with Canada's food guide*. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/view_eatwell_vue_bienmang-eng.pdf.
7. Mediterranean Diet Foundation Expert Group. *Mediterranean diet pyramid today: science and cultural updates*. In: *Public Health Nutr.*, 2011; nr. 14, p. 2274-2284.
8. *The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health*. In: *BMJ*, 1997; nr. 314, p. 1409-1410.
9. WHO. *Global recommendations on physical activity for health*. 2010 http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.
10. WHO. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva: WHO. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/.
11. Working Party for the Development of Food-Based Dietary Guidelines for the Spanish Population. *Dietary guidelines for the Spanish population*. In: *Public Health Nutr.*, 2001; nr. 4, p. 1403-1408.
12. World Cancer Research Fund American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington: AICR, 2007.

PREVENIREA BOLILOR NETRANSMISIBILE ASOCIATE CU POLUAREA ORGANISMULUI UMAN CU POLUANȚI ORGANICI PERSISTENȚI

Raisa SÎRCU, Mariana ZAVTONI, Iurie PÎNZARU,
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Noncommunicable disease prevention related to the human pollution by persistent organic pollutants

The paper contains the list of practical recommendations that are intended to prevent the pollution of the human organism with persistent organic pollutants (POPs). The procedures described in the article are accessible, safe and can be undertaken by everyone. The recommendations will contribute to the decrease of the hazard generated by POPs and, thus, to the improvement of population health.

Keywords: *persistent organic pollutants, risk, procedures of human organism pollution prevention*

Резюме

Профилактика неинфекционных заболеваний, связанных с загрязнением организма человека стойкими органическими загрязнителями

В статье представлены рекомендации по предотвращению загрязнения организма человека стойкими органическими загрязнителями (СОЗ). Рекомендуемые меры профилактики являются доступными, безопасными и легко выполнимыми. Их выполнение в определенной степени снизит опасность вредного воздействия СОЗ на организм человека и будет способствовать улучшению состояния здоровья.

Ключевые слова: *стойкие органические загрязнители, риск, меры по предотвращению загрязнения организма человека*

Introducere

O contribuție semnificativă la dezvoltarea bolilor netransmisibile în rândul populației Republicii Moldova o au factorii chimici de mediu, inclusiv substanțele antropogene, printre care și poluanții organici persistenti (POPs). POPs formează o grupă deosebit de periculoasă de compuși chimici, care se utilizează în agricultură și în industrie. În anii '70 ai secolului trecut, POPs au fost utilizate pe larg în agricultura Republicii Moldova în calitate de pesticide (DDT este unul dintre cei mai cunoscuți POPs). În prezent, aceste substanțe organoclorurate nu se mai utilizează, în schimb au fost păstrate până nu demult în depozite deteriorate, prezentând un pericol real pentru sănătatea omului și pentru mediul ambiant. Utilizarea îndelungată și necontrolată a acestor substanțe chimice sintetice a dus la poluarea solului, a apei și a plantelor [1].

În afară de pesticide, POPs includ substanțe chimice industriale (hexaclorbenzen, bifenili polichlorurați) și produse secundare extrem de toxice – bifenili polichlorurați (BPC), dioxine și furane. Moldova nu produce BPC, totuși aceste substanțe au fost intens utilizate în diferite ramuri ale economiei naționale, în special ca dielectric la transformatoare și condensatoare. Lucrătorii care vin în contact cu echipamentul electric ce conține BPC creează grupul de risc, condiționat de impactul acestor substanțe chimice. BPC se formează nu doar în procesele de sinteză chimică, ci și în timpul arderii materialelor și substanțelor ce conțin compuși organoclorurați, de asemenea în timpul arderii deșeurilor menajere. În țara noastră, procesele de ardere a materialelor polimerice și maselor plastice din componența deșeurilor condiționează formarea dioxinelor și furanilor, iar acestea sunt cele mai puternice substanțe toxice cunoscute [2].

Rezultate și discuții

Efectele impactului POPs asupra organismului uman

Una dintre caracteristicile toxice este afectarea sistemului imun, ceea ce duce la micșorarea reacției de răspuns a organismului la diferiți factori nocivi ai mediului ambiant. Ca urmare, persoanele cu sistem imun afectat se adresează mai des la medic cu diferite patologii cronice, comparativ cu persoanele care nu au contactat cu POPs. Cele mai frecvente sunt patologiiile tractului digestiv: modificări funcționale ce se manifestă prin gastrită cronică, stări patologice ale ficatului și căilor biliare. Se mai înregistrează disfuncții ale organelor respiratorii: bronșite acute și cronice, dereglări ale funcției respiratorii etc. Concomitent, se atestă dereglări cardiovasculare.

Studiile epidemiologice demonstrează o frecvență sporită a afecțiunilor neurotoxice. Majoritatea substanțelor din grupa POPs au efect cancerigen, provocând frecvent tumori hepatice. Investigațiile epidemiologice au demonstrat că, odată cu intensificarea aplicării pesticidelor, sporește și frecvența stărilor patologice și dereglărilor funcționale ale sferei reproductive la femei. În ultimele decenii se înregistrează sporirea cazurilor de sterilitate la bărbați [3].

O particularitate deosebită a POPs este circuitul acestor substanțe chimice toxice prin lanțul alimentar. Reziduurile de pesticide pătrund în organismul uman odată cu produsele alimentare (fructe, legume, carne, lapte și ouă etc.). Cu cât mai multe produse contaminate sunt consumate, cu atât mai multe substanțe nocive vor pătrunde în organismul uman, producându-se procesul de *bioacumulare*: cumulara substanțelor toxice din alimente. Reziduurile

de POPs se păstrează în organismele mamiferelor un timp îndelungat (10-20 de ani), indiferent de perioada de ingerare. În contextul dat, este necesar de menționat că practic orice organism uman de pe planetă este purtător al diferitor compuși organici persistenți.

O importanță deosebită o are eliminarea POPs prin laptele matern. DDT pătruns prin intermediul produselor alimentare poluate se acumulează în organismul uman în stratul adipos. Ca urmare, acești poluanți pot să se elimine cu laptele matern (la mamele ce alăptează) și pot trece bariera placentară (în perioada de graviditate). Conform calculului efectuate de savanții germani, fiecare sugar primește cu laptele matern de două ori mai mult DDT decât nivelul admis [4].

Pentru eliminarea eficientă și inofensivă a unor cantități de substanțe toxice din grupa poluanților organici persistenți din organismul uman aducem un șir de recomandări.

1. *Comportamentul sănătos* este considerat una dintre metodele cele mai eficiente și naturale de profilaxia primară a îmbolnăvirilor. Astfel, este necesar de evitat maximal posibil factorii de risc exogeni, care pot fi modificați în funcție de voința omului (tabagismul, consumul exagerat de alcool, sedentarismul, obezitatea, alimentația nerațională, colesterolemia etc.).

2. Unul dintre factorii cei mai importanți în prevenirea bolilor nertransmisibile este *alimentația sănătoasă*. Se recomandă un regim alimentar obișnuit, cu un conținut de glucide și proteine echilibrat și un conținut redus de lipide. Dieta cu conținut mic de proteine mărește toxicitatea xenobioticelor. Este necesară folosirea în rația alimentară a unei cantități sporite de legume și fructe proaspete, care nu au fost prelucrate termic și conțin o cantitate mare de celuloză, având proprietatea de absorbție a substanțelor toxice, care ulterior sunt eliminate prin sistemul gastro-intestinal. Celuloza, compusă din pectină, lignină, iar în ciuperci – din chitină, de obicei, nu se digeră în tractul gastro-intestinal și se elimină din organism, activând motorica intestinală și contribuind astfel la eliberarea din intestin a produselor toxice. În acest context, pe parcursul anului, este bine-venită planificarea meselor cu alegerea alimentelor sănătoase, consumul maximal de cereale, fructe și legume proaspete, evitând mâncarea prelucrată sau semi-preparată. Este important de a păstra un echilibru nutrițional pentru o bună funcționare a organismului și pentru eliminarea toxinelor prin intermediul ficatului. În afară de aceasta, în produsele de origine vegetală se conțin vitamine, macro- și microelemente, acizi organici, fitoncide și alte substanțe biologice active, esențiale pentru organism [5].

Sfaturi utile pentru pregătirea alimentelor

Cantitatea de bază a xenobioticelor persistente din grupa POPs pătrund în organismul uman cu grăsimile consumate din diferite produse alimentare. Metodele variate de pregătire a alimentelor pot contribui atât la mărirea concentrației de grăsimi, cât și la micșorarea lor în produsele alimentare finite. Astfel variază și concentrația compușilor organoclorurați persistenti lipofili. În acest context, este preferabil ca produsele alimentare să fie pregătite prioritar pe calea fierberii, decât prin metoda prăjirii. *Pregătirea prin fierbere* a produselor alimentare cu conținut mărit de grăsime poate reduce conținutul nu doar al poluanților din grupa POPs, ci și al altor xenobiotice, de exemplu conținutul benzo(a)pirenelui – substanță chimică toxică, cu proprietăți mutagene și cancerigene, care poate provoca la om apariția patologiilor oncologice pulmonare.

Cantitatea compușilor chimici care pătrund în organismul uman cu produsele alimentare cu procentaj mărit de grăsime (ulei, lapte, toate produsele lactate, carnea și toate produsele din carne și pește), poate fi micșorată considerabil prin așa procedee simple ca: îndepărtarea stratului de grăsime de pe carne, utilizarea produselor lactate cu un procent foarte mic de grăsime sau pur și simplu prelucrarea termică a produselor alimentare. Produsele de origine vegetală sunt poluate într-o măsură mai mică cu reziduuri de POPs. Este mai sănătos de a consuma uleiurile rafinate, deoarece în procesul de prelucrare în acest produs se micșorează conținutul de substanțe poluate [6].

Practicarea sportului. Viața activă a omului contribuie la funcționarea normală a organelor interne, previne formarea de depozite toxice în organism, facilitează lucrul ficatului, vezicii biliare, pansreasului, stomacului, intestinelor. Exercițiile fizice sunt foarte importante pentru detoxificarea organismului și pentru un stil de viață sănătos (plimbările regulate la aer curat, înotul etc.). Activitatea fizică îmbunătățește abilitatea organismului de a elimina toxinele. Totodată, exercițiile fizice trebuie să fie raționale și echilibrate (evitând istovirea organismului). Studiile efectuate arată că practicarea sportului și efectuarea exercițiilor fizice favorizează circuitul sângelui în țesuturi și accelerarea metabolismului lipidic în organismul uman, mobilizarea lipidelor din țesutul adipos [6]. Metabolismul lipidic exagerat duce la mobilizarea compușilor chimici depozitați în țesutul adipos și eliminarea lor din organismul omului.

Sauna. Se recomandă frecventarea regulată a saunelor sau a băilor. Pielea este principalul canal de eliminare a toxinelor, iar sauna sau băile calde deschid porii și măresc ritmul natural de detoxificare a corpului. Este cunoscut faptul că compușii chimici

se elimină din organism pe diferite căi: urină, fecale, transpirație, prin glandele sebacee și aerul expirat. Acțiunea căldurii în timpul procedeeleor saunei duce la creșterea circulației sangvine, favorizând eliminarea poluanților prin transpirație și excreția glandelor sebacee. În cazul utilizării corecte a saunei în scopuri terapeutice, se accelerează toate procesele metabolice, se activează funcția ficatului, care este un organ important în procesul de detoxificare a organismului. În timpul saunei, din diferite organe și țesuturi în circuitul sangvin sunt eliminate rezervele de sânge, iar cu ele și produsele toxice depozitate, care nimeresc în ficat, fiind ulterior eliminate din organism [7].

Hidratarea organismului. Este important a consuma zilnic cantități suficiente de apă și alte lichide necesare pentru activitatea normală a tractului digestiv. Pentru antrenarea tuturor organelor de excreție ale organismului (rinichi, ficat, vezica biliară, plămâni, intestine, piele), se întrebuințează sucuri de legume și fructe, apă plată minim 2 litri în 24 de ore [7].

Recomandări pentru populația vulnerabilă

Pentru păturile vulnerabile ale populației, care includ femeile de vârstă fertilă și copiii de până la un an, există unele recomandări speciale. În calitate de metode de asanare, ce ar spori calitatea și inofensivitatea laptelui matern, se recomandă corectarea dietei, cu trecerea de la produse ce conțin grăsimi de origine animală la produse vegetale, în care proteinele și glucidele conțin mai puține reziduuri din grupa POPs. O astfel de dietă sporește calitatea și inofensivitatea laptelui, iar valoarea nutritivă a acestui produs rămâne aceeași. De exemplu, la înlocuirea laptelui integru de 3% cu cel de 1,5%, a cărnii de porc cu carnea de pasăre, organismul feminin obține un complex de proteine nu mai puțin valoroase, micșorând însă riscul de cumulare a compușilor chimici periculoși [4, 8-10].

Concluzii

Toate recomandările propuse sunt simple, inofensive și pot fi îndeplinite de orice persoană. Ele vor contribui la reducerea pericolului acțiunii nefaste a POPs asupra organismului uman și la ameliorarea stării de sănătate a populației. Menționăm că este un drept al fiecărui om să cunoască modalitățile și căile de prevenire a îmbolnăvirilor și de edificare a unei sănătăți durabile.

Bibliografie

1. Отчет по проекту ДДТ и ДДЕ в Российской Арктике и репродуктивное здоровье коренного населения. <http://www.ecoaccord.org/pop/ipen/dudarev.htm>.
2. Ключев Н.А., Шелепчиков А.А. Проблема загрязнений окружающей среды полихлорированными дибензо-п-диоксинами и диоксиноподобными веществами.

- V: Диоксины – супертоксианты XXI века. Москва, 2001, с. 5-44.
3. Сметник В.П. *Половые гормоны и молочная железа*. В: Гинекология, 2000, т. 2, № 5, с. 133-136.
 4. Ott M., Failing K. et al. *Contamination of human milk in Middle Hesse, Germany – a cross-sectional study on the changing levels of chlorinated pesticides, PCB-congeners and recent levels of nitro musks*. In: Chemosphere, 1999, v. 381, p. 13-32.
 5. Wheelock Vemer. *Food safety: A key issue for consumers?* In: International Journal of Dairy Technology, 1998, v. 51, nr. 1, p. 11-14.
 6. <http://www.sfatulmedicului.ro/Alimentatia-sanatoasa/alimentatia-sanatoasa>
 7. Хаббард Л. Рон. *Чистое тело – ясный ум: эффективная программа очищения*. Москва: изд. Нью Эра, 2000, 300 с.
 8. www.vminsk.by/news/
 9. www.bsmu/bmm/03,2003
 10. C. Campoy, F. Olea-Serrano, M. Jimenez et. al. *Diet and organochlorine contaminants in women of reproductive age under 40 years old*. In: Early Human Development, 2001; 65 Suppl., p. 173-182.

Carnea prelucrată reprezintă factorul de risc în dezvoltarea cancerului colorectal. Acest punct de vedere a fost relatat, în octombrie 2013, de către 22 de cercetători din 10 țări din cadrul ședinței Agenției de Cercetare a Cancerului, care a avut loc la Lyon, Franța. Grupul de lucru a evaluat 800 de studii epidemiologice privind investigațiile ce țin de consumul cărnii prelucrate. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, sub noțiunea de *carne prelucrată* se înțelege carnea supusă procesului de sărare, condimentare, fermentare, afumare sau altor procese (hot-dog, șuncă, mezeluri, fâșii de carne uscată, pastramă etc.) [1-8].

Carnea prelucrată, îndeosebi cea condimentată și afumată, poate duce la formarea radicalilor chimici, cum ar fi N nitrozocomponenții, și a hidrocarburilor aromatice policiclice. Conform unor date științifice, carnea prelucrată produce amine aromatice heterociclice. Studiile de cohortă relatează că consumul a 50 g pe zi de carne prelucrată crește riscul dezvoltării cancerului colorectal cu 18% [1-5, 7, 9, 10, 11]. Concomitent, unele studii relatează și cazuri de dezvoltare a cancerului de stomac [1, 2, 7].

Consumul cărnii prelucrate crește riscul dezvoltării bolilor cronice cum ar fi cele cardiace, diabetului zaharat tip II [2, 7, 12], leucemiei, cancerului vezicii urinare [13, 14, 15].

Conform datelor Centrului de Protecție a Sănătății, 34.000 de decese în lume sunt cauzate de consumul cărnii prelucrate. Cercetătorii științifici din cadrul acestui centru recomandă să se evite consumul de astfel de carne în instituțiile preșcolare (*Nutrition Guidelines for children Aged 2 to 6*), iar în cazul elevilor din instituțiile primare și secundare, carnea prelucrată se include în meniu nu mai mult de două ori pe săptămână, bucatele din ea fiind clasate în categoria celor "limitate" (*Nutritional Guidelines on Lunch methods*) [10].

Una din cele mai frecvente boli cauzate de consumul cărnii prelucrate este cancerul colorectal, care se clasează pe locul II și este de 3 ori mai frecvent la bărbați după cancerul de prostată. În lume, cancerul colorectal este a doua cauză de deces, ceea ce reprezintă 10% din numărul total de decese. Cauzele principale de apariție a acestei afecțiuni sunt: fumatul, inactivitatea fizică, consumul cărnii prelucrate, consumul excesiv de alcool, de alimente bogate în colesterol și sărace în acid folic și vitamina B₆, consumul grăsimilor și al proteinelor de origine animală. Consumul excesiv al cărnii prelucrate duce la modificarea compoziției bacteriene a colonului, aceasta fiind greu asimilată [16, 17, 18]. Un remediu pentru prevenirea cancerului colorectal este consumul produselor alimentare vegetale și bogate în calciu [16].

INFLUENȚA CĂRNII PRELUCRATE ASUPRA STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI

Mariana TUTUNARU, Nicolae OPOPOL,
Tatiana DĂNILĂ, Nina IZIUMOV, Ion BAHNAREL,
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Influence of processed meat on the health of the population

The article reflects scientific data on the influence of processed meat consumption on the health of the population. Eating processed meat may cause colorectal cancer, leukemia, chronic degenerative diseases, bladder cancer, type II diabetes, etc.

Keywords: *processed meat, colorectal cancer, oncology morbidity, population*

Резюме

Влияние обработанного мяса на здоровье населения

В статье отражены научные данные о влиянии потребления обработанного мяса на здоровье населения. Употребление в пищу обработанного мяса может привести к таким заболеваниям, как рак толстой кишки, лейкоз, хронические дегенеративные заболевания, рак мочевого пузыря, сахарный диабет II типа и т.д.

Ключевые слова: *обработанное мясо, рак толстой кишки, онкологическая заболеваемость, население*

În structura generală a morbidității oncologice din RM, cancerul colorectal a fost depistat cel mai frecvent și s-a situat pe primul loc, cu 12,8%. În structura mortalității prin tumori maligne în Republica Moldova, cancerul pulmonar se află pe primul loc cu 15,1%, urmat de cancerul colorectal – 13,1%, cancerul stomacal – 8,9%, cancerul glandei mamare – 8,5%. Cauza majoră a mortalității înalte prin cancer în Moldova este depistarea maladiei în stadii tardive. În anul 2014 au fost diagnosticați în stadii tardive (III și IV) 4158 de pacienți cu cancer, ceea ce reprezintă 46,93% [19].

Peste 12% din populația republicii suferă de cancer colorectal. În anul 2012, peste 1.100 de persoane au fost diagnosticați cu asemenea maladie, cei mai afectați fiind bărbații [20].

Conform datelor parvenite de la centrele de sănătate publică teritoriale, în circa 61% de instituții de educație timpurie și 65,4% instituții de învățământ primar, gimnazial și liceal în meniul copiilor este inclusă carnea prelucrată. S-a constatat că 70% instituții de educație timpurie au inclus în meniuri carnea prelucrată o dată pe săptămână, 21% – de 2 ori și 9% – de mai mult de 3 ori pe săptămână.

În 60% instituții de învățământ primar, gimnazial și liceal carne prelucrată a fost inclusă în meniul elevilor o dată pe săptămână, în 32% instituții – de 2 ori și 8% – de mai mult de 3 ori.

Menționăm că în 8 raioane ale republicii (Aneții-Noi, Basarabeasca, Călărași, Dondușeni, Edineț, Glodeni, Ialoveni și Sângerei) carnea prelucrată nu este inclusă în meniurile instituțiilor pentru copii.

Concluzii

Consumul frecvent al cărnii prelucrate duce la apariția diferitor boli în rândurile populației. Cele mai frecvente sunt: cancerul colorectal, cancerul vezicii urinare, diabetul zaharat de tip II, leucemia, bolile cardiace cronice etc.

În structura generală a morbidității oncologice din RM, cancerul colorectal ocupă locul întâi, constituind 12,8%. În structura mortalității prin tumori maligne în Moldova, cancerul colorectal ocupă locul doi (13,1%), fiind precedat de cancerul pulmonar (15,1%).

Bibliografie

1. Bouvard V., Loomis D., Guyton K. et al. *Carcinogenicity of consumption of red and processed meat*. www.who.int

2. WHO report says eating processed meat is carcinogenic: *Understanding the findings*. www.hsph.harvard.edu
3. Santarelli R.L., Vendevre J.L., Naud N. et al. *Meat processing and colon carcinogenesis: cooked, nitrite-treated, and oxidized high heme cured meat promotes mucin-depleted foci in rats*. In: Cancer Prevres (Phila), no. 3, p. 852-864.
4. Anne D., Chan D.S., Veira A.R. et al. *Red and processed meat intake and risk of colorectal adenomas a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies*. In: Cancer Causes Control, 2013, no. 24, p. 611.
5. Alexander D.D., Cushing C.A. *Red meat and colorectal cancer: a critical summary of prospective epidemiologic studies*. In: Obes Rev., 2011, no. 12(5), p. 472.
6. *IMS puts the IARC Evaluation of red and processed meat into perspective*. www.meat-ims.org
7. *Q&A on the carcinogenicity of the consumption of red meat and processed meat*. www.who.int
8. Ferrucci L.M., Sinha R., Huang W.-Y. et al. *Meat consumption and the risk of incident distal colon and rectal adenoma*. In: British Journal of cancer, 2012, no. 106, p. 608-616.
9. *Processed meat causes cancer warns WHO*. www.who.int
10. *Red meat and processed meat*. www.chp.gov.md
11. *IARC Monographs evaluate consumption of red meat and processed meat*. www.who.int
12. Manisto S., Kontto J., Kotoga-Tuomiola M. *High processed meat consumption is a risk factor of type 2 diabetes in the Alpha-Tocopherol, Beta-carotene cancer. Prevention study*. In: The British journal of nutrition, 2010, no. 103(12), p. 1817.
13. Peters J.M., Preston-Martin S., London S.J. et al. *Processed meats and risk of childhood leukemia (California)*. In: Cancer Causes Control, 1994, no. 5(2), p. 195-202.
14. Marilyn L., Block G., Selvin S. et al. *Food consumption by children and risk of childhood acute leukemia*. In: American Journal of Epidemiology, 2004, Vol. 160, no. 11, p. 1098-1107.
15. Leah M., Ferrucci L.M., Sinha Rashmi. *Meat and components of meat and the risk of bladder cancer in the NIH-AARP. Diet and Health Study*. In: Cancer, 2010, vol. 116, p. 4345-4353.
16. Pedro J., Tarroga L. et al. *Primary and secondary prevention of colorectal cancer*. In: Clinical Medicine insights: Gastroenterology, 2014, no. 7, p. 33-46.
17. Seow A., Quah S.R. et al. *Food groups and the risk of colorectal carcinoma in an asian population*. In: Cancer, 2002, vol. 95, p. 2390-2396.
18. Albert B., Lowenfles M., Mary Ellen. *Diet and cancer*. In: Cancer, 2006, vol. 39, p. 1809.
19. *Proiectul Programului Național de control al cancerului în Republica Moldova pentru anii 2016-2025*. www.particip.gov.md
20. *Cele mai frecvente tipuri de cancer în Republica Moldova*. e-sanatate.md

EVALUAREA STATUSULUI PONDERAL
LA ADOLESCENȚI ÎN CONTEXTUL
PROPRIILOR DEPRINDERI ALIMENTARE

Costinela GEORGESCU^{1,2}, Mariana STUPARU-
CREȚU^{1,3}, Doina-Carina VOINESCU^{1,2}, Carmen
TIUTUCA^{1,4}, Camelia BUȘILĂ^{1,5}, Alina CĂLIN^{1,4},

¹Departamentul Clinic, Universitatea

Dunărea de Jos, Galați, România,

²Serviciul de Asistență Medicală al Municipiului Galați,

³Spitalul OG Buna-Vestire, Galați,

⁴Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Andrei, Galați,

⁵Spitalul Clinic pentru Copii Sf. Apostol Ioan, Galați

Summary

**Assessment of weight status in adolescents in connection
with their own eating habits**

Educational programs addressed to teenagers should be focused on the responsibility for the young generation to take decisions on different aspects of their own current and future health. Special emphasis is put on the correlation of certain food eating habits as well as on the consumption of risk substances and the lack of physical activities during childhood, with the occurrence or persistence of certain important morbidities during adulthood: obesity, type-2 diabetes, cardiovascular disease, osteo-articular diseases, oncological diseases, depression.

Keywords: teens, eating behavior, obesity, body mass index

Резюме

**Оценка состояния массы тела у подростков в связи
с собственными пищевыми привычками**

Образовательные программы, адресованные подросткам, должны быть сосредоточены и на ответственность самой молодёжи в принятии решений по различным аспектам их собственного текущего и будущего состояния здоровья. Особое внимание уделяется соотношению между некоторыми пищевыми привычками и потреблением веществ с риском для здоровья, а также отсутствием физической активности в детстве, с наступлением или сохранением некоторых важных сопутствующих заболеваний во взрослой жизни: ожирение, диабет 2-го типа, сердечно-сосудистые, костно-суставные и онкологические заболевания, депрессия и др.

Ключевые слова: подростки, пищевое поведение, ожирение, индекс массы тела

Introducere

Un studiu raportat de OMS pentru 79 de țări aprecia, în 2007, existența unui număr mondial de 250 de milioane de obezi, 22 de milioane fiind copii sub 5 ani [1], și semnala riscul dublării acestui număr în următorul deceniu. Definită de OMS ca un exces de țesut adipos care pune în pericol sănătatea și

considerată ca fiind una dintre cele mai grave probleme de sănătate publică din secolul al XXI-lea [2], obezitatea reprezintă și un factor intricat cu multiple alte patologii generatoare de indici crescuți de deces: scăderea toleranței la glucoză și DZ de tip 2, bolile cardiovasculare, anumite tipuri de neoplazii, astmul, sindromul apneei de somn etc. [3; 4].

Studiile recente au schimbat aprecierea țesutului adipos de la simplu depozit ectopic de grăsime la cea de organ imuno-metabolico-endocrin [5], ce secretă substanțe cu acțiune paracrină, capabile să inducă insulinorezistență, dislipidemii, inflamație și disfuncții endoteliale [6]. Indicele de masă corporală (IMC) a fost recomandat de peste 20 de ani pentru a evalua – atât la adulți, cât și la copii și adolescenți – gradul general de obezitate, prin ajustarea greutateii în funcție de statură [4, 7, 8], estimându-se apoi că o valoare mare a IMC în copilărie prezice creșterea adipozității în adolescență și la vârsta de adult tânăr [9, 10, 11].

Totodată, adolescența este o perioadă în care schimbările fizice și psihoafective interrelaționează cu principiile personale, în contextul valorilor familiale și sociale, ca proces de formare a personalității. La această vârstă, programele educaționale țintesc și responsabilizarea tinerilor în luarea deciziilor privind diferitele aspecte ale sănătății lor prezente și viitoare. Se vizează formarea unui stil de viață sănătos, cu atenție asupra factorilor de mediu și comportamentali care pot influența în mod negativ dezvoltarea individului. Nu în ultimul rând, comportamentul alimentar, modificat de-a lungul timpului datorită supra-prelucrărilor, aduce în organism substanțe înalt calorice, cu valoare nutritivă redusă [9, 10], aspect ce accentuează creșterea în greutate.

Un accent deosebit se pune și pe corelația unor deprinderi alimentare și/sau consumului de substanțe cu risc (alcool, tutun, droguri interzise), precum și a lipsei activității fizice din perioada copilăriei, cu apariția sau persistența altor morbidități importante în perioada adultului: diabet zaharat de tip 2, sindrom metabolic, boli cardiovasculare, afecțiuni osteoarticulare, afecțiuni oncologice, depresii [8-15].

Material și metode

Lotul de studiu a cuprins 2010 adolescenți cu vârste cuprinse între 14 și 19 ani din 11 școli și licee gălățene, care educă elevi atât din mediul urban, cât și din mediul rural, în scopul analizei corelației dintre statusul ponderal și comportamentul individual privind alimentația și activitatea fizică. Acest studiu a fost aprobat de Comisia de Etică a Universității Dunărea de Jos din orașul Galați, cu acordul Inspectoratului Școlar Galați.

Instrumentul de culegere a datelor a fost chestionarul, care conține atât întrebări asistate (indicatori cu răspuns predeterminat), cât și întrebări cu răspuns

**PROMOVAREA UNUI COMPORTAMENT SĂNĂTOS
PENTRU PREVENIREA BOLILOR NETRANSMISIBILE**

liber (aspecte ce au necesitat opinii personale sau detalierea răspunsului). Au fost incluse în studiu doar acele persoane care au acceptat completarea chestionarului și au parcurs toți itemii, astfel că au rămas pentru calculul statistic 1886 de persoane.

Calculul indicelui de masă ponderală a fost făcut conform formulei: $IMC = \text{greutatea (kg)} / \text{talia (m)}^2$, iar încadrarea în clasele ponderale corespunzătoare clasificărilor acceptate pentru persoanele adulte a fost făcută după adaptarea la curbele internaționale pentru sex și vârstă.

Au fost notate unele caracteristici familiale, obiceiurile alimentare și consumul unor substanțe cu risc (alcool, tutun, droguri interzise). Comportamentul alimentar a cuprins câteva caracteristici ale preferințelor consumului de alimente, pentru calculul statistic au fost luate în considerație cele implicate în inducerea obezității: carbohidrați (dulciuri, sucuri dulci), alte alimente înalt calorigene (făinoase, fast-food), alimentația nocturnă, masa la calculator.

Evaluarea a fost notată pe o scală de la 0 la 7 (numărul zilelor din săptămână pozitive pentru consum); s-a apreciat ca un comportament cu risc consumul zilnic sau cel puțin 4 zile/săptămână. Prelucrarea statistică a fost efectuată comparativ pe sexe și grupe de vârstă, utilizând programul *Microsoft Excel 2010* pentru obținerea graficelor inițiale corespunzătoare, pachetele *Data-Analysis* și *Analysis Toolpak* pentru testele ANOVA, sau pentru distribuția de frecvență a datelor.

Rezultate obținute

Dintre cele 1886 de persoane incluse în studiu, trei sferturi provin din mediul urban. După aplicarea condițiilor internaționale pentru adolescenți de încadrare în clasele ponderale, a fost evidențiată o rată de 17,2% tineri cu exces de greutate (din care 5,6% obezi și 11,6% supraponderali), dar și 12,5% care au avut IMC sub normal. Restul de 70,3% din persoanele analizate s-au încadrat în limitele normale ale IMC, cu un maxim în grupa de vârstă de 18-19 ani (79,53%). Repartiția pe sexe a arătat diferențe de valori în plus la fete pentru clasa subponderalelor și în minus pentru supraponderale și obeze (tabelul 1).

Tabelul 1
Prevalența pe sexe a claselor ponderale

%	Subponderali	Normoponderali	Supraponderali	Obezi
Fete	13,1	72,1	10,3	4,5
Băieți	11,8	68,8	12,8	6,6

În ceea ce privește preferințele alimentare, se remarcă un consum crescut de dulciuri la sexul feminin (59,6%), față de consumul preferențial de fast-food și băuturi dulci al băieților (34,6%). Foamea nocturnă și masa la calculator caracterizează aproape un sfert dintre tineri, fapt ce sugerează supravegherea acestora din punct de vedere metabolic. Consumul de alcool,

fumatul și consumul de droguri interzise au avut o prevalență mai mare la băieți, dar se remarcă o creștere a consumului acestor substanțe și la fete, mai ales la extremele grupei de vârstă studiate (tabelul 2).

Tabelul 2
Prevalența preferințelor alimentare și a comportamentului cu risc în lotul studiat

		Calorii	Dulciuri	Băuturi dulci	Fast food	Foame nocturnă	Alcool	Fumat	Droguri
Fete	subponderale	42,0	69,7	19,3	15,1	35,3	21,4	14,3	2
	normoponderale	34,7	62,0	25,3	16,7	27,3	10,5	16	1,2
	supraponderale	32,6	53,5	18,6	16,3	25,6	18,7	21,3	1,7
	obeze	28,6	47,6	4,8	14,3	9,5	20,2	29,1	2,5
Băieți	subponderali	28,6	23,2	4,8	33,8	20,8	32,5	17,4	3,4
	normoponderali	32,6	23,8	18,6	27,9	19,7	22,4	12,2	3,2
	supraponderali	34,7	31,3	25,3	31,5	21,6	24,6	28,7	4,1
	obezi	42,0	21,6	19,3	37,9	25,3	27,8	34,2	3,9

Discuții

Diferențele valorilor IMC între sexe ($p\text{-value}=0,0366$) se referă la faptul că fetele au avut un procent mai mare de persoane subponderale (13,1% față de 11,8% la băieți), dar și în ceea ce privește procentul celor peste greutate: 10,3% supraponderale (față de 12,8% la băieți) și 4,6% obeze (față de 6,6% la băieți). Obezele au predominat în grupa de vârstă 15-16 ani, iar subponderalele au avut un maxim în grupa de vârstă 18-19 ani. Am interpretat acest aspect prin prisma autocontrolului crescut al fetelor odată cu anii în privința dietei, aspectul fizic urcând în paralel cu vârsta pe scara proprie de valori.

Datele din Europa estimează o frecvență de 10-25% a obezității în rândul populației, în Europa de Est fiind mai mare la sexul feminin [16]. În ceea ce privește obezitatea la copii și adolescenți, Europa de Sud primează cu o cifră de 20-35% față de 10-20% în Europa de Nord [16]. Din acest punct de vedere, supraponderarea adolescenților din studiul nostru (17,2%) are o prevalență medie față de Europa, dar mai ridicată la sexul masculin.

Corelația statistică ANOVA, folosind criteriul F pentru media tuturor parametrilor menționați (obiceiuri alimentare și substanțe cu risc), arată o diferență semnificativă între sexe, cu un $p\text{-value}$ foarte mic, apropiat de 0, pentru un interval de încredere $CI=79,87\%$, cele mai mari diferențe fiind evidențiate între consumul de dulciuri ($p\text{-value}=0,030$) și alcool ($p\text{-value}=0,038$).

Influența factorilor de mediu și a comportamentului alimentar individual face obiectul atât al studiilor medicale, cât și al celor populaționale [4, 14, 15], fiind recunoscută amprenta acestora în evoluția majorității afecțiunilor [9, 11, 14, 16], în special a celor asociate obezității [12, 14, 16]. De altfel, o mare parte a programelor care s-au ocupat de prevenția

și managementul obezității recomandă în primul rând educația privind scăderea greutateii și o viață fizic activă încă din copilărie [17, 18, 19].

Un studiu american recent demonstrează creșterea interesului tinerilor pentru un stil de viață sănătos, bazat în special pe o dietă săracă în calorii și carbohidrați, având ca rezultat scăderea frecvenței apariției sindromului metabolic [20].

Concluzii

Din studiul prezent se remarcă preferința generală a adolescenților pentru un consum ridicat de dulciuri sau alimente înalt calorigene, precum și valoarea ridicată a procentului de tineri care consumă alimente noaptea, asociind în general activitatea la calculator. Acest fapt sugerează că în zona noastră geografică tinerii își mențin un stil de alimentație considerat cu risc pentru importante morbidități.

Cursurile educaționale oferite de noi odată cu aplicarea chestionarelor, au arătat lacune comportamentale și în ceea ce privește cunoștințele despre igiena personală și sănătatea reproducerii, aspect ce lasă deschisă oportunitatea introducerii orelor de educație sanitară, nutrițională și sexuală în școli.

Bibliografie

1. Barlow S.E., the Expert Committee. *Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report*. In: *Pediatrics*, 2007; nr. 120, p. S164-S192.
2. Barness L.A., Opitz J.M., Gilbert-Barness E. *Obesity: genetic, molecular, and environmental aspects*. In: *J. Med. Genet. A.*, 2007, nr. 143(24), p. 3016-3034.
3. Institute of Medicine. *Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?* Dec. 5, 2005; iom.nationalacademies.org/.../2005/Food-Mark.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity. *Children's Food Environment State Indicator Report*, 2011; www.cdc.gov/.../ChildrensFoodEnvironment.
5. Revenco V. *Este țesutul adipos un organ endocrin?* În: *Materialele Congresului al 5-lea al Cardiologilor*, Bul. Acad. Șt. Mold. Șt. Med., Chișinău, 2008, nr. 4(18), p. 75-79.
6. Esteghamati A., Khalilzadeh O., Anvari M., Rashidi A., Mokhtari M., Nakhjavani M. *Associations of serum leptin levels with homeostasis model assessment-estimated insulin resistance and metabolic syndrome: the key role of central obesity*. In: *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 2009, nr. 7(5), p. 447-452.
7. Siervogel R.M., Roche A.F., Guo S.M. & co. *Patterns of change in weight/stature² from 2 to 18 years: Findings from long-term serial data for children in the Fels Longitudinal Growth Study*. In: *Int. J. Obes.*, 1991; nr. 15, p. 479-485.
9. American Academy of Pediatrics. *Pediatric Clinical Practice Guidelines & Policies*, 14th ed, 2014, p. 487-495, 1008, 1054, 1100.
10. Johnson L., Mander A.P., Jones L.R., Emmett P.M., Jebb S.A. *Energy-dense, low-fiber, high-fat dietary pattern is associated with increased fatness in childhood*. In: *Am. J. Clin. Nutr.*, 2008; nr. 87, p. 846-854.

11. Lobstein T., Dobbins S. *Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight*. In: *Obes. Rev.*, 2005; nr. 6, p. 203-208.
12. Larson N., Story M., Nelson M. *Neighborhood environments: disparities in access to healthy foods in the U.S.* In: *Am. J. Prev. Med.*, 2009; nr. 36(1), p. 74-81.e10.
13. Whitaker R.C., Pepe M.S., Wright J.A. et al. *Early adiposity rebound and the risk of adult obesity*. In: *Pediatrics*, 1998; nr. 101(3), p. e5.
14. Kumanyika S.K. *The Obesity Epidemic: Looking in the Mirror*. In: *Am. J. Epidemiol.*, 2007; nr. 166(3), p. 243-245.
15. Taylor A.E., Ebrahim S., Ben-Shlomo Y. & co. *Comparison of the associations of body mass index and measures of central adiposity and fat mass with coronary heart disease, diabetes, and all-cause mortality: a study using data from 4 UK cohorts*. In: *Am. J. Clin. Nutr.*, 2010; nr. 91(3), p. 547-556.
16. <http://www.who.int/child-adolescent-health>. WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation, Geneva.
17. Collins C.E. et al. *Measuring effectiveness of dietetic interventions in child obesity: a systematic review of randomized trials*. In: *Arch. Ped. Adolesc. Med.*, 2006; nr. 160, p. 906-922.
18. Anderson L.D., Mazurek Melnyk B. *Prevention and Early Treatment of Overweight and Obesity in Young Children: A Critical Review and Appraisal of the Evidence*. In: *Pediatr. Nurs.*, 2007; nr. 33(2), p. 149-161.
19. Hilbert A., Ried J. et al. *Primary Prevention of Childhood Obesity: An interdisciplinary analysis*. In: *Obesity Facts*, 2008; DOI: 10.1159/000113598.
20. Arthur M.L., Matthew J.G., Mark D.D. *Trends in Metabolic Syndrome Severity and Lifestyle Factors Among Adolescents*. March 2016, vol. 137, Iss. 3.

ASPECTELE DE COMUNICARE ÎN PREVENIREA CONSUMULUI DE TUTUN ȘI ALCOOL

Mariana GÎNCU, Natalia SILITRARI,
Viorica PRISACARI, Ion ȘALARU,
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Communication Issues in alcohol and tobacco prevention

The article includes the evaluation of the knowledge, attitudes and practices before and after national communication campaign, focused on current and potential tobacco consumers with the slogan "Mă lepăd!" – "I quit!" and for reducing harmful alcohol consumption entitled "Cu mintea trează" – "With sober mind". This research was conducted using the methodology of KAP study, conducted in the Republic of Moldova during 2012-2014.

Keywords: tobacco use, harmful alcohol consumption, KAP study, the national communication campaign

Резюме

Коммуникационные аспекты в области предупреждения употребления табака и алкоголя

В статье проведена оценка знаний, отношения и практик до и после проведения национальных комму-

никационных кампаний, направленных на нынешних и потенциальных потребителей табака с лозунгом “Отрекаюсь”, и для снижения употребления алкоголя под названием “С трезвым умом”. Данное исследование было проведено с использованием методологии исследований KAP, проводимых в Республике Молдова в период 2012-2014 гг.

Ключевые слова: употребление табака, вредное употребление алкоголя, исследования KAP, национальная информационная кампания

Introducere

Prevalența înaltă a consumului de tutun și de alcool rămâne a fi actuală, atât la nivel global, cât și în Republica Moldova.

La nivel global, consumul abuziv de alcool duce la decesul a peste 3,3 milioane de oameni anual. Regiunea Europeană se caracterizează prin cel mai înalt nivel de consum al băuturilor alcoolice. Consumul de alcool cauzează peste 7% din bolile și decesele premature din Europa, reprezentând o preocupare majoră în domeniul sănătății publice [7]. Consumul de alcool, fie el și moderat, mărește pe termen lung riscul apariției cancerului și a afecțiunilor cardiace și hepatice, iar consumul frecvent și excesiv poate duce la dependență.

Totodată, și epidemia consumului de tutun este considerată o amenințare pentru sănătatea publică din întreaga lume, reprezentând a doua cauză de deces în lume, conform informațiilor prezentate de Organizata Mondială a Sănătății, care precizează că anual se înregistrează 6 milioane de decese, mai multe decât cele provocate de tuberculoză, accidente de circulație, sinuciderea sau consumul de droguri luate la un loc. Dacă situația respectivă va dura în timp, estimările pentru 2030 indică cifre de până la 8 milioane de decese în fiecare an, provocate de boli asociate cu consumul de tutun prin cancer, boli respiratorii, cardiovasculare etc. [1, 2, 4].

Materiale și metode

Pentru realizarea obiectivului trasat, s-a efectuat analiza și sinteza legislației, politicilor adoptate și implementate în Uniunea Europeană și recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății privind problema consumul de alcool și tutun.

Materialul expus cuprinde cercetarea comparativă a studiilor KAP efectuate în anii 2012 și 2014, până și după lansarea campaniilor naționale de informare privind reducerea consumului de alcool și tutun, care s-au desfășurat pe teritoriul Republicii Moldova, cuprinzând respondenți cu vârsta cuprinsă între 16 și 55 de ani din mediile rural și urban.

Rezultate și discuții

O problemă stringentă în societatea contemporană o reprezintă factorii comportamentali res-

ponsabili pentru majoritatea bolilor netransmisibile, care sunt consumul nociv de tutun și de alcool. În Republica Moldova, mortalitatea prin boli netransmisibile este cu circa 10% mai înaltă decât nivelele medii pentru țările europene [3].

Obiectivul prezentei lucrări este abordarea campaniilor de informare și comunicare privind modificarea atitudinilor și cunoștințelor respondenților referitor la fumat și consumul de alcool. Acțiunile realizate în cadrul campaniilor de comunicare au inclus preponderent mediatizarea spoturilor sociale la diferite canale TV, radio, ecrane în cadrul instituțiilor medicale, transport public, pagini WEB; distribuirea materialelor informaționale grupurilor-țintă pentru fiecare campanie separat (tineri, părinți, gravide, șoferi, lucrători medicali etc.); organizarea evenimentelor în cadrul Zilelor naționale fără fumat (a 4-a zi de joi din luna noiembrie) și fără alcool (2 octombrie) etc.

În cercetarea din 2014, care a cuprins populația Republicii Moldova cu vârsta între 16 și 55 de ani, se constată faptul că 21,1% fumează zilnic, ceea ce înseamnă că față de ponderea fumătorilor ce fumează cu regularitate cifra s-a diminuat cu 3 p.p. (de la 24% în 2012). Se constată, cu părere de rău, prin compararea cu cercetarea anterioară, o creștere a numărului țigărilor fumate zilnic. Analizând datele expuse privind dinamica numărului de țigări fumate, deducem că în 2014 s-a majorat ponderea persoanelor care fumează mai puține țigări decât 30 de zile în urmă (cu 6 p.p.).

În general, tendința de renunțare la fumat este una pozitivă. Respectiv, față de anul 2012, s-a înregistrat o creștere a ponderii persoanelor care s-au gândit serios să se lase de fumat, a persoanelor care s-au gândit la daunele ce le cauzează fumatul celor din jurul lor, a crescut cota celor care au meditat asupra daunelor pe care le cauzează lor fumatul. Astfel, ponderea persoanelor care în decursul ultimelor 30 de zile au încercat să se lase de fumat a crescut de la 28% în 2012 la 33% în 2014. Constatăm că un aport considerabil în creșterea conștientizării persoanelor care consumă produse din tutun îl aduc campaniile de informare și comunicare [5].

Considerăm oportună informarea populației despre daunele fumatului, pentru a sensibiliza și membrii familiei, care sunt cei care vor încuraja fumătorii să treacă peste acest viciu.

Campania de comunicare a influențat pozitiv asupra nivelului de informare a populației cu privire la daunele fumatului atât pentru fumători, cât și pentru persoanele nefumătoare. Astfel, a crescut ponderea persoanelor care cunosc ce boli și ce complicații ale lor pot fi cauzate de consumul de tutun.

În mare parte, persoanele chestionate sunt cel mai curând de acord sau complet de acord cu

interzicerea fumatului în locurile publice, cum sunt școlile, transportul public, spitalele, universitățile, în apropierea bisericilor, în restaurante / ospătării și la locul de muncă. De asemenea, mai mult de jumătate susțin interzicerea fumatului în baruri, considerându-l o problemă socială majoră.

Fumatul unei singure țigări scurtează viața cu 7 minute. Fumatul unui pachet de țigări pe zi scurtează viața cu 140 minute/zi, sau cu 35,5 zile/an. Aceasta înseamnă că un an al fumătorului are mai puțin de 11 luni. Potrivit celor mai recente studii, rata mortalității în rândul fumătorilor este de 2-3 ori mai mare decât la nefumători pentru toate grupele de vârstă [5].

În ceea ce privește consumul nociv de alcool, la fel se constată că cercetarea cuprinde o cotă mai mare a persoanelor care au consumat vreodată o băutură alcoolică (89% față de 78% în 2012) și, de asemenea, o cotă mai mare a persoanelor care cel mai des consumă vin (68% în comparație cu 58% în 2012). Pe când ponderea persoanelor care au consumat băuturi alcoolice de orice tip pe parcursul ultimei luni a scăzut.

Datele statistice colectate de Magenta Consulting prin intermediul interviurilor față în față, pe un eșantion de peste 1500 de persoane din întreaga țară, arată că „portretul general” de consum de alcool în Moldova corespunde celui motivat social, care consumă produse alcoolice la ocazii [6].

Se observă o tendință de scădere a cotei celor care odată ce au început să consume, nu au putut să se oprească – de la 14% în 2012 la 8% în 2014. A scăzut cota acelor consumatori care din cauza alcoolului nu au reușit să facă ceea ce se aștepta de la ei în mod normal (de la 19% în 2012 la 13% în 2014).

O scădere se observă și în cazul persoanelor care în decursul ultimului an au simțit necesitatea să bea dimineața, pentru a-și reveni după un consum exagerat de alcool în ajun – de la 18% în 2012 la 13% în 2014.

Față de cercetarea din 2012 s-a redus cota persoanelor care în decursul ultimului an nu au fost capabile să-și amintească ce s-a întâmplat noaptea precedentă – de la 19% în 2012 la 15% în 2014. Se observă o scădere a cotei celor care au avut cazuri când ei sau altcineva a fost accidentat în urma consumului de alcool de către intervievați – de la 13% în 2012 la 5% în 2014 [6].

Considerăm că micșorarea consumului de alcool și tutun se datorează mai multor motivații personale față de consumul acestora ale respondenților supuși cercetării. Printre motivații găsim cele de ordin individual (creșterea personalității prin atingerea scopurilor propuse), cele de serviciu (activarea în cadrul unor instituții) și de familie (respectul față de cei dregi) etc.

Activitățile realizate la acest compartiment includ desfășurarea campaniilor de sensibilizare și

informare în domeniul promovării sănătății pentru diferite categorii de populație, dezvoltarea educației de la egal la egal, susținerea diferitor acțiuni de promovare a sănătății în comunitate etc.

În Republica Moldova se realizează activități de comunicare și informare privind promovarea unui mod de viață sănătos în cadrul Zilelor mondiale și naționale – Ziua Mondială fără tutun, Ziua Națională fără alcool și Ziua Națională fără fumat, unde sunt realizate programe de acțiuni de comunicare, sensibilizare și educare a populației privind riscurile pentru sănătate, condiționate de consumul de tutun și alcool.

Aceste activități în majoritatea cazurilor nu sunt susținute financiar și se reduc la elaborarea materialelor informative pentru specialiștii în domeniul promovării sănătății, realizarea convorbirilor, prelegerilor, seratelor tematice, emisiunilor și reportajelor la posturile de televiziune, radio, articole în presă etc. Menționăm că asemenea activități sunt realizate spontan, fără a respecta o periodicitate de desfășurare, necesară pentru o comunicare eficientă de schimbare a comportamentelor pentru grupurile-țintă. De aceea, considerăm necesar de a desfășura aceste campanii de comunicare și informare cu o anumită periodicitate, pentru a crește gradul de cunoștințe, atitudini și practici ale populației în domeniul respectiv.

Concluzii

Conform datelor Studiului KAP din anul 2014, au fost observate evoluții în mare parte pozitive ale indicatorilor privind consumul de tutun și de alcool.

Schimbările pozitive ce țin de aspectele comunicării în prevenirea consumului de tutun și alcool pot fi realizate doar pe calea extinderii campaniilor de comunicare și informare a populației, pentru a crește gradul de conștientizare în domeniul respectiv.

Bibliografie

1. European Parliament Resolution on the Green Paper *Towards a Europe free from tobacco smoke 2007*.
2. Eurobarometer (European Commission, Flash Eurobarometer, Survey on Tobacco Analytical report), Fieldwork: December 2008.
3. *Programul Național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016*, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 100 din 16 februarie 2012.
4. Societatea Română de Pneumologie. *Noțiuni generale de tabacologie*. Iași: Editura Tehnopres, 2010, p. 54.
5. Studiul KAP 2014. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/studiul_cap_2_faza_i_faza_ii_campania_nationala_actualii_si_potentialii_consumatori_de_tutun_2012-2014.pdf
6. Studiul KAP 2014. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/studiul_cap_campania_nationala_de_informare_reducerea_consumului_de_alcool_2014.pdf
7. World Health Organization (2014a). *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. <http://www.who.int/gho/alcohol>

PROMOVAREA MODULUI DE VIAȚĂ SĂNĂTOS ÎN INSTITUȚIILE DE ÎNVĂȚĂMÂNT

Sára FELSZEGHI,
Universitatea din Miskolc, Ungaria

Summary

Promoting healthy lifestyles in educational institutions

Nowadays nobody contests the importance of the promotion of health in education, however, for long time it has been underestimated. In Hungary the first of such a program was introduced in 1989 in the University of Miskolc, followed by other European countries from 1997. This program is based on: A. Risk evaluation; B. Work ability examinations; C. Workplace health promotion.

The workplace health promotion program is based on: a. The risks due to working place conditions; b. The risks due to the workload during the activity; c. Personal risk factors (chronic diseases, anthropometry, etc.).

This program has been selected by the ENWHP as the best practice in Europe, and in 2014 France has introduced it as a national program. The measures taken in order to maintain workplace health are no caritative actions due to employers, but profitable ones.

Keywords: healthy lifestyle, educational institutions

Резюме

Формирование здорового образа жизни в учебных заведениях

Несмотря на то, что в течение длительного времени формирование здорового образа жизни недооценивалось, сегодня никто не возражает против проведения этой работы в учебных заведениях. В этом отношении в Венгрии соответствующая программа впервые была введена в 1989 году в Университете Мишкольц, а в европейских странах – в 1997 году. Эта важная комплексная программа имеет три направления: А. Оценка рисков; Б. Обследование трудоспособности; В. Проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни на рабочем месте.

В свою очередь формирование здорового образа жизни на рабочем месте основываются на следующие группы рисков: а) риски, связанные с условиями труда на рабочем месте; б) риски, которые появляются в рабочем периоде в результате перенапряжения; в) личные риски (антропометрия, хронические заболевания и др.).

В 2013 году ENWHP выбрал эту комплексную программу как наилучшую в Европе и уже в следующем, 2014 году, она была введена во Франции в качестве национальной программы. Все меры по поддержанию здоровья на рабочем месте не являются какими-то благотворительными мероприятиями, а наоборот, рентабельными.

Ключевые слова: формирование здорового образа жизни, учебные заведения

Introducere

În instituțiile de învățământ, activitatea de predare în primul rând este o muncă intelectuală, care în majoritatea timpului de muncă este asociată cu o suprasolicitare psihică. Esențialul muncii intelectuale constă în colectarea informațiilor în procesul de învățare, în procesarea informației, în organizarea informațiilor. Schimbarea rapidă a informațiilor, precum și schimbarea cunoștințelor actualizate prezintă un stres continuu.

În învățământul superior sunt necesare cunoștințe științifice actuale, prezentarea lor, precum și dominarea materialului științific în cauză. Pe lângă cele menționate, cadrul didactic are obligația să efectueze și cercetare științifică – o altă constrângere care cere publicarea rezultatelor științifice și prezentarea lor la congrese. În același timp, aceasta este o muncă intelectuală diversă: predarea materiei didactice, desfășurarea lucrărilor practice, consultații, organizarea/reorganizarea structurii orelor, pregătire pentru cursuri și lucrări. Există elemente de stres în urmărirea elevilor și a studenților în însușirea materialului predat, în feedback-ul continuu.

Cadrul didactic este suprasolicitat paralel cel puțin pe două căi: predarea să fie cât mai pe înțelesul tuturor; în același timp, el este personajul principal în comunicarea și metacomunicarea pe care le conduce și este răspunzător de succesul acestora. Verificarea cunoștințelor elevilor/studenților prin evaluări, examene și răspunderea asumată de asemenea constituie o suprasolicitare psihică pentru cadrul didactic.

Rezultate și discuții

După cum am menționat mai sus, esența activității intelectuale constă din acumularea informației, procesul de învățare și asimilarea/sistematizarea informațiilor. Acest proces reprezintă un șir de decizii elementare, și numărul acestor decizii caracterizează solicitarea ce rezultă din munca intelectuală. Dacă aceste decizii sunt sub 20 pe minut, are loc o *subsolicitare*; este *suprasolicitare*, dacă sunt luate peste 60 de decizii/minut, iar despre *solicitare optimă* vorbim în cazul de 20-40 de decizii/minut.

Nivelul optim al muncii intelectuale este *nivelul de vigilență*. La acest nivel sunt luate decizii cu grad minim de eroare.

Munca intelectuală prelungită duce la *extenuare*. În acest caz, permanența și intensitatea atenției sunt limitate, fiind cauza deciziilor necorespunzătoare și diminuând capacitatea creativă.

Multitudinea de sarcini nu pot fi îndeplinite cu succes fără ca organismul să se acomodeze. Acomodarea este un proces continuu, care are menirea de a stabili o armonie între individ și mediul înconjurător.

Acest proces necesită energie, care duce la suprasolicitare psihică. Suprasolicitarea psihică depinde atât de personalitatea individului respectiv, cât și de motivația și afectivitatea emoțională. O formă frecventă a acomodării este *constângerea de timp*, care duce la perturbarea ritmului de muncă, produce încordare, extenuare, în final crescând pericolul de accidentare. *Acomodarea la mediul de lucru social (comportamentul)* este o altă formă a acomodării, care, deși asigură o comoditate prin a da indicații clare de comportament (reguli sociale, tradiții, legi etc.), totodată prin această dependență duce la frustrare și animozitate. *Acomodarea la sarcini și solicitări în decursul activității* de asemenea este o provocare pentru organism, care, indiferent că este vorba de supra- sau subsolicitare, provoacă neliniște, fatigabilitate, blazare și supraproducție de adrenalină.

Monotonia duce la o activitate psihică redusă, care se manifestă prin senzația de fatigabilitate și somnolență, care are drept consecință o reacție scăzută. *Saturația* este o stare de încordare, excitație, în care individul simte necesitatea de a termina activitatea respectivă, caută posibilitatea de a scăpa din această situație, care poate provoca excitație, nervozitate, stare emoțională instabilă și agresivitate. Acomodarea este foarte importantă, pentru că *incapacitatea de acomodare este cauza stresului*. Pe lângă cele menționate, stresul este cauzat și de *organizarea necorespunzătoare a activității* (de ex., distribuția orelor de predare necorespunzătoare), *lipsa de apreciere* (materială sau morală), *comportarea necorespunzătoare din partea managerilor, intriga colegilor, orele suplimentare*.

O solicitare specială este *munca în fața monitorului*. Decretul MS nr. 50/1999 prescrie ca maximumul de ore de lucru admis este de 6 ore din 8 ore de muncă, însă în cazul cadrelor didactice este mult peste această limită (uneori chiar peste 10 ore), care, pe lângă un *risc ergonomic ridicat*, totodată înseamnă și o *suprasolicitare psihică*. Trebuie amintită și *autoexploatarea cadrelor didactice* (mai ales în învățământul superior), care lucrează deseori acasă peste orele de muncă oficială, adică 10-12 ore pe zi (proiecte, cărți, articole etc.), ceea ce produce o suprasolicitare psihică excesivă.

Pe lângă riscurile psihice, au importanță și *riscurile fizice*. Aceste riscuri nu întotdeauna afectează direct angajatul, ci indirect: este vorba de confortul la locul de muncă: iluminarea, temperatura la locul de muncă, umiditatea aerului, curentul, aerisirea (naturală/artificială) etc., care pot influența în mod pozitiv sau negativ performanța angajatului. Din păcate, de multe ori nu se acordă atenția necesară și importanța cuvenită acestor riscuri, deși există standardizări pentru aceste cazuri.

Pe lângă suprasolicitarea psihică, angajații instituțiilor de învățământ sunt expuși și la alte riscuri, cum sunt, de exemplu, *sedentarismul, alimentația necorespunzătoare* (neregulat, de calitate/cantitate necorespunzătoare), *zgomotul* (distribuirea/intensitatea atenției), precum și *substanțele* (alcool, tutun, medicamente etc.) folosite pentru „diminuarea stresului”.

Pentru determinarea *riscurilor personale*, este folosit un chestionar care, deși este subiectiv (se bazează pe răspunsurile angajaților), totuși ne dă posibilitate să evaluăm riscurile psihice. Examenele medicale pentru stabilirea aptitudinilor de muncă ne oferă detalii despre alte riscuri personale (antropometrie, boli cronice etc.).

Cunoscând riscurile angajaților provenite din condițiile de la locul de muncă, din solicitările în decursul activității, precum și riscurile personale, poate fi elaborată o *politică de sănătate* adecvată, pe care se bazează programul complex de *promovare a sănătății la locul de muncă*. La Universitatea din Miskolc (Ungaria), programul conține diferite elemente pentru combaterea riscurilor. Pe de o parte, țelul este *îmbunătățirea condițiilor de muncă*; pe de altă parte, *formarea concepției de atitudine conștientă față de sănătate a angajaților*.

Printre posibilitățile de ameliorare a condițiilor de muncă, pe lângă intervențiile tehnice, se află schimbarea sau înlăturarea factorilor ce produc stres, diversificarea și organizarea muncii, stabilirea unui echilibru între provocări și așteptări, educarea, perfecționarea și promovarea angajaților, promovarea și popularizarea exemplelor de bune practici, stilul de comunicare al angajatorului, precum și suportul social.

Atitudinea conștientă față de sănătate a angajaților este importantă nu numai pentru lucrător, ci și pentru familia sa. Este cunoscut că modul de viață al individului determină sănătatea în proporție de 55-75%. Pentru atingerea acestui scop este necesară elaborarea unor *programe pentru renunțarea la fumat, combaterea abuzului de alcool, reducerea consumului de cafeină*. Introducerea unor *traininguri antistres*, individuale sau de grup, reprezintă o altă metodă de combatere sau diminuare a stresului.

În incinta Egyetemváros (Orășelul Universității) se află un complex sportiv, care ne dă posibilitatea să facem sport atât la locul de muncă, cât și în afara lui. Gimnastica medicală, masajul, yoga, înotul (în piscina Universității angajații au posibilitatea de a cumpăra abonamente la un preț redus cu 50%), excursiile (cu diferit grad de complexitate), concursurile de dans (clasic și popular), gimnastica la locul de muncă, jocurile cu mingea (handbal, baschet, fotbal, tenis, tenis de masă etc.) sunt metode eficiente pentru

diminuarea stresului. *Odihna suficientă, respectarea ritmului somn/veghe, alimentația corectă, sănătoasă* (mese regulate și de calitate – în cantina, bufetele și instalațiile cu băuturi ale Universității sunt admise doar alimente și băuturi care nu dăunează sănătății) sunt de asemenea posibilități pentru promovarea sănătății la locul de muncă. *Educarea modului sănătos de viață* este parte a programului complex de promovare a sănătății. Lunar publicăm articole în revista universității (MERT), ținem cursuri la această temă, elaborăm pancarte, broșuri care servesc acestui scop.

ENWHP a ales acest program complex, în anul 2013, ca cel mai bun program din Europa, iar în anul 2014, Franța l-a introdus ca program național.

Concluzie

Toate măsurile luate cu scopul menținerii sănătății la locul de muncă nu reprezintă acțiuni de caritate din partea angajatorului, ci, dimpotrivă, reprezintă acțiuni rentabile.

Bibliografie

1. *Guidance on Risk assessment at Work*. EU Comision, DG V. Brussels. Luxembourg, 1996 <https://osha.europa.eu/en/topics/riskassessment/guidance.pdf>
2. *Promoting healthy work for workers with chronic illness: A guide to good practice*. European Network for Work place Health Promotion (ENWHP), 2012.
3. *The duties and possibilities of the occupational health care in maintaining the work ability of employees with chronic illness in the University of Miskolc*, 22-23 Oct., 2013, Bruxelles.
4. *Factorii psihosociale – noi provocări pentru medicina ocupațională*. În: Revista Română de Medicina Muncii, 2012, vol. 63, nr. 1-2, p. 15.
5. *A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutató*. Társszerzők: Dr. Cseh Károly, Dr. Felszeghi Sára, Dr. Szabó Gyula. OEFI Irányelv, Budapest, 2015, 142 p. old.
6. Eurofound and EU-OSHA (2014). *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. <http://docplayer.net/13854-Psychosocial-risks-in-europe-prevalence-and-strategies-for-prevention.html>

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Л.И. ВЛАСИК, О.В. КУШНИР, Т.И. ГРАЧЕВА, О.Н. ИФТОДА,
Высшее государственное учебное заведение
Буковинский государственный медицинский университет,
г. Черновцы, Украина

Rezumat

Aspecte socioigienice de formare a unui mod sănătos de viață la mediciniști

Sonda prin chestionare a 150 de studenți ai Universității de Stat de Medicină din Bucovina arată că majoritatea respondenților au început să consume băuturi alcoolice înainte de a atinge vârsta majoratului. Motivul principal este disconfortul psihologic intern. De aceea, eforturile comune ale pedagogilor, psihologilor, medicilor trebuie să fie orientate spre profilaxia sistematică a consumului de alcool, cu accent pe factorul personal. Astfel, tinerilor li se va forma o atitudine adecvată față de această problemă și ei vor alege să ducă un mod de viață sănătos.

Cuvinte-cheie: băuturi alcoolice, mod de viață sănătos

Summary

Socio-hygienic aspects of the formation of healthy lifestyle of medical students

The analysis of the results of research by means of questionnaires to 150 students from the State University of Bucovina revealed that the majority of respondents began to consume alcohol at ages 14-15 years or, more exactly, 92% of students tried to drink alcohol before maturity. The leading motivation for alcohol consumption was the internal psychological discomfort. Therefore, the joint efforts of teachers, psychologists and doctors should be focused on the systematic prevention of alcohol consumption with an emphasis on personal factor which will allow forming the adequate attitude to the problem and choosing in favor of healthy lifestyle.

Keywords: alcoholic beverages, healthy lifestyle

Введение

Сохранение здоровья студенческой молодежи – это одна из ведущих задач государства. Молодые специалисты после окончания вуза не только являются базой и резервом для работы в социуме, но и составляющей частью интеллектуального потенциала страны [1, 2].

Пропаганда здорового образа жизни и, в частности, профилактика алкоголизма является актуальной социально-экономической и медицинской проблемой современности, так как по данным ВОЗ в Украине 40% молодых людей в возрасте 14-18 лет систематически употребляют алкогольные напитки.

В современных условиях адаптации студентов к новым специфическим факторам обучения в высшей школе – это комплекс социально-психологических механизмов, которые сопровождаются значительным напряжением нервно-психических процессов и перестройкой работы функциональных систем организма.

Современное обучение в вузе требует от студентов адаптации к комплексу факторов (бытовых, информационных нагрузок, ускорения ритма и темпа жизни, интенсификации современных программ обучения и др.), которые отрицательно влияют на состояние их здоровья [3].

Одной из причин развития дезадаптации среди студенческой молодежи является низкий уровень культуры здоровья, связанный с отсутствием разработанного комплекса систематического обучения, направленного на сохранение и укрепление здоровья и пропаганды здорового образа жизни [4].

Целью данной работы было изучение и анализ предпосылок к употреблению алкогольных напитков в студенческой среде.

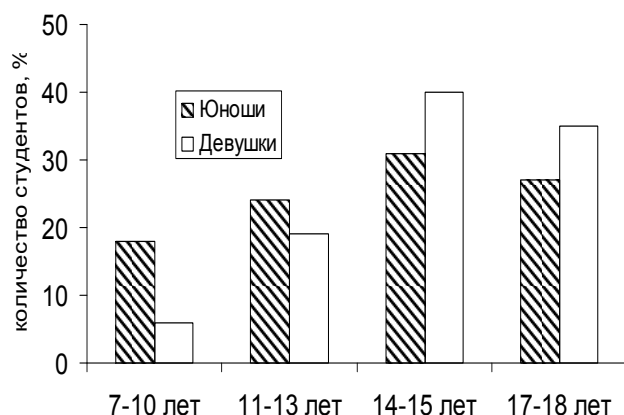
Материалы и методы

Данное исследование было проведено на базе Буковинского государственного медицинского университета. В анонимном анкетировании участвовало 150 студентов специальностей *Лечебное дело* и *Стоматология* в возрасте 19-21 год (37% юношей и 63% девушек).

Результаты исследования

Проведенные исследования выявили некоторые особенности употребления алкогольных напитков студентами-медиками. Важным моментом анализа результатов является определение возраста, когда впервые студенты начали употреблять алкоголь (см. рисунок). Оказалось, что юноши знакомятся с алкогольными напитками раньше, чем девушки: 18% юношей и 6% девушек впервые попробовали их в возрасте от 7 до 10 лет, 24% и 19% в 11-13-летнем возрасте.

Основные возрастные периоды, когда молодые люди впервые начали употреблять алкогольные напитки



У большинства респондентов первое употребление спиртного приходится на возраст 14-15 (31% – юноши и 40% – девушки) и 17-18 лет

(юноши – 27%, девушки – 35%), а 92% опрошенных студентов начали употреблять алкогольные напитки не достигнув совершеннолетия.

Как правило, впервые употребленными алкогольными напитками были пиво (у 36% юношей и 24% девушек) и вино (у 29% и 53%, соответственно).

Важным звеном в развитии алкоголизации молодежи является привлечение к употреблению алкогольных напитков в семьях и группах сверстников. Инициаторами знакомства со спиртным у 53% опрошенных были друзья, у 23% – родители и родственники и только 12,5% студентов попробовали их по собственному желанию.

Респонденты указали различные причины употребления спиртного: 28,5% опрошенных студентов употребляют алкогольные напитки дома во время праздников, причем у 32,5% родители спокойно к этому относятся, что способствует укреплению данных традиций.

Ведущим мотивом употребления спиртного у 54,5% студентов являются стрессовые ситуации, у 18,5% – плохое настроение, для 15% поводом служат праздники, а 9,5% выпивают «за компанию».

Регулярно (2-4 раза в месяц) употребляют спиртное 24% юношей и 13% девушек, что позволяет их выделить в группу риска.

О вредном влиянии алкогольных напитков 28% респондентов узнали от родителей, 24% – из СМИ и Интернета, 23,5% – от преподавателей и только 14% – от медицинских работников.

Альтернативой употреблению спиртного молодые люди считают занятия спортом, учебу, общение с друзьями, хобби, музыку, чтение литературы; для юношей – это также и компьютерные игры, просмотр кинофильмов, а для девушек – любовь, шопинг и употребление кондитерских изделий.

В ходе анкетирования также было определено отношение студентов к проблеме вредных привычек. Среди респондентов 97% (48% юношей и 52% девушек) не переносят и резко осуждают их. Студентов, которые положительно к ним относятся и не видят вреда в табакокурении, употреблении спиртного и наркотиков, не выявлено.

Выводы

Анализ полученных результатов свидетельствует о доминирующем влиянии микросоциума на алкоголизацию современной молодежи. Ведущим мотивом употребления алкогольных напитков является регуляция внутреннего психологического состояния. Поэтому, совместные усилия педагогов, психологов, медиков следует направить на систематическую профилактику

употребления алкоголя с акцентом на личностный фактор, что позволит сформировать у молодежи адекватное отношение к проблеме и сделать выбор в пользу здорового образа жизни.

Литература

1. Лысцова Н.Л. Оценка здоровья студенческой молодежи. В: *Фундаментальные исследования*, 2015, № 2, с.1699-1702.
2. Кожевникова Н.Г., Катаева В.А. *Гигиенические аспекты формирования здорового образа жизни студентов*. В: *Гигиена и санитария*, 2011, № 6, с. 48-51.
3. Агафонова И.В., Кувичкина М.В., Золотникова Г.П. *Психодиагностика дезадаптивных состояний у молодых людей из техногенно-загрязненных районов*. В: *Вестник восстановительной медицины*, 2010, т. 3, с. 88-91.
4. Архипова Л.Ю., Храмов В.В. *Здравоохранительное поведение студентов: проблемы и возможности высшего образования*. В: *Лечебная физкультура и спортивная медицина*, 2009, № 5, с. 39-43.

возможность отрицательного влияния на состояние здоровья при злоупотреблении использованием. В статье дан анализ более 100 работ, который основывается на 16 наиболее актуальных из них в области пропаганды здорового образа жизни, опубликованных за последние 20 лет. В статье выбраны самые важные рекомендации о правильном использовании компьютера и надлежащем обустройстве рабочего места за компьютером.

Ключевые слова: компьютер, дети, рабочее место

Introducere

În ultimii ani, computerul a devenit un obiect tot mai des întâlnit în fiecare casa. Știri, vreme, sport, informații medicale, jocuri prin internet – toate acestea au devenit tot mai accesibile și tot mai mulți adulți le preferă. Aceste oportunități adulții le extind și le transmit și copiilor, uneori fără a-și da seama. Le arată cât de convenabil este un computer și omit uneori să-i îndrume să treacă prin procesul de învățare clasic (de ex., aranjarea cuburilor sau construcțiile LEGO, bețișoare de numărât, cărți de colorat și desenat, scrierea de mână etc.).

Copiii familiarizați deja cu folosirea tastaturii și a anumitor comenzi se vor descurca mai bine decât ceilalți, fiind cu un pas înaintea lor. Unii experți susțin că utilizarea computerului îi ajută pe copii să deprindă noțiuni educative de bază, să-și dezvolte gândirea logică, să aibă încredere în sine, să-și dezvolte abilitățile de rezolvare a problemelor, să-și dezvolte limbajul, să-și îmbunătățească memoria. În ciuda beneficiilor utilizării computerului de către copii, există și anumite dezavantaje. Unii specialiști își manifestă îngrijorarea pentru sănătatea fizică a copiilor care își petrec mult timp în fața unui computer, iar alții sunt de părere că acesta îi poate afecta în plan psihologic. Mușchii și oasele copiilor sunt în continuă creștere și dezvoltare, iar mobilierul și computerul de acasă nu sunt corespunzătoare pentru aceștia [1, 2, 9].

Activitatea la computer induce încordarea funcției analizatorului vizual, determinată de un șir de cauze: contrast neobișnuit între fond și simboluri pe ecranul videoterminalului; simbolurile de pe ecran nu au aceeași claritate ca și pe suportul de hârtie; simbolurile pe ecran deseori au forme neobișnuite; distanța dintre ochi și ecran și direcția privirii nu pot fi modificate la dorință și deseori deosebind-se de condițiile în care se citește textul tipărit pe hârtie; percepția conștientă sau inconștientă a tremorului sau sclipirilor imaginii; focusarea privirii orizontale, care este mai grea decât cea îndreptată în jos; diverse reflecții pe ecran [5, 6, 9, 15].

Materiale și metode

Articolul cuprinde analiza aspectelor majore la acest subiect, publicate în ultimii 20 de ani. Studiul se bazează pe o listă mare de surse bibliografice (peste

RECOMANDĂRI PENTRU ACTIVITATEA CORECTĂ A COPIILOR LA COMPUTER

Cătălina CROITORU^{1,2}, Gheorghe OSTROFEȚ¹,
Alina FERDOHLEB²,

¹Catedra Igienă generală, USMF Nicolae Testemițanu,

²Laboratorul Sănătatea Ocupațională,
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Recommendations for correct activity of children at the computer

More and more studies, articles, researches, and simple empirical observations, forces us to pay attention to uncontrolled children's access to the computer, just as the correct use of computer has positive effects, the misuse leads to negative consequences. The article includes the analysis of over 100 papers published in the last 20 years, using the 16 most valuable works in the field of health promotion. In the paper there are selected the most important recommendations regarding the proper use of the computer and the appropriate placement, arrangement of the computer in the workplace.

Keywords: computer, children, workplace

Резюме

Рекомендации по правильным занятиям детей за компьютером

В последнее время проведенные исследования и простые эмпирические наблюдения, опубликованные научные работы всё более часто обращают внимание на неконтролируемость доступа детей к компьютеру. Возникает вопрос и какова положительная доля при его правильном использовании, и одновременно какова

100 de publicații) ale unor autori străini (România, Canada, Rusia) și organizații internaționale, din care au fost selectate cele mai valoroase 16 lucrări.

Rezultate și discuții

Cercetările desfășurate în domeniu oglindesc probleme majore în sistematizarea interioară a încăperilor dotate cu computer, ergonomia locului de muncă, respectarea cerințelor față de suprafața acestor încăperi.

Deseori, suprafața la un computer în încăperi nu corespunde normelor igienice. Locurile de activitate la computer nu sunt amenajate cu mobilier special, care ar asigura reglarea celor mai importante elemente: înălțimea și unghiul de înclinare al ecranului, înălțimea scaunului și unghiul de înclinare al spetezei scaunului, lipsesc suporturile pentru picioare.

Un important detaliu de optimizare ergonomică în activitatea la computer, conform părerii lui A. Delise și coaut. (2008), este instalația de introducere a informației. În timpul activității la computer, mișcările copilului trebuie să se realizeze în limitele câmpului vizual, iar traiectoria mișcărilor nu trebuie să iasă după zona unde poate ajunge copilul [2, 5].

Cercetările atrag atenția asupra utilizării excesive a materialelor polimerice, sintetice, textile, a suprafețelor acoperite cu lac în încăperile unde se află computere. Aceasta conduce la poluarea suplimentară a aerului din încăperi cu substanțe chimice nocive, îndeosebi la sporirea temperaturii și a modificării umidității aerului, condiționate de lucrul computerelor [7].

Înlăturarea efectelor nedorite induse de activitatea la computer poate fi realizată printr-un regim adecvat de lucru, cu respectarea duratei activităților și includerea pauzelor, condiționarea aerului, amenajarea rațională și ergonomic corectă a locului de lucru, includerea exercițiilor de cultură fizică, exercițiilor speciale pentru profilaxia oboselii ochilor [3, 10, 11, 14].

Includerea pauzelor și oftalmotrainingului în timpul activității la computer la fiecare 20-25 de minute duce la îmbunătățirea stării funcționale a analizatorului vizual: nu se înregistrează sau se micșorează esențial „încordarea reziduală” a mușchilor ciliar, indicele rezistenței acomodative se micșorează într-o măsură mai mică, se îmbunătățește reacția videomotorie, scade numărul de greșeli și crește numărul total de semne la îndeplinirea testelor Anfimov [4].

Măsură importantă în protecția contra câmpurilor electromagnetice și static este asigurarea prizei de unire cu pământul a computerului [8].

Un aspect important în evitarea încordărilor repetate ale acomodativei ochilor este amplasarea caietului (manualului) în același plan cu ecranul [13, 15].

La sfârșitul fiecărei ore de activitate la computer, pentru a elimina oboseala locală, se recomandă exerciții fizice: mișcarea ochilor, exerciții generale de dezvoltare, exerciții de întindere cu relaxarea ulterioară a principalelor grupe de mușchi [12, 13, 15, 16].

Academia Americană de Pediatrie avertizează părinții să limiteze timpul petrecut de copii în fața ecranului și să le sublinieze activitățile importante în aer liber [1].

Se propune utilizarea recomandărilor metodice *Cu privire la medicina muncii operatorilor la mașinile electronice de calcul*, care includ capitolul *Cerințe față de organizarea și utilizarea locurilor de muncă la MECP pentru elevi în școlile de cultură generală* ca materiale informative și de reglementare, în scopul: respectării duratei de activitate la computer în conformitate cu vârsta; respectării pauzelor și modificării regimului motric al elevilor, cu reducerea sedentarismului și practicarea activităților fizice în aer liber, frecventarea diverselor secții pe interese; optimizării amenajării locurilor de activitate la computer; selectării genurilor de activitate în funcție de avantajele și dezavantajele activităților.

Măsuri de profilaxie a efectelor negative în activitatea la computer

I. Măsuri de eliminare a factorilor ce țin de modificările mediului ambiant în timpul activității la computer (contra ionizării, prafului, câmpului electrostatic, temperaturilor sporite, umidității scăzute):

- de șters praful de pe computer și de pe altă tehnică informațională înainte și după activitate, condiție necesară pentru înlăturarea sarcinilor electrostatice acumulate împreună cu praful;
- de aerisit încăperea sistematic și înainte de somn;
- de acoperit dușumeaua cu materiale antistatice;
- se recomandă ca dușumeaua să nu fie acoperită cu textile;
- de efectuat sistematic curățenie umedă.

II. Măsuri de eliminare a factorilor ce țin de calitatea videoterminalelor (strălucirea, contrastul, claritatea, pulsarea ecranului)

Ecranul monitorului trebuie să corespundă următoarelor cerințe:

- numărul de culori trebuie să fie nu mai mic de 256;
- contrastul interpretării semnelor – nu mai mic de 0,8;
- vibrarea de frecvență joasă a imaginii în diapazonul 0,05-1,0 Hz să fie în limita de 0,1 mm;
- frecvența regenerării imaginii la lucru cu contrast pozitiv în regim de prelucrare a textului – nu mai mică de 85 Hz;

- numărul de pixeli pe un rând – nu mai mic de 640;
- ecranul trebuie să posede acoperire antiblic;
- dimensiunile ecranului monitorului trebuie să fie nu mai mici de 31 cm pe diagonală;
- monitorul trebuie să fie utilat cu suport rotativ, care permite transferul videoterminalului în plan orizontal și vertical în limitele de 130-220 mm și modificarea unghiului de înclinare la 10-15 grade;
- ecranul monitorului trebuie curățat sistematic, eliminând orice pete, praf, murdărie.

III. Măsurile de eliminare a factorilor ce apar nemijlocit în activitatea la computer (contra câmpului electromagnetic, efectelor termice, climatului de lumină incorect etc.):

- de respectat distanța de la ochi până la monitor (50-70 cm);
- de clipit frecvent forțat;
- de utilizat jaluzele la geamuri;
- pentru asigurarea nivelului corespunzător al iluminatului deasupra tastaturii e necesară utilizarea lămpii de masă, care permite reglarea intensității;
- computerul trebuie să posede priză de unire cu pământul.

IV. Măsurile de eliminare a factorilor determinați de particularitățile caracterului de activitate la computer (poziție statică, efort vizual, privirea diferitor obiecte, detalii pe fondul luminos al ecranului):

- încăperile unde se află computerele trebuie amenajate corect din punct de vedere ergonomic și respectând normele igienice;
- de utilizat mese speciale pentru computer, scaune funcționale, care permit reglarea înălțimii, deoarece poziția corectă presupune ca talpa piciorului să fie așezată total pe podea;
- în lipsa scaunelor funcționale, de utilizat suport pentru picioare;
- de limitat durata de activitate la computer în conformitate cu cerințele normative, conform vârstei;
- în scopul diminuării stresului vizual se propune utilizarea tehnicii celor 3 B: Blink (clipirea), Breathe (respirația), Break (pauză);
- ecranul, documentul și consola trebuie aranjate într-un plan, la același nivel și la aceeași distanță de ochii utilizatorului.

Rezultatele cercetărilor complexe au permis elaborarea *Pașaportului sanitar al cabinetelor de informatică și tehnică de calcul* (Certificat de inovator nr. 4957).

Concluzie

Activitatea la computer poate avea efectele dorite atunci când copilul respectă cerințele față de

durata activităților și a pauzelor, de amenajarea locului de activitate la computer, de poziția ocupată în timpul activității, de distanța dintre ochi și monitor.

Bibliografie

1. Chiriță R. ș. a. *Date generale privind efectele utilizării calculatorului la copii și adolescenți*. În: Revista Română de Psihiatrie [on-line]. <http://www.romjpsychiat.ro/article/date-generale-privind-efectele-utilizarii-calculatorului-la-copii-si-adolescenti>.
2. Delise A. et al. *Trouble musculo-squelettiques et bureau-tique. Suive de l'impact des modifications du mobilier de bureau sur la posture et la sollicitation musculaire du membre superior*. Etudes et recherches. Monreal, Quebec, 2008, 85 p.
3. Ананиева Н. А. и др. *Состояние здоровья школьников, обучающихся основам информатики и вычислительной техники*. В: Сборник научных трудов. Гигиенические проблемы компьютеризации общеобразовательной школы. Москва, 1998, с. 49-55.
4. Ахмадеев Р. Р. и др. *Зрительные функции у пользователей персональными компьютерами – офтальмоэргонOMICеские аспекты*. В: Вестн. Офтальмологии, 2001, № 4, с. 52-54.
5. Белозеров А. Е. *ОфтальмоэргонOMICеская и изображение на мониторе*. В: Актуальные вопросы офтальмологии. Москва, 2000, ч. 2, с.166-169.
6. Белоусова А. З. *Руководство к практическим занятиям по гигиене детей и подростков*. Москва: «Медицина», 1972, 304 с.
7. Вайнруб Е. М. и др. *Гигиеническая оценка условий проведения занятий по основам информатики и вычислительной техники в общеобразовательных школах*. В: Сборник научных трудов. Москва, 1998, с. 81-86.
8. ГОСТ Р 50571.21-2000. *Электроустановки зданий. Выбор и монтаж электрооборудования*. Москва, 2000, 15 с.
9. Грановская Р. М., Гринева М. С., Третьяков Д. В. *Дети и компьютер*. В: Вопр. психич. здоровья детей и подростков, 2001, № 1, с. 40-45.
10. Дзюба С. М., Савва Г. В., Старовойт А. Ю. *Стресс у операторов видеодисплейных терминалов*. В: Вестн. дальневост. отделения Рос. Акад. Наук, 2001, № 4, с. 84-91.
11. Доскин В. А. *ЭргонOMICеские проблемы компьютеризации общеобразовательной школы*. В: Сборник научных трудов. Москва, 1998, с. 65-73.
12. Загайнов С. А. *Средства физической культуры в профилактике неблагоприятных влияний при работе на компьютере*. Диссерт. канд. педаг. наук. Омск, 2006, 202 с.
13. Минаев Ю. Л. *Компьютерный зрительный синдром и компьютерные очки: обзор*. В: Вестник оптометрии, 2001, № 4, с. 16-20.
14. Мырова Л. О. *Излучения персональных компьютеров и защита от них*. В: КомпьютЛог, 2005, № 2(68), с. 30-39.
15. Степанова М. А. *Как обеспечить безопасное общение с компьютером*. В: Народное образование, 2003, № 2, с. 145-151
16. Шишлова А. Н. *Компьютерные боли*. В: Наука и жизнь, 2000, № 3, с. 50-54.

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII – COMPONENTĂ CURRICULARĂ ÎN FORMAREA CADRELOR MEDICALE CU STUDII POSTSECUNDARE

Tatiana CRÎȚCAIA¹, Iulia EFTODII^{1,2,3},
Svetlana BODIU¹,

¹CNMF Raisa Pacalo, ²IP USMF Nicolae Testemițanu,
³Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Health promotion – curricular component in the training of health professionals with post-secondary education

This article reveals the practical implementation in practice the concept of health promotion at educational level institutions. In base of studying curriculum of post-secondary medical formation, lessons of health promotion were involved. This work is realized successfully by pupils, due to information materials for different categories of people.

Keywords: health promotion, vocational training, professional skills, risk factors

Резюме

Пропаганда здорового образа жизни как составляющая программы по подготовке специалистов со средним медицинским образованием

В данной статье отражено внедрение пропаганды здорового образа жизни на уровне учебных учреждений. В рамках учебной программы по подготовке специалистов со средним медицинским образованием, предусмотрены уроки по пропаганде здорового образа жизни. Эти уроки успешно осуществляются учениками, при помощи различных информационных материалов для разных категорий людей.

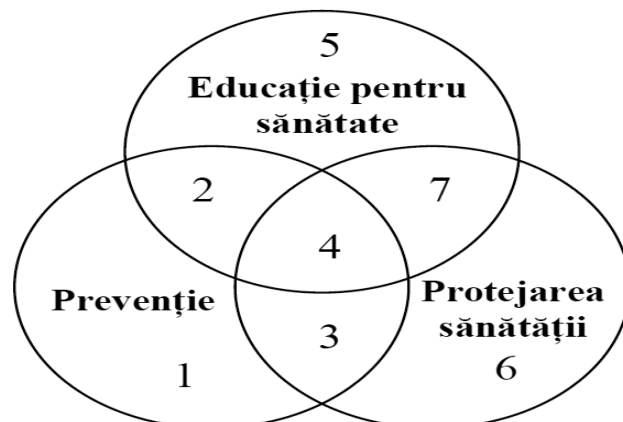
Ключевые слова: пропаганда здорового образа жизни, профессиональная подготовка, профессиональные навыки, факторы риска

Introducere

Promovarea sănătății este procesul care oferă individului și colectivităților posibilitatea de a-și crește controlul asupra determinanților sănătății și, prin aceasta, de a-și îmbunătăți starea de sănătate. Totodată, reprezintă un concept unificator pentru cei ce recunosc nevoia fundamentală de schimbare atât a stilului de viață, cât și a condițiilor de trai. Promovarea sănătății reprezintă o strategie de mediere între individ și mediu, combinând alegerea personală cu responsabilitatea socială și având drept scop asigurarea în viitor a unei mai bune stări de sănătate (WHO-EURO, Health Promotion Glossary, 1989) [1].

Organizația Mondială a Sănătății evidențiază că sănătatea este mult prea importantă și trebuie supravegheată de practicienii din domeniul sănătății publice; educația și elaborarea de politici trebuie să fie centrale pentru dezvoltarea sănătății la nivel individual, comunitar și național (vezi schema).

Promovarea sănătății – concept multidisciplinar



Acest model prezintă 3 sfere de activitate distincte, dar care, în același timp, se suprapun: educația pentru sănătate, protejarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor.

Diferitele zone din figura de mai sus au următoarea semnificație:

1. Servicii preventive, de ex.: imunizări, luarea tensiunii arteriale, determinarea glicemiei.
2. Educație în medicina preventivă, de ex.: informații și sfaturi legate de practicile sexuale neprotejate.
3. Protejarea sănătății prin metode preventive, de ex.: dedurizarea apei.
4. Educație pentru protejarea stării de sănătate prin metode preventive, de ex.: echipamentul individual de protecție.
5. Educație pentru sănătate pozitivă, de ex.: promovarea sportului în rândul diferitor categorii de vârstă.
6. Mesaje pozitive pentru protejarea sănătății, de ex.: politica legată de fortificarea produselor de panificație cu elemente minerale (fier, iod etc.).
7. Educația pentru sănătate orientată pe sănătatea pozitivă, de ex.: interzicerea publicității despre consumul de alcool.

Promovarea sănătății folosește diferite abordări ce contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate. Acestea includ informarea și educarea, dezvoltarea comunității, organizarea, pledoaria pentru sănătate și legislația. Prin toate acestea, promovarea sănătății este multisectorială și implică mai multe discipline, nu numai sectorul de sănătate, în demersurile sale [1].

Promovarea sănătății depinde în mod special de implicarea populației.

Sănătatea este influențată de mai mulți factori. Unii, precum stilul de viață și comportamentul, pot fi controlați de către individ, dar în general oamenii au puțin control asupra unor probleme precum veniturile, condițiile de locuit, rețelele de transport sau calitatea aerului. Promovarea sănătății ia în considerare și nevoia de a crea mediul favorabil unor alegeri

benefice pentru sănătate. De asemenea, recunoaște nevoia de a furniza informații potrivite și la timp, pentru a ajuta oamenii să facă „alegeri sănătoase”.

Material și metode

Perfecționarea sistemului de instruire profesională a cadrelor medicale în domeniul promovării sănătății se efectuează în conformitate cu Hotărârea Guvernului RM cu privire la *Programul național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015*, nr. 658 din 12.06.2007.

Conform planurilor de studii, în Colegiul Național de Medicină și Farmacie *Raisa Pacalo* este prevăzută cunoașterea stării de sănătate a populației Republicii Moldova, a factorilor de risc ce o condiționează și a rolului promovării sănătății, pentru a menține și a fortifica sănătatea. Planurile de studii implică calificările: asistent medical, moașă, asistent igienist-epidemiolog, felcer-laborant, tehnician dentar, laborant-farmacit.

Promovarea sănătății în cadrul Colegiului de medicină presupune:

- Studierea metodelor de menținere a sănătății populației.
- Identificarea riscurilor cu rol determinant în menținerea stării de sănătate și înlăturarea acestora.
- Studierea metodelor de fortificare a sănătății populației, grupurilor sociale și comunităților.

Rezultate și discuții

Elevii Colegiului de medicină promovează cunoștințe corecte privind diverse aspecte ale sănătății și formarea de atitudini și deprinderi indispensabile unui comportament responsabil și sănătos.

Promovarea sănătății contribuie la formarea competențelor profesionale în domeniul promovării unui mod de viață sănătos și al educației pentru sănătate.

Orele de promovare a sănătății sunt implementate prin lecții teoretice (contact direct profesor–elev) și studiu independent, ghidat de profesor.

Pentru elevii calificării *asistent igienist-epidemiolog*, în cadrul instruirii practice sunt preconizate ore de promovare a sănătății pe parcursul semestrelor I, III și V. Curriculumul prevede câte 60 de ore de promovare a modului sănătos de viață (10 lecții publice a câte 6 ore) la fiecare an de studii. În perioada semestrului I, în cadrul orelor de promovare a sănătății, elevii sunt pregătiți să elaboreze materiale cu diverse tematici (buletine informative, postere, pliante etc.). Orele de promovare a sănătății în perioada semestrului III sunt realizate de elevi prin susținerea lecțiilor publice, organizarea cursurilor specifice în domeniul promovării sănătății pentru copiii din grădinițe, elevii

claselor primare, elevii claselor gimnaziale, în unitățile militare, în grupuri de pacienți tematici etc. Orele de promovare a sănătății în semestrul V sunt realizate prin susținerea lecțiilor publice în diverse colectivități de adulți din cadrul întreprinderilor industriale, obiectivelor de deservire comunală, obiectivelor de alimentație publică și colectivă etc.

Promovarea sănătății are la bază și promovează următoarele **valori**:

- Formarea unui stil de viață sănătos.
- Respectul față de viața personală, sănătatea proprie și a celorlalți.
- Dobândirea unui comportament responsabil referitor la sănătate.
- Dezvoltarea toleranței și solidarității față de persoanele aflate în dificultate.
- Manifestarea spiritului de inițiativă în situații critice care vizează sănătatea.
- Dezvoltarea motivației și responsabilității pentru sănătate și ocrotirea mediului.

În contextual promovării sănătății, lucrătorii medicali cu studii postsecundare dețin **competențe** în:

- utilizarea unor noțiuni, norme și principii specifice educației pentru sănătate;
- formarea unor atitudini și comportamente responsabile privind starea de sănătate;
- dezvoltarea unor comportamente de protejare a sănătății personale și a mediului;
- dezvoltarea capacității de a rezolva situații de problemă privind sănătatea și mediul;
- aplicarea diverselor metode și forme de promovare a modului sănătos de viață în comunitate, cu formarea comportamentului sanogen etc. Compartimentele de bază sunt:
- Educația pentru sănătate – noțiuni generale, metode, tehnici. Factorii determinanți ai stării de sănătate.
- Particularitățile promovării sănătății la diverse contingente de populație și în relație cu factorii socioculturali.
- Particularitățile promovării sănătății în caz de diverse patologii.

Activitățile didactice sunt organizate sub diverse forme: frontal, individual, în grup, în perechi. Strategiile didactice interactive promovează o învățare activă, implică o colaborare susținută între elevi care, organizați în microgrupuri, lucrează împreună pentru realizarea unor obiective prestabilite.

Tehnicile interactive mai frecvent utilizate în promovarea sănătății sunt: explozia stelară, diagrama Venn, „știu – vreau să știu – am învățat”, arborele didactic, păiangenul, 6 “De ce?”, SINELG, asocieri libere ale ideilor.

Metodele și tehnicile de evaluare sunt: hărțile conceptuale, portofoliul, testarea, autoevaluarea, evaluarea reciprocă, proiectul individual și cel de grup, prezentarea în programul PowerPoint, prezentarea

buletinului informativ și orice alte materiale de promovare a modului sănătos de viață, elaborate de elevi.

Prevenirea problemelor predictibile de sănătate, protejarea și promovarea sănătății se realizează prin două modalități: *universală*, pentru toată populația în ansamblu, și *selectivă*, pentru contingente și grupuri separate de populație, supuse unor riscuri reale sau potențiale pentru sănătate, și subgrupuri supuse unor riscuri majore.

Profesorii Colegiului participă la educația profesională continuă, formarea de formatori, pentru rețeaua națională de promovare a sănătății. De asemenea, participă la activitățile de formare și dezvoltare a serviciilor integrate de asistență medicală comunitară; elaborează materiale metodologice necesare pentru desfășurarea activității de promovare a sănătății; participă la activități de formare în managementul serviciilor de sănătate prin promovarea sănătății în colaborare cu alte structuri din cadrul serviciului de sănătate publică.

Concluzii

Colegiul Național de Medicină și Farmacie *Raisa Pacalo* promovează și susține dezvoltarea profesională continuă a personalului și a elevilor prin programe, schimburi de experiență și alte forme de pregătire, necesare derulării în condiții de înaltă calitate a activităților de promovare a sănătății.

Astfel, se contribuie la dezvoltarea competenței de comunicare cu diverse categorii de persoane, prin abordarea promovării sănătății la un nivel profesionist.

Bibliografie

1. Școala națională de sănătate publică și management. *Promovarea sănătății și educație pentru sănătate*. București: Editura Public Press, 2006, 242 p.
2. Programul stagiilor practice, specialitatea *Medicină Generală*, calificarea *asistent medical igienist-epidemiolog*. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Cabinetul instructiv-metodic republican al Ministerului Sănătății, Colegiul Național de Medicină și Farmacie *Raisa Pacalo*, 70 p.
3. Cartaleanu T., Cosovan O., Goraș-Postică V., Lisenco S., Scifos L. *Formarea de competențe prin strategii didactice interactive*. Chișinău: ProDidactica, 2008, 312 p.
4. Goraș-Postică V. *Competența acțional-strategică*. Chișinău: ProDidactica, 2008, 202 p.
5. Callo T., Paniș A., Andrițchi V., Afanas A., Vrabie V. *Educația centrată pe elev. Ghid metodologic*. Chișinău: ProDidactica, 2010, 173 p.
6. Mîndru E., Borbeli L., Filip D., Gall M., Niculae A., Nemțoc M., Todoroiț D., Topoliceanu F. *Strategii didactice interactive*. Chișinău: Didactica Publishing House, 2010, 236 p.
7. *Prevalența factorilor de risc pentru bolile netransmisibile în Republica Moldova. STEPS 2013*. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2014, 221 p.
8. Obreja G. *Monitorul sănătății. Prevenirea și controlul bolilor netransmisibile în viziunea politicilor nutriționale și de activitate fizică*. Chișinău, 2012, 33 p.
9. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
10. www.revistacalitateavietii.ro/2010/CV-3-4-2010/04.pdf

EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE ÎN UNITĂȚILE DE ÎNVĂȚĂMÂNT DIN ROMÂNIA – ÎNTRE DEZIDERAT ȘI REALITATE

Smaranda DIACONESCU,

UMF Gr. T. Popa, Iași, Departamentul Medicina Mamei și Copilului

Noțiunea de *prevenție* implică dimensiunea socială a medicinei. În același timp, prevenția presupune educația populației. În adolescență apar tentațiile legate de fumat, consum de alcool și droguri, dependența de calculator, precum și activitățile sexuale imprudente. În România, aceste aspecte prezintă probleme sociale. Astfel, țara noastră deține al doilea loc în Europa în ceea ce privește numărul de adolescente care devin mame. În România, rata nașterilor la vârste cuprinse între 15 și 19 ani este de 39,4%, ceea ce ne situează pe locul al doilea în UE, după Bulgaria și înaintea Slovaciei. În același timp, România se află pe locul cinci în topul țărilor cu cei mai mari consumatori de alcool, potrivit unei statistici recente a OMS.

Prevalența fumătorilor în România este de 27% – mai mare decât în majoritatea țărilor europene, iar vârsta la care populația începe să fumeze este în scădere. Atât fumatul, cât și consumul de alcool constituie premisele dezvoltării unor boli cronice grave, care presupun costuri economice și sociale importante. Centrul Internațional Antidrog și pentru Drepturile Omului (CIADO) a publicat un studiu din care rezultă că în România consumul de substanțe interzise este peste media mondială și a avut o creștere permanentă în perioada 2007–2013 (de la 1,7% la 7,1%). România este aproape de media europeană de 8%.

În adolescență apare și fenomenul dependenței de calculator, care poate sta la baza scăderii performanțelor școlare, precum și a apariției unor comportamente de tip violent.

În România, începând cu anul școlar 2004–2005, s-a aprobat prin Ordinul Ministrului nr. 4496/11.08.2004 introducerea în programele școlare a disciplinei opționale *Educație pentru sănătate*. Această disciplină cuprinde: sănătatea reproducerii și a familiei, noțiuni elementare de anatomie și fiziologie, igiena personală, activitate și odihnă, sănătatea mediului, sănătatea mintală, alimentația sănătoasă, consumul și abuzul de substanțe toxice.

În realitate, în școlile din țara noastră, predarea acestor noțiuni rămâne doar la nivelul de materie facultativă. Dezbaterile intense dintre Ministerul Sănătății, Ministerul Educației, ONG-uri și asociațiile de părinți nu au dus încă la o soluționare a acestei probleme, iar consecințele asupra sănătății copiilor sunt din ce în ce mai pregnante.

PROMOVAREA DIMENSIUNII EUROPENE ÎN EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE LA LOCUL DE MUNCĂ

**Raisa RUSSU-DELEU, Victor MEȘINĂ,
Dumitru RUSSU,**
Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie Nicolae Testemițanu

Summary

Promotion European dimension in education for health and safety at workplace in Republic of Moldova

The paper presents an analysis of the role of factors of occupation environment and labor process in the formation of lifestyle of the working population. Worksite wellness programs have become very popular in developed countries. They produce benefits to employees, employers and the whole society by providing ways to change behavior associated with risk factors (such as smoking, alcohol consumption, poor diet, physical inactivity, stress etc.). Worksite wellness programs are viewed as investment in human capital. This is the reason why in many countries worksite wellness programs are supported by federal and regional authorities. Nowadays Republic of Moldova should consider adherence to healthy lifestyle in working population as an essential factor for maintaining and strengthening the labor potential of the country.

Keywords: health, health promotion, healthy lifestyle, occupational health and safety, risk factors, health-saving behavior, health of working population, worksite wellness programs, public policy, investment in health

Резюме

Продвижение европейских ценностей в области формирования здорового и безопасного образа жизни на рабочем месте в Республике Молдова

В данной статье представлен анализ роли производственных факторов и трудового процесса в формировании здорового образа жизни работающего населения. В развитых странах программы укрепления здоровья на рабочем месте получили широкое распространение. Их реализация выгодна как работникам, так и работодателям и обществу в целом за счет изменения поведения и образа жизни работников (отказ от курения и алкоголя, правильное питание, физическая активность, борьба со стрессом и т.д.). Такие программы рассматриваются как инвестиции в человеческий капитал. По этой причине правительства развитых стран активно поддерживают предприятия, реализующие программы укрепления здоровья для своих работников и членов их семей. В современных условиях развития Республики Молдова приверженность к здоровому образу жизни у работающего населения следует рассматривать как существенный резерв

для сохранения и укрепления трудового потенциала страны.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, профессиональное здоровье, здоровье и безопасность на рабочем месте, факторы риска заболеваний; здоровьесберегающее поведение; здоровье работающего населения, программы укрепления здоровья на предприятиях, государственная политика, инвестиции в здоровье

Introducere

Starea de sănătate a populației este o valoare socială incontestabilă, o prioritate a politicii sociale de stat, temeiul tezaurului național și securității naționale, care determină viabilitatea și perspectivele geopolitice ale Republicii Moldova. Indicatorii stării de sănătate sunt indicatori utilizați pentru caracterizarea civilizației societății, nivelului de umanism al politicilor sociale și de dezvoltare economică a statului.

Principalul obiectiv al politicilor publice în sănătate și celor demografice ale oricărui stat este de a reduce mortalitatea și de a crește speranța de viață, cu îmbunătățirea calității acesteia. O semnificație deosebită în atingerea acestui obiectiv revine sarcinii conservării și fortificării sănătății populației active, deoarece „sănătatea bună a populației este o condiție esențială pentru asigurarea progresului economic și social al oricărei țări” [5]. Este de menționat că stilul de viață nesănătos și comportamentele riscante, cum ar fi consumul de tutun, droguri, consumul abuziv de alcool, sedentarismul, consumul redus de fructe și legume, igiena precară, relațiile sexuale neprotejate etc., afectează nu doar sănătatea, ci și calitatea vieții.

Sănătatea populației lucrătoare este valoarea rezultantă a interacțiunii mai multor factori: economici, sociali, biologici și de altă natură. Este de menționat importanța în formarea sănătății angajaților a așa-numiților factori *controlabili*, reprezentați, în primul rând, de factorii de risc din mediului ocupațional, de accesibilitatea și calitatea îngrijirilor medicale și, desigur, de comportamentul individual [1, 27, 29]. După cum arată experiența multor țări economic dezvoltate, politica direcționată spre încurajarea urmării unui stil de viață sănătos, cu toate că necesită timp și este costisitoare, aduce rezultate incontestabile.

Prin urmare, în mediul economic actual, activitatea angajatorului în materie de promovare a sănătății la locul de muncă și formare a unui stil de viață sănătos devine deosebit de relevantă.

Studiul își propune drept scop evaluarea sumară a principalelor tendințe în starea de sănătate a populației active, a particularităților igienice ale potențialului industrial și a oportunității promovării dimensiunii europene în ceea ce privește educarea pentru sănătate la locul de muncă.

Material și metode

S-a recurs la efectuarea unui studiu de tip descriptiv, care cuprinde analiza cadrului legislativ european cu privire la promovarea sănătății la locul de muncă, a experienței statelor dezvoltate economic în promovarea sănătății la locul de muncă, a instrumentelor de susținere activă din partea guvernelor a întreprinderilor ce realizează programe de promovare a sănătății la locul de muncă, precum și meta-analiza rezultatelor studiilor care pun în evidență conștientizarea stilului de viață pentru formarea sănătății de către populația republicii.

Rezultate și discuții

Republica Moldova, de la declararea independenței în anul 1991, a mers pe calea reformelor profunde ale societății, cu susținerea din partea UE, OMS, ILO, Băncii Mondiale și altor parteneri internaționali de dezvoltare. Acordul de asociere cu UE ghidează întregul vector politic, inclusiv în sfera sănătății și securității la locul de muncă.

În urma reformelor care au avut loc de la declararea independenței și până în prezent, majoritatea întreprinderilor mari, existente în perioada sovietică, au fost închise, reformate, privatizate etc., ceea ce a dus la fondarea unui număr foarte mare de întreprinderi mici și mijlocii, care la finele anului 2015 constituiau 97,4% din cele 52,2 mii de unități economice înregistrate de Camera de Comerț și Industrie, dintre care circa 75% sunt întreprinderi industriale micro- și mici. Este de menționat că Observatorul European al Riscurilor în Muncă consideră întreprinderile mici și mijlocii drept riscuri noi și emergente, deoarece circa 90% din bolile profesionale înregistrate în UE sunt înregistrate în această categorie de unități economice [15].

Conform unui studiu efectuat la Institutul Național de Cercetări Economice, proprietarii-managerii ai întreprinderilor industriale micro- și mici în proporție de 67,3% sunt businessmen „reticienți” – au venit în business de nevoie, nu au studii corespunzătoare, nu au formare profesională în domeniul de activitate, sunt axați doar pe obținerea veniturilor, nu sunt deschiși dialogului cu autoritățile etc. În același timp, începând cu anul 1994, au fost adoptate un număr considerabil de acte legislative și normative de susținere a businessului mic și mijlociu, care însă practic nu prevăd și responsabilitățile angajatorului față de sănătatea angajaților.

Structurile ocupaționale din RM, conform statisticilor Biroului Național de Statistică, sunt dominate de servicii (53%) și agricultură (27%), urmate de sectorul public (21%), de cel industrial (13%) și cel de construcții (5,7%) [15].

Conform statisticii oficiale, în condiții de muncă necorespunzătoare normelor de sănătate

ocupațională sunt angajați peste 58 mii salariați, dintre care 34,5 mii (59,48%) femei, ceea ce constituie circa 10% din numărul total al salariaților angajați în întreprinderile vizate de statistici.

Conform datelor Centrului Național de Sănătate Publică (CNSP) al Ministerului Sănătății, în țară se constată o creștere a ponderii locurilor de muncă neconforme normativelor de sănătate ocupațională în vigoare: după parametrii factorilor de microclimat (38,4%), zgomot (25,7%), vibrație (8,6%), substanțe toxice (11,5%) și pulberi (9,7%) [15].

Anual se înregistrează circa 600 de accidentați proveniți din accidente de muncă, ceea ce constituie în medie 1,026 cazuri la 1000 salariați, în dinamica multianuală atestându-se tendința de sporire continuă a numărului de accidente la locul de muncă, cu rata medie anuală de +1,79%.

Incidența bolilor profesionale înregistrate în ultimii cinci ani este de 2,4 cazuri la 100000 populație, ceea ce este net inferior nivelului mediu înregistrat în UE. Cazurile de boală profesională nu sunt depistate în cadrul examenelor medicale periodice. Nivelul incidenței bolilor prin ITM este unul submediu, conform gradației Notkin. Cele menționate denotă existența unor lacune în monitorizarea stării de sănătate a lucrătorilor [15].

În ultimii ani s-a reușit obținerea unor rezultate pozitive și stoparea sporului natural negativ. Cu regret însă, nivelul mortalității rămâne destul de înalt, iar în dinamica multianuală în structura mortalității populației în vârstă aptă de muncă din RM prevalează decesele cauzate de bolile sistemului circulator, tumori și de cauze externe [15].

În prezent, competențele în securitatea și sănătatea la locul de muncă sunt atribuite Inspecției muncii (de stat și a Confederației sindicatelor) și Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publicii, astfel, profilul comprehensiv al sistemului de sănătate ocupațională, existent la nivel de UE, este fragmentat, iar limitarea competențelor este ambiguă.

Multiplele cercetări efectuate în RM atestă un stil de viață nu prea sănătos la populația țării. Astfel, peste 10% din populația adultă (de vârstă 18-69 ani) nu practică activitatea fizică zilnic, cu prevalarea sedentarismului în mediul urban și sporirea odată cu vârsta; circa 65% consumă mai puțin de cinci porții de fructe și/sau legume, consumul mediu fiind de 2 porții/zi, 56% sunt supraponderali [16], 48,5% bărbați și 8,2% femei sunt fumători activi, din ei 35% de bărbați și 7,4% femei sunt de vârstă 15-24 de ani [19]; trei pătrimi din populația cu vârsta cuprinsă între 16 și 55 de ani consumă alcool, inclusiv 12% dintre ei consumă alcool zilnic sau aproape în fiecare zi [17]; 36% din adolescenții cu vârsta de 15-19 ani

întrețin relații sexuale, dintre care fiecare al patrulea nu folosește mijloace de contracepție, 10,4% dintre adolescenți de vârstă 13–15 ani fumează [18].

Cele menționate dovedesc actualitatea necesității implementării dimensiunii europene în promovarea sănătății la locul de muncă în condițiile actuale ale țării noastre.

Promovarea sănătății la locul de muncă a fost inițiată în SUA la nivelul anilor 1970, ca expresie a nevoii sociale de a proteja comunitatea umană împotriva bolilor, a incapacității de muncă sau a deceselor. Ulterior, în anul 1985, Carta de la Ottawa a stabilit, sub egida OMS, cinci domenii generale de activitate în domeniu, și anume: 1 – dezvoltarea politicilor publice pentru sănătate; 2 – crearea posibilităților și/sau mediului de susținere a acestor politici; 3 – dezvoltarea abilităților personale; 4 – consolidarea intervenției comunității; 5 – reorientarea serviciilor de sănătate.

După anul 1980, conceptul de promovare a sănătății la locul de muncă se dezvoltă și în Europa, inițial timid, însă treptat acest concept începe să considere locul de muncă un punct greu în dezvoltarea sănătății publice [11].

Definiția *promovării sănătății la locul de muncă*, adoptată în Declarația de la Luxembourg (iunie 1996), este unanim acceptată de țările din UE: „Promovarea Sănătății în Muncă reprezintă eforturile combinate ale angajatorilor, ale angajaților și ale societății de a îmbunătăți sănătatea persoanelor pe durata activității. Acest obiectiv poate fi atins prin combinarea următoarelor elemente: îmbunătățirea organizării muncii și a mediului de muncă; promovarea participării active și încurajarea dezvoltării personale” [25].

Declarația de la Luxembourg constituie contextul legislativ al promovării sănătății la locul de muncă în UE, prezentat sub formă de Directivă a Consiliului Europei *privind punerea în aplicare a măsurilor pentru promovarea îmbunătățirii securității și sănătății lucrătorilor la locul de muncă* 89/391/CEE.

Concomitent, a fost lansată Rețeaua Europeană de Promovare a Sănătății la Locul de Muncă (ENWHP), care are puncte focale și proiecte în toate țările-membre ale UE. Rețeaua respectivă orientează asupra unui *Model european de referință pentru promovarea sănătății în muncă*, ce reprezintă concepte/științe/discipline diferite, scopul final al cărora este sănătatea lucrătorilor. Este de menționat că toți „actorii” interesați de sănătatea și securitatea la locul de muncă sunt implicați în diferite programe și proiecte axate pe Planul Global de Acțiune privind Sănătatea Muncitorilor 2008-2017 [25].

Modelul european de referință pentru promovarea sănătății la locul de muncă este recunos-

cut de toate țările-membre ale UE, dar cu unele particularități specifice. Scopul modelului este de a rezuma activitatea ENWHP, de a promova binele practici de promovare a sănătății la locul de muncă, de a furniza modele de acțiune pentru practicieni, de a informa practicienii cu privire la politicile în domeniu.

În continuare ne vom opri asupra experiențelor țărilor din UE în domeniul promovării sănătății la locul de muncă.

În prezent, în țările UE, programele de promovare a sănătății la locul de muncă au obținut o răspândire largă, care acordă o atenție deosebită factorilor de risc controlabili și termenului generic de *stil de viață sănătos* [4, 6]. Planul Global de Acțiuni cu privire la sănătatea lucrătorilor pe anii 2008-2017 subliniază necesitatea de a stimula „activitățile de fortificare a sănătății și profilaxie complexă a bolilor netransmisibile, prin promovarea regimului și rației alimentare sănătoase și activității fizice a lucrătorilor și fortificarea sănătății mentale la locul de muncă (...)” [26]. Atenția OMS pentru programele de promovare a sănătății la locul de muncă este determinată de avantajele pe care acestea le creează pentru toți actorii – angajați, angajatori și stat în general. Programele respective sunt apreciate drept investiții în capitalul uman, iar unitățile economice ce realizează programe de promovare a sănătății lucrătorilor și membrilor familiilor acestora sunt susținute activ de guvernanță.

Programele de promovare a sănătății sunt adresate unor grupuri mari de populație – nu numai angajaților și membrilor familiilor lor, de asemenea foarte frecvent prietenilor și vecinilor, pe contul „efectului de anturaj”. În același timp, nu toate programele de promovare a sănătății realizate la întreprinderi au acoperire largă, deoarece unele dintre ele din start sunt adresate doar unor anumite categorii de muncitori (de exemplu, persoanelor cu dizabilități, persoanelor expuse factorilor de risc ocupațional, stângacilor, femeilor etc.). Chiar și programele adresate tuturor angajaților, de facto implică de la 10% până la 64% din lucrători, mai frecvent cota lor oscilează în limita unei treimi din efectivul întreprinderii [14].

Șirul măsurilor incluse în programele de promovare a sănătății la locul de muncă, în diferite țări, se deosebește printr-o diversitate mare și permite oricărei întreprinderi de a dezvolta programe proprii, astfel încât ele să răspundă maximal necesităților angajaților. În prezent, întreprinderile au posibilitatea de a selecta diferite combinații de măsuri de fortificare a sănătății în funcție de specificul activității, caracterul forței de muncă, posibilitățile financiare și tehnice. De regulă, toate programele încep cu identificarea factorilor de risc pentru sănă-

tatea angajaților, în primul rând a celor comportamentali – tabagism, consum abuziv de alcool, alimentație incorectă și inactivitate fizică [8]. La factorii de risc se raportează de asemenea și stresul, care foarte frecvent este cauza bolilor cronice [12].

Factorii de risc pot fi identificați în cadrul examenelor medicale profilactice și screeningurilor stării de sănătate, bazate pe chestionarea angajaților în scopul evaluării stării de sănătate și a stilului de viață. Conform rezultatelor screeningului și examenelor medicale ale angajaților, pot fi oferite următoarele activități: consultare individuală, programe de susținere pentru abandonarea fumatului, programe individuale de control al masei corporale, programe de modificare a alimentației, programe de practicare a efortului fizic [6, 20].

În țările UE au o răspândire largă programele de educație, care pot include astfel de măsuri ca zile ale sănătății, seminare și conferințe speciale, resurse on-line consacrate problemelor de sănătate etc. Evident că, nu în ultimul rând, în calitate de măsură eficientă de promovare a sănătății la locul de muncă este schimbarea mediului de producție [20]. Multiplele exemple de organizare a programelor de promovare a sănătății la locul de muncă din țările din Occident au dezvoltat baza de dovezi în ceea ce privește profitul (avantajele) realizării lor, aceste exemple fiind totalizate într-un raport al OMS și prezentate în tabelul ce urmează [24, 26].

Avantajele obținute prin realizarea programelor de promovare a sănătății la locul de muncă

<i>Avantajele angajatului</i>	<i>Avantajele angajatorului</i>	<i>Avantajele statului</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Sporirea gradului de informare despre principiile stilului de viață sănătos • Abandonarea comportamentului cu risc • Diminuarea stresului • Sporirea bunăstării • Îmbunătățirea sănătății • Creșterea speranței de viață • Sporirea satisfacției în viață • Sporirea satisfacției în muncă • Îmbunătățirea condițiilor de muncă 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuarea traumatismului industrial și accidentelor de muncă • Reducerea numărului de zile de incapacitate de muncă • Diminuarea cheltuielilor pentru asigurări de sănătate • Reducerea absenteismului • Creșterea productivității muncii • Reducerea fluctuației cadrelor și creșterea loialității angajaților • Îmbunătățirea climatului psihologic în întreprindere • Fortificarea reputației companiei pe piață 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuarea nivelului morbidității • Reducerea mortalității • Efecte externe asupra persoanelor neimplicate în programe • Reducerea cheltuielilor pentru asistență medicală și dizabilități • Creșterea capacității de concurență a întreprinderilor • Creșterea produsului intern brut

Există un număr mare de cercetări empirice, care demonstrează efectele pozitive ale implementării programelor de promovare a sănătății la locul de muncă, sinteza cărora se conține în raportul OMS [26]. Un șir de publicații atestă creșterea satisfacției în muncă, sporirea productivității și remunerării muncii, scăderea stresului [7, 9, 10].

Creșterea productivității muncii angajaților, îmbunătățirea imaginii corporative a companiilor și reducerea costurilor pentru îngrijirile de sănătate sunt argumente importante atunci când se estimează creșterea eficienței măsurilor care vizează asanarea mediului ocupațional și îmbunătățirea nivelului de sănătate a populației în vârstă aptă de muncă [3, 27].

Multiple cercetări arată că programele de promovare a sănătății la locul de muncă pot fi rentabile. În acest sens menționăm Raportul Institutului Național de Dirijare a Sistemului de Sănătate din SUA, care aduce exemple plauzibile de programe eficiente, precum și sistematizează referințele ce vizează tema respectivă, care permit de a afirma că indicatorul de recuperare a investițiilor (ROI – Return on Investment) în programele de promovare a sănătății la întreprinderi oscilează în limitele de la 1,49 până la 4,7 \$ SUA venit pentru fiecare dolar investit. În medie, fiecare dolar investit în programele de promovare a sănătății permite economisirea a 3 dolari în viitor [4], dar poate atinge și 6 dolari [2, 28]. Evaluările efectuate, de regulă, includ două componente – economia pentru asigurări medicale și reducerea cheltuielilor cauzate de absenteismul pe caz de boală. Este de menționat că în SUA profitul din economiile acestor două componente rămân în întreprindere, iar în țările din UE, unde cheltuielile pentru sănătate sunt finanțate de stat, întreprinderile au profit preponderent din reducerea absenteismului pe caz de boală.

În unele cercetări de asemenea este evaluat profitul din creșterea productivității muncii, precedată de ameliorarea stării de sănătate a angajaților și de reducerea traumatismului. Mai rar se măsoară așa indicatori ca fluctuația cadrelor, ameliorarea climatului psihologic din întreprindere și îmbunătățirea reputației companiei, deoarece este foarte complicat de a le găsi un echivalent bănesc [13]. Și mai complicat este evaluarea empirică a profitului statului de pe urma realizării programelor de promovare a sănătății la locul de muncă. Eficacitatea măsurilor particulare (de exemplu, interzicerea fumatului la locul de muncă, examenle medicale profilactice) poate fi estimată empiric, iar în ceea ce privește profitul net al diverselor programe de promovare a sănătății la locul de muncă și diminuarea nivelului mortalității/morbidității sau sporirea produsului național brut este necesar de a efectua cercetări foarte complexe și costisitoare.

În pofida impedimentelor în evaluarea cantitativă a tuturor profiturilor rezultate din realizarea programelor de promovare a sănătății la întreprinderi, multe țări adoptă măsuri speciale pentru stimularea angajatorilor de a organiza și de a finanța astfel de programe pentru angajații lor și membrii familiilor acestora. Măsurile respective sunt reflectate în documentele strategice corespunzătoare, precum și în documentele legislative și de reglementare.

În general, măsurile implementate în experiența practică internațională pot fi grupate astfel:

- diseminarea informației printre angajatori despre avantajele realizării programelor de promovare a sănătății;
- finanțarea cercetărilor aplicative de dezvoltare și evaluare a programelor de promovare a sănătății la locul de muncă;
- contribuția la organizarea programelor de promovare a sănătății în întreprinderile mici și mijlocii;
- organizarea programelor de promovare a sănătății în instituțiile autorităților publice naționale și teritoriale;
- cofinanțarea programelor-pilot de promovare a sănătății la locul de muncă;
- includerea măsurilor de fortificare a sănătății populației active în programele naționale;
- organizarea concursurilor printre companiile care realizează programe de promovare a sănătății printre angajați;
- susținerea prin granturi;
- indemnizații pentru impozite;
- lărgirea nomenclatorului de măsuri în cadrul programelor de promovare a sănătății [21, 22, 23].

Concluzii

1. Transformările socioeconomice care au avut loc în Republica Moldova de la declararea independenței și până în prezent au repercusiuni negative asupra indicatorilor de sănătate a populației în întregime, precum și în segmentul populației active.

2. Caracteristica igienică generală a potențialului industrial al țării atestă existența unui mediu ocupațional cu risc sporit pentru sănătatea angajaților, iar întreprinderile mici și mijlocii reprezintă un risc nou și emergent de sănătate publică. Contextul legislativ național nu permite monitorizarea și evaluarea eficienței implementării măsurilor de asanare a mediului ocupațional și crearea condițiilor de producere care ar corespunde standardelor de calitate a UE.

3. Analiza datelor din studiu a arătat un stil de viață nu prea sănătos la populația RM. Factorii majori care determină comportamentele riscante au o răspândire largă în rândurile lucrătorilor.

4. O problemă stringentă pentru muncitori/angajați este lipsa de informații care ar facilita formarea unui stil de viață sănătos, precum și lipsa cunoștințelor despre beneficiile măsurilor preventive (de asanare a mediului ocupațional, de protecție individuală și colectivă), precum și ale celor medicale.

5. Promovarea valorilor europene în materie de sănătate la locul de muncă și transferul experienței în domeniu a statelor din Europa de Sud-Est, inclusiv a României, pentru identificarea diferențelor și implementarea în Republica Moldova este un obiectiv de maximă importanță pentru păstrarea și fortificarea sănătății populației active.

Bibliografie

1. Barthelmes I., Goertz C., Herdegen R. et al. *Prävention gemeinsam weiterdenken. Initiative Gesundheit und Arbeit*. 2010. http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/Einzelveroeffentlichungen/iga-Image-broschuere_2012.pdf
2. Berry L., Mirabito A. M., Baun W. B. *What's the hard return on employee wellness programs?* In: Harvard business review, 2010, December, p. 104–112.
3. *Best Employers for Healthy Lifestyles® Awards (2013)*. Available: <http://www.busi-nessgrouphealth.org/pub/2EE43FEB-782B-CB6E-2763-22B7E374818A>
4. *Building a stronger evidence base for employee wellness programs*. NIHCM Foundation, 2011, May 11-13.
5. Cartea albă. *Împreună pentru sănătate: o abordare strategică pentru UE 2008-2020*.
6. *Employer-Sponsored Health Promotion Programs NCSL Briefs for State Legislators*. 2010, N. 13, October.
7. Eriksen H.R., Ihlebaek C., Mikkelsen A. et al. *Improving subjective health at the work sit: randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme*. In: Occupational Medicine, 2002, no. 2, p. 383–391.

8. Grossmeier J., Dalal K. *Energy Company Generates Better Health for Employees*. In: *Worksite Health International*, 2013, vol. 4, no. 1, p. 3–4.
9. Kerr J.H., Vos M. *Employee Fitness Programmes, Absenteeism and General Well-Being*. In: *Work and Stress*, 1993, no. 7, p. 179–190.
10. Oden G., Crouse S., Reynold C. *Worker productivity, job satisfaction, and work related stress: the influence of an employee fitness program*. In: *Fitness in Business*, 1989, no. 3, p. 198–204.
11. Popa Doina, Brândușa Constantin. *Promovarea sănătății la locurile de muncă: repere europene*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2014, nr. 3(54), p. 142-144.
12. Pronk N., Pfeiffer G., Kirsten W. *Creating an Integrated Model of Employee Health*. In: *Worksite Health International*, 2012, vol. 3, no. 1, p. 3.
13. Proper K., Van Mechelen W. *Effectiveness and economic impact of work-site interventions to promote physical activity and healthy diet*. In: *Background paper prepared for the WHO/WEF Joint Event on Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace (Dalian/China)*, 2007, September.
14. Robroek S., Van Lenthe F., Van Empelen P., Burdorf A. *Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review*. In: *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 2009, no. 6, p. 26.
15. Russu-Deleu Raisa, Moraru Maria, Vasiliev V., Lipovan S. *Dinamică epidemiologică și previziune profilactică în apărarea sănătății populației în vârstă aptă de muncă*. In: *Buletinul AȘM. Științe medicale*, 2013, nr. 5(41), p. 94-100. ISSN 1857-0011
16. STEPS Moldova, 2013.
17. *Studiul cunoștințe, atitudini, practici*. KAP Moldova, 2012.
18. *Studiul Global privind Fumatul la Adolescenți*. GYTS, Moldova, 2013.
19. *Studiul de Indicatori Multipli în Cuiburi*. MICS, Moldova, 2012.
20. Tu & Mayrell. *Employer Wellness Initiatives Grow, but Effectiveness Varies Widely*. In: Washington D.C.: National Institute for Health Care Reform. Available: <http://www.nihcr.org/Employer-Wellness-Initiatives.html>
21. WHO: *Regional guidelines for the development of healthy workplaces*. WHO, 1999. Available: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehwproguidelines.pdf
22. *Workplace Health Promotion Grant*. Available: http://www.hpb.gov.sg/HOPPortal/health-article/HPBSUEXTAPP1_4021939#whpgrant
23. *Workplace Health Promotion Grants*. Available: <http://www.cdha.nshealth.ca/healthy-workplace/health-promotion-activities/workplace-health-promotion-grants>
24. *Workplace Wellness: A literature review for NZWell@Work*, 2009. Available: 32. <http://nzwellatwork.co.nz/pdf/wrkplc-wellness-lit-rev-feb09.pdf>
25. [www.enwhp.org/download/Luxemburg Declaration June 2005 final.pdf](http://www.enwhp.org/download/Luxemburg%20Declaration%20June%202005%20final.pdf)
26. ВОЗ/ВЭФ. *Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности*. Доклад ВОЗ/Всемирного экономического форума о совместном мероприятии, 2008.
27. *Здоровье на рабочем месте: сборник корпоративных практик*. М.: РСПП, 2011, 92 с. <http://media.rspp.ru/document/1/c/2/c21610db02162a7d3741759f16b02628.pdf>
28. Рощина Я. *Микроэкономический анализ отдачи от инвестиций в здоровье*. В: *Экономический журнал ВШЭ*, 2009, № 3, с. 428-451.
29. Хоркина Н. *Политика российских предприятий по формированию здорового образа жизни*. В: *Мотивация и оплата труда*, 2013, № 4, с. 258–269.

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII LA LOCUL DE MUNCĂ:
COMPONENTELE DIRECTIVELOR EUROPENE ÎN
DOMENIUL SERVICIILOR
DE SĂNĂTATE OCUPAȚIONALĂ

Alina FERDOHLEB¹, Elena GURGHÎȘ^{1,2}, Vladimir BEBÎH¹, Svetlana SIMINOVICI¹, Livia TAPU^{1,2},

¹Laboratorul științific Sănătatea Ocupațională,
Centrul Național de Sănătate Publică,

²IP USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Health promotion at workplace: components of european directives in occupational health services

This work shows the analysis of the implementation modality of European legislation and good practices on health promotion at workplace in Republic of Moldova; the approval of Programs and Strategies at national level; justification of the importance of daily process implementing of "List of Health Indicators" – European Core Health Indicators, including "Health Promotion Indicators" from this legislative document.

Keywords: health promotion, health indicators, occupational health, european level

Резюме

Охрана здоровья на рабочем месте – часть европейских директив в области служб медицины труда

В данной работе был проанализирован опыт реализации европейского законодательства по охране здоровья на рабочем месте применительно для Молдовы и ратификации соответствующих программ и стратегий на национальном уровне; указано о важности внедрения в повседневную практику «Перечня показателей здоровья – ЕСН», в том числе «Показателей охраны здоровья» из данного документа.

Ключевые слова: охрана здоровья, показатели здоровья, медицина труда, европейский уровень

Introducere

Promovarea sănătății la locul de muncă este un ansamblu de activități derulate la nivel național în sfera sănătății legate de mediul de muncă.

Convențiile, directivele și documentele normativ-legislative europene reprezintă un exemplu de modalitate practică de implementare a acestora.

În Republica Moldova, legislația națională în domeniul sănătății și securității în muncă este aprobată în concordanță la cea a Uniunii Europene: Convenția 155/1981 *privind securitatea și sănătatea ocupațională și mediul de muncă* (aprobată la 28 aprilie 2000 în RM); Convenția 187/2006 *privind Cadrul de promovare a securității și sănătății în muncă* (aprobată la 12 februarie 2010 în RM) și Directivele de bază ale UE. Totodată, constatăm că există obstacole la implementarea acestor documente.

Au fost determinate două direcții existente de consolidare: 1) nivelul redus de formare profesională, de informare și de instruire a angajaților în ceea ce privește sănătatea și securitatea la locul de muncă, ca urmare a lipsei investițiilor și prevederilor în bugetul național; 2) nivelul scăzut de cunoștințe / „bune practici” al managerilor de întreprinderi cu privire la fenomene benefice și de eficiență economică în urma investițiilor în sistemul de servicii de sănătate și securitate la locurile de muncă.

Menționăm că foarte puțini angajatori fac legătură între activitățile din sfera promovării sănătății la locul de muncă: educația pentru sănătate a angajaților, formarea profesională a managerilor din sectorul resurselor umane și din sectorul sănătății și securității la locul de muncă. Totodată, în urma acestor investiții apar și beneficii în cadrul întreprinderilor: creșterea productivității, scăderea absenteismului, precum și creșterea motivației lucrătorilor.

Materiale și metode

În cadrul studiului au fost analizate lucrările științifice de nivel european pe perioada ultimului deceniu. Totodată, au fost examinate documentele normativ-legislative și regulamente naționale care vizează instruirea și promovarea sănătății la locul de muncă pentru angajații din diferite ramuri ale economiei naționale; s-au studiat indicatorii Comunității Europene privind sănătatea.

Discuții

Sarcinile principale ale promovării sănătății la locul de muncă sunt îmbunătățirea sănătății și reducerea impactului bolilor profesionale și a celor legate de profesie asupra forței de muncă. Acestea pot fi reflectate prin: 1) ameliorarea modului de organizare a activității; 2) îmbunătățirea mediului de muncă; 3) încurajarea angajaților să se implice în activități sănătoase; 4) încurajarea dezvoltării personale.

În Republica Moldova, indicatorii ce reflectă promovarea modului sănătos de viață sunt în concordanță cu: 1) Campania Națională Antifumat,

prin adoptarea Legii nr. 124 din 29.05.2015 privind modificarea și completarea Legii nr. 278 din 14.12.2007 cu privire la controlul tutunului. Această modificare este în vigoare din 17.09.2015; 2) Strategia Națională de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012-2020 și 3) Programul național în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014-2020, care este în etapa de implementare. În Republica Moldova a fost aplicată Strategia *Moldova 2020* prin ajustarea Strategiei *Europa 2020*. Totodată, este necesară elaborarea unui Program Național în domeniul sănătății ocupaționale.

Indicatorii europeni de sănătate (*European Core Health Indicators – ECHI*) sunt rezultatul unei cooperări între statele-membre ale UE și Comisia Europeană [1]. Trei proiecte realizate în perioada 1998-2008, în cadrul programelor UE pentru sănătate, au stabilit primele liste de indicatori ECHI, pentru a crea indicii statistici de sănătate comparabili și sistemul de cunoștințe, pentru a monitoriza starea de sănătate la nivelul UE. În anii 2008-2013, în cadrul celui de-al doilea *Program de Acțiune Comunitară*, UE a susținut acțiunea comună privind indicatorii de sănătate europeni comunitari de monitorizare – ECHIM.

Una dintre sarcinile indicatorilor de sănătate ECHI este de a oferi lista semnificativă a indicatorilor care creează o imagine de ansamblu asupra sistemelor de sănătate și de sănătate publică / ocupațională din Europa. Datele se referă la toate statele-membre ale UE și țările Asociației Europene a Liberului Schimb (AELS) și țările candidate.

Dintr-o listă completă de **88** de indicatori europeni de sănătate de bază, există aproape **60** care funcționează deja și pentru care datele sunt disponibile și comparabile la nivel european [1]. Datele statistice sunt grupate în funcție: de sex și vârstă, de statutul socioeconomic la nivel regional. Instrumentul de date ECHI permite interogarea pe țară și pe an. Rezultatele pot fi afișate în diagrame-linie, diagrame-bară, hărți sau tabele. Utilizatorii pot exporta atât date, cât și imagini în cele mai comune formate. De asemenea, este posibilă selectarea pentru analiză a doi indicatori în același timp.

ECHI sunt sistematizați în următoarele capitole: 1) indicatori demografici și socioeconomi; 2) indicatori ai stării de sănătate; 3) indicatori determinanții stării de sănătate; 4) indicatori de promovare a sănătății.

Indicatorii de promovare a sănătății, incluși în capitolul IV al ECHI, sunt următorii: **85**. Politici privind limitarea expunerii la tutun în mediu; **86**. Politici privind nutriția; **87**. Politici și practici de stil de viață sănătos; **88**. Programe integrate în școli, spitale, la locul de muncă (*vezi tabelul*).

Indicatorii de promovare a sănătății sunt aplicabili în mai multe domenii ale politicilor relevante,

inclusiv: sănătatea copiilor; inegalitățile în sănătate; riscurile pentru sănătate care pot fi prevenite; sarcina bolilor; sănătatea în toate politicile; sănătatea ocupațională, participând la crearea conceptului muncii decente pentru toți.

Indicatorii de sănătate în funcție de domeniile politicilor relevante UE

	Servicii de sănătate și asistență medicală			Îmbătrânirea și populația			Determinantele sănătății		Boli și sănătate mintală			SiTP	
	Sisteme de sănătate durabile	Performanța sistemului de sănătate, calitatea îngrijirii, eficiența îngrijirii, siguranța pacienților	Planificarea resurselor medicale și costul îngrijirilor de sănătate	Îmbătrânirea populației, populația în vârstă	Sănătatea maternă și perinatală	Sănătatea copilului	Inegalitățile în sănătate (inclusiv accesibilitatea asistenței medicale)	Riscuri pentru sănătate și riscuri prevenibile, stil de viață sănătos (inclusiv la adulții tineri)	Boli netransmisibile, boli cronice	Sarcina bolilor (care pot fi prevenite) și amenințările pentru sănătate, boli transmisibile	Sănătate mintală		
I. Indicatori demografici și socioeconomi (1-9)													
II. Indicatori ai stării de sănătate (10-41)													
III. Indicatori determinanții stării de sănătate (42-55)													
IV. Servicii de sănătate (56-84)													
V. Indicatori de promovare a sănătății (85-88):													
85. Politici privind limitarea expunerii la tutun în mediu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	□	-	□
86. Politici privind nutriția	-	-	-	-	-	□	□	□	-	□	-	-	-
87. Politici și practici de stil de viață sănătos	-	-	-	-	-	□	□	□	-	□	-	-	-
88. Programe integrate în școli, spitale, la locul de muncă	-	-	-	-	-	□	□	□	-	□	-	-	□

Indicatorii de promovare a sănătății monitorizează calitatea serviciilor și reflectă nivelul implementării acestora în toate domeniile politice UE, prin prisma proiectelor pentru tinerii angajați/ucenici, diagnosticarea timpurie a patologiilor profesionale și a problemelor de sănătate ale angajaților; munca decentă pentru toate vârstele – persoanelor de vârstă a treia, după OMS; reabilitarea profesională/reîncadrarea în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități și capacitate de muncă redusă.

Indicatorii menționați reflectă înglobarea acțiunilor integrate, întreprinse în privința factorilor de risc profesionali și a determinantilor care stau la baza bolilor netransmisibile, în toate ramurile economiei naționale.

Succesul implementării acestor indicatori va depinde de stabilirea unui parteneriat durabil între sistemul de sănătate și sectoarele ale căror politici au impact asupra sănătății, precum: economie și comerț, agricultură și industrie prelucrătoare, finanțe, educație, sport, transport și dezvoltare regională, protecția mediului și a muncii, la nivel național și internațional. Mulți indicatori sunt extrași din alte surse, cum ar fi Organizația Mondială a Sănătății și Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică, programe specifice și baze de date specializate.

Promovarea sănătății la locul de muncă reprezintă eforturile combinate ale angajatorilor, angajaților și societății în întregime pentru a îmbunătăți sănătatea și starea de bine a oamenilor în mediul lor de lucru. Managementul și promovarea sănătății la locul de muncă oferă o abordare eficace, care combină îmbunătățirea

în general a organizației și a mediului de lucru în special, cu participarea activă a angajaților.

Politicile naționale de sănătate și securitate la locul de muncă și instituțiile de sănătate publică, angajate în dezvoltarea și promovarea unor bune practici de sănătate la locul de muncă, contribuie la dezvoltarea economică și socială durabilă.

Concluzie

Promovarea modului sănătos de viață și implementarea programelor europene în Republica Moldova trebuie să acopere și implementarea indicatorilor de sănătate ECHI (*European Core Health Indicators*), ce ar permite îmbunătățirea condițiilor de muncă ale angajaților din republică și racordarea legislației naționale la cea europeană. Indicatorii de sănătate, în particular **indicatorii de promovare a sănătății**, sunt aplicabili în mai multe domenii ale politicilor relevante.

Bibliografie

1. European Comision. *European Core Health Indicators (ECHI)*. http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm
2. Karsten Knoche, Reinhold Socher, Kathleen Houston. *European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)*, 2012. www.enwhp.org
3. HG. *Planului Național de acțiuni pentru anii 2016-2020 privind implementarea Strategiei naționale de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012-2020*. <http://particip.gov.md/proiectview.php?l=ro&idd=2831>

THE HEALTH EDUCATION OF PALLIATIVE CARE MEDICAL PROFESSIONALS TO PREVENT OF PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME

O.G. SHEKERA, A.V. TSARENKO,

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Rezumat

Educația pentru sănătate a profesioniștilor din domeniul îngrijirilor paliative, pentru a preveni sindromul de epuizare profesională

Articolul abordează modul de îmbunătățire a stării de sănătate a specialiștilor de îngrijiri paliative și a medicilor de familie implicați în îngrijirile paliative din Ucraina prin includerea în curriculumul de formare postuniversitară a subiectelor privind promovarea sănătății, sănătatea mintală și abilitățile de comunicare.

Cuvinte-cheie: îngrijiri paliative, medici de familie, sindromul de epuizare profesională

Резюме

Улучшение здоровья работников паллиативной помощи для предотвращения синдрома профессионального выгорания

В статье рассматривается способ улучшения здоровья специалистов паллиативной помощи и семейных врачей, участвующих в паллиативной помощи в Украине, путем включения в постдипломной программе тем укрепления здоровья, психического здоровья и навыков общения.

Ключевые слова: паллиативная помощь, семейные врачи, синдром профессионального выгорания

Introduction

In Ukraine, as well as in the most European countries an urgent problem of the prevalence of chronic non-communicable diseases and behavior risk factors among health specialists is rising. Features of the profession of physicians are permanent responsibility for the patient's life and health, mental and physical underloading, exposure to biological and physical factors etc. These and behavior risk factors lead to the harmful and dangerous effects on health of medical specialists [1-6].

During the last 30 years the problem of medical professionals' health maintaining and strengthening is one of the most critical problems in Ukraine and around the world, including detection and prevention of professional burnout syndrome. Various sources operate multiple definitions of this condition, such as "psychological burnout syndrome", "chronic fatigue syndrome", "occupational burnout syndrome", "emotional burnout syndrome" or "informational neurosis" [7-12].

According to research of V. Gorachuk (2008), the morbidity of physicians in Kyiv is growing annually about 5%, including hypertension, angina pectoris, myocardial infarction, cerebrovascular disease, dystonia, diabetes mellitus, rheumatoid arthritis, dermatitis, mentality and behavior disorders. Analysis of physicians' morbidity nosology structure shows the stressful origin of most of the above diseases. About 30% of obstetricians and 21.1% paediatricians in Kyiv health facilities perform their professional functions in a state of "emotional exhaustion" [13, 14].

Therefore, the problem of professional burnout syndrome of physicians, including hospices and palliative care employees, and the studying of the way to improve medical specialists' health by enhances preventive approaches towards providing health education and health promotion methods is the subject of study Ukrainian researchers in recent years and is the goal of our research.

Materials and methods of the research

We used such methods of the research as semantic evaluation of scientific literature, statistic documents, systematic and logical structure analysis, content analysis of physicians' postgraduate education curricula.

Results

Today the problem of timely detection, prevention and effective treatment of syndrome of the professional (emotional) burnout of medical specialists, including physicians in Palliative and Hospice Care facilities, takes a special place in public health of Ukraine.

Patients in hospices and palliative care departments are aware of the incurability of their disease and understand their inexorable quick death. A palliative and hospice care in addition to purely medical procedures contains a major component of the palliative patients' professional care, psychological support and a range of social activities related to the incurable patient and their family members. In particular, it is high lethality and specificity of incurable patients, especially in hospices and departments of palliative care, where the majority of patients are in the terminal stage of the disease that is a special mental and emotional overload on the medical specialists. Palliative patients become withdrawn, or vice versa - require constant communication, and sometimes become extremely capricious often. Daily hospices and palliative care departments' medical staffs faced with the death of patients, see the family grief. Of course, they working over the years in this area have a certain "resistance" to the death. However, it is impossible to find anyone in the world who would stated accustomed to death. The professional burnout syndrome development is dependent on personal qualities of the medical specialists: willingness to help, be fit, comfort the patient and save him. Often, the deadly patient causing long distress of the medical staffs that leads to the development of their depression, disappointment in yourself as a specialist [15-22].

However, the problems of the professional burnout syndrome in medical specialists involved in Palliative and Hospice Care, despite their obvious, are investigated still insufficiently. After all, the medical personnel providing palliative and hospice care is "at risk" for the development professional burnout syndrome, such as they provided the health service of incurable patients have a constant stress, significant emotional and physical burden, responsibility, intense rhythm of work and uncertain success criteria (because the patient has no chance of recovery). Much of the medical staff left palliative care sphere

after several years of working due to the negative impact of occupational stress on all aspects of their lives [15-22].

According to the results of our researches, in Ukraine almost 500 thousand palliative patients and nearly 1.5 million of their families' members need of palliative and hospice care annually. Today in Ukraine there are 40 Palliative and Hospice Care facilities, which deployed about 1,400 beds for palliative patients, which is three times less than the WHO standards. Hospitals do not want to hospitalize incurable patients, so over 85% of patients die at home under the supervision of GP-family physicians, oncologists, geriatricians, psychiatrists and other professionals, so essential a multidisciplinary approach for Palliative and Hospice Care on an outpatient basis. This involves the need to implement under- and postgraduate training of family physicians on issues of palliative and hospice care [23-26].

There was opened the Department of Palliative and Hospice Medicine in Institute of Family Medicine of the National Medical Academy of Postgraduate Education named P. Shupik in Kyiv, Ukraine, in December 2009. During this time, more than 1.5 thousand medical specialists were training.

Given the above, in the Postgraduate Palliative and Hospice Care Training Curriculum we paid much attention to mental health improving, valeology (health education/promotion) issue, communicating skills improving, the methods of promoting and sustaining of physicians' health by adherence of a healthy lifestyle, and detection and prevention of the professional burnout syndrome.

The results of the questionnaire of our students, enrolled in the Department of Palliative and Hospice Medicine, showed a great interest and importance to them in knowledge and skills on prevention of the professional burnout syndrome using the methods of valeology, psychological and emotional relief, adherence a healthy lifestyle.

Conclusions

Therefore, the professional burnout syndrome in palliative and hospice care medical specialists is a major challenge for Public Health Care System of Ukraine. The professional burnout syndrome result of reduced the quality of work, increasing conflict in the workplace and employee turnover.

It is important to include in the postgraduate training curriculum for palliative and hospice care specialists and family physicians involved in palliative and hospice care the topics on valeology (health education/promotion) issue, mental health and communicating skills improving, the methods of promoting and sustaining of physicians' health by

adherence of a healthy lifestyle, and detection and prevention of the professional burnout syndrome.

The health saving and promoting, diseases preventing, diseases incidence, disability and mortality reducing, preventive component of medical care quality and effectiveness improving for palliative and hospice care medical specialists should be the Ukrainian Ministry of Health priorities.

Literature

1. Иванов А.В., Петручук О.Е. *Влияние социально-гигиенических условий на здоровье врачей*. В: Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья, 2005, №2, с. 44-47.
2. Taub S., Morin K., Goldrich M. et al. *Physician health and wellness*. In: Occupational Medicine, 2006, nr. 56(2), p. 77-82.
3. Перепелица Д.И. *Социально-гигиенические аспекты охраны здоровья медицинских работников*: автореф. дис. канд. мед. наук, Кемерово, 2007, 23 с.
4. Коновалов О.Е., Сычев М.А. *Заболеваемость врачей старшего трудоспособного возраста и пути ее профилактики*. Информационное письмо. Рязань, 2008, 16 с.
5. Камаев И.А., Молодцов С.А., Перевезенцев Е.А. *Заболеваемость медицинских работников села и формирующие ее факторы*. В: Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2010, №5, с. 17-19.
6. Григорьева А.Н., Саввина Н.В., Григорьев Г.И. *Здоровье медицинских работников г. Якутска*. В: Вестник Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Амосова, 2011, том 8, № 4, с. 51-55.
7. Юрьева Л.Н. *Профессиональное выгорание у медицинских работников*. К.: Сфера, 2004, 271 с.
8. Chopra S.S., Sotile W.M., Sotile M.O. *Physician Burnout*. In: JAMA, 2004, nr. 291, p. 633.
9. Goebing C., Gallacchi M.B., Kinzi B., Bovier P. *Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey*. In: Swiss Med. WKLY, 2005, vol. 135, p. 101-108.
10. King M.B., Cockroft A., Gooch C. *Emotional distress in doctors: Sources, effects and help sought*. In: J. Roy. Soc. med., 2007, vol. 85, № 10, p. 605-608.
11. Исаева Е.Р., Гуреева И.Л. *Синдром эмоционального выгорания и его влияние на качество жизни и копинг-поведение у медицинских работников*. В: Врач скорой мед. помощи, 2007, № 12, с. 62-63.
12. Soler J.K., Yaman H., Esteve M. et al. *Burnout in European family doctors: the EGPRN study*. In: Family Practice, 2008, vol. 25, p. 245-265.
13. Горачук В.В. *Про оптимізацію системи охорони здоров'я працівників медичної галузі*. В: Укр. мед. часопис, 2008, № 6(68), с. 39-43.
14. Криштопа Б.П., Горачук В.В. *Система управління психоемоційною напругою в професійній діяльності лікарів*. В: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я, К., 2009, № 55.
15. Децик О.З., Кольцова Н.І., Золотарьова Ж.М. *Вивчення синдрому емоційного вигорання серед медичного персоналу онкологічного диспансеру*. В: Східноєвропейський журнал громадського здоров'я: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2012 р. «Старіння та здоров'я», 2012, № 1(17), с. 139-140.
16. Децик О.З., Золотарьова Ж.М. *Вплив синдрому професійного вигорання медичного персоналу, що надає допомогу важкохворим пацієнтам, на їх захворюваність*. В: Щорічні терапевтичні читання: оптимізація профілактики, діагностики та лікування в клініці внутрішніх хвороб: матеріали науково-практичної конференції, м. Харків, 19-20 квітня 2012 р., Харків, 2012, с. 67.
17. Золотарьова Ж.М. *Вплив синдрому емоційного вигорання на якість кадрових ресурсів системи паліативної і хоспісної допомоги*. В: Архів клінічної медицини, 2012, № 2 (18), с. 124-128.
18. Фролков В.В., Головна Т.В., Царенко А.В. и др. *Особенности биологического возраста сотрудников отделения паллиативной и хосписной помощи Донецкой ГКБ №21*. В: Реабілітація та паліативна медицина, 2015, № 1(1), с. 96-99.
19. Кужель І.Р., Маркова М.В., Калачов О.В. *Система психологічної допомоги особам, які здійснюють догляд за інкурабельними онкологічними хворими*. В: Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8-9 листопада 2012 р. Ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. К.: Університет «Україна», 2012, с. 153-155.
20. Децик О.З., Золотарьова Ж.М. *Про актуальність включення питань з подолання професійного стресу в програми післядипломної освіти медичних працівників сфери паліативної допомоги*. В: «Медико-соціальні питання у реформуванні сфери охорони здоров'я»: матеріали наук.-практ. конфер., присвяченої пам'яті проф. В. М. Пономаренка, м. Київ, 24-25 жовтня 2013 р. Україна. Здоров'я нації, 2013, № 4(28), с. 130-131.
21. Kovacs M., Kovacs E., Hegedus K. *Emotion work and burnout: Cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary* [Electronic resource]. In: Croat. Med. J., 2010, № 51(5), p. 432-442. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2969138/>.
22. Emanuel L., Ferris F.D., Gunten F., Roenn J.H. *Combating Compassion Fatigue and Burnout in Cancer Care* [Electronic resource]. 2011, http://www.medscape.com/viewarticle/742941_print.
23. Царенко А.В. *Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної медицини*. В: Медичні перспективи, 2010, т. XV / 1, № 10, с. 89-91.
24. Царенко А.В., Губський Ю.В., Толстих О.І. *Актуальність підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної допомоги*. В: Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8-9 листопада 2012 р. Ред. Ю.В. Вороненка, Ю.І. Губського. К.: Університет «Україна», 2012, с. 58-65.
25. Царенко А.В., Губський Ю.В., Шекера О.Г. *Оптимізація післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання*

паліативної та хоспісної допомоги населенню в умовах реформування системи охорони здоров'я України. В: Здоров'я суспільства, 2013, т. 2, № 3-4, с. 34-40.

26. Шекера О.Г., Царенко А.В., Губський Ю.І. Організаційні аспекти залучення лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам вдома. В: Реабілітація та паліативна медицина, 2015, № 1(1), с. 75-79.

RISCURILE PROFESIONALE ALE PERSONALULUI MEDICAL DIN INSTITUȚIILE MEDICALE DIN REPUBLICA MOLDOVA

**Tudor GREJDIANU, Iura LUPACESCU,
Lucreția BUZATU, Abu HAMED-FARID,**
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Specific diseases for health workers in Moldova

One of the most important problems faced by employees in the workplace is risk factors and specific illnesses. In order to determine the particularities of illness for doctors in Moldova, a study was conducted based on surveys of 180 for 4 categories of health workers (45 therapists, 45 surgeons, 45 nurses care units and 45 nurses from surgical wards) from three medical institutions: Municipal Clinical Hospital "Sfânta Treime", The Republican Clinical Hospital and Clinical Hospital Cantemir. Pathology with the highest weight for medical staff in Moldova is gastrointestinal pathology followed by acute respiratory infections. They are caused by nervous stress and intense physical strain.

Keywords: occupational diseases, medical workers, pathologies of the gastrointestinal tract, acute respiratory infections

Резюме

Профессиональные риски сотрудников медицинских учреждений Республики Молдова

Одна из самых важных проблем, с которыми сталкиваются сотрудники на рабочем месте, это факторы риска и профессиональные заболевания. Для определения особенностей болезни для медицинского персонала в Молдове, было проведено исследование на основе опросов 180 врачей из 4 категорий (45 терапевтов, 45 хирургов, 45 медсестер в терапевтических

отделениях и 45 медсестер в хирургических отделениях) из трех медицинских учреждений: Городская больница „Sfânta Treime”, Республиканская клиническая больница и районная больница г. Кантемир. Самыми распространенными среди медицинских работников Молдовы являются желудочно-кишечные патологии и острые респираторные инфекции. Они вызваны нервным стрессом и интенсивной физической нагрузкой на работе.

Ключевые слова: профессиональные заболевания, медицинские работники, патология желудочно-кишечного тракта, острые респираторные инфекции

Introducere

Problema securității și sănătății în muncă pentru personalul medical se impune tot mai mult în ultimii ani pentru medicina socială. Actualitatea temei este determinată de numărul mare de factori de risc în activitatea cadrelor medicale, care favorizează apariția bolilor profesionale în rândul personalului.

Astfel, studiul privind particularitățile factorilor de risc în activitatea lucrătorilor medicali reprezintă o deosebită însemnătate și actualitate.

OMS estimează că în fiecare an, la nivel global, practicile nesigure de injectare duc la 20 de milioane de infectări cu virusul hepatic B, 2 milioane cu virusul hepatic C și 260.000 cu virusul HIV [1].

Un studiu efectuat în SUA, în anul 2000 [4], arată că de boli grave ale coloanei vertebrale suferă 182 din 10.000 de asistente medicale și 90 din 10.000 de medici.

Studii efectuate în SUA au demonstrat că problemele de sănătate specifice, cauzate de acești factori de risc, pot include [32]:

- stresul – 29,4% din personalul medical suferă de această problemă;
- epuizarea – 36,2% din angajații din sectorul sanitar suferă de epuizare severă;
- anxietatea – 11,4% din lucrătorii sectorului sanitar suferă de anxietate;
- iritabilitatea – 15,2% din lucrătorii sectorului sanitar suferă de iritabilitate;
- depresia – 32% din lucrătorii medicali au raportat sentimente de depresie.

Scopul studiului este studierea factorilor de risc profesionali care contribuie la apariția bolilor profesionale la personalul medical ce activează în instituțiile medico-sanitare publice spitalicești.

Obiectivele urmărite sunt:

1. Studierea riscului profesional în activitatea personalului medical la nivelele național și mondial.
2. Determinarea factorilor de risc profesionali care contribuie la apariția bolilor profesionale la angajații ce activează în instituțiile medico-sanitare publice spitalicești.
3. Determinarea bolilor profesionale caracteristice personalului medical ce activează în IMSP spitalicești.
4. Elaborarea măsurilor de prevenire și combatere a factorilor de risc care contribuie la apariția bolilor profesionale la lucrătorii din sfera medicinei.

Material și metode

Studiul descris în lucrarea de față a fost unul descriptiv și selectiv. Studiul descriptiv, după volumul eșantionului, descrie frecvența factorilor de risc în activitatea personalului medical și impactul bolilor profesionale pentru sfera dată.

Studiul selectiv s-a realizat în funcție de instituția medico-sanitară și categoria personalului medical. Pentru determinarea particularităților factorilor de risc în activitate, a specificului bolilor profesionale și a stărilor de anxietate în rândul personalului medical, au fost selectate trei baze de studiu: Spitalul Clinic Municipal *Sfânta Treime*, Spitalul Clinic Republican și Spitalul Clinic Raional din orașul Cantemir. Din lotul de 180 de persoane anchetate fac parte 4 categorii de personal medical: terapeuți (45 persoane), chirurghi (45 persoane), asistente medicale în secțiile de terapie (45 persoane) și asistente medicale în secțiile de chirurgie (45 persoane).

Metodele aplicate în studiu:

- istorică – studierea, compararea și înțelegerea proceselor sănătății personalului medical, dezvoltării sistemului de sănătate și securității în muncă;
- statistică – determinarea și aprecierea obiectivă a stării de sănătate și a influenței factorilor de risc asupra lucrătorilor din sfera medicinei;
- matematică – calcule matematice în baza diferitor formule specifice, utilizate cu scopul aprecierii eșantioanelor studiate pe parcursul cercetării;
- sociologică – utilizarea anchetei și a interviului pentru studierea opiniei lucrătorilor medicali cu privire la prezența factorilor de risc în activitatea lor și influența acestora asupra stării de sănătate și a stărilor de anxietate;
- de comparare – s-au efectuat comparații la nivel de categorii de personal medical (terapeuți, chirurghi, asistente în secțiile de terapie și chirurgie) și la nivelul celor 3 instituții medico-sanitare. Studiul a fost realizat în mai multe etape:
Etapa I. *Strategia efectuării cercetării*:
 - Definirea problemei, scopului, mărirea eșantionului și metodele de cercetare.
 - Elaborarea listei factorilor de risc și a bolilor profesionale specifice personalului medical.
 Etapa II. *Acumularea materialului*:
 - Elaborarea registrelor de acumulare a materialului de studiu.
 - Extragerea informației din documentele oficiale naționale și internaționale.
 - Elaborarea chestionarului sociologic de apreciere a gradului de influență a factorilor de risc în activitatea profesională, a specificului bolilor profesionale și a gradului de anxietate în rândurile personalului medical pe categorii și instituții.

Etapa III. *Prelucrarea informațiilor acumulate în urma studiului*:

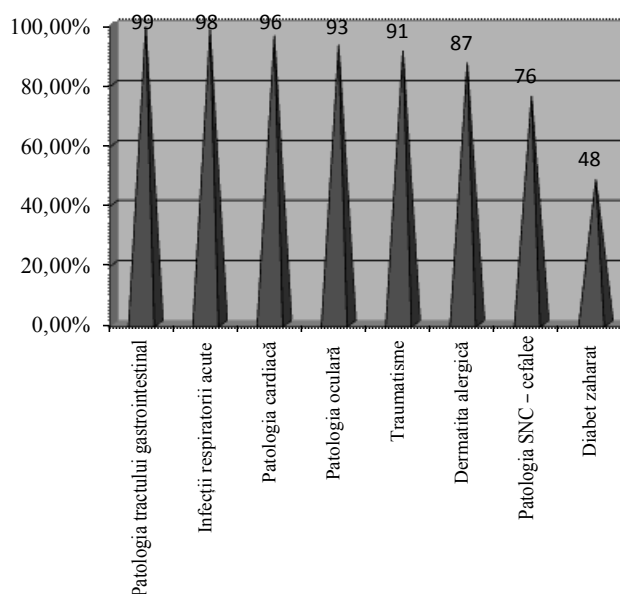
- Analiza chestionarului de apreciere a gradului de influență a factorilor de risc în activitatea profesională, a specificului bolilor profesionale și a gradului de anxietate în rândul personalului medical pe categorii și instituții.
 - Elaborarea unui șir de măsuri de prevenire a factorilor de risc, a stărilor de anxietate și a bolilor profesionale în rândul personalului medical.
- Studiul descris în lucrarea de față, după caracterul său, este unul de tip observațional-descriptiv (studierea variației factorilor de risc, a maladiilor profesionale și a stărilor de anxietate printre personalul medical), iar conform genului investigației – parțial (cercetarea unei părți din „universul statistic”).

Rezultate obținute

În anchetele propuse personalului medical (45 de terapeuți, 45 de chirurghi, 45 de asistente în terapie și 45 de asistente în chirurgie) au fost incluse întrebări cu privire la bolile: tractului gastrointestinal, sistemului nervos central, maladiilor dermatologice, infecțioase, oculare, endocrine și din sfera traumatismelor.

În baza lor, pentru tot lotul de persoane anchetate (180), am obținut următoarele rezultate: patologia cu ponderea cea mai mare pentru personalul medical anchetat este patologia tractului gastrointestinal, cu o pondere de 99%. Aceasta este urmată de: infecțiile respiratorii acute (98%), patologia cardiacă (96%), patologia oculară (93%), traumatisme (91%), dermatita alergică (87%), patologia sistemului nervos central (76%) și diabetul zaharat (48%).

Caracteristica bolilor profesionale specifice personalului medical din Republica Moldova



În ceea ce privește *patologia sistemului nervos central*, din anchetele propuse personalului medical rezultă că ponderea cea mai mare pentru cefaleele zilnice o au asistentele din secțiile de terapie, cu 25% din totalul de persoane anchetate, urmate de asistentele din secțiile de chirurgie, cu 21,11%. Chirurgii au o pondere de 18,33% pentru această patologie, iar terapeuții – 11,66%.

În ceea ce privește *patologia cardiacă*, în baza datelor anchetelor am determinat că ponderea cea mai înaltă pentru hipertensiune arterială de gradele I și II o au chirurgii, cu o cifră de 25% din cele 180 de persoane anchetate. Sunt urmași de asistentele medicale din secțiile de chirurgie cu 24,44%, de asistentele medicale din secțiile de terapie cu 23,88% și de terapeuți cu 22,22%.

În ceea ce privește *patologia dermatologică*, în conformitate cu rezultatele anchetelor, ponderea cea mai mare pentru dermatita de contact o au chirurgii, cu 22,77% din totalul de persoane anchetate. Pe locul doi se află asistentele medicale din secțiile de chirurgie cu 22,22%, urmate de asistentele din terapie cu 21,66% și de terapeuți cu 20%.

Concluzii

1. Cercetările efectuate demonstrează că apariția bolilor profesionale în activitatea lucrătorului medical este inevitabilă, atât pe plan global, cât și în Republica Moldova.

2. Rezultatele studiului confirmă faptul că bolile profesionale, specifice lucrătorilor din sfera medico-sanitară din Republica Moldova, sunt variate. Cu toate acestea, studiul realizat ne demonstrează că ponderea cea mai înaltă o au patologiile tractului gastrointestinal și infecțiile respiratorii acute.

3. Maladiile înregistrate sunt în mare parte consecințe ale principalilor factori de risc din timpul muncii: stresul neuropsihosenzorial și suprasolicitația fizică.

4. Specialiștii din Republica Moldova menționează problema lipsei unui Centru de Medicină a Muncii, care ar supraveghea condițiile de lucru și starea de sănătate a lucrătorilor medicali. Astfel, studiul dat constituie un semnal de alarmă pentru instituțiile medico-sanitare publice, care monitorizează sănătatea și securitatea personalului medical

Bibliografie

1. Croitoru Dumitru, Gațcan Ștefan, Burlacu Petru, Petrov Mihai. *Biofizica. Lucrări practice. Demonstrații, exerciții*. 2006, p. 263.
2. Ibidem, p. 98
3. Organizația Internațională a Muncii / Organizația Mondială a Sănătății. *Ghid comun cu privire la serviciile de sănătate și HIV/SIDA*, 2005, p. 56.

4. Petran M. *Manual de medicina muncii*. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu", 2000, p. 121.
5. Comunicarea Comisiei comunităților europene către Parlamentul European. *Îmbunătățirea calității și productivității în muncă. Strategia Comunitară 2007-2012 privind sănătatea și securitatea în muncă*. Bruxelles, 21.02.2007.
6. Departamentul de Muncă US, 2000. <http://osha.europa.eu/publications/reports/7606507>
7. Organizația Mondială a Sănătății. *Raport privind sănătatea în lume*. Capitolul 4 – *Riscuri profesionale selectate*. http://www.who.int/wh2/2006/chapter_4/eu/index_8.html

EVALUAREA IGIENICĂ A POZIȚIEI ȘI A LOCULUI DE MUNCĂ AL LUCRĂTORILOR DIN INDUSTRIA FARMACEUTICĂ

Iurie GRIGORIȚA,

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Hygienic evaluation of the position and workplace of pharmaceutical industry employees

This study reveals the evaluation of features and results of ergonomics of workplaces of pharmaceutical industry employees. The investigations include direct observation of the work process, timing as "photo of working day", highlighting of positions of typical work activities, carried out in the sectors investigated, and their duration. Physiological and hygienic evaluation of the position was performed according to the traditional Angle method.

Incorrect position of the employee in the workplace, indices deviations from the parameters accepted by the sanitary-hygienic rules have been elucidated in all working positions of employees. Long maintaining of posture and presence of Angle indices, that deviate from normal limits in all three jobs researched in the study, demonstrate early appearance of fatigue and as its consequences – lack of oxygen, the accumulation of catabolics in muscles, etc., as increased muscle tension compresses blood vessels, reducing or even abolishing the local circulation of blood.

Keywords: *incorrect position, angle method, pharmaceutical industry, employees*

Резюме

Гигиеническая оценка рабочей позы работающих в фармацевтической промышленности

В этом исследовании были оценены особенности рабочей позы сотрудников в фармацевтической промышленности.

Исследования включают в себя непосредственное наблюдение за процессом работы, сроки как «фото рабочего дня», выделив картины типичных рабочих мероприятий, осуществляемых в исследованных секторах, а также их продолжительность. Оценка физиологического положение было проведено по методу угла.

Неправильное положение работника на рабочем месте, индексы отклонений от параметров, принятых санитарно-гигиенических правил, были освещены во всех позициях рабочих сотрудников. Нахождение долгое время в рабочих позах, которые отклоняются от норм, во всех трех исследуемых рабочих местах, показывает раннее появление усталости и его последствий, как отсутствие кислорода, накопление катаболических отходов в мышцах и т.д., потому что повышенное напряжение мышц сжимает кровеносные сосуды, уменьшая или даже блокируя местную циркуляцию крови.

Ключевые слова: *неправильное положение, метод угла, фармацевтическая промышленность, работающие*

Introducere

Industria farmaceutică este ramura industriei chimice cu cel mai rapid tempou de dezvoltare, cu cel mai înalt randament (nivelul veniturilor este de 120%, comparativ cu industria chimică, luată drept 100%).

Reformele importante din economia națională a RM, de la obținerea independenței, s-au soldat cu creșterea constantă a numărului de întreprinderi farmaceutice – de la 3 în anul 1991 până la 28 în 2012. Conform datelor Agenției Medicamentului, în Republica Moldova, la data de 1 mai 2012, activau 27 de producători de medicamente (dintre care ceaiuri – 2; soluții de uz intern și extern – 7; forme solide – 11; forme noi – 2; soluții injectabile – 4; tincturi – 8). Cel de-al 28-lea producător este Centrul Național de Transfuzie a Sângelui, care produce preparate sangvine derivate (plasmă, masă eritocitară, albumine ș.a.) [3].

Cele menționate au contribuit la extinderea ramurii respective, inclusiv prin exportul tehnologiilor de către marii producători internaționali în țările economice puțin dezvoltate, a depozitelor farmaceutice și a farmaciilor. Astfel, pe de o parte, are loc asigurarea sistemului de sănătate cu formele medicamentoase necesare și creșterea accesului populației la ele, iar pe de altă parte – expunerea salariaților din domeniu la factorii ocupaționali de risc.

Printre factorii de risc ocupațional, literatura de specialitate enumeră poluarea aerului zonei de muncă cu pulberi, prezența surselor de zgomot, risc sporit de traumatizare. Elementele tehnologice nefavorabile și factorii de disign caracteristici unui post de muncă, în condițiile în care fac abstracție

de criteriile antropometrice condiționate de muncă, afectează angajatul cu prețul stresului fizic, perceput ca un fenomen de constrângere [2].

Întreprinderile farmaceutice sunt dotate cu linii tehnologice automatizate și semiautomatizate, generatoare de monotonie, hipodinamie și hipokinezie. În aceste condiții este foarte important a evalua poziția de muncă a muncitorilor, care se efectuează prin mai multe metode eficiente: metoda fotografică și filmarea, ulterior supuse determinărilor goniometrice [1]. În același timp, trebuie de menționat că ponderea activităților de producere efectuate manual de către muncitori este considerabilă, cu solicitarea cunoștințelor și abilităților specifice.

Pentru îndeplinirea unei munci, angajatul trebuie să se situeze față de utilaje și de materialele sau produsele cu care lucrează sau pe care le prelucrează într-o anumită poziție a corpului său, adaptată caracteristicilor activității desfășurate [4].

Sub aspectul relației dintre locul de muncă, utilaje și uneltele de lucru, în mare măsură este solicitat sistemul osteo-musculoscheletic al muncitorilor [2]. Se cunosc circa 300 de indici antropometrici ce caracterizează dimensiunile corpului uman și de care se ține cont la proiectarea și construirea utilajului tehnologic, panourilor de comandă, mobilei, pentru mărirea capacității de muncă și menținerea unei stări funcționale favorabile a organismului [1]. Exercițiul muncii în ramura industriei farmaceutice are repercusiuni asupra stării de sănătate a angajaților, fiind posibile cazuri de patologii ale sistemului osteoarticular și boli profesionale.

În acest context, actualul studiu și-a propus drept scop evaluarea ergonomică a locurilor de muncă din industria farmaceutică și elaborarea măsurilor de prevenție primară.

Material și metode

Studiul a fost efectuat la trei întreprinderi farmaceutice autohtone, dintre care două cu capital de stat și una privată. Obiectul de studiu include procesul tehnologic, procesul de muncă, angajații.

Sub observație s-au aflat următoarele sectoare de producere: încapsulare, blisterizare, tapare, comprimare, dozarea soluțiilor hidroalcoolice și ambalare.

Investigațiile cuprind observația directă a procesului de muncă, cronometrare sub formă de „fotografia zilei de muncă”, evidențierea pozelor de lucru tipice activităților efectuate în sectoarele investigate și durata lor.

Aprecierea fiziologo-igienică a poziției s-a efectuat după metoda goniometrică, tradițională.

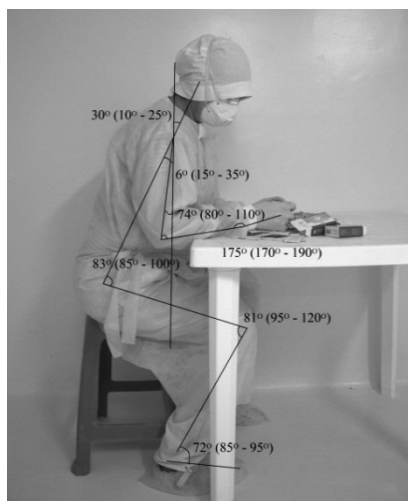


Figura 1. Prezentarea goniometrică a poziției de muncă a ambalatorului

Rezultate obținute

Conform datelor goniometriei din figura 1, referitor la poziția de muncă a ambalatorului putem menționa că unghiul de deviere a gâtului de la verticală constituie 30° și depășește valorile cuprinse între 10° și 25° ; unghiul de deviere a trunchiului de la verticală constituie 23° , fiind între limitele normei de $15-25^\circ$; unghiul de deviere a umărului constituie 6° și se situează sub valorile normale ($15-35^\circ$); valoarea unghiului cotului constituie 74° (norma fiind de $80-110^\circ$), ceea ce demonstrează plasarea sub valorile normei a acestui indice; valoarea unghiului radiocarpian constituie 175° , valorile normale fiind situate între 170° și 190° , ceea ce denotă încadrarea acestui indice în limitele normei.

Poziția unghiului coxofemural constituie 83° , valorile-limite pentru acest indice fiind de $85-100^\circ$; unghiul genunchiului este de 81° , iar valorile maximal admisibile sunt de $95-120^\circ$, ce denotă despre devierea de la normă; și poziția unghiului tibiotarsian constituie 72° , valorile igienice fiind de $85-95^\circ$.

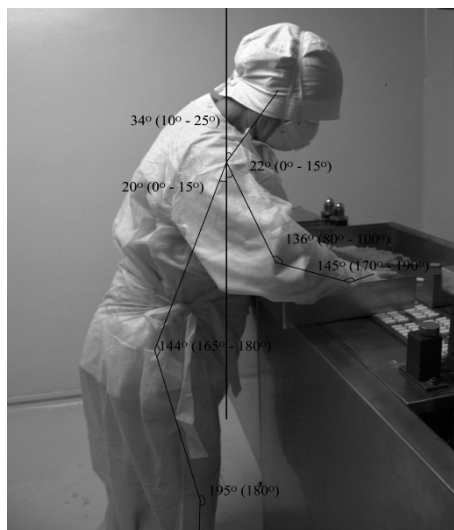


Figura 2. Prezentarea goniometrică a poziției de muncă la încapsularea formelor medicamentoase solide

În privința poziției de muncă a lucrătorului care efectuează încapsularea formelor medicamentoase solide (figura 2), avem următoarele date: unghiul de deviere a gâtului de la verticală constituie 7° și depășește valorile recomandate de $10-25^\circ$; unghiul de deviere a trunchiului de la verticală este de 30° , această valoare depășind limitele normei ($0-15^\circ$); unghiul de deviere a umărului constituie 22° , adică mai mult decât valorile normale ($0-15^\circ$); valoarea unghiului cotului este de 95° , norma fiind de $80-100^\circ$, ceea ce demonstrează plasarea între valorile normei a acestui indice; valoarea unghiului radiocarpian constituie 168° , norma fiind de $170-190^\circ$, ceea ce denotă neîncadrarea acestui indice în limitele normei. Unghiul coxofemural alcătuiește 114° , valorile-limite pentru acest indice fiind de $85-100^\circ$; unghiul genunchiului este de 220° , valoarea maximal admisibilă constituind 180° , ceea ce denotă devierea de la normă.

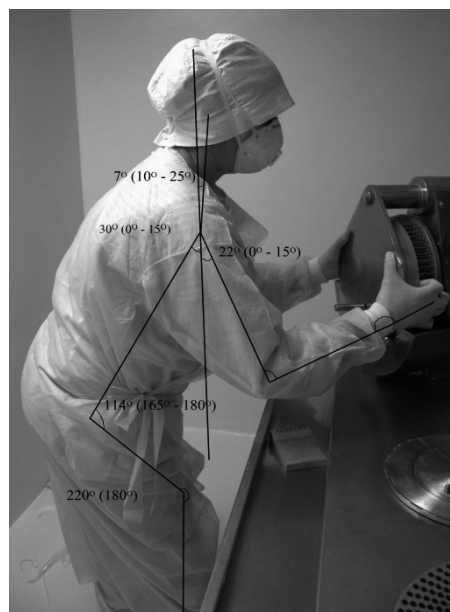


Figura 3. Prezentarea goniometrică a pozei de muncă la blisterizarea capsulelor

Poziția de muncă la blisterizare (figura 3) se caracterizează astfel: unghiul de deviere a gâtului de la verticală constituie 34° și depășește valorile cuprinse între 10 și 25° ; unghiul de deviere a trunchiului de la verticală constituie 20° , această valoare depășind limitele normei ($0-15^\circ$); unghiul de deviere a umărului este de 22° , adică mai mare decât valorile normale ($0-15^\circ$); valoarea unghiului cotului constituie 136° , norma fiind de $80-100^\circ$, ceea ce demonstrează depășirea valorilor normei; unghiul radiocarpian constituie 145° , valorile normale fiind situate între 170 și 190° , ceea ce denotă neîncadrarea acestui indice în limitele normei.

Unghiul coxofemural constituie 144° , valorile-limite pentru acest indice fiind de $85-100^\circ$; unghiul genunchiului este egal cu 195° , valoarea maximal

admisibilă constituind 180°, deci are loc devierea de la normă.

Discuții

În diferite sectoare de producere, fie ele automatizate, semiautomatizate sau implicit prin activitatea manuală a muncitorilor, factorii mediului ocupațional care contribuie la apariția bolilor profesionale sunt omniprezenți, însă potențialul lor lezional, circumstanțele producerii și capacitatea de rezistență a organismului uman sunt diferite.

În cadrul sectoarelor studiate este necesar de menționat poziția incorectă la locul de muncă, care inevitabil favorizează apariția oboselii timpurii, a durerilor osteoarticulare, a migrațiilor și a surmenajului, toate ducând la acutizarea bolilor cronice.

Cu toate acestea, bolile profesionale cauzate de poziția incorectă la locul de muncă nu sunt menționate în rapoartele medicale anuale statistice, ceea ce favorizează munca în continuare în condiții necorespunzătoare în mediul ocupațional.

Cu scopurile promovării sănătății în mediul ocupațional, îmbunătățirii condițiilor de muncă, reducerii nivelului indicelui morbidității, creșterii randamentului muncii și a stării de sănătate fizică și psihemoțională a angajaților, se recomandă următoarele măsuri:

1. Ajustarea corectă a înălțimii scaunului, mesei și obiectelor de lucru în raport cu dimensiunile corpului angajatului.

2. Angajatului care operează cu obiectele de lucru trebuie să i se creeze astfel de condiții, încât distanța de la corpul său până la obiect să nu depășească lungimea mâinii sale extinse.

3. O recomandare primordială este evitarea oricărei poziții nenaturale sau impuse de condițiile ocupaționale.

4. Pentru relaxarea mușchilor, reducerea încălzirii fizice doar a unui grup de mușchi, a migrațiilor, este recomandată gimnastica în timpul pauzelor de muncă, scopul fiind reabilitarea echilibrului dintre grupele de mușchi.

5. Se recomandă continuarea studiului, cu aprofundarea cercetărilor în această ramură, pentru a reduce riscul la locul de muncă prin oboseală timpurie, migrațiile și surmenaj.

Concluzii

În urma investigațiilor efectuate, putem menționa importanța fiziopatologică a indicilor goniometrici. Toți acești indici indică prezența, în toate cele trei poziții de muncă din trei sectoare diferite de producere, a travaliului static, denumit și *izometric* (păstrarea lungimii mușchiului) prin menținerea posturii într-o singură poziție, pentru o perioadă îndelungată. Menținerea îndelungată a posturii incomode și prezența indicilor goniometrici care deviază de la limitele normei demonstrează

apariția oboselii timpurii și a consecințelor acesteia: lipsa de oxigen, acumularea de cataboliți în mușchi etc., deoarece tensiunea crescută în mușchi comprimă vasele sangvine, micșorând sau chiar abolind circulația locală a sângelui.

Bibliografie

1. Victor Vangheli, Dumitru Rusnac. *Igiena muncii*. Chișinău: CEP „Medicina” al USMF, 2000, 475 p.
2. Aristotel Cocârlă. *Medicina ocupațională*. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2009.
3. *Raportul Comisiei parlamentare de anchetă privind examinarea situației pe piața farmaceutică*. Chișinău, 2013.
4. Hilda Herman. *Poziția corpului în timpul muncii ca factor de sănătate*. București: Editura Medicală, 1984, 64 p.

EVALUAREA RISCULUI PROFESIONAL LA LUCRĂTORII DIN LABORATOARELE MICROBIOLOGICE

Olga BURDUNIUC^{1,2}, Greta BĂLAN^{1,2},
Constantin RÎMIȘ¹,

¹Școala de Management în Sănătate Publică,
²Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Professional risk assessment at microbiological laboratories workers

Incorrect handling with known, suspected, or unknown infectious agents present in biological samples is a biological risk for laboratory workers. In order to minimize the risk of infection, environment contamination, a series of international regulations and recommendations were elaborated. Authors address actual aspects, challenges regarding biosecurity and biosafety and management measures of biorisk in Republic of Moldova and worldwide.

Keywords: *biological agents, risk assessment and risk management*

Резюме

Оценка профессионального риска работников микробиологических лабораторий

Неправильное обращение с известными, подозреваемыми или с неизвестными инфекционными агентами, присутствующих в исследуемых образцах, является биологическим риском для работников лабораторий. Для того чтобы свести к минимуму риск заражения работников из лабораторий, заражение окружающей среды, были разработаны ряд международных правил и рекомендаций. Авторы предлагают обзор современных аспектов, проблем, связанных с элементами мер биологической безопасности, биологической защиты и управления биорисками как в мире, так и в Республике Молдова.

Ключевые слова: *биологические агенты, оценка и управление рисками*

Introducere

Laboratoarele de microbiologie facilitează stabilirea unui diagnostic etiologic, fiind prima linie în detectare a evenimentelor neobișnuite de natură infecțioasă. Astfel, fiind necesare pentru luarea de decizii, rezultatele investigațiilor influențează direct sănătatea și buna stare la nivel de individ și societate. Aproximativ 60-70% din deciziile medicale sunt luate în baza rezultatelor de laborator [1, 2].

Problemele de biosiguranță și biosecuritate capătă o actualitate deosebită și sunt prioritare în asigurarea securității naționale în toate țările lumii, inclusiv în Republica Moldova. Subiectele abordate provoacă tot mai multă îngrijorare în rândurile populației, politicienilor și savanților din cauza creșterii reale a amenințării biologice. Maladiile transmisibile sunt printre factorii biologici primordiali de destabilizare a securității biologice și reprezintă o preocupare continuă a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), prin emergența celor noi și reemergența celor considerate „dispărute” [3].

Conform datelor OMS, în fiecare an în lume sunt afectați de maladii infecțioase circa 2 miliarde de oameni. În același timp, aproximativ 320 000 de lucrători din întreaga lume mor în fiecare an din cauza unor boli transmisibile, circa 5 000 dintre aceștia – în Uniunea Europeană [4].

Apariția și răspândirea la nivel mondial a microorganismelor rezistente la antibiotice prezintă un risc biologic pentru sănătatea lucrătorilor medicali, inclusiv a celor din laboratoarele microbiologice [spre exemplu: *Staphylococcus aureus* metilino-rezistent (SAMR), *Mycobacterium tuberculosis* (XDR-TB) cu rezistență extinsă la antibiotice] [3].

OMS a recunoscut că riscurile biologice reprezintă o problemă prioritară pe plan internațional. În același timp s-a constatat că principalul factor de risc în laboratoarele medicale ține de expunerea personalului la agenții biologici [5].

Activitățile ce se desfășoară în laboratorul de microbiologie prezintă risc biologic pentru lucrători. Acest risc biologic se referă atât la acțiuni accidentale, cât și la acțiuni intenționate și solicită o anumită siguranță la locul de muncă, fapt ce a determinat dezvoltarea conceptului de siguranță și securitate biologică a laboratorului.

Materiale și metode

Pentru analiza situațională privind securitatea și siguranța biologică în lume și în Republica Moldova, a fost realizat un studiu secundar narativ al surselor bibliografice științifice, dedicate problemei siguranței și securității biologice. Analiza este bazată pe surse literare ale autorilor străini (Marea Britanie, SUA, Franța, Norvegia, Federația Rusă) și organizațiilor internaționale, publicate pe parcursul anilor 2000-2015.

Rezultate și discuții

Actualmente, la nivel internațional, aspectele de biosiguranță și biosecuritate sunt în topul abordărilor și sunt reflectate în: Convenția privind interzicerea perfecționării, producerii și stocării armelor bacteriologice (biologice) și cu toxine și distrugerea lor (BTWC 1972); Regulamentul Sanitar Internațional (RSI 2005) și Rezoluția 1540 a Consiliului de Securitate al ONU (2004) [6].

Recentele provocări microbiologice, precum virusul Zika, virusul Ebola, SARS, gripa aviară etc., precum și posibilitatea bioterorismului, au evidențiat nu numai importanța existenței unui sistem de sănătate eficient în situații excepționale, dar și povara economică semnificativă [7].

Activitățile de diagnostic medical al patologiei infecțioase, cercetarea științifică, studiile epidemiologice, farmaceutice etc. sunt imposibil de realizat în lipsa unor laboratoare dotate cu echipament și facilități corespunzătoare. Acestea asigură operarea cu material biologic, cu sau fără hazard, care necesită control și responsabilitate administrativă în scop de protecție atât a valorii lui științifice, cât și a securității populației și mediului [1, 8].

Pe parcursul ultimilor ani, în scopul prevenirii infectării personalului din laborator și contaminării mediului înconjurător, au fost elaborate o serie de regulamente și recomandări. Abordarea modernă a acestor aspecte reunește practici, procedee, proceduri, regulamente, recomandări, acte normative etc. [3].

Elementele de bază care operează în acest context includ noțiuni de risc biologic, biosiguranță și biosecuritate, evaluarea și managementul riscului biologic și integrarea acestuia în sistemul de management al unei instituții [9].

Biosiguranța descrie principiile de securizare, tehnologiile și regulile ce trebuie urmate pentru a preveni expunerea neintenționată la agenții patogeni și toxine sau eliberarea/scurgerea lor accidentală.

Biosecuritatea este totalitatea măsurilor luate pentru a reduce sau a elimina riscurile potențiale asupra sănătății umane, pentru conservarea și utilizarea durabilă a diversității biologice, care poate apărea în urma utilizării agenților biologici; descrie protecția, controlul și responsabilitatea pentru materialele biologice valoroase.

Riscul biologic este probabilitatea de apariție a efectelor negative în activitățile de manipulare a agenților biologici. Evaluarea riscului biologic este un proces care are ca scop definirea riscurilor biologice și nivelul de risc legat de activitățile menționate, în vederea definirii celor mai adaptate și relevante măsuri necesare pentru a proteja personalul, comunitatea și mediul [9].

În laboratoarele de microbiologie sunt obligatorii măsuri de prevenție privind evitarea infectării

personalului de laborator și limitarea răspândirii germenilor patogeni în mediu [9].

Permanent au fost și sunt întreprinse măsuri pentru protejarea personalului de laborator și a comunității împotriva agenților biologici periculoși. Implementarea și menținerea unor standarde de calitate, cu respectarea cerințelor de biosiguranță și biosecuritate, necesită prezența personalului calificat și instruit, infrastructură corespunzătoare și echipament de laborator necesar. Aspectele menționate trebuie să fie coordonate la nivel național de un organ de stat abilitat și susținute prin politici și strategii în domeniul biosiguranței și biosecurității [2, 12].

În pofida existenței politicilor, strategiilor, regulamentelor, recomandărilor și ghidurilor privind măsurile eficiente de izolare, respectarea riguroasă a practicilor de laborator, creșterea permanentă a nivelului de pregătire a personalului, continuă totuși să se producă expuneri, incidente, ceea ce sugerează că regulile de biosiguranță și biosecuritate nu sunt întotdeauna eficiente sau respectate cu strictețe [13].

Evaluarea riscurilor de expunere la agenți biologici

Pentru orice activitate de laborator susceptibilă să prezinte un risc de expunere la agenți biologici trebuie determinată natura, gradul și durata de expunere, în scopul prevenirii și luării măsurilor necesare. Riscurile sunt evaluate pe baza pericolului prezentat de toți agenții biologici periculoși. Evaluarea riscurilor este obligația angajatorului, plecând de la următoarele elemente: clasarea tuturor agenților biologici patogeni susceptibili de a fi prezenți în activitate; îmbolnăvirile profesionale datorate expunerii la agenți biologici; toate informațiile disponibile, în special cele legate de infecții, alergii și alte efecte toxice care pot rezulta din agenții biologici patogeni; recomandările autorităților competente. Această evaluare trebuie să fie reînnoită în mod regulat, în special în cazul schimbării condițiilor de expunere [14].

Situația actuală privind siguranța și securitatea biologică în Republica Moldova

Republica Moldova a aderat la ratificarea și implementarea unui șir de acte internaționale privind securitatea și siguranța biologică, precum: Convenția privind interzicerea perfecționării, producției și stocării armelor bacteriologice (biologice) și cu toxine și la distrugerea lor (BTWC, 1972), Regulamentul Sanitar internațional (RSI 2005) și Rezoluția 1540 a Consiliului de Securitate al ONU (2004).

În cadrul unei evaluări internaționale a cadrului legislativ național ce reglementează aspecte legate de securitatea și siguranța biologică, au fost analizate diferite domenii de activitate, cum ar fi siste-

mul de supraveghere epidemiologică a maladiilor infecțioase și evenimentelor de sănătate publică, activitățile de laborator (clasificarea laboratoarelor după nivelul de biosiguranță, proceduri și echipamente pentru asigurarea condițiilor sigure de lucru), metodele de eliminare a deșeurilor biologice, termenele și condițiile de transportare a agenților biologici periculoși. Rezultatele evaluării au identificat anumite lacune în cadrul legislativ național și au evidențiat necesitatea elaborării și actualizării normelor, standardelor și ghidurilor pentru urgențele de sănătate publică de origine biologică.

Actualmente există un număr mare de laboratoare bacteriologice private și de stat, ce manipulează cu agenți microbieni și toxinele acestora. În același timp, lipsește un Registru Național de evidență a acestor laboratoare, indiferent de forma de proprietate, domeniul de activitate, tipurile de microorganisme, toxine cu care se operează și lista persoanelor autorizate pentru aceste activități [15].

Este important să menționăm că în republică, Comisia Națională pentru Securitate Biologică, instituită prin Legea nr. 755-XV din 21 decembrie 2001 privind securitatea biologică, exercită doar atribuții de autorizare și control al activităților de obținere, testare, producere, utilizare și comercializare a microorganismelor, a plantelor și animalelor modificate genetic prin tehnicile biotehnologiei moderne, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 603 din 20 mai 2003. Prin urmare, în prezent nu există un comitet național intersectorial de biosecuritate și biosiguranță pentru identificarea, evaluarea, monitorizarea și minimizarea riscurilor de origine biologică, inclusiv în activitatea de prevenire a actelor de bioterorism [15].

Experiența obținută în unele țări cu resurse economice limitate a demonstrat că fortificarea durabilă a serviciului public de laborator, inclusiv abordarea aspectelor de siguranță și securitate biologică, poate fi atinsă prin eforturi comune ale autorităților naționale și partenerilor internaționali [16].

Concluzii

Provocările determinate de dinamica actuală în domeniul microbiologiei și epidemiologiei bolilor transmisibile denotă necesitatea instituirii și asigurării funcționalității comitetului național responsabil de biosecuritatea și biosiguranța laboratoarelor și crearea, gestionarea registrului național al laboratoarelor ce lucrează cu agenți microbieni și toxinele lor. Un element important în asigurarea securității și siguranței biologice a laboratoarelor este revizuirea continuă a regulamentelor, ghidurilor, recomandărilor în domeniu.

Instruirea lucrătorilor privind conștientizarea riscurilor la care aceștia sunt expuși și implicarea lor activă în implementarea măsurilor de prevenire sunt esențiale în asigurarea biosiguranței și biosecurității în laborator. Siguranța și securitatea biologică a statului este un domeniu multisectorial, care necesită implicarea și cooperarea tuturor autorităților și actorilor interesați la nivel național și local.

Bibliografie

1. Kessel M. *Neglected diseases, delinquent diagnostics*. In: Sci. Transl. Med., 2014; nr. 6(226), p. 226ed6. doi:10.1126/scitranslmed.3008194.
2. Brown C., Zwetyenga J., Berdieva M. et al. *New policy-formulation methodology paves the way for sustainable laboratory systems in Europe*. In: Панорама общественного здравоохранения, vol. 1, 2015, p. 41-47.
3. Brehar-Cioflec J. *Current Trends in Biosafety and Health Education*. In: A Journey on the Road towards Unity in Diversity Biosafety Health Educ., 2012, nr. 1, p. 2.
4. Directiva 2000/54/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind protecția lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenți biologici la locul de muncă (JO L 262, 17.10.2000), p. 21.
5. World Health Organization. *Biorisk Management: Laboratory Bio-security Guidance*. Geneva: World Health Organization; 2006. http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_CDS_EPR_2006_6.pdf.
6. Bakanidze L., Imnadze P., Perkins D. *Biosafety and biosecurity as essential pillars of international health security and cross-cutting elements of biological nonproliferation*. In: BMC Public Health, 2010, nr. 10 (Suppl. 1), p. S12.
7. Oleribe O., Salako B., Ka M. et al. *Ebola virus disease epidemic in West Africa: lessons learned and issues arising from West African countries*. In: Clin. Med., 2015; nr. 15, p. 1-54.
8. Ionescu G. *Biosiguranța în laboratorul de microbiologie: cerință legală sau necesitate?* În: Materialele Conferinței naționale de epidemiologie. Iași, România, iulie-decembrie 3/4 2013, vol. 56, p. 46.
9. *Biorisk management Laboratory biosecurity guidance*. September, 2006. http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_CDS_EPR_2006_6.pdf?ua=1
10. Richmond J., McKinney R. *Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories*, ed. 4. Washington DC: US Government Printing Office, 1999.
11. Stopa P., Bartoszeze M. *Rapid Methods for Analysis of Biological Materials in the Environment*. Amsterdam, Olanda, 2000, p. 239.
12. *The Maputo Declaration on Strengthening of Laboratory Systems*. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2008. http://www.who.int/diagnostics_laboratory/Maputo-Declaration_2008.pdf.
13. Michael Miller J., Astles R., Baszler R. et al. *Guidelines for Safe Work Practices in Human and Animal Medical Diagnostic Laboratories*. Recommendations of a CDC-convened, Biosafety Blue Ribbon Panel. In: MMWR, 2012, nr. 61, p. 1-101.
14. *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. European Agency for

Safety and Health at Work European Risk Observatory Report. http://riskobservatory.osha.europa.eu/risks/forecasts/biological_risks

15. *Национальная стратегия в области общественного здоровья на 2014-2020 годы*. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/strategia_nationala_de_sanatate_publica_2014-2020_rom_ru_eng.pdf
16. Olmsted S., Moore M., Meili R. et al. *Strengthening laboratory systems in resource-limited settings*. In: Am. J. Clin. Pathol., 2010; nr. 134, p. 374-380.

IGIENA MUNCII SPECIALIȘTILOR DIN SFERA TEHNOLOGIILOR INFORMAȚIONALE

Tatiana TONU,

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Labor hygiene of the specialists from the field of information technologie

The specialists from the field of information technologies are dealing with design, development, implementation and maintenance of software technologies and tools for efficient operation of information. Following a prolonged sedentary activities, an unbalanced diet and its poor quality, lack of exercise and presence of stress employees can have negative health consequences.

Keywords: information technology, software tools, health

Резюме

Гигиена труда специалистов информационных технологий

Специалисты из области информационных технологий занимаются разработкой, развитием, внедрением и поддержанием технологий и инструментов программного обеспечения по эффективному оперированию с информацией. В результате длительной и сидячей работы, несбалансированного и порой некачественного питания, отсутствия физических нагрузок и наличия стрессовых ситуаций у указанных работников могут быть отрицательные последствия для здоровья.

Ключевые слова: информационные технологии, инструменты программного обеспечения, здоровье

Introducere

În condițiile moderne, tehnologiile informaționale și comunicațiilor se dezvoltă pe scară largă în toate domeniile, devenind o condiție necesară pentru progresul științific și tehnic. Se atesță o cerere constantă de noi tehnologii inovatoare și

exigențe față de organizarea și eficiența muncii, de cunoștințele profesionale și experiența lucrătorilor din domeniul tehnologiei informaționale (TI).

Domeniul tehnologiilor informaționale se ocupă cu elaborarea, dezvoltarea, implementarea și întreținerea tehnologiilor și instrumentelor software de operare eficientă cu informațiile, inclusiv pentru înregistrarea, stocarea, regăsirea, procesarea, transmiterea și redarea acestora. Domeniul mai cuprinde elaborarea, dezvoltarea, implementarea, întreținerea aplicațiilor și mijloacelor informatice încorporate în cele mai diverse echipamente, cum ar fi: obiectele Internet – dispozitive fizice și virtuale, conectate la Internet, cu facilități de procesare a datelor, automobile, telefoane mobile, echipamente de uz casnic, strunguri, linii automate etc.

În lucrări moderne, consacrate tehnologiilor informaționale, se analizează problemele tehnice de dezvoltare a acestor tehnologii, punerea în aplicare a lor în diverse domenii de activitate: de producție, de cercetare și de management. Cu toate acestea, în literatura de specialitate practic lipsește cadrul teoretic și principiile metodologice ale analizei organizării muncii specialiștilor din TI și evaluarea impactului asupra stării de sănătate.

Conform datelor statisticilor oficiale ale țărilor economice dezvoltate din UE, programatorii constituie circa 0,5% din populația economic activă, însă cererea lor pe piața forței de muncă, chiar și în anii de criză, a depășit oferta, iar numărul de absolvenți pregătiți anual de universități nu este în măsură să susțină planurile ambițioase de modernizare a economiei [6].

În același timp, programatorii nu sunt singura specialitate implicată în procesul de creare a software-ului. Teoria și practica modernă de inginerie software presupun o diviziune destul de profundă a muncii și oferă specialități, cum ar fi: administrator de baze de date, testor, manager de proiect și altele [6]. Specialiștii în TI pot fi angajați în întreprinderi și organizații din diverse ramuri ale economiei naționale.

Cele menționate argumentează actualitatea studiului, care și-a propus drept scop identificarea particularităților igienice ale activităților din industria informațională modernă, pentru fundamentarea măsurilor de prevenție a efectelor adverse asupra sănătății.

Material și metode

Studiul a fost efectuat în trei companii TI – Endava, Acudev și Computaris. Pentru evaluarea igienică a condițiilor și a procesului de muncă a fost aplicat un chestionar standardizat. În studiu au fost incluși 62 de angajați de ambele sexe, cu vârsta cuprinsă între 20 și 43 de ani, vârsta medie constituind $28,2 \pm 0,49$ ani. Vechimea în muncă variază în limitele de la 6

luni până la 14 ani, valoarea medie fiind de $4,0 \pm 3,51$ ani. Eșantionul investigat, în proporție de 87,1% este prezentat de persoane de sex masculin, iar ca funcție ocupată – în proporție de 90,3% este prezentat de programatori și de 9,7% de ingineri testori.

Rezultate și discuții

Activitatea de muncă a specialiștilor din TI se caracterizează prin poziție forțată – șezând în fața monitorului – și efectuarea unui număr mare de mișcări, cu amplitudinea mică în articulațiile mâinii.

Regimul de muncă și odihnă prevede o durată de 8 ore a zilei de muncă, micropauze de 3-10 minute pe oră și pauza de masă cu durata de 1 oră.

Pentru specialiștii din TI este caracteristică munca peste program (și nu neapărat impusă). Doar 3,2% din intervievați stau zilnic în față monitorului 8 ore, 50,0% – 10-12 ore, iar 11,3% – mai mult de 12 ore (figura 1), ceea ce este apreciat negativ din punct de vedere igienic.

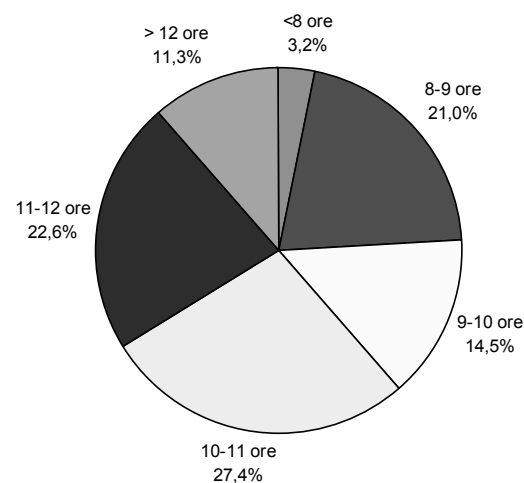


Figura 1. Repartizarea eșantionului în funcție de numărul de ore petrecute zilnic la calculator, %

Este de menționat faptul că 80,7% din intervievați semnalează suprasolicitarea psihofuncțională în urma exercitării activității intelectuale, însă nimeni nu a menționat faptul că serviciul are un caracter stresant. În același timp, 12,9% din cei intervievați atestă încordarea statică pentru menținerea poziției de muncă, iar 6,5% consideră activitatea prestată ca fiind una ușoară.

În timpul micropauzelor și pauzelor reglementate pe durata zilei de muncă, 88,7% din specialiștii intervievați nu efectuează exerciții fizice, iar 51,6% nu frecventează sala de sport din contul angajatorului. Structura angajaților în funcție de numărul de frecvenări ale sălilor de sport este prezentată în figura 2.

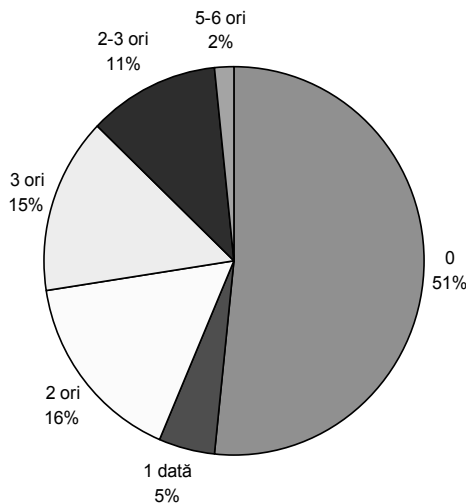


Figura 2. Repartizarea eșantionului în funcție de numărul de frecvențări săptămânale ale sălii de sport pe contul angajatorului (ori pe săptămână)

Rezultatele anchetării arată că majoritatea subiecților antrenați în studiu au condiții de muncă foarte bune (67,7%) sau bune (24,2%). Doar 8,0% semnalează condiții de muncă satisfăcătoare.

Toți angajații dispun de scaun ergonomic, masă de lucru confortabilă, tehnică necesară. Condițiile de microclimat și de iluminare corespund cerințelor igiene în vigoare. În toate firmele sunt organizate săli de luare a mesei, dotate cu tehnică modernă.

Conform datelor din literatura de specialitate, există riscuri și patologii specifice celor care activează în domeniul TI. Viața de birou acționează negativ asupra mușchilor și scheletului, datorită unei poziții șezând prelungite și utilizării îndelungate a calculatorului [1]. Modificările funcționale ale organismului se manifestă prin încetinirea circulației sanguine, reducerea transportului de oxigen și de substanțe nutritive către mușchi, care pot produce o serie de tulburări musculoscheletice, potrivit Institutului Național pentru Securitate și Sănătate din SUA [6].

Tulburările musculoscheletice se manifestă prin durere, parestezii, disconfort și edeme la nivelul articulațiilor și al mușchilor. Consecințele în timp sunt: deviații ale coloanei vertebrale, osteoporoza, tendinite, hipotonia musculară urmată de scăderea forței, reducerea vascularizației și fragilizarea oaselor. Ortopezii atenționează că folosirea intensă a tastaturii calculatorului poate duce la *sindromul de tunel carpian*, care reprezintă o neuropatie compresivă a nervului median în articulația mâinii. Simptomele obișnuite cuprind parestezii, tremor și durere pe distribuția nervului median [6].

Zile de lucru lungi și sedentare, volum excesiv de muncă, obligații și cerințe neclare privind rolul pe care-l are de îndeplinit angajatul – toate acestea pot duce la un mediu de muncă destul de stresant [3]. Conform Clinicii americane Mayo, stresul provocat la locul de muncă poate reduce capacitatea de apărare a sistemului imunitar, crește riscul de boli cardiovasculare și conduce la anxietate, depresie și tulburări de somn [4].

Munca intelectuală intensă, de obicei, provoacă oboseală psihică exprimată, însoțită de diferite reacții ale sistemului nervos; slăbește atenția, memoria și gândirea; suferă exactitatea și echilibrul mișcărilor. Continuarea muncii în cazul oboselei sau revenirea la muncă în cazul odihnei insuficiente duce la acumularea oboselei, care trece în sindrom de suprasolicitare. Acesta se manifestă prin nevroze, acuze de cefalee, moliciune, neatenție, scăderea memoriei, dereglarea somnului, tulburări neurovegetative [2, 3].

Potrivit Centrelor pentru Controlul și Prevenirea Bolilor de Sănătate și Nutriție din SUA, alimentația neechilibrată și necalitativă pe parcursul zilei de muncă, hipochinezia conduc la dereglări digestive, la obezitate. Ultimele, la rândul său, crește riscul de hipertensiune arterială și alte boli cardiovasculare, de diabet zaharat de tip II, accident cerebral vascular, colecistită biliară, apnee în somn și probleme respiratorii [6].

Conform Asociației Americane de Optometrie, utilizarea îndelungată a calculatorului nu este naturală pentru ochiul uman și persoanele care se expun câte 10 ore și mai mult zilnic ar putea suferi de „sindromul privitului de calculator” [5]. Simptomele prezente sunt: ochi uscați, hiperemia și iritați; vedere încețoșată, neclară; sensibilitate la lumina; dificultăți de acomodare vizuală și oboseală oculară. Privitul fix la monitor produce o scădere a frecvenței clipitului, ochiul devine mai uscat, iritat, ceea ce medicii numesc „sindrom de ochi uscat” [5].

Alte tulburări funcționale oculare – jena, oboseala și spasmul ocular – apar din cauza distanței de numai 30-40 cm dintre ochi și monitor. Ochiul rămâne blocat în vederea de aproape, iar când privește în depărtare nu mai vede normal, ci încețoșat (neclar, difuz) [5].

„Crampa scriitorului” este o altă consecință ce se soldează în timp cu o scădere a controlului asupra mușchilor cefei, spatelui și parestezii până la degete [6].

Petrecând mult timp în interiorul biroului, specialiștii TI nu se expun suficient la lumina Soarelui, aceasta ducând la deficiență de vitamina D [6].

Tastaturile și mouse-urile sunt printre cele mai murdare dispozitive, pe care se pot găsi diverse virusuri și bacterii ce pot provoca infecții cutanate [6].

Rezultatele studiului nostru arată că, pe parcursul a 3 luni ale anului 2016, 53 (85,5%) de intervievați nu s-au adresat la medicul de familie pe motiv de boală, o dată – 1 (1,6%), de două ori – 4 (6,45%) și mai mult de două ori – 4 (6,45%). Cauzele adresării după îngrijiri medicale au fost: infecții respiratorii acute (33,3%), lombalgii și cefalee (câte 22,2%), alergoze (11,1%).

Evaluarea subiectivă a stării de sănătate pune în evidență faptul că 22,8% acuză cefalee frecventă; 21,8% – simptome ale sistemului digestiv; 15,2% – oboseală permanentă; 14,7% – dureri lombare; 5,6% – dureri articulare; 3,5% – stres; 3,1% – tulburări de memorie; 2,0% – infecții respiratorii acute frecvente; 1,0% – insomnii; 1,0% – simptome ale sistemului cardiovascular; 0,5% – paretezii, tremor sau dureri în palme sau în degetele mâinilor; 0,5% – anxietate; 0,5% – depresie; 0,5% – dermatite.

Rezultatele investigațiilor efectuate în cadrul actualei cercetări atestă existența unor consecințe negative pentru starea de sănătate a specialiștilor din domeniul TI. Pentru promovarea sănătății la locul de muncă se recomandă:

- efectuarea activității fizice cel puțin 30 de minute pe zi;
- pauze de 7-10 minute, active fizic, la fiecare oră de lucru la calculator;
- pauze scurte de 1-2 minute, pentru a privi în depărtare, când ochii sunt obosiți, sau pentru a face câteva respirații profunde;
- exerciții cu mâinile, pentru profilaxia sindromului de tunel carpian;
- dotarea locurilor de muncă cu scaune și mese confortabile, ce corespund dimensiunilor corpului fiecărui angajat, pentru a-i asigura o poziție corectă;
- limitarea timpului petrecut la calculator în afara serviciului;
- limitarea expunerii la ecranele calculatoarelor sau la telefoane mobile înainte de somn;
- folosirea de 3-4 ori pe zi a lacrimilor artificiale pentru lubrifierea și protecția ochilor și prevenirea apariției sindromului de ochi uscat;
- schimbarea poziției membrelor inferioare și a feselor pe scaun, pentru profilaxia oboselii;
- reglarea înălțimii scaunului și a suprafeței de lucru, prezența unui suport reglabil pentru picioare;

- crearea condițiilor optime la locul de muncă – temperatură și umiditate optime, iluminare bună, excluderea excitanților exteriori, în special a zgomotului;
- raționalizarea regimului de muncă și de odihnă;
- începerea și finalizarea zilei de muncă la aceleași ore;
- organizarea pauzei de prânz la mijlocul zilei de muncă;
- efectuarea unor pauze în aer liber în zilele senine și consumarea unor alimente bogate în vitamina D [1].

Concluzii

Specificul procesului de muncă în industria TI – durata prelungită a activităților și după program, poziția de lucru șezând, lipsa efortului fizic, neefectuarea exercițiilor fizice în timpul micropauzelor reglementate, suprosolicitarea neuropsihică și condițiile de alimentație nerațională – au repercusiuni negative asupra stării de sănătate a angajaților, care pot declanșa și menține nivelul înalt al bolilor netransmisibile, al bolilor legate de profesiune și al celor profesionale.

Pentru a pune în evidență toate riscurile ocupaționale, sunt necesare investigații științifice profunde, cu estimarea cantitativă a fracției etiologice profesionale în formarea morbidității.

Este necesar de a aplica măsuri de promovare a sănătății la locul de muncă din domeniul TI, stipulate în literatura de specialitate, și a elabora măsuri de asanare particulare pentru fiecare profesie/funcție din domeniul respectiv.

Bibliografie

1. Gr. Friptuleac, V. Meșina, M. Moraru. *Igiena Muncii*. Chișinău: CEP Medicina, 2009, vol. I, 368 p.
2. Gr. Friptuleac, V. Meșina, M. Moraru. *Igiena Muncii*. Chișinău: CEP Medicina, 2011, vol. II, 299 p.
3. Gr. Friptuleac, V. Meșina. *Sănătatea și factorii ocupaționali*. Chișinău: Bons Office, 2006, 132 p.
4. Stora Jean-Benjamin. *Stresul*. Ed. Meridiane, 1999.
5. *Computers and Youreyes*. http://www.eyedoctorguide.com/eye_problems/eye-computer-strain.html
6. B. Stackpole. *Health hazards for IT workers – howthatdesk job wearsyour body down*. <http://www.computerworld.com/article/2533251/it-careers/health-hazards-for-it-workers----how-that-desk-job-wears-your-body-down.html>, 2008.

BUGETUL DE TIMP ACORDAT PROMOVĂRII SĂNĂTĂȚII ÎN ACTIVITATEA ASISTENȚILOR MEDICALI LA NIVEL COMUNITAR

Angela BARONCEA,
Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie Nicolae Testemițanu

Summary

The time budget given for health promotion in the activity of nurses at community level

In this paper the results of time budget given for health promotion in the activity of nurses at community level are presented. Timing parameters for health promotion included the following tools: lifestyle, health education, health schools, health care.

Keywords: budget, given, community, health

Резюме

Бюджет времени, отведенного для пропаганды здоровья в деятельности медсестер на уровне общин

В данной работе представлены результаты отведенного бюджета времени в деятельности медсестер для укрепления здоровья на уровне общин. Параметры времени пропаганды здорового образа жизни в деятельности медсестер включают в себя инструменты: образ жизни, стиль жизни, медицинское образование, школы здоровья, медицинскую помощь.

Ключевые слова: бюджет, время, община, здоровье

Introducere

Pornind de la ideea că toate activitățile de promovare a sănătății, prevăzute și planificate în contextul implementării Programului național de educație pentru sănătate a populației și promovarea modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 82-85 din 15.06.2007, se poziționează în timp, ne propunem să analizăm felul în care asistenții medicali din centrele de sănătate utilizează cea mai importantă și prețioasă sursă – **timpul**.

Prin cronometrarea celor cinci zile de muncă tipice ale celor 120 de asistenți medicali din centrele de sănătate din cele trei zone economico-geografice, ne-am propus să argumentăm științific bugetul de timp acordat promovării sănătății în activitatea asistenților medicali la nivel comunitar.

Dimensiunile de măsurare a timpului în promovarea sănătății, utilizate în studiu, stabilesc gradul de eficiență a factorului decizional în cadrul acestor instituții de nivel comunitar. Din cele relatate, în

condițiile în care se respectă regula GO-YO, esențială în activitățile de promovare a sănătății în managementul timpului, se presupune planificarea a 60% din timp, iar 40% fiind lăsate pentru evenimentele-surpriză. Studiile efectuate în dimensiunile de măsurare a timpului demonstrează că pentru fiecare minut în zi petrecut planificând activitățile de promovare a sănătății, o asistentă medicală câștigă 4 minute atunci când vine momentul desfășurării acelei activități. Totodată, conform rezultatelor mai multor cercetări, performanțele se obțin din 10% inspirație, 40% transpirație și 50% organizare.

Așadar, controlul timpului personal și analiza gestionării lui contribuie în mod esențial la fortificarea capacității de a utiliza eficient timpul acordat pentru promovarea sănătății de către asistenții medicali în centrele de sănătate la nivel comunitar.

Rezultatele cronometrice ale normativelor de timp acordate pe parcursul zilei de muncă a asistenților medicali în promovarea sănătății, vor permite ridicarea nivelului de cunoștințe în educația pentru sănătate, creșterea indicatorilor de sănătate și a calității vieții populației. Pentru „fotografierea” unei zile de muncă în promovarea sănătății și determinarea dimensiunilor de timp, au fost selectate 94 de asistente medicale și un observator fizic care a monitorizat, a cronometrat și a fixat activitățile și durata acestora în decurs de cinci zile.

Rezultate și discuții

În continuare vom prezenta rezultatele obținute ale cronometrării timpului acordat pentru promovarea sănătății al unei asistente medicale (în zi, pe parcursul celor cinci zile lucrătoare și în total pe săptămână). Datele sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1

Ponderea timpului total acordat activităților de către o asistentă medicală în promovarea sănătății (în zi, pe parcursul a cinci zile lucrătoare și în total pe săptămână)

No	Activități de promovare a sănătății	1 zi	2 zi	3 zi	4 zi	5 zi	Total pe săptămână	Pondere %
1	Promovarea sănătății	59'10"	59'10"	59'10"	59'10"	59'10"	295'50"	100
2	Modul de viață	10'	10'	10'	10'	10'	50'	±16,92
3	Stilul de viață	10'	10'	10'	10'	10'	50'	±16,92
4	Educația în sănătate	125"	125"	125"	125"	125"	60'25"	±20,39
5	Școli de sănătate	15'	15'	15'	15'	15'	75'	±25,38
6	Îngrijiri de sănătate	125"	125"	125"	125"	125"	60'25"	±20,39

Analizând rezultatele cronometrării timpului acordat pentru promovarea sănătății pe activități ce s-au înregistrat în decursul unei zile de lucru, o asistentă medicală a înregistrat în total 59 minute și 10 secunde.

Din timpul total acumulat, 59 minute și 10 secunde alocate pentru promovarea sănătății în zi

s-au utilizat în următoarea ordine: cel mai mult timp, de 15 minute (25,38±%), a fost utilizat de asistenta medicală în *Școli de sănătate*, urmat de activitățile *Educație în sănătate*, cu 12 minute și 5 secunde (±20,39%), și *Îngrijiri de sănătate*, la fel cu 12 minute și 5 secunde (±20,39%).

Tot în această zi, pentru activitatea *Modul de viață* s-au utilizat 10 minute din timpul total, ceea ce constituie ±16,92%, și respectiv 10 minute sau ±16,92% pentru activitatea *Stilul de viață*.

Prezintă interes în studiul realizat repartizarea dimensiunilor de timp total, obținut în urma cronometrării, ce s-au înregistrat în decurs de o săptămână. Timpul acumulat a constituit 295 de minute și 50 de secunde din totalul timpului programat la o asistentă medicală în centrele de sănătate. Acest timp s-a repartizat pe activități în ordinea următoare: cea mai înaltă pondere – de 75 minute sau ±25,38% – revine activității de promovare a sănătății *Școli de sănătate*, urmînd activitățile *Educația în sănătate* și *Îngrijiri în sănătate*, cu aceeași dimensiune de timp utilizată de 60 minute și 25 secunde (±20,39%). Tot în această săptămână, pentru activitatea *Modul de viață* s-au utilizat din timpul total 50 minute, ceea ce constituie ±16,92%, și respectiv același timp de 50 minute (±16,92%) activității *Stilul de viață*.

În decurs de o lună, în urma cronometrării timpului pentru promovarea sănătății, s-a înregistrat o altă dimensiune de măsurare. Astfel, s-au înregistrat 1301 minute și 40 secunde din totalul timpului programat la o asistentă medicală în centrele de sănătate. Timpul total înregistrat pe parcursul unei luni s-a utilizat în următoarea ordine: ponderea cea mai mare – de 330 minute sau ±25,36% – revine activității *Școli de sănătate*. Activitățile de promovare a sănătății *Educația în sănătate* și *Îngrijiri în sănătate* au înregistrat câte 265 de minute și 50 de secunde (±20,4%). Activitățile *Modul de viață* și *Stilul de viață* au acumulat dimensiuni de 220 de minute, cu o pondere de ±16,91% fiecare.

În studiul realizat, prezintă un interes aparte repartizarea timpului total obținut în urma cronometrării, acumulat în decurs de un an, în centrele de sănătate. Timpul calculat în promovarea sănătății pe parcursul unui an a constituit 15620 de minute. Acest timp a fost utilizat cu o dimensiune mai mare în cadrul activității *Școli de sănătate*, cu un buget de timp de 3960 minute sau ±25,36%, urmată de activitățile *Educația în sănătate* și *Îngrijiri în sănătate*, ambele cu 3190 minute și o pondere de ±20,43%. Dimensiunile de timp cele mai mici, obținute în urma cronometrării în decurs de un an, revin activităților *Modul de viață* și *Stilul de viață*, cu 2640 minute și cu ponderea de ±16,91%.

Urmărind rezultatele obținute în cadrul studiului realizat, am acordat o deosebită atenție

elementului extrem de important în promovarea sănătății – *Modului de viață* și componentelor incluse. Dimensiunile de timp vor fi înregistrate în decurs de o zi, o săptămână, o lună și un an în centrele de sănătate la nivel comunitar (tabelul 2).

Tabelul 2

Rezultatele obținute în urma promovării sănătății, ale segmentului de activitate „Modul de viață” și ale activităților incluse în elementul respectiv, în raport de timp și pondere procentuală a unei asistente medicale în centrele de sănătate, pe parcursul unei zile, săptămâni, luni și al unui an

Total în an	2640' (100%)	264' (10,0%)	1267' (48,0%)	950'24" (36,0%)	158'24" (6,0%)
Total în lună	220' (100%)	22' (10,0%)	105'36" (48,0%)	79'12" (36,0%)	13'12" (6,0%)
Total în săptămână	50' (100%)	5' (10,0%)	24' (48,0%)	18' (36,0%)	3' (6,0%)
Total în zi	10' (100%)	1' (10,0%)	4'80" (48,0%)	3'60" (36,0%)	0,60" (6,0%)
	Modul de viață	Mediu sigur și sănătos	Alimentație sănătoasă	Activitate fizică	Alte activități

Analizând datele expuse în tabelul 2, am observat că bugetul de timp total în promovarea sănătății în segmentul *Modul de viață* s-a repartizat astfel: într-o zi de muncă, timpul înregistrat a constituit 10 minute, cu o pondere de 100%, urmat de activitatea de promovare a sănătății *Mediu sigur și sănătos*, cu 1 minut și o pondere de ±10,0%. O altă dimensiune de măsurare în promovarea sănătății a fost *Alimentația sănătoasă*, cu un buget de timp acordat în zi de 4 minute și 80 secunde, ceea ce a constituit ±48,0%. Tot în segmentul *Modul de viață* a fost măsurată și dimensiunea *Activitatea fizică*, cu o durată de timp de 3 minute și 60 secunde. Ultima dimensiune de măsurare a timpului înregistrată a fost *Alte activități*, cu 0,60 secunde și o pondere de ±6,0%.

Următoarea acțiune a fost măsurarea dimensiunilor de timp al unei asistente medicale în decurs de o săptămână, în segmentul *Modul de viață*, și a componentelor activităților incluse în instrumentul dat în centrele de sănătate.

La această etapă a studiului, bugetul de timp total s-a repartizat astfel: timpul total înregistrat la segmentul *Modul de viață* a constituit 50 minute, cu o pondere de 100%, urmat de activitatea *Mediu sigur și sănătos* cu 5 minute și ponderea de ±10,0%. O altă dimensiune de activitate a asistentei medicale revine *Alimentației sănătoase*, timpul înregistrat a fost de 24 minute și ponderea de ±48,0%. Dimensiunea *Activitatea fizică*, inclusă în segmentul *Modul de viață*, a fost înregistrată cu o durată de timp de 18 minute și o pondere de ±36,0%. O altă dimensiune inclusă a fost *Alte activități*, cu o durată de timp de 3 minute și o pondere procentuală de ±6,0%.

Cronometrarea timpului acordat promovării sănătății în decurs de o lună s-a repartizat astfel: timpul total înregistrat la segmentul *Modul de viață* a fost de 220 minute, ce constituie o pondere de 100%. Următoarea dimensiune în segmentul dat a fost activitatea *Mediu sigur și sănătos*, cu 22 minute și ponderea de $\pm 10,0\%$. Dimensiunea *Alimentația sănătoasă* a înregistrat 105 minute și 36 secunde și o pondere de $\pm 48,0\%$. Dimensiunea *Activitatea fizică* cuprinde 79 minute și 12 secunde, cu ponderea de $\pm 36,0\%$. Dimensiunii *Alte activități* îi revin 13 minute și 12 secunde sau $\pm 6,0\%$.

În continuare vom prezenta dimensiunea de promovare a sănătății la segmentul *Modul de viață* și activitățile de măsurare a acestei componente în munca unei asistente medicale în decurs de un an. Astfel, bugetul de timp utilizat s-a repartizat în felul următor: timpul total înregistrat la segmentul *Modul de viață* a constituit 2640 minute, cu ponderea de 100%. Activitatea *Mediu sigur și sănătos* cuprinde 264 minute și ponderea de $\pm 10,0\%$. O altă dimensiune de măsurare a activității a fost *Alimentația sănătoasă*, cu o durată de timp de 1267 minute și 12 secunde și ponderea de $\pm 48,0\%$. Dimensiunea *Activitatea fizică* timp de o lună a acumulat 79 minute și 12 secunde, cu o pondere de $\pm 36,0\%$. Și ultima dimensiune de măsurare a promovării sănătății a unei asistente medicale în decurs de o lună – *Alte activități* – cuprinde o durată de timp de 13 minute și 12 secunde și o pondere de $\pm 6,0\%$.

În încheiere prezentăm ultima dimensiune de promovare a sănătății la segmentul *Modul de viață* și activitățile de măsurare a acestei componente ce revin unei asistente medicale în decurs de un an. Bugetul de timp utilizat în promovarea sănătății la segmentul dat și activitățile incluse s-au repartizat astfel: timpul total înregistrat la segmentul *Modul de viață* în decurs de un an a constituit 2640 minute cu o pondere de 100%. Următoarea dimensiune măsurată a fost activitatea *Mediu sigur și sănătos*, cu 264 minute și o pondere de $\pm 10,0\%$. O altă dimensiune a fost activitatea *Alimentația sănătoasă*, cu o durată de timp de 1267 minute și 12 secunde și ponderea de $\pm 48,0\%$. A urmat activitatea de promovare a sănătății *Activitatea fizică*, cu o durată de timp de 950 minute și 24 secunde, cu o pondere de $\pm 36,0\%$. Ultima acțiune de măsurare a timpului acordat de o asistentă medicală în decurs de un an în promovarea sănătății revine dimensiunii *Alte activități*. Aceasta a constituit 158 minute și 24 secunde cu ponderea de $\pm 6,0\%$.

Rezultatele obținute în urma cronometrării timpului utilizat pentru promovarea sănătății de către o asistentă medicală în decurs de o zi/ săptămână/ lună/ an sunt argumentate prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 400 *Cu privire la organizarea activităților*

de educație pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015, punctul 6.3, care stipulează: „A prevedea în educația pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață activități nu mai puțin de 6 ore lunar în limitele timpului de lucru al fiecărui lucrător medical”.

În continuare am propus compararea celor expuse în normativul de educație pentru sănătate cu rezultatele cronometrării dimensiunilor obținute în segmentul *Promovarea sănătății* și activităților incluse.

Rezultatele obținute privind timpul acordat pentru promovarea sănătății de către o asistentă medicală au fost calculate în decurs de o zi, o săptămână, o lună și un an. Prezintă interes rezultatele timpului total la segmentul *Promovarea sănătății*, calculate în decurs de o lună. Formula de calcul a fost elaborată de către profesorul I. Prisăcaru și modificată de autor. Astfel, timpul a fost calculat după următoarea formulă:

$$T_{K/P} = T_M + T_S + T_E + T_f + T_i / 60,$$

unde:

$T_{K/P}$ – timpul total cheltuit pentru promovarea sănătății;

T_M – timpul cheltuit în promovarea modului sănătos de viață;

T_S – timpul cheltuit pentru promovarea unui stil de viață sănătos;

T_E – timpul cheltuit în educația pentru sănătate;

T_f – timpul cheltuit în școli de sănătate

T_i – timpul cheltuit pentru îngrijiri de sănătate;

60 – transferul datelor în ore.

Înlocuind datele în formulă, obținem:

$T_{K/P} = 220' + 220' + 265'50'' + 330' + 265'50'' / 60 = 1301$ minute și 40 secunde, timp ce constituie 21 de ore și 41 de minute.

Prin urmare, în decurs de o lună, în centrele de sănătate la nivel comunitar, timpul total utilizat la segmentul *Promovarea sănătății* de către o asistentă medicală a constituit 21 ore și 41 minute. Timpul acordat este cu 3,6 ore mai mare comparativ cu normativul propus de Ministerul Sănătății.

Prezintă interes utilizarea timpului total de 1301 minute și 40 de secunde la segmentul *Promovarea sănătății* pe activități ce au fost incluse în această componentă la o asistentă medicală pe parcursul unei luni în centrele de sănătate la nivel comunitar.

În continuare prezentăm rezultatele obținute la componenta *Modul de viață* și ale activităților incluse, la o asistentă medicală pe parcursul unei luni. Calculele s-au efectuat în felul următor:

$$T_{K/M} = T_M + T_A + T_{AF} + T_{Alt} / 60,$$

unde:

$T_{K/M}$ – timpul total cheltuit pentru promovarea *Modului de viață*;

T_M – timpul cheltuit în promovarea *Mediului sigur și sănătos*;

T_A – timpul cheltuit pentru promovarea *Alimentației sănătoase*;

$T_{A/F}$ – timpul utilizat în promovarea *Activităților fizice*;

T_{Alt} – timpul cheltuit în promovarea *Altor activități*;

60 – transferul datelor în ore.

Înlocuind în formulă datele segmentului *Modul de viață*, obținem:

$T_{K/M} = 22' + 105'36'' + 75'12'' + 13'12'' / 60 = 220$ minute, ceea ce constituie 3 ore și 40 minute.

Astfel, timpul total utilizat la componenta *Modul de viață* și activitățile incluse în acest instrument la o asistentă medicală în decurs de o lună, în centrele de sănătate la nivel comunitar, a constituit 3 ore și 40 minute, ceea ce este egal cu 16,91% din totalul segmentului *Promovare a sănătății*.

O altă dimensiune de măsurare a timpului utilizat în promovarea sănătății la o asistentă medicală în decurs de o lună este segmentul *Stilul de viață* cu activitățile incluse în acest instrument. Au fost calculate datele după formula următoare:

$$T_{K/S} = T_F + T_A + T_D + T_{Alt} / 60,$$

unde:

$T_{K/S}$ – timpul total cheltuit pentru promovarea *Stilului de viață*;

T_F – timpul cheltuit pentru promovarea sănătății prin combaterea *fumatului*;

T_A – timpul folosit pentru promovarea sănătății prin combaterea *alcoolului*;

T_D – timpul cheltuit pentru promovarea sănătății prin combaterea *drogurilor*;

T_{Alt} – timpul cheltuit pentru promovarea sănătății prin *alte activități*.

Înlocuind datele segmentului *Stilul de viață* în formulă, obținem:

$T_{K/S} = 66' + 88' + 44' + 22' / 60 = 220$ minute, ce constituie 3 ore și 40 minute.

Prin urmare, timpul total utilizat la componenta *Stilul de viață* și activitățile incluse la o asistentă medicală în decurs de o lună, în centrele de sănătate la nivel comunitar, a constituit 3 ore și 40 minute sau 16,91% din totalul segmentului *Promovarea sănătății*.

În continuare am determinat dimensiunea de măsurare a timpului acordat în promovarea sănătății de o asistentă în decurs de o lună în segmentul *Educație în sănătate* și activitățile incluse în componenta respectivă. S-a calculat după următoarea formulă:

$$T_{K/E} = T_C + T_L + T_{Alt} / 60,$$

unde:

$T_{K/E}$ – timpul total cheltuit pentru *Educația pentru sănătate*;

T_C – timpul total cheltuit pentru educația în sănătate prin *comunicare*;

T_L – timpul total cheltuit pentru educația în sănătate prin *lecții și seminare*;

T_{Alt} – timpul total cheltuit pentru educația în sănătate prin *alte activități*.

Înlocuind datele segmentului *Educația în sănătate* în formulă, obținem:

$T_{K/E} = 84'20'' + 106'20'' + 75'10'' / 60 = 265$ minute și 50 secunde, ceea ce a constituit 4 ore 25 minute și 50 secunde.

Astfel, timpul total utilizat la componenta *Educația în sănătate* și activitățile incluse a constituit 4 ore și 25 minute, ceea ce este egal cu 20,41% din totalul timpului acordat segmentului de *Promovare a sănătății*.

În continuare vom prezenta următoarea dimensiune de măsurare a timpului acordat în promovarea sănătății – *Școli comunitare* și componentele incluse – după următoarea formulă:

$$T_{K/S} = T_{S1} + T_{S2} + T_{S3} + T_{Alt} / 60,$$

unde:

$T_{K/S}$ – timpul total cheltuit pentru promovarea sănătății prin *Școli comunitare*;

T_{S1} – timpul total acordat promovării sănătății prin *Școala diabetului*;

T_{S2} – timpul total cheltuit pentru promovarea sănătății prin *Școala hipertensivului*;

T_{S3} – timpul total cheltuit pentru promovarea sănătății prin *Școala gravidelor*;

T_{Alt} – timpul total utilizat pentru promovarea sănătății prin *alte activități*.

Înlocuind datele segmentului *Școli comunitare* în formulă, obținem:

$T_{K/S} = 66' + 132' + 66' + 66' / 60 = 330$ minute, ceea ce constituie 5 ore și 30 minute.

Timpul total utilizat la segmentul *Școli comunitare* și alte activități ce se includ în această componentă la o asistentă medicală în decurs de o lună, în centrele de sănătate la nivel comunitar, a constituit 5 ore și 30 minute sau 25,36% din totalul segmentului *Promovare a sănătății*.

Ultima dimensiune de măsurare a timpului total utilizat de o asistentă medicală, în decurs de o lună, pentru promovarea sănătății revine segmentului *Îngrijiri de sănătate* și componentelor incluse. Calculele s-au efectuat după următoarea formulă:

$$T_{K/I} = T_P + T_V + T_{Alt} / 60,$$

unde:

$T_{K/I}$ – timpul total cheltuit pentru promovarea sănătății prin *îngrijiri de sănătate*;

T_p – timpul total utilizat pentru promovarea sănătății prin *patronajul gravidelor*;

T_v – timpul total cheltuit pentru promovarea sănătății prin *vaccinări*;

T_{Alt} – timpul total cheltuit pentru promovarea sănătății prin *alte activități*.

Înlocuind datele segmentului *Îngrijiri de sănătate* în formulă, obținem:

$T_{KI} = 106'20'' + 84'20'' + 75'10'' / 60 = 265$ minute și 50 secunde, ceea ce constituie 4 ore 25 minute și 50 secunde.

Prin urmare, timpul total utilizat la componența *Îngrijiri de sănătate* și activitățile incluse în acest instrument de o asistentă medicală în decurs de o lună, în centrele de sănătate la nivel comunitar, a constituit 4 ore 25 minute și 50 secunde, adică 20,41% din totalul timpului folosit la segmentul *Promovarea sănătății*.

În final, utilizarea timpului total acordat pentru *Promovarea sănătății* și activitățile incluse în segmentul dat de către o asistentă medicală s-a calculat conform formulelor descrise mai sus în decurs de o zi / o săptămână / o lună și un an.

Concluzii

1. Studiul efectuat ne-a permis să evidențiem consumul de timp de muncă real și să depistăm lipsurile și deficiențele în folosirea lui la asistenții medicali în procesul promovării sănătății populației la nivel comunitar.

2. Pentru măsurarea timpului de muncă al asistenților medicali consacrat promovării sănătății populației la nivel comunitar, a fost elaborată *Foiaia de fotografiere individuală* a tuturor consumurilor de timp în ordinea de succesiune a acțiunilor ce au fost realizate pe parcursul unei zile de muncă în special pentru promovarea sănătății.

3. În cadrul studiului a fost efectuată *cronometrarea selectivă a timpului acordat* pentru promovarea sănătății în decurs de o zi / o săptămână / o lună și în decurs de un an.

4. Rezultatele studiului efectuat în măsurarea timpului acordat promovării sănătății ne servesc la: determinarea pierderilor de timp și a cauzelor acestora în promovarea sănătății; compararea diverselor metode de muncă prin depistarea celei mai eficiente pentru promovarea sănătății; stabilirea normelor și a normativelor de muncă în promovarea sănătății; verificarea calității normelor și a normativelor de muncă în promovarea sănătății.

Bibliografie

1. Duda Rene. *Gerontologie medico-socială*. Iași: Ed. Junimea, 1983, 185 p.
2. Enăchescu D., Marcu Gr. M. *Sănătate Publică și Management Sanitar*, colecția Medicinalis. București: Editura All, 1995, 320 p.

3. Duda Rene. *Sănătate Publică și Management*. Iași: Moldtip, 1996, 220 p.
4. Melnic B. *Omul. Geneza existenței umane*. Chișinău, 1998, 220 p.
5. Borzan Cristina Maria, Mocean Florea. *Sănătate Publică*. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2002, 274 p.
6. *Programul național de educație pentru sănătate a populației și promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015*, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 82-85 din 15.06.2007-2015.
7. Ordinul nr. 400 din 23.10.2008 cu privire la optimizarea activităților de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015.

ASSOCIATED MEDICATION AND ITS IMPACT ON HEALTH IN GALATI AND BRAILA COUNTIES

Olimpia DUMITRIU BUZIA, Nela MARDARE, Camelia DIACONU, Costinela GEORGESCU,
Faculty of Pharmaceutical Medicine
Dunarea de Jos University, Galati, Romania

Rezumat

Medicația asociată și impactul ei asupra sănătății locuitorilor județelor Galați și Brăila

Autorii studiului au urmărit scopul ca, prin anchetarea unor grupe de locuitori din județele Galați și Brăila, să determine dacă aceștia au cunoștințe despre medicația asociată, de exemplu, despre probiotice și hepatoprotectoare. De asemenea, s-a încercat de a clarifica dacă asemenea preparate au fost recomandate de medic sau farmacist, ori țin de autolecuire.

Cuvinte-cheie: probiotice, hepatoprotectoare, comunicare

Резюме

Ассоциированная медикация и её влияние на здоровье населения округов Галац и Брэила

В данной статье авторы поставили перед собой цель, чтобы при использовании метода анкетирования некоторых групп населения округов Галац и Брэила выявить, если им известно об ассоциированной медикации, например, о пробиотиках и гепатопротекторах, а также выяснить, если эта медикация была рекомендована врачом или фармацевтом или она из категории самолечения.

Ключевые слова: пробиотики, гепатопротекторы, коммуникация

Introduction

Communication for health purposes or promoting health through communication is one of the instruments for improving health. When one speaks

about health, one actually understands healthcare, and pharmaceutical services, respectively.

Education for health purposes and promoting health in Romania in agreement with the international standards, and especially with the European Union standards [1] is required. The legal framework for public healthcare and the national public healthcare programmes are established and funded by Ministry of Public Health, as provided by Law 95/2005 of the healthcare reform.

In dealing with this matter, Romania observes the EU legislation, which stipulates that “the aim of protecting health is that of improving the general standards of health in the community by improving knowledge of the risk factors and encouraging the population to embrace healthy behaviours and lifestyles”.

Words or silence, a smile or a handshake, a warm or a chilling look – whether we want it or not – everything signifies and communicates. We communicate to transfer ideas, sentiments, emotions, opinions, to influence, to relate to each other, to work, or to socialise. Sartre said: “the other looks at me and as such he knows what I am”.

It has been demonstrated that the human being expresses 7% through language, 38% through paraverbal language and 55% through non-verbal language. Another essential component of communication is listening. Goethe said: “Speaking is a necessity. Listening is an art.” Listening is a sine qua non requisition of effective communication.

Materials and methods

This study employs the questionnaire method to assess, on the one hand, the extent to which pharmacists and physicians get involved in recommending associated medication, and on the other hand, to evaluate patients with regard to their knowledge of associated medication, probiotics and hepatoprotectors, respectively.

According to the definition of World Health Organisation, “probiotics are live micro-organisms which, when administered in adequate amounts, confer a health benefit on the host”. Probiotics are live micro-organisms physiologically present in the gastro-intestinal tract and they have a significant role in digestion and immunity. It is equally interesting to know that the total amount of live micro-organisms in the gastro-intestinal tract is about one hundred billions, which is ten times more than the totality of cells in the human body [2].

Probiotic bacteria have many functions in organism: they act as a barrier and for the inactivation of pathogen germs; metabolic function owed to the enzyme production and fermentation of indigesti-

ble carbohydrates in view of reducing cholesterol or easing the production of energy; nutritional and immunising functions [1].

An analysis conducted in 2004 [3] on the studies on probiotics pursued until that year reached the conclusion that multiple probiotic strains are more effective than mono-strain probiotics, which is due the fact that a number of favourable characteristics of individual strains may be combined in a single probiotic. Clinical studies [4] have proved the synergistic effects of strains combinations. For example, the binding of *Bifidobacterium lactis* to intestinal cells doubles in the presence of *Lactobacillus Rhamnosus* or *Lactobacillus bulgaricus* strains.

Other clinical studies [5] have demonstrated that the adherence of these beneficial probiotics to the intestinal wall mucus increases when more strains are present in the combinations administered.

It is required that the probiotics be kept away from humidity and protected by cryoprotection technologies of acid-lactic bacteria, be in amounts of billions to give the chance to many to reach the intestine, contain combinations of live bacteria and thermally-inactive bacteria in order to have fast effects and increase their specific effects, based on administering indication.

Starting from the premise of a good communication between pharmacist and patient, in the context of communication for health purposes as an essential factor of promoting health in the community, our study has focused on a sample made up of 304 persons domiciled both in the urban environment (Galati, Braila), and in the rural environment (Liesti village, Galati County). 61.5% of the subjects were female, and 38.5% male, aged between 17 and 82 years.

The general objective of the study was to determine the patients' level of awareness in what associated medication is concerned, respectively probiotics and hepatoprotectors, as well as the pharmacists' skills in counselling the patients with regard to associated medication. The specific objectives have been:

- To assess the extent to which patients know what associated medication means;
- To assess the extent to which patients use associated medication and to find out who recommended it to them;
- To evaluate the pharmacists' communication skills in the relationship with their patients.

We have applied a 13-question questionnaire, presented electronically, online, to respondents, with the help of social networking sites, and also directly, handed personally to the respondents.

Results and discussions

The first question was related to the pharmacist's professionalism, i.e., whether before making a recommendation, the pharmacist makes a brief anamnesis with the patient. 53% of the respondents answered affirmatively; 35.9% – rarely; 11.2% – never.

The next question interrogated the patient, i.e., their knowledge related to associated medication. 77% of the respondents know the term "associated medication"; 41.8% responded "yes"; 45.8% of the interviewees use associated medication. It results that patients know and use associated medication.

The question as to whether medication was recommended by the pharmacist, physician, other people or the mass-media indicates that most people have been given recommendation in this respect at the pharmacy.

Associated medication was recommended to you by:

- Physician – 31.5%;
- Pharmacist – 39.3%;
- Family, friends, acquaintances – 13.7%;
- Media (internet, magazines, news, TV or radio advertisements, etc.) – 15.5%.

The following answers have been recorded to the question "When do you think that associated medication is required?":

- Stomach diseases – 28.5%;
- Liver diseases – 28.2%;
- Child medication – 17.2%;
- Antibiotics treatment – 23.2%;
- I don't know, I have never been informed regarding this matter – 3.4%.

In the case of antibiotic treatment, has the pharmacist recommended you any medicine for protection of intestinal flora?

- Always – 16.8%;
- Yes, in most cases – 46.1%;
- Sometimes – 26.6%;
- Never – 10.5%.

Do you use gastric protection in treatments which affect gastric mucosa?

- Yes, at the pharmacist's recommendation – 59.6%;
- I don't know, I have never been informed about this matter – 8.2%;
- No, because I don't have any problems – 32.2%.

We note once again the good communication of the patients with the pharmacist, as well as the pharmacists' professionalism in getting themselves involved in recommending associated medication.

We were also interested in determining whether the pharmacist also makes further recommendations associated with the diagnosis.

Does the pharmacist inform you that your lifestyle and dietary habits can affect your medication?

- Always – 33%;
- Rarely – 52.4%;
- Never – 14.9%.

In the end, we wanted to find out the patients' opinion with regard to associated medication and the impact it has on them.

What is your opinion about associated medication?

- You approve of it and consider it useful – 58.9%;
- You consider it useful only in case of serious diseases – 28.6%;
- You do not approve of it and consider that it is recommended to you only to sell certain medical products – 12.5%.

The high percentage (58.9%) of respondents who consider associated medication useful lead us to the conclusion that our patients are well informed and that they have a good communication with the pharmacists.

Conclusions

Patients know what associated medication is, respectively probiotics and hepatoprotectors, and women are more receptive to it than men. Associated medication is recommended by both physicians and pharmacists.

Pharmacists inform their patients with regard to associated medication in most cases, and the latter are open to suggestions.

The results indicate that most pharmacists pursue their professional duties in accordance with the procedures provided by the rules of good practice in their field.

Promoting health through communication is "the place where good practices of promoting health meet good communication practices" [6].

Bibliography

1. Școala națională de sănătate publică și management. *Promovarea sănătății și educație pentru sănătate* [National School of Public Health and Management. Promoting Health and Education for Health Purposes]. București: PUBLIC H PRESS, 2006.
2. Lupuliasa D. *Rolul farmacistului în procesul educației pacienților* [The Pharmacist's Role in the Process of Patients Education]. www.colegfarm.ro
3. Timmerman H.M. et al. *Monostrain, multistain and multispecies probiotics – A comparison of functionality and efficacy*. In: *Int. J. Food. Microbiol.*, 2004; nr. 96, p. 219-233.
4. Ouwehand A.C. et al. *The mucous binding of Bifidobacterium lactis BB- 12 is enhanced in the presence of Lactobacillus GG and Lactobacillus delbrueckii spp. bulgaricus*. In: *Lett. Appl. Microbiol.*, 2000, Jan; nr. 30(1), p. 10-13.
5. Juntunen M. et al. *Adherence of probiotic bacteria to human intestinal mucus in healthy infants and during rotavirus infection*. In: *Clin. Diagn. Lab. Immunol.*, 2001.
6. Irv Rootman, Larry Hershfield. *Health Communication Research: Broadening the Scope*. In: *Health Communication*, nr. 6(1), p. 69-72.

ROLUL REȚELOR DE SOCIALIZARE ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ȘI ÎN EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE

Alexandru SOFRONIE,

Centrul de Sănătate Publică municipal Chișinău

Summary

Role of social networks in health promoting and education for health

This article shows the public interest about health promoting in social networks. Was performed a comparative analysis of posts in Romanian and English of 10 communities, which have as thematic promoting a healthy lifestyle on the social network Facebook. Posts of communities were studied on the following areas: healthy diet, harmful habits, physical exercises, environment, infectious diseases, somatic disorders, beauty. Health promotion topics on the social network Facebook has an interest for users and is an effective platform for specialists in public health intervention.

Keywords: social network, Internet, health promoting, health, healthy lifestyle

Резюме

Роль социальных сетей в области укрепления здоровья и медико-санитарного просвещения

Статья показывает интерес населения к укреплению здоровья в социальных сетях. Был проведен сравнительный анализ постов на румынском и английском языках 10 сообществ, которые имеют тематику пропаганды здорового образа жизни в социальной сети Facebook. Изучены следующие области: здоровое питание, вредные привычки, физические упражнения, окружающая среда, инфекционные заболевания, соматические расстройства, красота. Тема укрепления здоровья в социальной сети Facebook интересна пользователям и эта сеть является эффективной платформой для специалистов из области общественного здравоохранения.

Ключевые слова: социальные сети, Интернет, пропаганда здорового образа жизни, здоровье, здоровый образ жизни

Introducere

În societatea modernă, rețelele de socializare reprezintă o platformă puternică de comunicare on-line, care unește milioane de oameni. Inovațiile digitale deschid noi perspective legate de modul în care oamenii pot utiliza tehnologiile pentru a extinde cunoașterea, stimulând libertatea și dezvoltarea [1]. În ultimul timp, printr-o rețea de socializare se înțelege o rețea (informațională) de utilizatori Internet, bazată pe anumite site-uri web, în care utilizatorii se pot înscrie și pot interacționa între ei.

Astfel, membrii unei rețele sociale sunt legați în mod informal, fără obligații, care de obicei contribuie activ la colectarea și răspândirea informațiilor pe întregul glob prin intermediul paginii web. Eventual, denumirea unei astfel de rețele (informaționale) de utilizatori s-ar putea echivala cu „rețea on-line de utilizatori” [2].

Cele mai cunoscute rețele sociale sunt: *Facebook*, *Twitter*, *Odnoklassniki*, *V Kontakte* (Rusia), *Renren* (China), *MySpace*, *Orkut* (Brazilia și India), *Hi5* (Peru, Columbia, Ecuador, Portugalia, Mongolia). Cele mai populare rețele sociale în Republica Moldova sunt *Facebook* și *Odnoklassniki* [3].

În prezent, site-ul *Facebook* are circa 1.44 miliarde de membri în toată lumea [4]. În Republica Moldova, rețeaua dată ajunge la cifra de 500.000 de utilizatori. Deși numărul de utilizatori *Facebook* în Republica Moldova a crescut cu 28% în anul 2015 față de 2014, *Odnoklassniki* rămâne în continuare în top cu peste un milion de utilizatori înregistrați [5].

Noul tip de comunicare format în rețelele sociale creează noi oportunități pentru comunitatea medicală, pentru a promova în mod activ un stil de viață sănătos și *health-coaching*-ul (sau *wellness-coaching* – sesiuni individualizate, motivaționale, cu folosirea principiilor și tehnicilor de *coaching* și consiliere profesională, pentru a schimba comportamentul și stilul de viață în scopul îmbunătățirii stării generale a organismului și obținerii unui nivel mai ridicat de sănătate și a calității vieții), care contribuie la menținerea și refacerea sănătății și prevenirea bolilor în rândul populației [6, 7].

Asigurarea sănătății publice se realizează prin activități comune ale autorităților publice centrale, autorităților administrației publice locale, comunităților și societății civile, prin elaborarea și implementarea politicilor de protecție și promovare a sănătății și de prevenire a bolilor [8]. Obligația lucrătorului medical și celui farmaceutic este de a apăra sănătatea fizică și mintală a omului, de a promova un mod sănătos de viață, de a preveni îmbolnăvirile [9].

Promovarea modului sănătos de viață în rețelele de socializare reprezintă o intervenție de comunicare a profesioniștilor din sănătatea publică, care vizează modificarea comportamentului utilizatorilor rețelelor sociale: consolidarea sau menținerea sănătății și prevenirea bolilor. Componentele unui mod sănătos de viață sunt: activitatea fizică, depășirea factorilor de risc ai diferitelor boli, alimentația sănătoasă, atingerea și menținerea unei greutăți optime, depășirea momentelor stresante, efectuarea controlului medical periodic etc. Modul sănătos de viață este temelia profilaxiei bolilor [10, 11, 12].

Wellness-coaching-ul, profilaxia bolilor și promovarea sănătății în rețelele de socializare contribuie la reducerea sarcinii asupra instituțiilor de îngrijire a sănătății. Bolile cardiovasculare, tumorile, bolile aparatelor digestive și respirator, traumele și otrăvirile sunt printre cauzele majore ale mortalității din Republica Moldova în ultimii ani [13]. O bună parte din aceste afecțiuni pot fi prevenite, dacă comunitatea medicală s-ar angaja mai activ în prevenirea lor și ar motiva populația să-și asume responsabilitatea personală pentru sănătatea proprie și a celor apropiați.

Scopul lucrării a fost evaluarea măsurilor de promovare a sănătății și a educației pentru sănătate prezente în rețelele de socializare.

Material și metode

Cercetarea de față cuprinde analiza comparativă a postărilor în limbile română și engleză ce au ca tematică promovarea unui stil de viață sănătos pe rețeaua de socializare Facebook.

Au fost analizate postările în limbile engleză și română a 10 comunități din rețeaua de socializare Facebook ce promovează modul de viață sănătos în perioada noiembrie–decembrie 2015. Au fost studiate postările comunităților pe următoarele compartimente: alimentație sănătoasă, deprinderi dăunătoare, exerciții fizice, mediu, boli infecțioase, afecțiuni somatice, frumusețe.

Pentru prelucrarea datelor și a materialelor obținute în studiu au fost folosite metode epidemiologice descriptive și analitice.

Rezultate și discuții

Pentru a realiza studiul, a fost efectuată analiza a 10 comunități în limbile engleză și română, cu un total de 17.094.005 și respectiv 609.192 de utilizatori:

- engleză: *Health Digest* – 8.769.627 (51,3%) utilizatori, *Health* – 4.676.880 (27,4%), *Daily Health Tips* – 2.437.488 (14,3%), *Everyday Health* – 1.138.667 (6,7%) și *Health Central* – 71.343 (0,4%);
- română: *Ghid Sănătate Bună ziua lași* – 494.916 (81,2%) utilizatori, *Sănătate și Diete* – 75.059 (12,3%), *Sănătatea – publicație de sănătate și divertisment* – 33.663 (5,5%), *Nutriție, sănătate și frumusețe* – 4.541 (0,7%) și *Centrul de Sănătate Publică* – 1.013 (0,2%).

Se observă că grupuri în limba engleză, care au ca tematică promovarea sănătății, sunt mai multe decât în limba română.

Numărul mediu de participanți la cele mai mari comunități vorbitoare de limbă engleză este de 3.418.801 persoane. Comunitatea *Health Digest* deține un număr-record de participanți de peste 8 mil. de utilizatori, de 2,6 ori mai mult decât media, iar *Health* – peste 4 mil. de utilizatori, de 1,4 ori mai mult decât media. Numărul mediu de participanți în comunitățile vorbitoare de limbă română este de 121.838 persoane, doar *Ghid Sănătate Bună ziua lași* având cel mai mare număr de utilizatori – 494.916, de 4,1 ori mai mult decât media.

În total, în comunitățile de limbă engleză au fost publicate 1853 de articole și 301 imagini cu conținut de promovare a sănătății; în cele de limbă română – 1550 de articole și corespunzător, 125 de imagini (vezi tabelul).

Numărul total de postări publicate de comunități în limbile engleză și română pe rețeaua de socializare Facebook

Limbi	Alimentație sănătoasă		Deprinderi dăunătoare		Exerciții fizice		Mediu		Boli infecțioase		Afecțiuni somatice		Frumusețe		TOTAL	
	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I
Engleză	1014	171	37	6	94	49	32	16	29	5	242	28	405	26	1853	301
Română	991	60	41	3	31	23	22	3	36	2	193	21	236	13	1550	125

Notă: A – articole, I – imagini

În ambele limbi, din totalul articolelor publicate, cel mai mare număr de articole se înregistrează la compartimentul *Alimentație sănătoasă* – 1014 în engleză (55%) și 991 în română (64%). În această categorie se descriu informații cu privire la vitamine, rețete, acizi grași esențiali, fructe, legume etc. Pe locul secundar se evidențiază capitolul *Frumusețe* cu 405 articole în limba engleză (22%) și 236 în limba română (15%). Aici se includ informații privind îngrijirea tenului, a unghiilor, aplicarea măștilor etc. O pondere mai mică se înregistrează în următoarele compartimente: *Afecțiuni somatice* – 13%, *Exerciții fizice* – 5%, *Deprinderi dăunătoare*, *Mediu*, *Boli infecțioase* cu 2%, 2% și 1% corespunzător.

Un număr mai mic de articole în limba română se atestă în următoarele categorii: *Afecțiuni somatice* – 13%, *Deprinderi dăunătoare* – 3%, *Boli infecțioase* – 2%, *Exerciții fizice* – 2%, *Mediu* – 1%. În perioada de

referință, la compartimentul *Afecțiuni somatice* s-a acordat o atenție sporită profilaxiei cancerului, stresului, combaterii artritei ș.a. În rubrica *Boli infecțioase* s-au plasat informații privind virusul Zika, gripa, infecțiile respiratorii, inclusiv semnele clinice, modul de transmitere și de diagnosticare.

Este de menționat că în ambele cazuri (engleză și română) se atestă aceeași ordine: *Alimentație sănătoasă, Exerciții fizice, Afecțiuni somatice, Frumusețe, Mediu, Deprinderi dăunătoare, Boli infecțioase* cu 56,8%, 16,3%, 9,3%, 8,6%, 5,3%, 2,0%, 1,7% în limba engleză și respectiv 48,0%, 18,4%, 16,8%, 10,4%, 2,4%, 2,4%, 1,6% în limba română.

Având un conținut calitativ și utilizând instrumente, tehnologii și practici interactive pentru promovarea unui stil de viață sănătos în rețelele de socializare, comunitățile internaționale sunt mult mai dezvoltate. Spre exemplu, grupul *Health Digest* oferă nu doar informații cu privire la calitățile benefice ale produselor alimentare, numărul de calorii, rețete sănătoase, ci de asemenea oferă tehnologie interactivă avansată de planificare individualizată a alimentației pentru fiecare săptămână, ceea ce dă un rezultat de scădere în greutate după câteva criterii predefinite. De asemenea, în comunitățile vorbitoare de limba engleză, profesioniștii din domeniul medical folosesc în mod activ politicieni, persoane de rang înalt și VIP, bine cunoscute publicului, cu scop de a îmbunătăți continuu măsurile de promovare a sănătății.

În comunitățile vorbitoare de limbă engleză se promovează ideea că, în cazul în care membrii familiei își petrec împreună timpul făcând sport (mers pe jos, alergare etc.), pregătind bucate sănătoase, ei își îmbunătățesc sănătatea, consolidează familia, înțelegerea reciprocă și dragostea între soți, efectuează educația copiilor într-un mediu fericit.

Până în prezent, specialiștii din Republica Moldova nu au efectuat cercetări științifice privind comunicarea în rețelele de socializare de limba română pentru promovarea unui stil de viață sănătos. Acest fapt este regretabil, deoarece publicarea materialelor on-line privind promovarea modului sănătos de viață ar putea avea un impact pozitiv în autoeducarea pacienților, normalizarea stării generale de sănătate, schimbarea obiceiurilor alimentare, accelerarea activității fizice etc. [14]

Concluzii

1. Tematica promovării sănătății pe rețeaua de socializare *Facebook* este interesantă utilizatorilor și această rețea constituie o platformă eficientă pentru intervenția specialiștilor din sănătatea publică.

2. Tematica articolelor în domeniul promovării sănătății în comunitățile de limbile engleză și română este similară.

3. Pe primele poziții de publicare a articolelor din comunități se află compartimentele *Alimentație sănătoasă și Frumusețe*, cu 54,7% și 21,9% în limba engleză și respectiv 63,9% și 15,2% în limba română.

4. O atenție foarte mică se acordă unor compartimente importante precum ar fi *Boli infecțioase, Deprinderi dăunătoare și Mediu* doar 1,6%, 2,0% și 1,7% în limba engleză, respectiv 2,3%, 2,6% și 1,4% în limba română.

5. Cea mai mare pondere o au compartimentele *Alimentație sănătoasă și Exerciții fizice*: 56,8% și 16,3% în limba engleză; 48,0% și 18,4% în limba română, pe ultimele locuri plasându-se compartimentele *Mediu, Deprinderi dăunătoare, Boli infecțioase* cu 5,3%, 2,0%, 1,7% și respectiv 2,4%, 2,4%, 1,6%.

6. Este necesar ca specialiștii din sănătatea publică să se ocupe mai activ de promovarea sănătății în rețelele sociale, luând în considerare publicul-țintă, și să adapteze cele mai reușite metode din practica colegilor din străinătate.

Bibliografie

1. Sofronie A., Sofronie V. *Internetul – o cale spre comunicare în sănătate și promovare a sănătății*. În: Materialele conferinței științifico-practice dedicate jubileului de 15 ani de la integrarea Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat al municipiului Chișinău. Chișinău, 2007.
2. *Wikipedia*, rețea de socializare (ro.wikipedia.org).
3. Ratingul site-urilor în dependență de numărul de utilizatori (alexa.com).
4. *Brain Research Institute* (statisticbrain.com).
5. *Agenția Gramatic*, studiu (gramatic.md).
6. Dodu M., Raboca H., Tripon C. *Managementul resurselor umane*. Program postuniversitar în Managementul Administrației Publice, p. 69-74.
7. *Asociația Internațională de Coaching Cognitiv-Comportamental* (iacbc.wordpress.com).
8. *Legea nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice*, publicată la 03.04.2009 în Monitorul Oficial nr. 67, cap. II.
9. *Codul-cadru de etică (deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic*. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, cap. I, p. 7.
10. Prisăcaru V. *Epidemiologie generală. Bazele medicinei prin dovezi*. Chișinău, 2012, p. 320-331.
11. Friptuleac Gr. *Promovarea sănătății*. (Curs). Chișinău, 2006.
12. Ețco C., Calmic V., Bahnarel I. *Promovarea sănătății și educația pentru sănătate*. Chișinău, 2013, p. 8-14.
13. Centrul Național de Management în Sănătate. *Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova*. Chișinău, 2015.
14. Buller D.B., Floyd H.L. *Internet-Based Interventions For Health Behavior Change. E-Health Applications: Promising Strategies for Behavior Change*. New York. p. 59-79.

Alexandru Sofronie, medic-igienist,
Centrul de Sănătate Publică mun. Chișinău
Tel.: +37369072830
E-mail: sanatacom@gmail.com

FACTORII ANTROPOMETRICI DE RISC CARDIOVASCULAR LA TINERII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Rodica IGNAT¹, Svetlana GAVRILIUC^{3,2},
Alexei LEVIȚCHI^{2,5}, Lilia LUPU⁴, Diana CHIOSA¹,
Valeriu ISTRATI^{3,2}, Ghenadie CUROCICHIN^{1,2},

¹Catedra Medicină de Familie, USMF Nicolae Testemițanu,

²Laboratorul Genetică, USMF Nicolae Testemițanu,

³Departamentul Medicină Internă; Disciplina Medicină Internă – Semiologie,

⁴IMSP Clinica Universitară de AMP,

⁵Catedra Biologie Moleculară și Genetică Umană

Summary

Anthropometric traits of cardiovascular risk in young people from Moldova

Objective. The evaluation of anthropometric traits of cardiovascular risk in young people from Moldova. **Materials and methods.** 724 participants underwent an anthropometric examination, using WHO, STEPS instrument. **Results.** At least one anthropometric cardiovascular risk factor was present in 42,0% of participants. **Conclusion.** These results support the need of early interventions for a proper control of anthropometric cardiovascular risk factors.

Keywords: cardiovascular risk factor; anthropometric traits, young people

Резюме

Антропометрические факторы сердечнососудистого риска у молодых людей Республики Молдова

Цель. Оценка антропометрических факторов сердечнососудистого риска у молодых людей из Республики Молдова. **Материалы и методы.** 724 участника были подвергнуты антропометрическому обследованию с использованием инструмента STEPS, ВОЗ. **Результаты.** Установлено наличие как минимум одного антропометрического фактора сердечнососудистого риска у 42,0% участников. **Заключение.** Результаты исследования обосновывают необходимость раннего вмешательства для контроля антропометрических факторов сердечнососудистого риска.

Ключевые слова: антропометрические показатели, фактор сердечнососудистого риска, молодые люди

Introducere

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) în anul 2014, existau peste 1,9 miliarde de adulți supraponderali, ceea ce reprezintă 39,0% din întreaga populație, iar cel puțin 600 milioane erau obezi. Obezitatea a fost identificată drept cauză majoră a deceselor premature și a dizabilității, fiind asociată cu un risc cardiovascular

sporit [1]. Pe lângă consecințele nefaste asupra sănătății, s-a estimat că din totalul costurilor pentru asistență medicală din sistemul sănătății, 2-7% îi revin obezității. Alte costuri precum calitatea vieții redusă și pierderea productivității profesionale la fel nu pot fi neglijate [2].

În Republica Moldova, prevalența obezității, estimată după indicele masei corporale (IMC), constituie 14,9% conform raportului consacrat bolilor netransmisibile în cadrul populației adulte (OMS, 2014) [1]. În ultimii ani, creșterea epidemică a prevalenței obezității în rândul tinerilor devine o adevărată povară pentru sănătatea publică [3]. În cadrul studiului național de supraveghere privind bolile netransmisibile, efectuat în grupul subiecților cu vârstele cuprinse între 18 și 29 de ani, valoarea medie a IMC a constituit 23,9 [4].

Deși factorii de risc antropometrici sunt studiați în diferite straturi de vârstă, profilul acestora la tineri este insuficient documentat [5-7]. În categoria persoanelor tinere, rata de adresabilitate la medic este joasă, deoarece ei sunt la etapa presimptomatică, motiv care prezintă interes pentru studierea statutului antropometric în contextul riscului cardiovascular (CV) [8].

Indicii precum circumferința abdominală (CA), circumferința coapselor (CC), indicele masei corporale (IMC), raportul circumferința abdominală/circumferința coapselor (CA/CC) au valoare predictive în privința evenimentelor cardiovasculare [7, 9]. Conform unor date, CA este mai relevantă pentru estimarea riscului cardiovascular, în comparație cu IMC [10, 11].

Factorii antropometrici de risc cardiovascular sunt modificabili, prin urmare efectele lor pot fi reduse. Urmărirea evoluției acestor factori la tineri ar asigura depistarea timpurie a persoanelor cu risc CV. De aceea este decisivă delimitarea grupului de persoane cu risc sporit la etapa presimptomatică, în scopul optimizării intervențiilor preventive în sensul managementului acestor factori antropometrici de risc cardiovascular [12].

Scopul studiului a fost evaluarea factorilor antropometrici de risc cardiovascular la tinerii din Republica Moldova.

Material și metode

Studiul transversal a fost efectuat în IMSP Clinica Universitară de AMP a USMF Nicolae Testemițanu, perioada septembrie–noiembrie 2011. Participanții la studiu au fost studenții autohtoni, înmatriculați la anul I la USMF Nicolae Testemițanu. Lotul de studiu a constituit 724 de tineri, dintre care 203 bărbați și 521 de femei, cu vârstele cuprinse între 17 și 29 de ani. Circa 72,0% din subiecți au fost de sex feminin.

Participarea la studiu a fost benevolă, confirmată prin acordul informat, semnat în mod explicit și documentat.

Pentru colectarea datelor primare au fost utilizate compartimentele 1, 2 ale instrumentului STEPS [13]. Formularele au fost codificate cu un cod unic, pentru depersonalizarea datelor. Toți participanții au fost supuși examenului antropometric: *talia* (înălțimea, m), *masa corporală* (kg), *indicele masei corporale* (IMC, kg/m²), *circumferința abdominală* (CA, cm), *circumferința coapselor* (CC, cm), *raportul circumferința abdominală/circumferința coapselor* (CA/CC).

Talia și masa corporală au fost măsurate folosind metoda standardizată, cu ajutorul unui cântar electronic (model MC 660, Marsden, China), combinat cu antropometru. Circumferința abdominală (CA) a fost măsurată cu o bandă antropometrică neelastică, plasând-o la mijlocul distanței dintre marginea de jos a ultimei coaste palpabile și vârful osului iliac. Circumferința coapselor (CC) a fost măsurată plasând aceeași bandă antropometrică în jurul coapselor la nivelul celui mai mare diametru [13].

Indicele masei corporale a fost calculat conform formulei:

$$IMC = \text{masa corporală (kg)} / \text{talie}^2 \text{ (m)} \text{ [14].}$$

Valoarea raportului CA/CC a fost calculată conform formulei:

$$\text{raportul CA/CC} = \text{CA (cm)} / \text{CC (cm)} \text{ [15].}$$

Valorile indicilor estimați mai mari de valorile prag au fost considerate drept prezență a factorului antropometric de risc CV. Tinerii cu valorile IMC ≥ 25 au fost incluși în categoria celor supraponderali și/sau obezi. Bărbații cu valorile CA ≥ 94 cm și femeile cu valorile CA ≥ 80 cm au fost considerați ca având un factor de risc CV. Pentru definirea obezității abdominale, drept nivel-prag CA/CC a fost utilizată valoarea 0.90 la bărbați și CA/CC - 0.85 la femei [15].

Prelucrarea statistică a datelor a fost efectuată cu utilizarea programului Statistica, v. 6.0 (Stat-Soft).

Studiul a obținut aprobarea Comitetului de Etică a Cercetării din USMF Nicolae Testemițanu (21.02.2011). Acest studiu este parte componentă a proiectului instituțional de cercetare aplicativă, codul proiectului 11.817.09.21A, desfășurat în perioada septembrie 2011 – decembrie 2014.

Rezultate și discuții

Indicii antropometrici analizați au fost stratificați în baza sexului, pentru a evidenția efectul asupra valorilor statistice în populația studiată. Astfel, au fost determinate valori semnificativ diferite pentru parametrul *masa corporală* la bărbați și femei. Totodată, valorile medii (19,57 ani) ale parametrului *vârstă* denotă omogenitatea lotului studiat, definite ca **tineri** (tabelul 1).

Eșantionul studiat s-a caracterizat prin următoarele valori medii ale indicilor mășurați: talia – 1,68 m; masa corporală – 63,2 kg, CA – 80,94 cm și CC – 103,95 cm.

În general, mediile indicilor de interes în lotul studiat au fost sub valorile-prag, ceea ce denotă faptul că majoritatea lotului se caracterizează prin prevalență joasă a factorilor antropometrici de risc CV.

Eșantionul studiat s-a caracterizat prin valori semnificativ diferite ale IMC la bărbați și la femei (21,83 și 20,76, $p < 0,01$).

Tabelul 1

Valorile indicilor antropometrici în lotul studiat ($M \pm SD$)

Parametru	Bărbați	Femei	General
Vârsta, ani	19,58 \pm 1,34	19,57 \pm 1,62	19,57 \pm 0,57
Talia, m	1,68 \pm 0,09	1,68 \pm 0,09	1,68 \pm 0,01
Masa corporală, kg* (p=0.00)	66,08 \pm 13,18	62,07 \pm 13,08	63,20 \pm 0,45
IMC	22,59 \pm 3,51	22,18 \pm 3,69	22,29 \pm 0,14
CA, cm	81,41 \pm 9,80	80,76 \pm 8,99	80,94 \pm 0,36
CC, cm	104,14 \pm 12,86	103,88 \pm 10,70	103,95 \pm 0,42
Raport CA/CC	0,777 \pm 0,075	0,783 \pm 0,08	0,78 \pm 0,01

Notă: * – diferențe semnificative între valorile medii, $p < 0,05$.

Astfel, s-a observat că în baza raportului CA/CC și IMC cca 11,0% și 17,8%, respectiv din lotul studiat au factori antropometrici de risc cardiovascular. CA mai mare de valoarea-prag s-a constatat la 37,4% de tineri, ceea ce a fost interpretat ca obezitate abdominală (tabelul 2).

Tabelul 2

Valorile indicilor antropometrici cu risc cardiovascular

Indice	Valoarea-prag	Bărbați, n ($M \pm SD$)	Femei, n ($M \pm SD$)	Total persoane n (%)
IMC	< 25	141	454	595
	≥ 25	21,83 \pm 0,162	20,76 \pm 0,10	(82,2%)
		62	67	129
CA, cm	<94 cm B	174	279	453
	<80 cm F	80,90 \pm 0,463	73,22 \pm 0,281	(62,6%)
	≥ 94 cm B	29	242	271
	≥ 80 cm F	101,29 \pm 1,225	87,52 \pm 0,488	(37,4%)
Raport CA/CC	<0.90 cm B	184	460	644
	<0.85 cm F	0,79 \pm 0,004	0,76 \pm 0,003	(89,0%)
	≥ 0.90 cm B	19	61	80 (11,0%)
	≥ 0.85 cm F	0,95 \pm 0,008	0,88 \pm 0,10	

Printre subiecții atribuiți la grupul de tineri cu risc CV în baza factorilor antropometrici s-a identificat că 8,6% de bărbați prezintă IMC peste valoarea-prag, iar cei cu CA peste valoarea-prag reprezintă 4,0%.

Evaluarea combinației dintre indicii antropometrici cu risc cardiovascular la tineri a demonstrat că 181 de persoane (25,0%) posedă cel puțin un factor

antropometric de risc CV, 99 persoane (13,7%) – doi factori de risc și 24 (3,3%) – trei factori antropometrici de risc CV. Verificarea individuală a subiecților a depistat cca 42,0% studenți cu valori ridicate ale factorilor de risc cardiovascular.

Supraponderalitatea și obezitatea, considerate drept factori de risc cardiovascular (conform IMC), au fost constatate la 17,8% din populația studiată, valoarea medie fiind 22,3. Această valoare nu diferă considerabil de rezultatul obținut în cadrul studiului STEPS (Republica Moldova, 2013), în care valoarea medie a fost 23,9 [4]. Un alt studiu realizat în grupa similară de vârstă de către Burke J.D. et al. (2009) a constatat următoarele valori medii ale IMC – 25,3 la bărbați și 23,7 la femei [16].

Diverse studii internaționale demonstrează faptul că circumferința abdominală are o valoare predictoare mai relevantă pentru riscul cardiovascular decât IMC [10, 11].

În studiul curent, obezitatea centrală a fost constatată la 37,4% dintre subiecți, unde rata bărbaților constituie 4,0%, iar cea a femeilor – 33,4%. Un studiu anterior efectuat pe un eșantion de studenți ai anului V de studii de la aceeași universitate a prezentat valori diferite ale CA la bărbați și la femei (31,58% și 36,23%, respectiv), față de studiul prezent. Rezultatele noastre în comparație cu datele obținute în studiul Grigoriță A. și colab. [17] sugerează că, pe parcursul anilor de studii, proporția tinerilor cu factori antropometrici de risc cardiovascular este în creștere.

Concluzii

1. În rezultatul studiului efectuat s-a constatat că la 42% dintre tineri a fost prezent cel puțin un factor antropometric de risc CV dintre tineri, 17,0% au demonstrat IMC la nivel supraponderal și obezitate, CA a depășit limita-prag în 37,4% cazuri, raportul CA/CC a fost majorat la 11,0%.

2. Studiul curent denotă faptul că 25,0% dintre tineri prezintă factori antropometrici de risc cardiovascular în baza cel puțin a unui indice, 13,7% – în baza a doi indici și 3,3% – în baza a trei indici antropometrici.

3. Rezultatele studiului argumentează necesitatea intervențiilor timpurii pentru controlul factorilor antropometrici de risc cardiovascular.

Bibliografie

- WHO. *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. 2014 <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
- IUNS. International Obesity Task Force Secretariat. *The global challenge of obesity and the International Obesity Task Force*. <http://www.iuns.org/features/obesity/obesity.htm>
- Lobstein T., Baur L., Uauy R. *Obesity in children and young people: a crisis in public health*. In: *Obesity reviews*, 2004, nr. 5(s1), p. 4-85.
- WHO. *PREVALENCE OF NONCOMMUNICABLE DISEASE RISK FACTORS IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA STEPS 2013*. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/prevalence_of_noncommunicable_disease_risk_factors_in_republic_of_moldova_steps_report_2013.pdf
- Ren Q. et al. *Prospective Study of Optimal Obesity Index Cut-Off Values for Predicting Incidence of Hypertension in 18-65-Year-Old Chinese Adults*. In: *PloS one*, 2016, nr. 11(3), p. e0148140.
- Ozturk A. et al. *Determining abdominal obesity cut-offs and relevant risk factors for anthropometric indices in Turkish children and adolescents*. In: *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 2015, nr. 28(5-6), p. 525-532.
- Lam B.C.C. et al. *Comparison of body mass index (BMI), body adiposity index (BAI), waist circumference (WC), waist-to-hip ratio (WHR) and waist-to-height ratio (WHtR) as predictors of cardiovascular disease risk factors in an adult population in Singapore*. In: *PloS one*, 2015, nr. 10(4), p. e0122985.
- Nasreddine L. et al. *Dietary, lifestyle and socio-economic correlates of overweight, obesity and central adiposity in Lebanese children and adolescents*. In: *Nutrients*, 2014, p. 6(3), p. 1038-1062.
- Sardinha L.B. et al. *A Comparison between BMI, Waist Circumference, and Waist-To-Height Ratio for Identifying Cardio-Metabolic Risk in Children and Adolescents*. In: *PloS one*, 2016, nr. 11(2), p. e0149351.
- Tsioufis K.P. et al. *Waist circumference versus other obesity indices for prediction of coronary artery disease in essential hypertension*. In: *Journal of the American College of Cardiology*, 2015, nr. 65(10_S).
- Ma L. et al. *Waist Circumference is Better Than Other Anthropometric Indices for Predicting Cardiovascular Disease Risk Factors in Chinese Children a Cross-Sectional Study in Guangzhou*. In: *Journal of atherosclerosis and thrombosis*, 2015(0).
- Al-Hazzaa H.M. et al. *Lifestyle factors associated with overweight and obesity among Saudi adolescents*. In: *BMC Public Health*, 2012, nr. 12(1), p. 1.
- WHO. *WHO STEPS Instrument (Core and Expanded)*. http://www.who.int/chp/steps/instrument/STEPS_Instrument_V3.1.pdf?ua=1
- WHO. *Obesity and overweight 2015*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- WHO. *Waist circumference and waist-hip ratio, Report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008*. 2008 http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en/
- Burke J.D. et al. *The University of New Hampshire's young adult health risk screening initiative*. In: *Journal of the American Dietetic Association*, 2009, nr. 109(10), p. 1751-1758.
- Grigoriță A. et al. *Factorii comportamentali și constituționali de risc cardiovascular la studenții medici, 2014*. https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/28488.

DEREGLĂRILE VĂZULUI LA ELEVII CLASELOR I-XII – PROBLEMĂ PRIORITARĂ A SĂNĂTĂȚII PUBLICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

*Nina IZIUMOV, Tatiana DĂNILĂ,
Mariana TUTUNARU,*
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Disorders of vision the pupils 1-st – 12th class – priority problem of public health in Republic of Moldova

Are reflected instructional and educational environment factors that cause pupils' eye and its annexes disease, namely: artificial lighting parameters failure, the over-straining of the educational process, unbalanced diet, sedentary lifestyle etc. This article reports prevention measures aimed to prevent pupils' occurrence of eye and its annexes disease.

Keywords: disorders of vision, myopia, the pupils of 1-st – 12-th class, educational environmental factors

Резюме

Глазные расстройства у учащихся 1-12 классов – приоритетная проблема общественного здоровья в Республике Молдова

Отражены факторы среды обучения и воспитания, которые обуславливают возникновение и развитие глазных болезней и его придатков у учащихся 1-12 классов, и именно: несоблюдение параметров искусственного освещения на рабочей поверхности, учебные нагрузки, несбалансированное питание, малоподвижный образ жизни и т.д. В этой статье указаны профилактические меры, направленные на предотвращение возникновения болезни глаз и его придатков у учащихся.

Ключевые слова: расстройства зрения, близорукость, учащиеся 1-12 классов, факторы среды обучения и воспитания

Introducere

Văzul (ochiul și anexele sale) este unul dintre principalele organe de simț, care joacă un rol important în viața omului. El are un rol primordial în activitatea de zi cu zi a omului, începând cu vârsta fragedă. Din punct de vedere fiziologic s-a determinat că cu cât este mai mic copilul, cu atât analizatorul vizual este mai vulnerabil la influența factorilor mediului instructiv-educativ [1]. Inovarea procesului instructiv-educativ are loc în detrimentul stării de sănătate a elevilor, care duce la încordarea analizatorului vizual [2]. Cel mai frecvent, elevii sunt diagnosticați cu miopie. Literatura de specialitate denotă că miopia este un viciu de refracție, în care razele de lumină ce pătrund în ochi paralel cu axul vizual sunt localizate înaintea retinei [4].

Mecanismul apariției miopiei include factori endogeni și exogeni. Predispoziția ereditară în condiții nefavorabile se manifestă clinic. Printre factorii endogeni sunt așa boala ca: amigdalita, caria dentară, reumatismul, tuberculoza, rujeola etc. Factorii exogeni țin în mare măsură de condițiile mediului ocupațional, de regimul de activitate și odihnă a elevului [3].

Este importantă pentru prevenirea miopiei și alimentația bogată în legume și fructe care conțin vitamine (A, B, C etc.) și substanțe nutritive necesare pentru văz. Plimbările în aer liber nu trebuie să lipsească din regimul zilei elevului. Ele contribuie la relaxarea mușchilor oculari și deci a organului vizual [5].

Frecvența dereglărilor funcționale (în mare parte, spasmul de acomodare și miopia de grad mic) se dublează din clasa întâi până în clasa a 11-a de la 219‰ până la 406‰, iar patologia cronică a văzului (miopia de grad mediu sau mare) crește de 13 ori – de la 11‰ până la 152‰ [6]. Cercetările efectuate de Кучма В.Р., Уланова С.А. denotă că nivelul morbidității prin bolile ochiului și anexelor sale constituie 38,2% printre elevii claselor V-XI [7]. Aceeași situație a fost constatată și la elevii din orașul Lanzhou (China). Rezultatele cercetărilor arată că din 823 de elevi din clasele primare au fost diagnosticați cu miopie 41,8%, cauza principală fiind organizarea nerezonabilă a timpului rezervat pentru activitățile instructiv-educative [8].

În Republica Moldova, bolile ochilor și anexelor lor ocupă locul II în structura morbidității generale a elevilor din instituțiile de învățământ preuniversitar, constituind 11,2% [9].

Conform multiplelor cercetări efectuate, factorii mediului instructiv-educativ au o cotă de 20%, care influențează semnificativ starea de sănătate a elevilor [10].

Un factor determinant care influențează acomodarea analizatorului vizual este înălțimea mobilierului școlar [11]. Drept criteriu de selectare a mobilei școlare este talia elevului. Conform unor cercetători, drept reper este luată înălțimea fosei poplitee [2].

Se constată faptul că organizarea corectă a procesului instructiv-educativ reduce oboseala și încordarea analizatorului vizual la elevi [12]. Astfel, pentru buna organizare a procesului instructiv-educativ este necesară îmbunătățirea calității instruirii, care se rezumă la perfecționarea programelor și a metodelor de predare, alternarea activității motorii cu cea intelectuală și nivelul iluminatului în sălile de studii [10].

Scopul prezentului articol este relevarea unor factori din mediul instructiv-educativ, care duc la apariția bolilor ochiului și anexelor sale la elevi.

Materiale și metode

Pentru analiza complexă a factorilor mediului instructiv-educativ, care influențează asupra analizatorului vizual și generează bolile ochilor și anexelor lor, s-au folosit notele informative privind starea de sănătate a elevilor, caracteristica sanitară a instituțiilor pentru copii și Dărilor de seamă privind supravegherea de stat a sănătății publice (Formularul nr. 18-săn, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1147 din 16.11.2012), parvenite din centrele de sănătate publică teritoriale.

Rezultate și discuții

Condițiile sanitare din instituțiile de învățământ preuniversitar influențează nemijlocit apariția bolilor ochilor și anexelor lor la elevi. Un factor determinant în acest sens sunt parametrii iluminatului artificial. Analizând rezultatele investigațiilor parametrilor iluminatului artificial din perioada 2011-2015, s-a constatat că numărul investigațiilor efectuate în instituțiile de învățământ preuniversitar care nu au corespuns normelor sanitare este în creștere de la 15,1% până la 16,2%.

O problemă majoră cu care se confruntă instituțiile de învățământ preuniversitar este suprasolicitarea procesului instructiv-educativ. În anii 2011-2015 s-a constatat o creștere a acestor instituții, care au avut incluse un număr de ore ce au depășit normele sanitare în vigoare, variind de la 11,8% până la 12,7%. Un alt factor care poate determina suprasolicitarea analizatorului vizual a fost nerespectarea duratei pauzelor între orele lecțiilor în orar. Cota instituțiilor de învățământ preuniversitar care au avut durata pauzelor de 5 minute a constituit 8%. Suprasolicitarea analizatorului vizual este determinată de activitatea elevilor la orele de meditație, constituind în medie 18,7% în 2015 față de 9,6% în 2014. Așezarea incorectă a elevilor la mese poate determina încordarea analizatorului vizual. În perioada 2011-2014 au fost așezați incorect la mese 50% elevi.

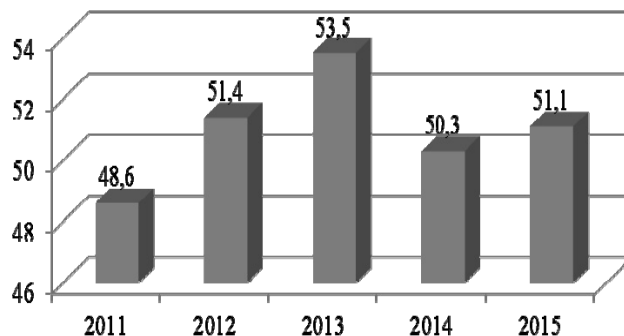
Pentru o bună organizare a regimului instructiv-educativ și o relaxare a analizatorului vizual este necesară organizarea elevilor în secții sportive. Astfel, în anii 2011-2015 se denotă o creștere a instituțiilor de învățământ preuniversitar care nu dispun de secții sportive, variind de la 11,6% până la 20%.

O altă condiție pentru o funcționare mai bună a analizatorului vizual este asigurarea elevilor cu legume și fructe. Alimentația bogată în legume și fructe joacă un rol important în adaptarea analizatorului vizual. În anul 2015 nu au fost asigurați îndeajuns cu legume 33,3%, iar cu fructe – 20,7% din elevi.

Toți acești factori determină apariția bolilor ochiului și anexelor sale la elevi.

Analiza dinamicii morbidității prin aceste maladii denotă că, în perioada 2011-2015, aceasta a variat de la 48,6‰ până la 51,1‰. Cel mai înalt nivel al morbidității prin bolile ochilor și anexelor lor a fost determinat în 2013, constituind 53,5‰ (vezi figura). În 2015, în structura morbidității generale la elevi, bolile ochiului și anexelor sale ocupă locul II, constituind 11,1%. Cele mai frecvente au fost dereglările acuității vizuale, care au constituit 38,1‰.

Dinamica morbidității prin bolile ochiului și anexelor sale la elevi în perioada 2011-2015, ‰



Concluzii și recomandări

Factorii mediului instructiv-educativ care duc la apariția bolilor ochilor și anexelor lor la elevii din instituțiile de învățământ preuniversitar sunt condițiile sanitare (parametrii iluminatului artificial), activitatea la orele de meditații, nerespectarea duratei pauzelor între lecții, lipsa secțiilor sportive, asigurarea insuficientă cu fructe și legume, așezarea incorectă a elevilor la mese. Nivelul morbidității prin bolile ochiului și anexelor sale în perioada 2011-2015 a avut o tendință de creștere de la 48,6‰ până la 51,1‰.

În scopul prevenirii maladiilor oculare sunt necesare următoarele măsuri de profilaxie:

- asigurarea medico-sanitară a elevilor;
- stabilirea optimă a regimului zilei, cu organizarea corectă a procesului instructiv-educativ (respectarea duratei lecțiilor și a pauzelor între orele de studii; alternarea disciplinelor ușoare cu cele mai grele etc.), ținând cont de curba capacității de muncă pe parcursul zilei, săptămânii, anului de studii; respectarea orelor de luare a meselor, a odihnei, plimbărilor în aer liber, ocupațiilor sportive și educației fizice, respectarea igienei somnului etc.;
- efectuarea măsurilor de călire a organismului conform principiilor de bază: principiul succesivității, complexității, sistematic etc.;
- profilaxia maladiilor infecțioase și netransmisibile;
- respectarea regulilor și normelor igienice privind iluminatul natural și cel artificial, mobilierul, manualele și cărțile pentru copii și adolescenți;

- reglementarea timpului de vizionare a emisiunilor TV, de lucru/joc la calculator, al ocupațiilor extrașcolare etc.;

- determinarea anuală a acuității vizuale la elevi și, în cazul determinării miopiei, efectuarea măsurilor de corecție a văzului cu lentile (ochelari), limitarea eforturilor fizice sporite și a participărilor la competiții sportive, a lucrului ce necesită înclinarea capului și încordarea ochilor etc.

Fiecare elev trebuie să respecte reguli simple pentru a evita dereglările de văz:

- lumina să cadă pe suprafața de lucru din partea stângă și să fie o iluminare suficientă pentru citit, scris;

- cartea, caietul etc. să fie situate la distanța de 30-35 cm de la ochi;

- în timpul cititului, cartea va fi așezată pe un suport înclinat;

- este interzis cititul culcat pe spate sau pe abdomen;

- se vor face pauze în timpul cititului sau scrișului – la fiecare 30 min. de lucru de făcut pauze de odihnă pentru ochi;

- se va respecta distanța de la ochi până la ecranul calculatorului – nu mai mică de 0,5 m.

Aceste metode simple vor preveni sau vor stopa progresarea miopiei la elevi.

Pentru profilaxia surmenajului analizatorului vizual este necesar să se efectueze un complex de exerciții pentru ochi și pentru corp, ce ameliorează starea funcțională a sistemelor nervos, circulator și respirator, înlătură oboseala mușchilor zonei gâtului, trunchiului, a membrelor superioare și inferioare. Se recomandă de a alterna diferite complexe de exerciții.

O generație sănătoasă se poate dezvolta într-un mediu favorabil și într-o societate sănătoasă.

Bibliografie

1. Лавриненко В.В. *Гигиенические проблемы охраны здоровья детей и подростков*. Москва, 2007. <http://minzdrav.by/med/docs/journal>
2. Десятерик О.Н. *Современные проблемы организации режима для школьников*. В: Материалы XI вс. съезда гигиенистов и санитарных врачей. Москва, 2012, с. 230-232.
3. Майданик В.Г., Хайтович Н.В., Досенко В.Е. и др. *Особенности возрастной физиологии*. В: Педиатрия, 2007, № 86, с. 25-27.
4. Ласкова А.В., Донника М.М. *О влиянии продолжительности учебного времени и некоторых режимных моментов на умственную работоспособность и успеваемость учащихся*. În: Materialele Congresului V al igieniştilor, epidemiologilor și microbiologilor din RM, 2005, p.175-184.
5. Сетко А.Г., Тришина С.П. *Сравнительная характеристика алиментарного статуса школьников и гимназистов в условиях современного образовательного процесса*. В: Материалы XI вс. съезда

гигиенистов и санитарных врачей. Москва, 2012, с. 491-493.

6. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. *Здоровье подростков в формировании их гармоничного развития*. В: Гигиена и санитария, Издательство «Медицина», 2015, том 94, № 6, с. 58-62.
7. Кучма В.Р., Уланова С.А. *Школа как территориальный центр здоровьесбережения в условиях Крайнего севера*. В: Гигиена и санитария, Издательство «Медицина», 2015, том 94, № 7, с. 58-63.
8. Zhou R., Zhong W.F., Yang Y. et al. *Analysis of myopia prevalence and influencing factors among primary school students in the urban area of Lanzhou*. In: International eye Science, 2014, № 14(5), p. 903.
9. *Supravegherea de stat a sănătății publice în Republica Moldova*. Raport național, 2015. Chișinău, 2015, p. 38-42.
10. Клыгина И.А., Даниленко Г.М. *Школа как ядро системы формирования здорового образа жизни учащихся*. В: Материалы Вс. научно-практ. конф. с международным участием «Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и молодежи». Москва, 2007, с. 56-58.
11. Cranz G. *The Alexander technique in the world of design: posture and the common chair*. In: J. of Bodywork Movement Ther, 2008, nr. 4(2), p. 90-98.
12. Кучма К. *Как сохранить здоровье детей в процессе обучения*. Москва, 2007. <http://zdd.1september.ru/article.php>.

PROBLEMELE COLABORĂRII INTERSECTORIALE ÎN MANAGEMENTUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE

Victoria BUCOV¹, Valeriu PANTEA¹,
Constantin EȚCO², Ala OVERCENCO¹,

¹Centrul Național de Sănătate Publică,

²Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu

Summary

Problems of intersectorial collaboration in public health management

In the scientific literature are reflected conflicting views on the forms and methods of cooperation of different structures in order to ensure quality management of public health. All this require to perform a thorough analysis of different elements in monitoring public health, the parts involved in public health management, starting with the analysis of scientific literature. As sources of information on the issue researched served 153 publications and materials collected from Internet (Pub.Med., www.who.int), and the libraries of Medical University „N. Testemițanu” and NCPH. The literature data included the following: integration of different sectors of the health system and social security, ecology, agriculture, nutrition, animal health, globalization processes, forms of collaboration.

Keywords: public health, intersectorial cooperation

Резюме

Проблемы межведомственного сотрудничества в области общественного здоровья

В научной литературе отражены противоречивые взгляды на формы и методы сотрудничества различных структур в целях обеспечения качественного управления здравоохранением. Данное обстоятельство требует тщательного анализа различных элементов мониторинга здоровья населения, структур, участвующих в управлении здравоохранением, начиная с анализа специальной литературы. В качестве источников информации послужили 153 публикации, материалы, собранные из Интернета (Pub.Med., www.who.int) и библиотечных фондов Медицинского университета «Н. Тестемищану» и НЦОЗ. Были затронуты следующие направления: интеграция различных секторов системы здравоохранения и социального обеспечения, экология, сельское хозяйство, питание, здоровье животных, процессы глобализации, формы сотрудничества.

Ключевые слова: общественное здоровье, межведомственное сотрудничество

Introducere

Conform definiției OMS, sănătatea publică este „știința și arta prevenirii bolilor, prelungirii vieții și promovării sănătății prin eforturile organizate ale societății”, având ca obiect de studiu starea de sănătate a populației, corelată cu factorii care o influențează. În acest context, trebuie de luat în considerare minim patru factori majori, și anume: sănătatea umană, sănătatea animală, starea mediului ambiant și nutriția, inclusiv produsele agricole. Este evident că caracteristica integrală a acestor factori este posibilă numai în baza colaborărilor multidisciplinare, cu implicarea specialiștilor din diferite sectoare ale societății.

Ratingurile de sănătate publică pot fi utilizate de către diferite entități pentru diferite scopuri, de exemplu, pentru a ridica gradul de conștientizare, motivare și dezvoltare a mijloacelor de îmbunătățire a stării de sănătate, totodată, de a contribui la crearea unei responsabilități pentru sănătatea publică și cooperarea multisectorială. De asemenea, acestea pot servi drept bază pentru elaborarea diferitor politici [1]. În aceasta colaborare permanent apar aspecte noi. De exemplu, pe măsură ce populația de pe tot glob se confruntă cu creșterea obezității, a diabetului și a altor boli legate de stilul de viață, profesioniștii din domeniul sănătății colaborează cu urbaniiștii, pentru a influența designul orașelor și a întări stilul sănătos de viață. Aceasta include înființarea și funcționarea unei colaborări inovatoare, interdisciplinare, ce reunește planificarea și sănătatea urbană [2].

Trebuie de luat în seamă și procesele intensive de globalizare în toate domeniile vieții contempora-

ne. Colaborarea internațională în sectorul sănătății publice este importantă pentru diferite domenii, inclusiv maladiile transmisibile, realizarea programelor de vaccinare, cercetările științifice [3-5]. În literatura științifică sunt reflectate păreri contradictorii privind formele și modalitățile de conlucrare a diferitor structuri în scopul de a asigura managementul calitativ al sănătății publice [6]. Toate acestea impun realizarea unei analize minuțioase a diferitor elemente ale monitoringului sănătății publice, a părților componente care participă în managementul sănătății, începând cu analiza literaturii de specialitate.

Материале și metode

Drept surse de informație privind problema cercetată au servit 153 de publicații și materiale colectate din Internet (Pub.Med., www.who.int) și din fondurile bibliotecilor USMF N. Testeмищану și CNSP.

Rezultate și discuții

Există diferite organizații implicate în domeniul sănătății publice. Acestea sunt organizații nu numai din sectorul sanitar, ci și din alte sectoare ale societății. Una dintre principalele provocări este de a aduce toate aceste organizații din diferite sectoare împreună într-o supraveghere comună a sănătății publice. În literatura privind problemele de sănătate publică, precum și în literatura de specialitate cu privire la serviciile de asistență socială, în general, se pare că există o confuzie conceptuală legată de problemele de integrare interorganizațională. Se atestă definiții diferite și uneori contradictorii ale conceptelor, cum ar fi *coordonare*, *cooperare* și *colaborare* [7].

Este de menționat faptul că în domeniul interorganizațional al sănătății publice există o diferențiere funcțională a rolurilor și a sarcinilor în legătură cu prevenirea bolilor, promovarea sănătății, tratamentul medical, reabilitarea etc. Există de asemenea o diferențiere structurală a organizațiilor care se ocupă cu sănătatea publică. Acestea sunt instituții din sectorul sănătății, dar și din alte sectoare guvernamentale, cum ar fi educația, servicii sociale, protecția mediului, servicii de ocupare a forței de muncă etc. Totodată, există organizații de voluntari și companii private implicate în domeniul sănătății publice. Toate aceste entități au diferite structuri formale și diferite culturi organizaționale, ceea ce uneori complică realizarea activităților intersectoriale comune [8].

Trebuie de luat în considerare că integrarea intersectorială a diferitelor sectoare ale societății este unul dintre cei mai eficienți factori ce contribuie la realizarea declarației “Sănătate pentru toți”. Totodată,

punctele slabe includ lipsa de planificare și executare în sectoarele legate de managementul deșeurilor, aprovizionarea cu apă și canalizare, utilizarea serviciilor de sănătate, pesticidele și sănătatea umană, agricultura și nutriție, poluarea aerului. Integrarea intersectorială ar trebui să fie inițiată de la nivel central și pus în aplicare la toate nivelurile structurale [9].

Integrarea diferitelor sectoare ale sistemului de sănătate și de asistență socială

Sănătatea publică este un sector social multidisciplinar, activitatea eficientă a căreia necesită integrarea mai multor organizații, în primul rând a celor care se ocupă direct de sănătatea populației. Totodată, în prezent opiniile privind această integrare sunt diferite. De exemplu, în SUA s-au constatat viziuni diferite ale specialiștilor în domeniu de la nivelele local și național [10].

Una dintre formele de colaborare a diferitor structuri de sănătate combină servicii medicale și comportamentale de sănătate în sistemul de medicină primară, demonstrând eficiența acestei integrări [11].

În SUA a fost realizat un studiu pentru o mai bună înțelegere a parteneriatului în sănătatea publică. A fost stabilit nivelul redus de implicare a diferitor organizații în discuții și luare a deciziilor, precum și în realizarea activităților respective. Acest studiu a analizat relația dintre percepțiile membrilor de parteneriat, și anume: cât de bine conducătorii și managerii au facilitat implicarea în procesul de integrare și satisfacția de rol și influența pe care o au în cadrul parteneriatului. Datele să refereau la organizarea activităților comune în prevenirea cancerului de col uterin și sân. Rezultatele au indicat că nicio structură luată separat nu este în stare să realizeze programe complexe și deci este necesară integrarea diferitor structuri în cadrul sistemului de sănătate [12].

Lucrătorii de laborator trebuie să consolideze colaborarea cu industria și cu experții în medicina bazată pe dovezi, cu organismele de reglementare și cu factorii de decizie politică pentru decizii mai bune cu privire la utilizarea testelor medicale noi și celor existente [13]. Este importantă colaborarea medicilor cu farmaciștii. [2].

Diferite structuri de asistență socială au devenit tot mai specializate și aceste servicii sunt furnizate de către un număr tot mai mare de organizații; nu numai de agențiile guvernamentale, ci și de organizațiile neguvernamentale, grupuri comunitare și întreprinderi, inclusiv din sectorul privat. Această diferențiere impune necesitatea de integrare a serviciilor de asistență socială, inclusiv cu asistența medicală. În

ultimii 25 de ani, au existat inițiative de integrare a serviciilor în multe diferite domenii ale asistenței sociale, de exemplu, în reabilitarea profesională, îngrijirea persoanelor în vârstă, îngrijirea psihiatrică, precum și în alte forme de îngrijire comunitară, care au nevoie de un sprijin puternic în management, cu scopul de a supraviețui.

Există o serie de probleme legate de integrarea în sănătatea publică a serviciilor de asistență socială, de exemplu, dublarea funcțiilor, lacune de activitate, neconcordanța sau discontinuitatea în prestarea serviciilor [14].

Ecologie

Un domeniu separat și important pentru colaborare în sectorul de sănătate publică este ecologia. În scopul optimizării acțiunii preventive, este necesar nu numai de aplicat rezultatele studiilor privind ecologia și de realizat un schimb de experiență cu specialiștii (de exemplu, în cadrul proiectelor europene), ci de asemenea de efectuat o mai bună integrare a activităților experților, comunității locale și administrației regionale.

Ecologia umană necesită o bază științifică pentru prevenirea mai eficientă a contaminării aerului, apei și a produselor alimentare, precum și a altor factori de mediu care fac parte din factorii de risc comuni pentru sănătatea umană. Este necesară cooperarea interdisciplinară a specialiștilor din domeniul științelor naturale, tehnologice, socioeconomice și de altă natură. Sunt necesare studii complexe, pentru o mai bună estimare a factorilor de risc la nivel de individ. Acest risc este legat de expunerea oamenilor la poluanți la locurile de muncă, în mediul de trai, zonele de recreere și de alimentare (inclusiv efecte sinergice). UE consideră studiile în ecologia umană drept bază pentru o dezvoltare durabilă [15-17].

Agricultura și nutriția

Este un fapt cert că există o necesitate permanentă de a îmbunătăți securitatea alimentară și nutriția, mai cu seamă în țările în curs de dezvoltare, această problemă rămânând printre cele mai dificile provocări ale comunității globale și care necesită o mare varietate de investiții și activități. Eforturile de a iniția o colaborare au avut un succes modest, în parte din cauza că sectorul privat și cel de dezvoltare preferă să-și mențină independența. Este necesar de elaborat un șir de strategii de colaborare, bazate pe interdependență, prin care se poate de obținut rezultate mai durabile și scalabile [18].

În Suedia există o abordare comună privind prevenirea prejudiciului în agricultură și acest lucru este coordonat prin intermediul unui Comitet

național (LAMK), care este o rețea de lucrători din diferite domenii [19].

Interesul global în politica alimentară se află permanent în dezvoltare, în paralel cu provocările privind aprovizionarea cu alimente și prevalența în creștere a maladiilor cronice legate de alimentație. Unele dintre elementele fundamentale ale politicilor în alimentație sunt: practicile agricole, resursele finite, poverile economice, asociate cu o populație în creștere și în curs de îmbătrânire. La intersecția mai multor interese legate de alimentație este nevoie de o sincronizare a politicilor și o mai bună înțelegere a dinamicii la nivel de administrație locală, regională și națională, luarea comună a deciziilor, care influențează în cele din urmă bunăstarea populației și siguranța, calitatea, accesibilitatea și cantitatea de aprovizionare cu alimente. Politicile, sincronizate sau nu, trebuie să fie puse în aplicare și pentru industria alimentară [20].

Malnutriția și boala sunt provocările globale răspândite și persistente. Agricultură este esențială pentru ambele, dar numai creșterea produselor agricole este insuficientă pentru a atinge obiectivele de reducere a malnutriției și de îmbunătățire a sănătății, cum ar fi Obiectivele de Dezvoltare al Mileniului (Organizația Națiunilor Unite) nr. 1 privind copiii subponderali și nr. 4 privind mortalitatea infantilă. Pentru a spori contribuția agriculturii, Grupul consultativ internațional pentru cercetări în agricultură (CGIAR) a elaborat un program de cercetare, pentru a îmbunătăți nutriția și sănătatea umană. Pentru o viziune mai integratoare, sunt realizate activități comune ale specialiștilor din agricultură, sănătate umană și animală, precum și din sectoarele de dezvoltare socială, prin utilizarea noilor abordări și instrumente de planificare și evaluare comună [21, 22].

La începutul anului 2011, aproximativ 1.000 de lideri și practicieni din sectoarele legate de agricultură, nutriție, sănătate s-au reunit la o conferință internațională *Leveraging Agriculture for Improving Nutrition and Health (Utilizarea agriculturii pentru îmbunătățirea nutriției și sănătății)* la New Delhi, India (10-12 februarie, 2011), organizată de IFPRI și Inițiativa *Viziunea 2020* din New Delhi (<http://2020conference.ifpri.info/>). La această conferință, participanții au discutat chestiunile privind interacțiunea dintre agricultură, nutriție și sănătate; oportunitățile explorate pentru îmbunătățirea nutriției și reducerea riscurilor de sănătate; identificarea pârghiilor-cheie și stimulentele pentru valorificarea agricolă; au fost evaluate lacunele de cercetare și de acțiune. În consecință, s-a inițiat un proces de revedere a modului de a face aceste legături să funcționeze mai bine, pentru a realiza o colaborare intersectorială mai eficace [21].

Această conferință din New Delhi a inspirat și a sprijinit o serie de inițiative importante, inclusiv întâlniri și consultări; contactarea factorilor de decizie guvernamentali privind agricultura, nutriția, precum și problemele de sănătate; noi inițiative de donatori și chiar unele schimbări programatice și instituționale.

Agricultura poate aduce contribuții directe pentru sănătate, prin intermediul produselor agricole îmbunătățite și indirect, de exemplu, prin creșterea veniturilor din mediul rural. În general, îmbunătățirea calității produselor agricole reduce povara bolilor cronice. Integrarea structurilor din domeniile agriculturii și sănătății sporește siguranța produselor alimentare prin crearea sistemelor de supraveghere.

Colaborările dintre sectoarele agricole și cele de sănătate pot duce la îmbunătățirea substanțială a calității nutriției, dar cu condiția că anumite provocări umane și instituționale vor fi depășite. Reprezentanții din ambele sectoare trebuie să:

- ia măsuri intersectoriale la nivel de comunitate;
- majoreze finanțarea în unitățile din sectorul sanitar care colaborează cu sectorul agricol;
- creeze aranjamente formale, atribuind responsabilități și dezvoltând abilități de negocieri intersectoriale și de luare a deciziilor;
- stabilească comunicări și legături între cercetători, politicieni și practicieni din ambele sectoare;
- asigure consultarea reciprocă în stabilirea priorităților și a activităților, cum ar fi, de exemplu, colectarea de date;
- consolideze capitalul uman în ambele sectoare, prin revizuirea curriculumului sau prin schimbul de personal și schimbul de experiență [6].

Sănătatea animală

La nivel național, colaborarea dintre instituțiile de sănătate animală, sănătate publică și a mediului și alte autorități este crucială pentru realizarea măsurilor preventive, cercetarea și stabilirea priorităților, aplicarea măsurilor comune în focarele de maladii infecțioase. În literatura de specialitate sunt discutate abordări comune sub sloganul *Sănătate unică (One Health)* pentru controlul maladiilor, inclusiv a celor reemergente.

Colaborarea serviciului veterinar cu managerii de sănătate publică, sectorul social, departamentul de ecologie și multe alte părți interesate este importantă pentru reducerea riscurilor de răspândire a maladiilor comune pentru om și animale [23]. Două studii speciale au fost realizate pentru a ilustra acest lucru – analiza cazurilor de boală Hendra

în Australia și de rabie pe continentul african. Plus la aceasta, autorii discută schimbările de mediu sub influența factorilor antropogeni, în funcție de creșterea populației mondiale, ceea ce subliniază necesitatea eforturilor comune [24].

Procesele de globalizare

Creșterea fluxurilor transfrontaliere stimulează dezvoltarea unor reguli și formarea unor instituții globale, care promovează relații economice, cresc amploarea și sfera de aplicare a relațiilor dintre diferite țări. Globalizarea este o provocare majoră pentru sănătatea publică, în special în țările în curs de dezvoltare, iar legăturile dintre globalizare și sănătate sunt complexe. Apare un număr tot mai mare de publicații pe această temă, în care sunt evaluate efectele directe și indirecte ale diferitelor aspecte ale globalizării asupra sănătății. Aceste informații pot servi drept bază pentru identificarea lacunelor în cunoașterea problemei și pentru dezvoltarea politicilor naționale și internaționale mai favorabile pentru sănătate [25].

Globalizarea are efecte indirecte asupra sănătății prin modificările economiei naționale, economiei gospodăriilor, sectoarelor legate de sănătate, cum ar fi apa, salubritatea și educația, precum și multe efecte directe asupra numărului populației și a factorilor de risc individual, factorilor de sănătate și sistemului de sănătate. Este necesară elaborarea unui program de acțiuni pentru a reduce efectele negative ale globalizării asupra sănătății, cu respectarea principiilor de abordare *Sănătate unică (One Health)*, care include mai multe mesaje-cheie, vitale pentru buna guvernare la nivel național și la nivel mondial:

- integrare intersectorială;
- implicarea conducerii de cel mai înalt nivel;
- angajament pe termen lung;
- demonstrarea succesului în utilizarea banilor publici;
- responsabilitate (la nivel de individ, comunitate, țară).

La nivel internațional, există o necesitate pentru o mai bună guvernare globală, iar colaborarea OIE–FAO–OMS este un pas important în această direcție. Amenințarea din partea fluxului transfrontalier de animale și zoonozelor, a altor maladii infecțioase, agravate de factori precum globalizarea și modificările de mediu, creșterea exigențelor sociale pentru disponibilitatea și securitatea alimentară, sănătatea publică și bunăstarea animalelor subliniază importanța crucială a colaborării dintre organizațiile internaționale. Buna guvernare la nivelele național și internațional, pentru a preveni apariția și răspân-

direa bolilor infecțioase, este stringentă în condițiile actuale [24].

Un exemplu de cooperare globală este AGRICOH – un consorțiu format recent de studii de cohortă în agricultură, care implică 22 de unități din nouă țări de pe cinci continente: Africa de Sud (1), Canada (3), Costa Rica (2), Statele Unite ale Americii (6), Republica Coreea (1), Noua Zeelandă (2), Danemarca (1), Franța (3) și Norvegia (3). Scopul AGRICOH, inițiat de Institutul Național de Cancer din SUA (NCI) și coordonat de Agenția Internațională pentru Cercetarea Cancerului (IARC), este de a promova și a susține colaborarea și coordonarea datelor, pentru a investiga asocierea dintre o gamă largă de produse agricole și o gamă largă de rezultate în domeniul sănătății, cu un accent special pe asociațiile care nu pot fi ușor abordate în studii particulare, din cauza expunerilor rare. Așadar, AGRICOH oferă oportunități excelente pentru a studia cancerul, maladiile respiratorii, neurologice, autoimune, dereglările de reproducere și alergice, morbiditatea și mortalitatea generale în asociere cu o gamă largă de expuneri [26, 27].

În 1985, Fundația *Rockefeller* a inițiat programul *Sănătate bună cu resurse reduse* în Bangladesh, Etiopia, Kirgîzstan, Thailanda și alte țări. Experiența de 25 de ani a arătat că atributele de succes au inclus o bună guvernare și angajament politic, o administrare eficientă, bazată pe experiența dobândită, și o capacitate de a inova și de a se adapta la resursele limitate. Infrastructura de transport, emanciparea femeii, precum și educația, au jucat un rol important. Sistemele de sănătate sunt complexe și nu există o rețetă simplă pentru succes [28].

Un domeniu special este biosecuritatea și securitatea cibernetică. Tendințele actuale în acest domeniu includ: (1) disponibilitatea largă de tehnologii și cunoștințe de specialitate, care anterior au fost disponibile doar pentru guverne; (2) recesiunea economică globală, care poate crește numărul actorilor nestatali; (3) recente rapoarte ale Comisiei SUA și UE, ce reflectă preocupările legate de actorii nestatali în amenințările asimetrice.

Natura intersectorială și internațională a bioterorismului și agroterorismului necesită o colaborare în mai multe sectoare, inclusiv informații, poliție, criminalistică, vamă, precum și alte organizații de aplicare a legii, care trebuie să lucreze împreună cu organizațiile de sănătate publică și animală, precum și cu cele științifice, sociale și de mediu. Acest lucru necesită luarea unor decizii coordonate între aceste organizații, pe baza cunoștințelor și schimbului de informații. În proiectul UE AniBioThreat, avertizarea timpurie este subiectul principal în Pachetul de lucru 3 (WP 3). O strategie unică a fost generată pe baza abordării interactive, pentru a aduce împreună

agențiile de aplicare a legii și cele civile, instituțiile de sănătate publică și animală [29].

Forme de colaborare

Odată cu diferențierea tot mai mare a organizațiilor implicate în supravegherea sănătății publice, apare necesitatea stringentă de integrare interorganizațională. Diferite forme de integrare sunt definite și legate între ele într-un cadru conceptual, care este nu altceva decât o integrare a diverselor perspective teoretice. Conform acestui cadru, integrarea în domeniul sănătății publice impune colaborare interorganizațională a diferitelor sectoare ale societății. O astfel de colaborare intersectorială poate fi realizată în principal sub formă de echipe multidisciplinare peste limitele diferitor organizații și sectoare.

Integrarea interorganizațională poate lua forme variate și poate fi realizată fie prin "mâna vizibilă" a unei ierarhii de conducere, fie prin "mâna invizibilă" a pieței de concurență. Ierarhia de management înseamnă o coordonare de sus în jos a organizațiilor implicate, pe când regulile pieței duc la relații contractuale între organizații. Există de asemenea a treia opțiune, care a fost explorată în literatura de specialitate privind organizarea și managementul, și anume *rețeaua* [30, 31].

Coordonarea, cooperarea și colaborarea ca forme de relații ale diferitor organizații în managementul sănătății publice sunt, de obicei, plasate undeva la mijlocul acestui continuum, între consultare și consolidare, deși există multe diferite și uneori chiar contradictorii definiții ale acestor forme de integrare. Pentru a sorta diferite forme de integrare, se poate face o distincție între două dimensiuni principale – integrarea pe verticală și cea pe orizontală, unde diferite forme de integrare au accent diferit.

Cooperarea poate fi definită ca o formă de integrare cu un grad ridicat al ambelor interacțiuni – pe verticală și pe orizontală. Această formă de integrare este, de obicei, bazată pe un management ierarhic, dar este și combinată cu acorduri voluntare și "ajustări reciproce" între organizațiile implicate.

Colaborarea poate fi definită ca o formă de integrare cu un grad ridicat de integrare pe orizontală și un grad scăzut de integrare pe verticală. Aceasta înseamnă că majoritatea activităților sunt realizate prin acorduri voluntare și "ajustări reciproce" între organizațiile implicate.

Coordonarea poate fi o formă eficientă de integrare atunci când există un grad scăzut de diferențiere, iar cooperarea și colaborarea pot fi mai eficiente atunci când există un grad înalt de diferențiere. După cum am menționat mai sus, integrarea interorganizațională în domeniul sănătății

publice este, în primul rând, o chestiune de cooperare și colaborare. Acest lucru poate fi explicat prin gradul înalt de diferențiere în domeniul sănătății publice [6].

Una dintre formele de colaborare este rețeaua, ceea ce înseamnă o cooperare mai mult sau mai puțin voluntară, colaborare între organizații care nu fac parte dintr-o ierarhie sau o piață comună. În rețea există totuși elemente de coordonare, deoarece unele dintre organizații pot aparține aceleiași ierarhii guvernamentale.

Autori din Canada subliniază că, pentru rețele, componente-cheie ale succesului sunt permanenta mobilizare a multiplelor conexiuni și pregătirea profesională a participanților [32].

Prin combinarea acestor forme este posibil de construit un sistem conceptual simplu al principalelor forme de integrare [33].

Formele cele mai de succes în colaborarea interorganizațională în sănătatea publică par a fi echipele multidisciplinare stabile, menținute pe o perioadă lungă de timp.

Informațiile privind tendințele de sănătate pot fi obținute din diferite surse și este important de creat un sistem integral pentru analiza diferitor modele de date disparate. Înțelegerea tendințelor de sănătate la nivel de populație este esențială pentru a monitoriza eficient și de a îmbunătăți sănătatea publică [34].

În SUA, Canada și Anglia au fost evaluate sistemele informaționale legate de sănătate. S-a constatat că, în toate cele trei țări, problema erorilor sistemului a fost recunoscută ca fiind de importanță critică. S-a ajuns la concluzia că abordările îmbunătățite de proiectare a sistemului, de testare, reglare, de raportare a erorilor, educația în domeniul siguranței și colaborarea între țări vor fi necesare pentru a promova în continuare tehnologia informațională mai sigure [35].

Concluzie

Așadar, există o multitudine de diferite organizații implicate în monitorizarea sănătății publice, ceea ce impune organizarea activității respective în comun, adică sănătatea publică este un domeniu interorganizațional, cu un grad ridicat de diferențiere.

Bibliografie

1. Oliver T.R. *Population health rankings as policy indicators and performance measures*. In: Prev. Chronic Dis., 2010, Sep; nr. 7(5), p. A101.
2. Thompson S., Kent J., Lyons C. *Building partnerships for healthy environments: research, leadership and education*. In: Health Promot. J. Austr., 2014, nr. 25(3), p. 202-208.
3. Le Q.T., Zhang Q., Cao H. et al. *An international collaboration to harmonize the quantitative plasma Epstein-*

- Barr virus DNA assay for future biomarker-guided trials in nasopharyngeal carcinoma.* In: Clin. Cancer Res., 2013, nr. 19(8), p. 2208-2215.
4. Priebe S., Matanov A., Schor R. et al. *Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries.* In: BMC Public Health, 2012, Mar 28; nr. 12, p. 248.
 5. Monday B., Gitta S.N., Wasswa P. et al. *Paradigm shift: contribution of field epidemiology training in advancing the "One Health" approach to strengthen disease surveillance and outbreak investigations in Africa.* In: Pan Afr. Med. J., 2011; nr. 10, Suppl 1, p. 13.
 6. Axelsson R., Axelsson S.B. *Integration and collaboration in public health – a conceptual framework.* In: Int. J. Health Plann. Mgmt., 2006; nr. 21, p. 75-88.
 7. Grone O., Garcia-Barbero M. *Trends in Integrated Care – Reflections on Conceptual Issues.* Barcelona: European Office for Integrated Health Services; 2002.
 8. Bate P. *Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community.* In: Pub. Adm. Rev., 2000, nr. 78, p. 485-512.
 9. Bhusal C.L., Singh S.P., Aryal K.K.J. et al. *Assessment of district health system within inter-sectoral context in Nepal.* In: Nepal Health Res. Council., 2013 May; nr. 11(24), p. 163-176.
 10. Weinberg D.B., Cooney-Miner D., Perloff J.N. et al. *Building collaborative capacity: promoting interdisciplinary teamwork in the absence of formal teams.* In: Med. Care, 2011, Aug; nr. 49(8), p. 716-723.
 11. Forsman A., Hrelja R., Henriksson P., Wiklund M. *Cooperation between police and social treatment services offering treatment to drink and drug drivers – experience in Sweden.* In: Traffic Inj. Prev., 2011, Feb; nr. 12(1), p. 9-17.
 12. Brown M.J., Ammon M., Grevatt P. *Federal agency support for healthy homes.* In: J. Public Health Manag. Pract., 2010, Sep-Oct; nr. 16(5 Suppl), p. S90-93.
 13. Hvath A.R., Lord S.J., StJohn A. et al. *From biomarkers to medical tests: the changing landscape of test evaluation.* In: Clin. Chim. Acta, 2014, Jan 1; nr. 427, p. 49-57.
 14. Glendinning C. *Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England.* In: Health Policy, 2003, nr. 65, p. 139-151.
 15. Dobrowolski J.W. *Human ecology and interdisciplinary cooperation for primary prevention of environmental risk factors for public health.* In: Przegl. Lek., 2007; nr. 64, Suppl 4, p. 35-41.
 16. Rodriguez-Manzano J., Alonso J.L. et al. *Standard and new faecal indicators and pathogens in sewage treatment plants, microbiological parameters for improving the control of reclaimed water.* In: Ferrús M.A. Water Sci. Technol., 2012; nr. 66(12), p. 2517-2523.
 17. Van Olphen J., Ottoson J., Green L. et al. *Evaluation of a partnership approach to translating research on breast cancer and the environment.* In: Prog. Community Health Partnersh., 2009, Fall; nr. 3(3), p. 213-226.
 18. London T., Anupindi R. *Using the base-of-the-pyramid perspective to catalyze interdependence-based collaborations.* In: Proc. Natl. Acad. Sci USA, 2012, Joul. 31; nr. 109(31), p. 12338-12343.
 19. Lundqvist P., Svennefelt C.A. *Health and safety strategy in Swedish agriculture.* In: Work, 2012; nr. 41(Suppl 1), p. 5304-5307.
 20. Stewart D., Kennedy A., Pavel A. *Beyond nutrition and agriculture policy: collaborating for a food policy.* In: Br. J. Nutr., 2014, Oct; nr. 112(Suppl 2), p. S65-74.
 21. *2011 Global Food Policy Report.* International Food Policy Research Institute, Washington, 2012, 126 p.
 22. *2013 Global Food Policy Report.* International Food Policy Research Institute, 154 p.
 23. Chen J.H., Wang H., Chen J.X. et al. *Frontiers of parasitology research in the People's Republic of China: infection, diagnosis, protection and surveillance.* In: Parasit Vectors, 2012, Oct. 4; nr. 5, p. 221.
 24. Landford J., Nunn M. *Good governance in 'One Health' approaches.* In: Rev. Sci. Tech. Off. Int. Epiz., 2012, nr. 31(2), p. 561-575.
 25. Woodward D., Drager N., Beaglehole R., Lipson D. *Globalization and health: a framework for analysis and action V.* In: Bulletin of the World Health Organization, 2001, nr. 79, p. 875-881.
 26. Leon M.E., Beane Freeman L.E., Douwes J. et al. *AGRI-COH: a consortium of agricultural cohorts.* In: Int. J. Environ. Res. Public Health, 2011, May, nr. 8(5), p. 1341-1357.
 27. Balabanova D., Mills A., Conteh L. et al. *Good Health at Low Cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening.* In: Lancet, 2013, Jun. 15; nr. 381(9883), p. 2118-2133.
 28. Ducrot C., Bed'hom B., Béringue V. et al. *Issues and special features of animal health research.* In: Vet. Res., 2011, Aug. 24; nr. 42, p. 96.
 29. Martensson P.A., Hedström L., Sundelius B. et al. *Actionable knowledge and strategic decision making for bio- and agroterrorism threats: building a collaborative early warning culture.* In: Biosecur. Bioterror., 2013, Sep., nr. 11(Suppl 1), p. S46-54.
 30. Harris J.K., Provan K.G., Johnson K.J., Leischow S.J. *Drawbacks and benefits associated with inter-organizational collaboration along the discovery-development-delivery continuum: a cancer research network case study.* In: Implement. Sci., 2012, Joul. 25; nr. 7, p. 69.
 31. Cusack T., O'Donoghue G. *The introduction of an inter-professional education module: students' perceptions.* In: Qual. Prim. Care, 2012; nr. 20(3), p. 231-238.
 32. Casebeer A., Popp J., Scott C. *Positively deviant networks: what are they and why do we need them?* In: J. Health Organ. Manag., 2009; nr. 23(6), p. 610-626.
 33. Klann J.G., Buck M.D., Brown J. et al. *Query Health: standards-based, cross-platform population health surveillance.* In: J. Am. Med. Inform. Assoc., 2014, Jul-Aug; nr. 21(4), p. 650-656.
 34. Axelsson R. *Institutional developments in the Russian system of social security: organizational and interorganizational aspects.* In: Soc. Policy Adm., 2002, nr. 36, p. 142-155.
 35. Kushniruk A.W., Bates D.W., Bainbridge M. et al. *National efforts to improve health information system safety in Canada, the United States of America and England.* In: Int. J. Med. Inform., 2013, May; nr. 82(5), p. e149-160.

PROBLEMELE IDENTIFICATE LA NIVELUL RELAȚIILOR SOCIALE ALE UNUI LOT DE ADOLESCENȚI DIN IAȘI

Adriana ALBU¹, Irina CRĂCANĂ²,

¹Departamentul Igienă-Sănătatea Mediului,

²Departamentul Gerontologie, Universitatea de
Medicină și Farmacie Grigore T. Popa, Iași, România

Summary

Problems related to social relationships detected on a group of teenagers in Iasi

Adolescence is the stage in which social relationships suffer major changes. This is the case of changing the relationships with family and group of friends. The study was done on a group of 237 teenagers from 3 high schools in Iasi. They were given a questionnaire with questions regarding the presence of group of friends and parents' interest in doing their homework and spending free time. It is noticed the presence of 4,64% teenagers who have no friends, according to class the calculated differences being statistically insignificant ($p > 0,05$, $G1=6$, $\chi^2=4,95$). Even if they have friends, 16,03% teenagers don't spend an evening out with them, the calculated differences being statistically significant for a $p < 0,01$ ($G1=8$, $\chi^2=25,79$). Only 16,45% parents are always concerned about the students' homework and 16,03% about how they spend their free time. On the study group there are problems related to their relationship with their group of friends and to the parents; concern about their scholar activity and spending their free time.

Keywords: teenagers, group of friends, family, scholar activity

Резюме

Проблемы, выявленные на уровне социальных отношений в группе подростков города Яссы

Период подросткового возраста является тем этапом развития, когда социальные взаимоотношения претерпевают важные изменения. Речь идёт об изменениях во взаимоотношениях со своей семьёй и со своими друзьями. Исследование было проведено в группе из 237 подростков, которые являлись лицеистами трёх лицеев города Яссы. Все они были опрошены по одной и той же анкете, которая включала вопросы, касающиеся круга своих друзей и участия родителей в решении школьных заданий, в организации и проведении мероприятий в свободное время. Было установлено, что у 4,64% подростков не было друзей, различие между классами будучи статистически незначительным ($p > 0,05$, $G1=6$, $\chi^2=4,95$). Несмотря на то, что у 16,03% и были друзья, эти подростки, однако, ни один вечер не проводят с ними, при этом статистическая разница была значительной – $p < 0,01$ ($G1=8$, $\chi^2=25,79$). Только 16,45% родителей постоянно занимаются темами их

детей и 16,03% – проблемами проведения свободного времени. В исследованной группе подростков были выявлены проблемы, связанные с взаимоотношением детей со своими друзьями, а также касающиеся вовлечения родителей в выполнении учебных заданий и в проведении досуга.

Ключевые слова: подростки, группа друзей, семья, учебная деятельность

Introducere

Modificările sociale care apar în perioada de adolescență se bazează pe structurarea unor relații noi cu familia și cu societatea. Părinții au de îndeplinit un rol protector față de adolescent, dar este unul diferit față de cel din copilărie. Adolescentul este încăpățânat, are o permanentă stare de opoziție, reacții ce indică refuzul de a fi pus în inferioritate [1]. Practic, tânărul este angajat într-o confruntare cu părinții, dar el nu dorește ruptura de aceștia, ci doar desprinderea de autoritatea lor și de autoritate în general [2].

Într-o anchetă realizată în Franța, 70,5% din tinerii cu vârste cuprinse între 11 și 19 ani au declarat că familia este pentru ei un cămin primitiv, caracterizat de dialog și comunicare, că viața de familie este agreabilă și de dorit [3, 4].

Adolescentul își iubește familia, iar părinții sunt interlocutorii preferați pentru a discuta despre problemele școlare și despre cele de sănătate, dar el nu este pregătit pentru a-și asuma toate răspunerile [6].

Adolescenților le place să fie între prieteni, să iasă în grup, să facă sport în echipă, să cânte într-o formație, să meargă la concerte cu prietenii, dar la fel de bine pot rămâne singuri pentru a privi emisiuni la televizor, a citi o carte, a se juca pe calculator [7].

Obiectivele studiului au fost cunoașterea relațiilor sociale existente la nivelul unui grup de adolescenți din orașul Iași; prezența grupului de prieteni și evaluarea timpului petrecut de tineri împreună cu aceștia; disponibilitatea părinților de a se ocupa de teme și de petrecerea timpului liber al adolescenților.

Material și metode

Studiul a fost realizat pe un lot de 237 de adolescenți din clasele a IX-a și a X-a de la 3 licee din orașul Iași: Liceul Teoretic G. Ibrăileanu (89 tineri), Liceul cu program sportiv (75 adolescenți) și cel de muzică (73 elevi). Tinerii au vârste cuprinse între 15 și 17 ani.

La acești tineri s-a aplicat un chestionar ce cuprinde întrebări legate de prezența prietenilor/grupului de prieteni (*nici unul/nici una; unul/una; doi; trei sau mai mulți*), timpul petrecut împreună cu aceștia (*0 seri; 1 seară; 2-3 seri; 4-5 seri; 6-7 seri*) și preocuparea părinților pentru rezolvarea temelor sau petrecerea timpului liber (*întotdeauna; deseori; rareori; niciodată*). Prelucrarea rezultatelor a fost făcută cu ajutorul testului Pearson (chi pătrat).

Rezultate obținute

Primul aspect care trebuie studiat este cel legat de prezența prietenilor. La vârsta de 15-16, ani grupul de prieteni are încă o importanță deosebită. Se remarcă prezența a 4,64% elevi care nu au nici un prieten. La polul opus se plasează 36,70% tineri care au 3 sau mai mulți prieteni (au un grup de prieteni) și alți 35,86% adolescenți care au 2 prieteni. Atrag atenția 22,78% tineri care au doar un singur prieten. Practic, în peste 25% din cazuri situația este dificilă, deoarece lipsește grupul de prieteni (figura 1)

Pe colectivități, diferențele calculate sunt nesemnificative statistic ($p > 0,05$, $G1=6$, $\chi^2=4,95$), ceea ce este surprinzător, mai ales pentru elevii de la liceul cu program sportiv. Sportul este considerat drept un element de socializare, concepție care nu este valabilă pentru o parte din elevii chestionați.

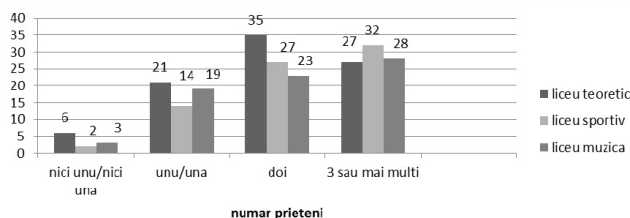


Figura 1. Numărul de prieteni recunoscut de elevii din lotul de studiu

Prezența prietenilor impune existența unor momente speciale petrecute împreună, și nu doar cele din timpul orelor de clasă. În acest context, întrebarea următoare legată de numărul de seri petrecute în oraș cu prietenii devine foarte importantă. Situația este destul de dificilă, deoarece 16,03% tineri nu petrec nici o seară în oraș, împreună cu prietenii (tabelul 1).

La polul opus se plasează 16,87% tineri care petrec în oraș cu prietenii câte 6-7 seri pe săptămână. Situația acestora trebuie studiată atent, deoarece ei aproape nu mai au timp de învățatură. Se remarcă 31,22% tineri care petrec în oraș cu prietenii 2-3 seri pe săptămână și alți 13,50% care marchează varianta 4-5 seri. Diferențele calculate semnificative statistic la un $p < 0,01$ ($G1=8$, $\chi^2=25,79$) atrag atenția asupra elevilor de la liceul teoretic. La liceul teoretic frecvența răspunsurilor negative este de 22,47%, scade la 10,66% la liceul sportiv și ajunge la 13,69% la cel de muzică.

Tabelul 1

Numărul de seri petrecute de elevi în oraș cu prietenii

Colectivitate	Zero seri	1 seară	2-3 seri	4-5 seri	6-7 seri
Liceu teoretic	20	25	32	7	5
Liceu sportiv	8	11	23	11	22
Liceu muzică	10	17	19	14	13
Total nr.	38	53	74	32	40
%	16,03	22,36	31,22	13,50	16,87

În cadrul aspectelor legate de relațiile sociale trebuie discutată și problematica legată de preocuparea părinților față de activitatea adolescentului (pregătirea temelor și petrecerea timpului liber).

Pregătirea temelor reprezintă o preocupare permanentă pentru 16,45% părinți. În majoritatea cazurilor, părinții se preocupă rar de rezolvarea temelor adolescenților (31,22%) sau nu se ocupă de aceste aspecte (22,36%). Practic, în peste 50% familii există o preocupare modestă sau absentă a părinților pentru activitatea școlară a tânărului (figura 2).

Diferențele calculate sunt semnificative statistic la un $p < 0,01$ ($G1=6$, $\chi^2=17,49$) și orientează către familiile elevilor de la liceul sportiv, unde părinții sunt frecvent preocupați de activitatea școlară a elevilor.

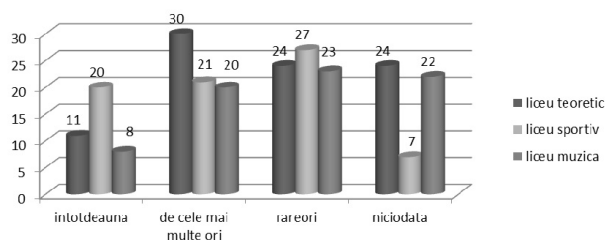


Figura 2. Preocuparea părinților față de activitatea școlară a adolescentului

Un alt aspect important al vieții adolescentului este modul de petrecere a timpului liber. Preocuparea permanentă pentru petrecerea timpului liber apare în 16,03% familii, la care se adaugă alte 28,69% familii care se ocupă frecvent de acest aspect. Atrag atenția 38,81% situații când această preocupare apare doar rareori și alte 16,45% cazuri când această preocupare lipsește. Chiar dacă sunt adolescenți, uneori este nevoie de îndrumare și supraveghere, deoarece există riscul aderării la grupuri de prieteni dubioase, unde tânărul învață să fumeze, să consume alcool sau să recurgă la diverse acte antisociale (să fure, să vagabondeze, să atace persoane necunoscute sau cunoscute) [5] (tabelul 2). Diferențele calculate sunt semnificative statistic la un $p < 0,05$ ($G1=6$, $\chi^2=14,99$), orientând către o preocupare mai mare a părinților de la liceul sportiv pentru programul zilnic al elevului.

Studiul trebuie să continue cu evaluarea domeniului de maxim interes al părinților referitor la activitatea adolescentului: pregătire școlară sau timp liber.

Pe tot lotul apar 22,36% părinți care nu se preocupă de pregătirea școlară a tinerilor și 16,45% părinți care nu se interesează de modul de organizare a timpului liber. Diferențele calculate sunt nesemnificative statistic ($p > 0,05$, $G1=3$, $\chi^2=4,15$) și demonstrează o lipsă de preocupare a unor părinți atât pentru activitatea școlară, cât și pentru organizarea timpului liber al tânărului.

Tabelul 2

Preocuparea părinților față de organizarea timpului liber al adolescenților

Colectivitate	Întotdeauna	Deseori	Rareori	Niciodată
Liceu teoretic	9	26	40	14
Liceu sportiv	21	21	25	8
Liceu muzică	8	21	27	17
Total nr.	38	68	92	39
%	16,03	28,69	38,81	16,45

Discuții

Primul aspect care trebuie studiat este cel legat de prezența grupului de prieteni. Remarcăm, în majoritatea cazurilor, prezența a 2, 3 sau mai mulți prieteni. Pe colectivități, diferențele nesemnificative statistic calculate orientează către o situație asemănătoare în ceea ce privește prezența unor tineri care nu au prieteni. Rezultatul este oarecum surprinzător pentru elevii de la liceul cu program sportiv, unde activitățile se desfășoară adesea în grup, ceea ce favorizează socializarea [8].

Prezența grupului de prieteni impune existența unui timp special petrecut de adolescent în compania acestora [9, 10]. Situația este surprinzătoare la liceul teoretic, unde apar 22,47% răspunsuri negative. Este vorba de adolescenți de la clasele de informatică, care petrec mult timp în fața calculatorului. Ei au prieteni cu care interacționează mai ales virtual, astfel că nu prea au timp să iasă în oraș. Jocurile la calculator au avantaje, dar și dezavantaje [11]. Printre avantaje amintim: dezvoltarea gândirii logice, perfecționarea modului de percepție a spațiului, îmbunătățirea capacității de concentrare a atenției, dezvoltarea spiritului combativ, încurajarea solidarității, a socializării și dezvoltarea încrederii în sine [12]. Totuși, timpul prea mare petrecut în fața ecranului calculatorului poate avea și efecte negative: tendința de izolare și de neglijare a altor activități, apariția unor probleme de sănătate și a dependenței de calculator [13]. Familia trebuie să găsească un echilibru între timpul acordat jocurilor la calculator și cel alocat sportului, rezolvării temelor pentru acasă.

Concluzii

Părinții trebuie să urmărească atent o serie de aspecte ale vieții tinerilor, chiar dacă aceștia își doresc independența [14]. Monitorizarea activității școlare și a modului de petrecere a timpului liber nu trebuie neglijate de părinți [15]. Atrag atenția familiile elevilor de la liceul cu program sportiv, care acordă o importanță mai mare activităților adolescenților. Este un rezultat așteptat, deoarece tinerii-sportivi au nevoie de un program foarte bine pus la punct pentru a putea obține performanță.

Bibliografie

1. Gavăț V., Albu A., Petrariu F.D. 2006. *Alimentația și mediul de viață în relație cu dezvoltarea copiilor și tinerilor*. Iași: Ed. "Gr. T. Popa".
2. Bistriceanu Pantelimon C. *Egalitatea de șanse și de structurarea familiei contemporane*. In: *Anthropological Researches and Studies*, 2014, nr. 4, p. 82-88.
3. Guilbert P., Gautier A. 2004. *Baromètre santé 2000*. Paris: Éditions Inpes.
4. Godeau E., Arnaud C., Navarro F. 2008. *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006*. Paris: Éditions Inpes.
5. Jayson D. *Să înțelegem comportamentul copiilor*. București: Ed. MINERVA, 2008.
6. Braconnier A. *Copilul tău de la 10 ani până la 25 ani*. București: Ed. Teora, 1999.
7. Cosmovici A., Iacob L. *Psihologie școlară*. Iași: Ed. Polirom, 2008.
8. Buzdugan T. *Avertismentele adolescenței*. București: Ed. Didactică și Pedagogică, 2009.
9. Buzdugan T. *Psihologia pe înțelesul tuturor*. București: Ed. Didactică și Pedagogică, 2006.
10. Enăchescu C. *Tratat de igienă mintală*. Iași: Ed. Polirom, 2004.
11. Alexander R. *Children, their world, their education*. London and New York: Ed. Routledge, 2010.
12. Buonomo I., Cipriani I., Piperno S., Sadi I. și Fiorilli C. *Internet and Socialization: how internet use influences online and offline relationships*. In: *Anthropological Researches and Studies*, 2015, nr. 5, p. 3-10.
13. Mailet J. *La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent expliquée aux parents*. Paris: Ed. Desclée de Brouwe, 1997.
14. Ciofu C. *Interacțiunea părinți-copii*. București: Ed. Medicală AMALTEA, 1998.
15. Papalia D., Olds S. *A child's world*. New York, Toronto: McGraw – Hill Publishing Company, 1990.

TRAUMATISMUL RUTIER LA COPII – PROBLEMĂ ACTUALĂ A SĂNĂTĂȚII PUBLICE

Angela CAZACU-STRATU,
Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

Road traffic injuries in children – actual problem of Public Health

The road traffic injuries in children are a significant burden of disease due to a considerable number of total disability-adjusted life years lost by premature death and, often, severe disabilities for survivors during their life. This article reveals the analysis of road traffic injuries in children from Chisinau and data presented by Traffic Police Department of the Republic of Moldova during the last 4 years were used. As a result of the analysis of data, months, days of the week and sectors of the city where more cases of injuries and death of children have been registered, were revealed. These measures of prevention of road traffic accidents involving children were proposed.

Keywords: road traffic injuries, children, road accidents, death

Резюме

Дорожно-транспортный травматизм у детей – актуальная проблема общественного здравоохранения

Дорожно-транспортный травматизм у детей составляет значительное бремя болезни из-за большого числа потерянных лет жизни, преждевременной смерти и, зачастую, серьезной инвалидности на всю оставшуюся жизнь. В данной статье представлен анализ дорожно-транспортного травматизма у детей в муниципии Кишинэу, в котором использованы данные Управления Дорожной Полиции Республики Молдова за последние 4 года. В результате анализа данных были выявлены месяцы, дни недели и микрорайоны города, в которых было зарегистрировано больше случаев с травмами и смертельными исходами у детей. В результате были предложены меры по предотвращению дорожно-транспортных происшествий с участием детей.

Ключевые слова: дорожно-транспортный травматизм, дети, дорожно-транспортное происшествие, смертность

Introducere

Traumatismul rutier este o problemă majoră a sănătății publice la nivel global. Problema traumatismului rutier la copii și profilaxia lui atrage atenția specialiștilor din diferite domenii, atât în Republica Moldova, cât și în întreaga lume.

Accidentele de trafic rutier la copii și tineri constituie o povară importantă din cauza numărului considerabil de ani de viață pierduți prin deces prematur și, de multe ori, prin handicapuri severe pe viață la cei ce au supraviețuit în rezultatul accidentelor.

Traumele determinate de accidentele rutiere au cauzat aproximativ 262 mii de decese printre copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 0 și 19 ani, ceea ce constituie 30% din totalul deceselor printre copii [2]. La fiecare caz de deces a unui copil ca rezultat al traumatismului rutier revin câteva sute de copii invalizi ca urmare a traumatismului rutier.

Distribuția deceselor din cauza accidentelor rutiere variază în funcție de vârstă și de modul de utilizare a traficului. Majoritatea deceselor care survin din cauza accidentelor rutiere la copiii de 0-14 ani în Regiunea Europeană sunt înregistrate în rândul pietonilor (48%), urmate de cele ale copiilor care sunt pasageri în mașini (32%), cicliști (9%) și motocicliști (6%). Copiii de 15-17 ani vor deceda cu o probabilitate mai mare în accidente de mașină sau motociclete decât fiind pietoni sau bicicliști [1, 4].

Organizația Mondială a Sănătății, analizând datele rapoartelor statistice oferite de polițiștii din 36 de țări, au determinat că la copiii sub 17 ani, în funcție de utilizarea traficului, 36% copii decedază ca pasageri în mașini, 35% – ca pietoni, 18% – conducători auto sau de motociclete, 4% – de biciclete și 7% – pasageri în alt tip de transport (camioane, transport public).

Letalitatea prin traumatism rutier este de 12 ori mai mare decât în cazul altor traume [1, 2, 3].

Materiale și metode

Au fost analizate datele privind traumatismul rutier în rândul copiilor din mun. Chișinău pe parcursul anilor 2011-2014. Datele au fost furnizate de Inspectoratul Național de Patrulare al IGP. Au fost analizate incidența, invaliditatea și mortalitatea prin traumatism rutier în mun. Chișinău. A fost cercetată răspândirea fenomenului în funcție de loc, timp și sezon.

Rezultate și discuții

Potrivit datelor furnizate de Inspectoratul Național de Patrulare al IGP, pe parcursul a patru ani, accidentele rutiere cu implicarea copiilor au o tendință de descreștere cu 80 cazuri din 2011 față de 2014, ceea ce constituie 53,9% (figura 1).

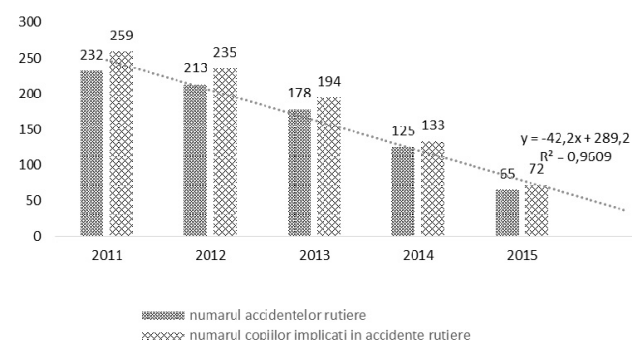


Figura 1. Dinamica accidentelor rutiere și a numărului de copii implicați în accidente rutiere, anii 2011-2015 (cifre absolute)

Numărul copiilor implicați în accidente rutiere prevalează față de numărul accidentelor rutiere pe parcursul a patru ani. Cel mai mare număr de copii implicați în asemenea accidente s-a înregistrat în anii 2011 și 2012, respectiv 259 copii și 235 copii. În următorii doi ani s-a înregistrat o descreștere bruscă a numărului copiilor implicați în accidentele rutiere. În 2014 au fost accidentați 133 de copii, adică cu 126 sau cu 51,3% copii mai puțin decât în 2011.

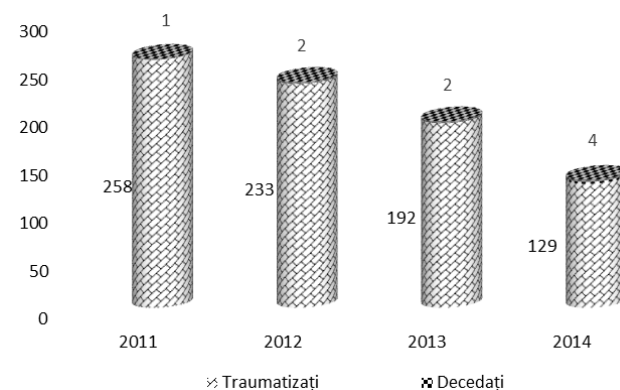


Figura 2. Dinamica traumatismelor rutiere și deceselor în rândul copiilor implicați în accidente rutiere, anii 2011-2014 (cifre absolute)

Gradul de gravitate a traumatismelor rutiere reprezintă raportul numărului de persoane traumatizate către numărul persoanelor decedate, iar el oscilează de la an la an și indică o valoare de 258 în anul 2011, ceea ce ar explica că, în rândul copiilor în mun. Chișinău, la un copil decedat i-au revenit 258 de copii traumatizați. În următorii doi ani, acest indice este de 116,5 în 2012 și 96,0 în 2013, ceea ce reprezintă o descreștere evidentă. În 2014, unui copil decedat i-au revenit 32,2 copii traumatizați fără deces. Pentru populația generală a mun. Chișinău, în 2014 acest indicator a fost de 23,5.

Pe parcursul anului 2014, cele mai multe accidente rutiere au fost înregistrate în lunile iulie (15,0%), septembrie și mai (11,3%) și noiembrie (10,5%). Lunile martie (2,3%), februarie (3,8%) și ianuarie (5,3%) au fost mai favorabile în acest sens.

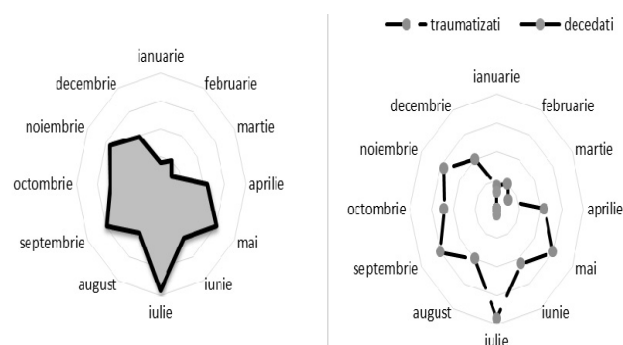


Figura 3. Repartizarea accidentelor, traumatismelor și deceselor în rândul copiilor în funcție de lunile anului, 2014 (cifre absolute)

În această perioadă, fiecare accident rutier este soldat cu cel puțin un caz de traumatism. În lunile februarie, martie, aprilie, mai, iunie, august, septembrie, octombrie, noiembrie și decembrie, la fiecare caz de accident s-a înregistrat câte un caz de traumatism rutier. În luna iulie au avut loc 1,1 cazuri de traumatism la fiecare caz de accident, iar luna ianuarie a fost cu cel mai mare indicator – 1,7 cazuri de traumatism la un accident rutier.

Analiza datelor privind accidentele rutiere pe parcursul a patru ani a demonstrat că cea mai mare parte de accidente a avut loc în zilele de marți (18,2%) și vineri (18,2%), urmate de zilele de luni (14,5%), joi (13,3%) și miercuri (13,1%). Zilele cu cele mai puține accidente din săptămână au fost sâmbăta și duminica (11,2%). În aceste două zile, s-au înregistrat în total 22,4% accidente, ceea ce este aproape egal cu accidentele care au loc într-o zi cu o frecvență maximă.

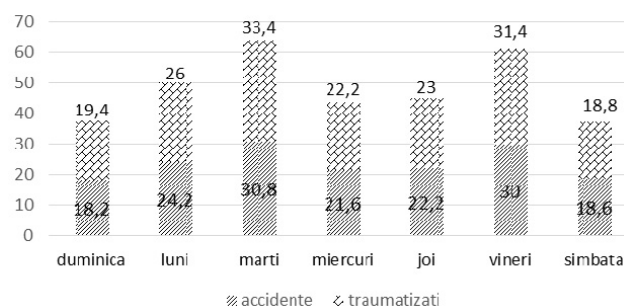


Figura 4. Repartizarea accidentelor rutiere și a traumatismelor pe parcursul săptămânii (media pe 2011-2014, cifre absolute)

Cel mai înalt nivel al indicatorului gravității traumatismelor pe parcursul săptămânii a fost înregistrat în zilele de luni, marți și duminică (1,1 cazuri). În celelalte zile ale săptămânii a fost înregistrat câte un caz de traumatism la o persoană, în fiecare accident rutier.

În ceea ce privește implicarea copiilor în accidentele rutiere după sex, cel mai frecvent sunt implicați băieții.

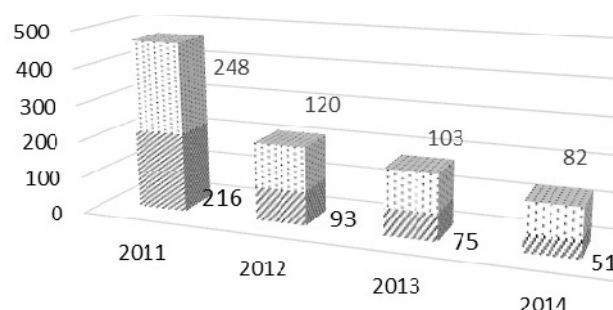


Figura 5. Dinamica accidentelor rutiere în funcție de sex pe parcursul anilor 2011-2014 (cifre absolute)

Băieții sunt de aproape 1,4 ori mai susceptibili de a fi implicați în accidente rutiere decât fetele. Aceasta se poate explica prin faptul că băieții petrec mai mult timp în aer liber neînsoțiți de adulți, iar atitudinile și practicile parentale legate de independența băieților pot acționa pentru a sancționa acest comportament. De asemenea, este posibil ca caracteristicile comportamentale ale băieților să îi facă mai susceptibili de a fi implicați în accident. Ei deseori sunt mai impulsivi, probabil aceasta îi face să fie mai puțin atenți în situații de trafic.

Este îmbucurător faptul că în ultimii 3 ani s-a înjumătățit numărul de copii implicați în accidente, atât a băieților, cât și a fetelor.

În toată lumea se determină traseele, sectoarele și localitățile cu numărul cel mai mare de accidente rutiere cu persoane decedate în aceste accidente. În mun. Chișinău sunt asemenea sectoare, în care se întâlnește fenomenul de concentrare a unui număr mai mare de accidente rutiere cu implicarea copiilor. Din datele prezentate de Inspectoratul Național de

Patrulare al mun. Chişinău pentru anul 2014, cel mai afectat sector este sec. Buiucani, unde s-au înregistrat 34 de accidente rutiere cu implicarea copiilor, în rezultatul cărora au fost traumatizați 31 de copii, iar 3 au decedat.

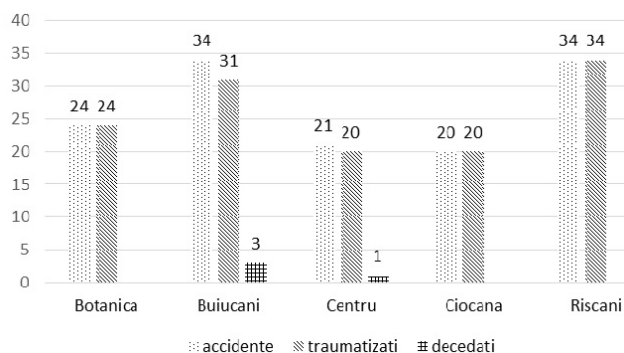


Figura 6. Repartizarea accidentelor rutiere și a numărului de copii traumatizați și decedați pe parcursul anului 2014 pe sectoarele mun. Chişinău (cifre absolute)

Pe locul doi se află sectorul Râşcani, cu 34 de accidente rutiere, urmat de sectorul Botanica, cu 24. Pe locul patru se situează sectorul Centru, cu 21 de accidente rutiere, în rezultatul cărora au fost traumatizați 20 de copii și unul a decedat. Ultimul loc îi revine sectorului Ciocana, cu 20 de accidente rutiere, în care au fost traumatizați 20 de copii.

Cel mai frecvent sunt implicați în accidente rutiere copiii cu vârsta de 10-14 ani (33,8%) și 0-6 ani (30,8%), după care urmează cei cu vârsta de 15-17 ani (18,8%) și 7-9 ani (16,6%) (figura 7).

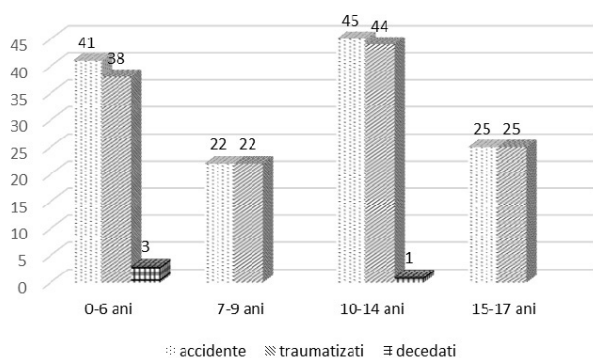


Figura 7. Repartizarea accidentelor rutiere în funcție de vârsta copiilor traumatizați și decedați pe parcursul anului 2014 (cifre absolute)

La copiii cu vârsta de 7-9 ani și 15-17 ani, fiecare caz de accident rutier a fost soldat cu un caz de traumatism. La cei de 0-6 ani, fiecare caz de accident a fost soldat de 0,9 cazuri de traumatisme, în schimb indicatorul de gravitate a traumatismului este de 12,7, ceea ce ar însemna că la o persoană decedată revin 12,6 persoane traumatizate. Acest indice este mai favorabil la copiii cu vârsta de 10-14 ani – la o persoană decedată revin 44 de traumatizați.

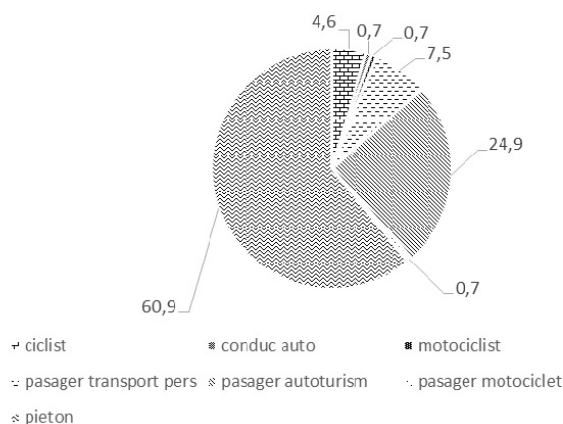


Figura 8. Repartizarea accidentelor rutiere în funcție de modul de utilizare a traficului rutier de copii pe parcursul anului 2014 (%)

Distribuția traumatismelor și deceselor cauzate de accidentele rutiere variază nu numai după vârsta copiilor implicați, ci și în funcție de modul de utilizare a traficului. Majoritatea accidentelor rutiere cu implicarea copiilor de 0-17 ani în mun. Chişinău, sunt înregistrate în rândul pietonilor (60,9%), urmate de copiii care sunt pasageri în autoturism (24,9%), pasageri în transportul personal (7,5%), cicliști (4,6%) și motocicliști, pasageri motociclete și conducători auto (0,7%) (figura 8).

Pentru a micșora numărul de accidente rutiere și a preveni traumatismul rutier în rândul copiilor, este necesar de a organiza campanii pentru educația rutieră, ce ar viza următoarele subiecte:

- să traverseze drumurile publice numai prin locurile unde sunt indicatoare sau marcaje pentru trecerea pietonilor;
- să nu se angajeze în traversarea străzii în fugă, prin fața sau prin spatele autovehiculelor staționate ori a mijloacelor de transport public în stații;
- să respecte culorile semaforului;
- să circule numai pe trotuare, iar în lipsa acestora, numai pe drumușoarele laterale ale drumului public;
- să circule numai pe partea stângă a drumurilor publice, dacă acestea nu au trotuare sau drumușoare;
- să coboare din mașină doar pe partea trotuarului;
- să nu stea pe bordurile trotuarelor, deoarece s-ar putea dezechilibra și cădea în fața mașinilor;
- să nu permitem copiilor să se joace pe partea carosabilă a drumurilor publice;
- să utilizăm dispozitive de siguranță (centura de siguranță, scaunelul auto) la transportarea copiilor în autovehicul.

Concluzii

1. În municipiul Chișinău, pe parcursul a cinci ani, numărul accidentelor rutiere cu implicarea copiilor a avut o tendință de descreștere.

2. Cele mai frecvente accidente rutiere cu implicarea copiilor au avut loc în lunile iulie (15,0%), septembrie și mai (11,3%) și noiembrie (10,5%), în zilele de marți (18,2%) și vineri (18,2%).

3. Distribuția accidentelor rutiere variază în funcție de sexul copilului, vârsta sa și modul de utilizare a traficului rutier.

4. Cele mai afectate sectoare ale mun. Chișinău în ceea ce privește accidentele rutiere cu implicarea copiilor sunt sectoarele Buiucani, Râșcani și Botanica.

Bibliografie

1. *World Health Statistic 2008*. Geneva, WHO, 2008. <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.htm>
2. WHO. *European Mortality data base*. <http://data.euro.who.int/hfamdb/>
3. WHO. *Violence injury prevention report*. 2013. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/UN_GA_resolution-64-255-en.pdf
4. Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире, 2013 г. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/UN_GA_resolution-64-255-en.pdf

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ СЛУЖБЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В ПРИДНЕСТРОВЬЕ

Оксана ЧЕБАН^{1,2}, Наталья ЗАРБАЙЛОВА²,
Константин ЕЦКО²,

¹Центр Репродуктивного Здоровья и Планирования Семьи, г. Тирасполь;

²Университет Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану

Rezumat

Caracteristicile creării serviciului de sănătate reproductivă și planificare familială în Transnistria

Crearea serviciului de sănătate reproductivă și planificare familială este o garanție de formare a unor generații sănătoase și de soluționare a problemelor demografice în multe țări. Caracteristicile social-economice ale regiunilor influențează acest proces și determină progresele viitoare. În articol este abordat cazul Transnistriei și particularitățile situației existente în domeniul serviciilor de sănătate reproductivă și planificare familială.

Cuvinte-cheie: *servicii, sănătate reproductivă, planificare familială*

Summary

Characteristics of reproductive health and family planning service formation in transnistria

The formation of reproductive health and family planning service is seen as a guarantee of a healthy generation and resolving demographic problems in many countries. Socio-economic characteristics of the regions affect this process and determine the progress. We considered a special case of Transnistria and especially the situation in the field of reproductive health and family planning services.

Keywords: *services, reproductive health, family planning*

Введение

Репродуктивное здоровье (РЗ) – это способность людей к зачатию и воспроизведению здорового потомства в количестве и сроки, определенные самим индивидуумом, гарантия безопасности беременности и родов, благополучие матери, выживание ребенка, а также состояние полного физического, психического, духовного и социального благополучия в различные возрастные периоды жизни [1]. В программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию (1994 г.) четко определен спектр услуг в области репродуктивного здоровья, как приоритетных действий высококачественных услуг в сфере РЗ [2].

В Приднестровье за последние несколько десятилетий сложилась достаточно сложная социально-экономическая ситуация, которая отразилась на процессах формирования здоровья населения. Естественная убыль населения, низкая рождаемость, высокая смертность дают основания говорить о демографическом кризисе. По данным Государственной службы статистики Приднестровья численность населения продолжает сокращаться и составила, на конец 2013 года 505,9 тыс. человек, на 221 тыс. человек или 30% меньше по сравнению с аналогичной датой 1993 года.

В Приднестровье претерпевает изменение и возрастная структура населения с уменьшением численности детского населения, доля которого в 2013 году составила 18,3%, в то время как критическим снижением доли детского населения признано 20% от общей численности населения. Напрямую с численностью детского населения; связан показатель фертильности, который является барометром для прогнозирования сокращения численности населения, коэффициент фертильности в ПМР равен 1,5.

Оценка потребностей населения в области репродуктивного здоровья в Приднестровье, проведенная при участии международных экс-

пертов в 2005 году, и анализ сложившейся ситуации явились основанием для создания службы репродуктивного здоровья и планирования семьи.

Мы поставили перед собой задачу выявить особенности организации службы репродуктивного здоровья и планирования семьи в Приднестровье, и её соответствие потребностям населения.

Материалы и методы

Нами изучены законодательные и регламентирующие документы в области охраны репродуктивного здоровья в Приднестровье за период 2001-2015 гг.

Результаты и их обсуждение

Нормы, регулирующие охрану здоровья женщин в Приднестровье, на законодательном уровне были впервые закреплены 16 января 1997 года в Законе № 29-3 *Об основах охраны здоровья граждан*. Закон гарантирует права беременных женщин, в период беременности, во время и после родов, а также право на прерывание беременности, равно как и право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона и др.

В 2005 году было подписано соглашение о сотрудничестве по вопросам охраны репродуктивного здоровья и начата совместная работа между центральным офисом Фонда в Области Народонаселения Организации Объединенных Наций (ЮНФПА) в Молдове и Министерством Здравоохранения и Социальной Защиты Приднестровья (МЗ СЗ ПМР), что привело к созданию службы репродуктивного здоровья и планирования семьи.

Стратегия Всемирной Организации Здравоохранения в области обеспечения репродуктивного здоровья включает: охрану здоровья женщин в период беременности, родов и после родов; предоставление услуг по планированию семьи, включая услуги по лечению невынашивания и бесплодия; ликвидацию небезопасных аборт; охрану РЗ детей и подростков; лечение и профилактику инфекций передающихся половым путем, в том числе охрану РЗ мужчин; профилактику и раннее выявление онкопатологии репродуктивных органов; услуги в период возрастных изменений.

За пятнадцатилетний период нами выявлены следующие документы, устанавливающие и регламентирующие охрану РЗ в Приднестровье в хронологическом порядке (документы

регламентирующие диагностику и лечение инфекций, передающихся половым путем, не включены):

- 2004 г. – Приказ МЗСЗ ПМР № 466 от 13.08.2004 г. *О порядке проведения и показаний к операции искусственного прерывания беременности;*
- 2005 г. – Приказ МЗСЗ ПМР № 20 от 18.01.2005 г. *О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинической сети;*
- 2006 г. – Приказ МЗСЗ ПМР № 300 от 06.07.2006 г. *О порядке распределения и учета контрацептивов;*
- 2007 г. – Приказ МЗСЗ ПМР № 206 от 04.04.2007 г. *Об утверждении «Правил предоставления платных услуг в государственных организациях здравоохранения»;* Приказ МЗСЗ ПМР № 407 от 18.07.2007 г. *Об организации деятельности женской консультации;*
- 2008 г. – Приказ МЗСЗ ПМР № 528 от 30.10.2008 г. *О создании службы репродуктивного здоровья и планирования семьи;* Приказ МЗСЗ ПМР № 560 от 21.11.2008 г. *О порядке распределения и учета контрацептивов;* Приказ МЗСЗ ПМР № 636 от 26.12.2008 г. *Об организации Центра репродуктивного здоровья и планирования семьи;*
- 2012 г. – Закон № 71-3-V ПМР от 16.05.2012 г. *Об охране репродуктивного здоровья граждан и о планировании семьи;* Приказ МЗ ПМР № 317 от 15.06.2012 г. *Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи;*
- 2015 г. – Приказ МЗСЗ ПМР № 250 от 17.04.2015 г. *О проведении искусственного прерывания беременности в безопасных условиях.*

В Приднестровье в 2000 годах сложилась ситуация, при которой количество прерываний беременности превышало количество родов. Для упорядочения и контроля над оказанием услуг в 2004 году был издан приказ МЗСЗ ПМР *О порядке проведения и показаниях к операции искусственного прерывания беременности*. Этот документ гарантирует реализацию права женщины на прерывание беременности по желанию в сроке до 12 недель, по социальным показаниям – при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины независимо от срока беременности. Впоследствии число аборт на 1000 женщин фертильного возраста в Приднестровье сократилось с 34,8 в 2008 г. до 25,8 в 2013 г.

Стандарты оказания перинатальной медицинской помощи и диагностические и лечебные процедуры для гинекологических больных нашли свое отражение в приказе МЗСЗ ПМР *О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинической сети*, изданном в 2005 году. Приказ предусматривает оказание не только акушерско-гинекологической помощи, направленной на профилактику осложнений беременности, родов, послеродового периода, но и услуг по планированию семьи, консультированию, образовательные программы и санитарное просвещение. В этом приказе также отражены критерии эффективности работы по планированию семьи – это абсолютные и относительные показатели числа аборт, в том числе у женщин различных возрастных групп, число женщин использующих методы контрацепции и др.

Приказ *Об организации деятельности женской консультации* 2007 года закрепил осуществление услуг по охране репродуктивного здоровья, профилактике абортов наравне с квалифицированной акушерско-гинекологической помощью женщинам. В том же году, в *Правилах предоставления платных услуг в государственных организациях здравоохранения*, медицинские аборты включены в перечень платных медицинских услуг за исключением абортов по медицинским и социальным показаниям. В контексте расширения пакета услуг репродуктивного здоровья медицинские работники обучены в 2015 г. безопасным методам прерывания беременности согласно протоколам.

В продолжение совершенствования акушерско-гинекологической помощи в 2005 году, в рамках соглашения о сотрудничестве центральным офисом ЮНФПА в Молдове и МЗСЗ ПМР была проведена оценка потребностей в области РЗ в Приднестровье международными экспертами. В результате была предоставлена первая партия контрацептивов в виде гуманитарной помощи, а с 2008 года определена логистика контрацептивов.

При финансовой поддержке ЮНФПА в 2006 году проведено первое повышение квалификации по вопросам репродуктивного здоровья и планирования семьи для 20 акушеров-гинекологов с подготовкой тренеров, которыми позже было обучено 200 медицинских работников.

Служба репродуктивного здоровья организована в 2008 г. Основной задачей службы является охрана репродуктивного здоровья населения в виде консультативной и лечебно-диагностической помощи по широкому кругу проблем, связанных

с репродуктивным здоровьем и планированием семьи. Одним из приоритетных направлений деятельности службы является сотрудничество с общественными, некоммерческими организациями в сфере сексуального и репродуктивного здоровья для обеспечения всеобщего доступа к просвещению, информации и услугам в области РЗ [3].

В 2012 г. был утвержден приказ, который определяет уровни и порядок оказания акушерско-гинекологической помощи. Критерии отнесения учреждений к определенному уровню включают коечную мощность, кадровое обеспечение и квалификацию медицинского персонала, наличие возможностей для круглосуточного оказания медицинской помощи, анестезиолого-реанимационной службы, материально-техническое оснащение.

Учитывая проводимую в Приднестровье работу по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи, в 2012 году был принят Закон *Об охране репродуктивного здоровья граждан и о планировании семьи*. В частности данный закон устанавливает право на:

- а) получение консультативной помощи по вопросам планирования семьи;
- б) получение услуг по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи бесплатно, в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- в) получение достоверной информации о своих правах и обязанностях в области репродуктивного здоровья, о состоянии своего репродуктивного здоровья, включая сведения о результатах обследования, прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;
- г) охрану здоровья в период беременности, во время и после родов;
- д) диагностику и лечение бесплодия методами ВРТ, применение методов по планированию семьи, разрешенных действующим законодательством;
- е) донорство половых клеток;
- ж) использование и свободный выбор методов контрацепции;
- з) медицинскую стерилизацию;
- и) искусственное прерывание беременности;
- к) защиту своих репродуктивных прав;
- л) охрану репродуктивного здоровья и планирование семьи независимо от пола,

расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и иных обстоятельствах;

м) гуманное и уважительное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала при обращении в организации, осуществляющие деятельность в области охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи.

Выводы

Рассматриваемый в статье период развития системы здравоохранения в Приднестровье характеризуется значительным развитием услуг в области репродуктивного здоровья и планирования семьи. Оказание услуг в области охраны репродуктивного здоровья предшествовало организации государственной службы репродуктивного здоровья и планирования семьи. В становлении службы важную роль сыграла предшествующая оценка потребностей населения при участии международных экспертов.

Существующая система не обеспечивает в полном объеме финансовую доступность услуг по охране репродуктивного здоровья для уязвимых групп населения (подростки, многодетные семьи и др.). На данный момент не существует государственных закупок продуктов репродуктивного здоровья.

Существуют области охраны репродуктивного здоровья требующие дополнительных усилий, для того чтобы услуги приобрели системный, а не спонтанный характер. Для консолидации усилий существующих государственных служб и неправительственных организаций, работающих в сфере охраны репродуктивного здоровья, необходимо применение системного подхода с планированием совместной работы и оптимизацией ресурсов.

Литература

1. Межведомственная рабочая группа по репродуктивному здоровью в кризисных ситуациях. *Межведомственное практическое руководство по охране репродуктивного здоровья в гуманитарных ситуациях*. Редакция 2010 г., с. 234.
2. Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Издание Организации Объединенных Наций A/CONF. 171/13/Rev. 1. Нью-Йорк, 1995, R.95.XIII.18 Программа действий, пункт 7.2.
3. Талалаев К.А. *Стандартизированный подход к работе общественных организаций в сфере сексуального и репродуктивного здоровья: методическое пособие*. Кишинэу, 2015, с. 24.

GLAUCOMUL – PROBLEMĂ MAJORĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI FACTORII CE O DETERMINĂ

Rodica ȘEVCIUC,

Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

Glaucoma – a major problem of public health

Glaucoma is the leading cause of irreversible blindness worldwide and a major public health problem. Despite important advances in the diagnosis and management of glaucoma during the last decades, people continue to go blind and maintain a high ocular disability. This paper reviews international references, especially of the last twenty years, about glaucoma burden and determinants of glaucoma disability.

Keywords: *glaucoma, disability, epidemiology, public health, determinants*

Резюме

Глаукома – проблема общественного здравоохранения

Глаукома является главной причиной необратимой слепоты во всем мире и одной из главных причин инвалидности вследствие заболеваний глаза. Несмотря на достижение прогресса в диагностике и лечении глаукомы, пациенты продолжают слепнуть. В статье систематизированы и структурированы достижения последних лет в изучении проблемы глаукомы и факторов, влияющих на инвалидность вследствие глаукомы.

Ключевые слова: *глаукома, инвалидность, факторы риска, эпидемиология*

Introducere

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a estimat că, în 2010, peste 285 milioane de oameni (din care 65% cu vârsta peste 50 de ani) prezentau deficiențe vizuale, inclusiv 246 milioane cu vedere slabă (63% din ei peste 50 de ani) și 39 de milioane orbi (82% din ei peste 50 de ani) [12, 39, 40].

Glaucomul este cauza principală a orbirii ireversibile și a 2-a cauză principală a orbirii evitabile la nivel mondial [13, 14, 30, 37, 42].

A fost estimat că, în 2010, peste 60 milioane de oameni erau diagnosticați cu glaucom, din care peste 8 milioane oameni orbi bilateral, ceea ce constituie 15% din totalitatea orbilor din lume. În 2020, această cifră va crește până la 80 de milioane, din care orbi vor fi peste 11 milioane, iar în 2030 se presupune că numărul pacienților cu glaucom se va dubla [13, 16, 20, 28, 30, 33, 43, 44].

Glaucomul este una dintre cauzele principale ale cecității și dizabilității populației și continuă să

rămână o problemă complicată în oftalmologia modernă. Actualitatea problemei este condiționată și de importanța socială a acestei patologii, deoarece afectează și persoanele apte de muncă. În ultimele 3 decenii au fost puține referințe despre situația persoanelor cu deficiențe de vedere în Republica Moldova, iar datele statistice cu privire la aceste persoane, precum și la reabilitarea lor sunt incomplete și insuficiente.

Material și metode

A fost realizată o analiză a literaturii dedicate impactului glaucomului asupra sănătății populației la nivel mondial. Pentru analiză au fost acumulate 44 de surse bibliografice, publicate în perioada 1993–2015 de către savanți din Franța, SUA, Elveția, Rusia ș. a. În acest articol au fost asociate informațiile provenite din articole și cărți cu referire la glaucom ce țin de epidemiologie, determinante, dizabilitate, influența asupra calității vieții în diferite țări și planurile de acțiuni întreprinse.

Rezultate și discuții

Glaucomul descrie un grup de afecțiuni caracterizate prin distrugerea progresivă a fibrelor nervului optic, producând astfel îngustarea treptată a câmpului vizual și, în final, se poate ajunge la orbire [20].

Glaucomul primitiv cu unghi deschis (GPUD) este cea mai frecventă formă de glaucom, fiind responsabil de peste 3/4 din cazurile de glaucom [14, 18]. Fiind o afecțiune cu evoluție asimptomatică timp îndelungat, cu pierderi ireversibile ale funcțiilor vizuale și cu costuri importante, se justifică o atenție particulară pentru această patologie [3, 33].

Glaucomul este o boală cu prevalență crescută pe întreg globul pământesc și cu o rată înaltă a cecității [3, 33, 42]. Din cei 60 de milioane diagnosticați cu glaucom, 45 milioane prezentau GPUD în 2010, din care orbi – 4.5 milioane oameni și 16 milioane cu GPUÎ, din care orbi – 3.9 milioane, în 2015 – 57.5 milioane oameni cu GPUD, iar până în 2020, această cifră va crește respectiv până la 60-65.5 milioane și, respectiv, 21 milioane. Glaucomul este responsabil de orbirea a circa 38% persoane în țările cu venituri mici. În țările cu venituri mai mici de medie, acest procent este de 29%, în țările cu venituri peste medie – 20%, iar în cele cu venituri mari – 13% [14, 39].

În ceea ce privește nivelul glaucomului în Europa, în 2010 a fost estimat că există peste 9 milioane persoane cu glaucom, din care 5-7 milioane sunt nediagnosticsați și netratați, iar orbi – peste 160 mii [21, 35, 43]. În România se estimează un număr de cca 150 000 bolnavi de glaucom, din care 132 cu GPUD [3]. În Marea Britanie, glaucomul în structura dizabilității oculare este responsabil pentru 15% de orbire oficial înregistrată [32].

De ce glaucomul reprezintă o problemă majoră de sănătate publică?

În ultimii ani, importanța globală a bolilor cronice netransmisibile este mult mai frecvent inclusă în agenda diferitor reuniuni prin prisma impactului lor major asupra sănătății publice. Astăzi, bolile cronice netransmisibile sunt principala cauză de deces în lume și nivelul lor continuă să crească. Glaucomul face parte din grupa bolilor cronice netransmisibile. Eforturile globale însă în cea mai mare parte sunt direcționate către bolile cronice netransmisibile care au o rată înaltă de mortalitate (cancerul, bolile respiratorii ș. a.), iar așa boli ca glaucomul, diabetul zaharat și degenerescența maculară legată de vârstă (DMLV) sunt în mare măsură excluse din atenția autorităților și lor le revine o poziție mai inferioară în programele de control și prevenire a bolilor cronice netransmisibile. Totuși, aceste patologii oftalmologice care duc la orbirea populației nu trebuie neglijate, deoarece au un impact social și economic masiv [12, 17].

Incidența orbirii prin glaucom variază în diverse arii geografice și este în mare parte condiționată de momentul precizării diagnosticului de glaucom, de calitatea tratamentului și monitorizării bolii și de creșterea speranței de viață [3].

OMS a estimat că în 2001, în țările dezvoltate, deficiențele vizuale au fost responsabile pentru 2 286 000 DALY (ani de viață sănătoasă pierduți din cauza dizabilității și a decesului prematur). Această cifră are un impact major asupra economiei globale și este condiționat de costurile nonmedicale mari, asociate cu dizabilitatea și dependențele care rezultă din boală, cum ar fi pierderea de venituri, necesitatea îngrijitorului social ș. a. Deficiențele vizuale de asemenea afectează negativ și calitatea vieții legată de starea de sănătate – Health-Related Quality of Life (HRQoL) și constituie o cauză majoră de dizabilitate care afectează persoanele, familia și societatea. Prin urmare, creșterea continuă a numărului de pacienți cu boli cronice oftalmologice prezintă o provocare majoră pentru sănătatea publică și dezvoltarea fiecărui stat, iar abordarea proactivă a acestei probleme este vitală [12, 18].

Prevalența glaucomului la nivel global la persoanele peste 40 de ani este de circa 2-3% și crește cu vârsta, la persoanele de peste 80 ani variind între 4% și 14% [37, 43, 18, 32].

Se consideră că, în fiecare an, 1 din 1000 de oameni se îmbolnăvesc de glaucom, iar cu vârsta acest procent crește proportional [43]. Acest fenomen se întâmplă datorită îmbătrânirii populației pe întreg globul pământesc [7, 32].

Glaucomul este una dintre puținele patologii oftalmologice care au un impact economic impor-

tant atât în țările bogate, cât și în cele sărace de pe toate continentele. Această patologie este una dintre principalele trei cauze de deficiențe vizuale în țările dezvoltate [18], iar 9 din 10 persoane oarbe fac parte din țările în curs de dezvoltare [18, 43].

În țările dezvoltate, numai 50% din bolnavi cu glaucom știu de prezența bolii, iar 50% din cei deja diagnosticați nu urmează tratament. În țările în curs de dezvoltare, numai 10% din bolnavi știu de prezența bolii, pe când din cei diagnosticați 95% nu urmează tratament. Se presupune că 50% din populația globului pământesc niciodată nu au măsurat presiunea intraoculară (PIO) [4, 16, 32, 43].

Glaucomul este o boală ce atacă "din umbră" (în stadiile inițiale fără acuze sau simptome și pacientul află de boala sa când deja 40% din nervul optic este afectat) [16]. De vreme ce stadiile timpurii ale glaucomului sunt în mare măsură asimptomatice, pacienții se prezintă adesea tardiv la specialist, mai ales în țările în curs de dezvoltare [13, 18, 37]. Atunci când pacienții se prezintă primar la medicul oftalmolog, 29% din ei deja prezintă modificări glaucomatoase, 53% din ei cu unul din ochi deja orb [16].

Odată ce se pierde vederea, indiferent de tipul de glaucom, aceasta nu mai poate fi restaurată!

Studiile recente arată că până în prezent, chiar și țările dezvoltate, care dispun de echipament performant și metode de diagnostic cele mai moderne, nu pot asigura un screening sistematic al populației și nu au o claritate în raportul cost-eficacitate a acestor măsuri [16, 36].

În prezent, în multe țări, inclusiv în Republica Moldova, există diferite programe de sănătate publică ce au ca scop depistarea și tratamentul unor boli somatice, ca hipertensiunea arterială (HTA) și diabetul zaharat (DZ). În HTA și DZ, principalele măsurători sunt aprecierea tensiunii arteriale și glicemiei, care pot fi evaluate în mod obiectiv, ușor și ieftin. Din păcate, diagnosticarea glaucomului nu poate fi la fel de simplă ca diagnosticarea hipertensiunii arteriale sau diabetului zaharat. Este adesea necesară efectuarea mai multor examinări care necesită profesioniști instruiți, pentru a interpreta rezultatele lor, și multe aspecte din criteriile de diagnostic pot fi considerate subiective. În aceste condiții, cea mai bună opțiune este educarea populației privind determinatele bolii ș. a. [16].

În 2008 a fost făcută o analiză amplă comparativă a mai multor studii clinice privind probabilitatea orbirii cauzate de glaucom. În rezultatul acestor studii, s-a stabilit un declin al orbirii prin glaucom datorită noilor metode de diagnostic, descoperite pe parcursul anilor [2, 6, 11, 29].

Impactul glaucomului asupra populației din Republica Moldova

Chiar dacă creșterea morbidității populației prin glaucom este influențată de condiții ce nu pot fi controlate de medicii-oftalmologi (schimbările din mediul înconjurător, scăderea nivelului sănătății populației, creșterea nivelului de patologie vasculară, nivelul socioeconomic precar ș.a.), organele sănătății publice și medicii-oftalmologi sunt responsabili de perfecționarea acordării asistenței medicale, în scopul păstrării funcțiilor vizuale [42].

În ultimele trei decenii au fost puține referințe despre situația persoanelor cu deficiențe de vedere în Republica Moldova, iar datele statistice cu privire la aceste persoane, precum și la reabilitarea lor, sunt incomplete și insuficiente. Statistica deficiențelor de vedere include doar trei maladii: miopia, cataracta și glaucomul, dar și aceasta este foarte constrânsă. Toate acestea impun necesitatea efectuării unui studiu complex privind situația reală a persoanelor cu deficiențe de vedere și dizabilitate cauzată de acestea.

Conform datelor prezentate de Biroul Național de Statistică (BNS) din 01.01.2010, în Republica Moldova numărul total al persoanelor cu dizabilități oculare constituie aproximativ 11 000, dintre care cca 550 sunt copii [1, 8].

În 2010, Fundația *Fred Hollows* din Mare Britanie a luat decizia de a studia fezabilitatea serviciului oftalmologic în Europa de Sud-Est și a început cu Republica Moldova. Cercetările preliminare din 2011 au arătat că există foarte puține date epidemiologice privind serviciul oftalmologic în Moldova.

Programul *Rapid Assessment of Avoidable Blindness and Diabetic Retinopathy* (RAAB+DR) a fost susținut de Agenția Internațională de Combatere a Orbirii (IAPB) și s-a realizat în Moldova în perioada mai–iulie 2012 [22].

În urma realizării programului, au fost raportate următoarele date privind Republica Moldova:

- Glaucomul este principala cauză a orbirii în mediul urban (33.4%);
- Glaucomul este a 2-a cauză a orbirii în mediul rural (4.7%);
- Glaucomul constituie 10.9% din orbii peste 50 de ani și 4.8% din cei cu vedere slabă.

Dizabilitatea primară oculară: în 2003, pe locul întâi în Republica Moldova au fost traumele ochiului (34,4%), pe locul doi – miopia (19,8%), iar glaucomul – pe locul cinci (6,6%). Această structură s-a modificat în 2007, glaucomul ocupând primul loc cu 23,9%. În 2014, glaucomul continuă să dețină locul întâi în structura dizabilității primare oculare [5, 8].

Determinantele dizabilității prin glaucom

Experții spun că există mai multe motive pentru care glaucomul a devenit prima cauză de orbire

ireversibilă și a doua cauză de orbire evitabilă la nivel global: îmbătrânirea populației, situația demografică, nivelul socioeconomic, resursele umane, accesul redus la diagnostic și tratament, informarea scăzută și lipsa conștientizării populației, insuficiența datelor epidemiologice relevante, insuficiența reabilitării vizuale ș. a. [25, 33, 38].

Îmbătrânirea populației. Potrivit estimărilor la nivel global, în anul 2013, numărul persoanelor în etate (în vârstă de 60 de ani și peste) constituia circa 841 de milioane. Ponderea persoanelor în vârstă la nivel global a crescut de la 9,2% în anul 1990 la 11,7% în 2013 și va continua să crească. De asemenea, în 2013, la nivel global, au revenit 85 bărbați la 100 femei în vârstă de 60 de ani și peste și 61 bărbați la 100 de femei de 80 de ani și peste [23].

Cu cât o populație este mai în vârstă, cu atât prevalența glaucomului este mai mare. Resnikoff et al., în publicațiile lor, raportează că în anul 2002, aproximativ 37 de milioane de oameni din întreaga lume erau orbi, dintre care mai mult de 82% aveau o vârstă de 50 de ani și mai mare. Resnikoff a constatat că populația cu vârsta mai mare de 50 de ani pe întreg globul pământesc a crescut cu 30% din 1990 până în prezent. În țările dezvoltate, această creștere în aceeași perioadă a depășit 16%, iar în țările în curs de dezvoltare, cu excepția Chinei, a depășit 47% [25, 38]. Astfel, în aceste țări, creșterea estimată a vârstnicilor din 1980 până în 2020 este de 356%. Din totalitatea orbilor de pe glob, 75% provin din țările cu nivel înalt de îmbătrânire. A fost estimat că până în anul 2020 vor exista aproximativ 54 de milioane de oameni orbi cu vârsta peste 60 de ani, dintre care mai mult de 50 de milioane vor fi din țările în curs de dezvoltare [33, 40].

Situația demografică. Majoritatea studiilor se axează pe un anumit grup populațional, dintr-o anumită regiune, ce aparține unui anumit grup etnic. Diferențele importante dintre grupurile etnice, zonele demografice, stilul de viață, expunerea la factorii de mediu și alți factori pot afecta cauzele și prevalența orbirii. Prin urmare, datele privind nivelul orbirii la nivel mondial nu sunt destul de relevante și prioritățile politice trebuie estimate reieșind din datele existente [27].

Studiile anterioare erau făcute preponderent pe populația europoidă, în studiile recente se studiază atât populația negroidă, cât și cea europoidă, pe când datele despre populația din sud-estul Asiei și cea hispanică sunt foarte puține [14, 26, 31].

Criteriile sociodemografice (vârsta, sexul ș.a.), nivelul educațional, statutul matrimonial (prezența partenerului) au un impact direct asupra complianței la tratamentul conservativ al glaucomului [14, 16].

Insuficiența datelor epidemiologice relevante. Cunoașterea datelor epidemiologice privind o anu-

mită patologie este esențială. Datele privind cauzele deficiențelor vizuale și orbirii formează o bază importantă pentru elaborarea politicilor de sănătate publică, cum ar fi planificarea bugetului național și al serviciilor de sănătate, formarea direcțiilor de cercetări științifice. În prezent nu există informație suficientă privind magnitudinea problemei reprezentate de această boală, fapt care face ca impactul acesteia asupra sănătății publice să fie dificil de evaluat [16].

Nivelul socioeconomic. Prin prisma modificărilor importante sociale și economice care au avut loc în ultimele decenii, suferă schimbări și sistemul medical. Este absolut necesară studiarea schimbărilor sociale și economice din țară și influența lor negativă asupra mecanismelor anterior existente de acordare a asistenței medicale populației. În țările cu venituri mici, lipsește echipamentul necesar diagnosticării și managementului glaucomului. Persoanele sărace au mai multe șanse să sufere tulburări de vedere, inclusiv orbire [41].

O analiză recentă a arătat că cea mai mare creștere a cazurilor de GPUD este în țările cu venituri mici, în special în Asia, din cauza îmbătrânirii mai rapide, comparativ cu țările europene. Acest fenomen va avea un impact considerabil asupra numărului total de cazuri, deoarece Asiei îi revin 60% din populația vârstnică la nivel mondial [14].

Resursele umane. Andre Mermoud, glaucomatolog renumit din Elveția, în cadrul Buletinului OMS raporta că un factor major în diagnosticarea tardivă și supravegherea insuficientă a persoanelor cu glaucom în țările în curs de dezvoltare este lipsa de oftalmologi instruiți. Conform datelor literaturii, în Europa revine un oftalmolog la 10 000 de oameni, în India – un oftalmolog la 400 000 de oameni, iar în Africa – un oftalmolog sau mai puțin la 1 000 000. Pe parcursul unui an, dintr-un milion de oameni, 10 000 vor avea cataractă și aproximativ 1-2% (adică între 10 000 și 20 000) vor avea glaucom cronic, **însă va fi doar un medic care să-i trateze...** [38].

Accesul dificil la diagnostic și tratament. Creșterea numărului persoanelor cu dizabilități s-a constatat în țările unde serviciul oftalmologic nu este bine dezvoltat [33]. De obicei, în toate țările, indiferent de nivelul lor, centrele oftalmologice moderne sunt concentrate în zonele urbane. Accesul dificil la instituțiile de acordare a asistenței medicale oftalmologice în țările în curs de dezvoltare face gestionarea complicațiilor chirurgicale o provocare și poate reprezenta o altă sursă potențială de orbire [16].

Calitatea vieții bolnavului cu glaucom

Deficiențele de vedere compromit calitatea vieții și limitează interacțiunea socială și independența. Starea generală de sănătate, caracteristicile

de personalitate, factorii socioeconomiici și alți factori influențează impactul bolii asupra vieții cotidiene. Starea acuității vizuale este unul dintre criteriile esențiale prin care pacienții își apreciază calitatea vieții [7].

Pierderea vederii prin glaucom are un impact semnificativ asupra sănătății, influențând calitatea vieții persoanei chiar în primele stadii ale bolii. Acest impact, de rând cu cel economic, crește odată cu progresarea bolii și pierderea vederii.

Aprecierea calității vieții este în prezent una dintre cele mai actuale direcții ale medicinei moderne, inclusiv la pacienții oftalmologici, și continuă să fie una din determinantele de bază în bolile cronice, printre care și glaucomul [10, 15]. Analiza literaturii arată că, începând cu anul 1990, numărul publicațiilor dedicate aprecierii calității vieții în toată lumea cresc în fiecare an de circa 3 ori [42]. Începând cu 2009, publicarea studiilor privind impactul glaucomului asupra calității vieții a atins 1.2% din toate articolele despre glaucom. Această creștere evidentă sugerează că studierea calității vieții în glaucom începe să fie relevantă. Totuși, este mai puțin studiată decât alte patologii cronice care duc la dizabilitatea populației (DMLV, diabetul zaharat tip II, scleroza multiplă, dizabilitatea auditivă ș.a.).

În DMLV este afectată vederea centrală, prin urmare și consecințele acesteia sunt evaluate destul de repede. În boala Parkinson, simptomele sunt destul de „vizibile” și se poate urmări impactul lor asupra activităților zilnice. Dimpotrivă, pacienții cu glaucom sunt deseori inconștienți de deficiențele vizuale apărute, deoarece simptomele sunt cu siguranță mai puțin „vizibile”, în comparație cu alte patologii. De asemenea, persoanele cu diabet zaharat tip 2 (care are cel mai mic număr de studii ale calității vieții) tind să fie asimptomatice și este descris ca un handicap „invizibil”. Prin urmare, impactul pe care îl au glaucomul și diabetul zaharat asupra vieții cotidiene a individului este mai dificil de înțeles pentru alte persoane. În rezultatul acestor studii a și apărut noțiunea de handicap „invizibil” – o noțiune abordată în literatura de specialitate și care necesită să fie cercetată [7].

Există studii privind impactul glaucomului asupra calității vieții pacientului în comparație cu alte trei boli cronice – osteoporoza, diabetul zaharat tip II și demența. În rezultatul chestionarelor aplicate, s-a stabilit că impactul glaucomului, comparativ cu aceste boli, asupra calității vieții este aproape similar [34].

Aprecierea calității vieții a unui pacient cu glaucom este importantă pentru înțelegerea atât a progresării bolii, cât și a modului de tratament al pacientului. Glaucomul mai este numit „boala

aristocraților”, dar nu pentru faptul că țintește oamenii cu „sânge albastru”, ci pentru faptul că acționează asupra calității vieții pacientului prin limitarea evidentă a activităților zilnice, cauzate de modificările severe de câmp vizual [15].

La moment, se interpretează că în glaucom calitatea vieții este semnificativ influențată de gradul de severitate a bolii – descrește direct proporțional cu progresarea acesteia (diagnosticul propriu-zis, scăderea acuității vizuale, pierderea câmpului vizual, incomoditatea tratamentului, reacțiile adverse ale tratamentului, costurile asociate). Impactul scăderii acuității vizuale este de câteva ori mai mare în cazul când procesul este bilateral. Pierderea câmpului vizual influențează asupra mobilității persoanei și asupra posibilității de a-și menține autonomia. Practic vorbind, scăderea acuității vizuale și pierderea câmpului vizual influențează toate activitățile zilnice, cum ar fi: plimbatul, șofatul, cititul, efectuarea treburilor casnice ș. a. Chiar dacă vederea centrală este păstrată, pacienții pot avea dificultăți la citit, la adaptarea la schimbarea intensității luminii la activitățile ce depind de vederea periferică și percepția contrastului, cum ar fi evitarea obstacolelor în spații întunecoase. În plus, aceste modificări au și consecințe mult mai grave, cum ar fi căderea, accidentele rutiere [7, 19].

Asupra calității vieții influențează mai mulți factori, precum: vârsta, bolile concomitente, factorii sociali, etnici, economici, nivelul educațional și mulți alții. Prin urmare, niciun chestionar nu poate stabili ce nivel de calitate a vieții este „normal” pentru pacientul respectiv. După E. Yelin, boala acționează nu numai asupra stării fizice a omului, ci și asupra stării psihologice, comportamentului, reacțiilor emotive, schimbându-i astfel locul și rolul lui în viața socială [24,42].

Având în vedere cele expuse, aprecierea calității vieții la pacienții cu patologie oftalmologică ne permite să căpătăm informație importantă despre starea psihofizică a pacientului și modificările ei în procesul tratamentului. Prin urmare, determinarea calității vieții bolnavului, datele examenului oftalmologic în prezent sunt apreciate ca criterii importante de apreciere a eficacității măsurilor curativ-profilactice întreprinse [9].

Concluzii

1. Glaucomul nu este o problemă doar medicală, ci și socială, deoarece este o patologie ce duce la orbire ireversibilă și la dizabilitatea populației; prin urmare, continuă să rămână o problemă complicată

în oftalmologia modernă și o problemă majoră de sănătate publică.

2. Chiar dacă glaucomul este cauza principală a orbirii la nivel mondial, nu există informație suficientă privind magnitudinea problemei reprezentate de această boală, fapt care face ca impactul acesteia asupra sănătății publice să fie dificil de evaluat. Așadar, estimările periodice ale cauzelor deficiențelor vizuale sunt necesare pentru monitorizarea și reducerea impactului negativ al acestora.

Bibliografie

1. Biroul Național de Statistică. *Situația persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova*, 28.11.2013.
2. Chen PP. *Blindness in patients with treated open-angle glaucoma*. În: *Ophthalmology*, 2003; nr. 110, p. 726–733.
3. Chiselită D. *Glaucom primitiv cu unghi deschis – gânduri și sinteze practice*. Iași: Editura “Gr. T. Popa”, UMF, 2014.
4. Coffey M., Reidy A., Wormald R., Xian W.X., Wright L., Courtney P. *Prevalence of glaucoma in the west of Ireland*. În: *Br. J. Ophthalmol.*, 1993; nr. 77(1), p. 17–21.
5. Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă, 2014.
6. Dale K. Heuer, Steven J. Gedde, Richard A. Lewis. *Curb-side Consultation in Glaucoma: 49 Clinical Questions*. 2008, p. 3–5.
7. Glen Fiona C., Crabb David P., Garway-Heath David F. *The direction of research into visual disability and quality of life in glaucoma*. În: *BMC Ophthalmology*, 2011, p. 11–19.
8. Ghidirimschi T. *Optimizarea măsurilor de reabilitare la persoanele cu deficiențe de vedere (aspecte clinice și medico-sociale)*. Teză de doctor în medicină, 2013.
9. Gomez M.L. *Measuring the quality of vision after cataract surgery*. În: *Curr. Opin. Ophthalmol.*, 2013, Nov.; № 12, p. 392–399.
10. Grupo Portugues de Glaucoma da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia. *Glaucoma: perguntas frequentes*. 2^o edição, 2012.
11. Hattenhauer M.G., Johnson D.H., Ing H.H. et al. *The probability of blindness from open-angle glaucoma*. În: *Ophthalmology*, 1998; nr. 105, p. 2099–2104.
12. IAPB Briefing Paper. *Blindness and NCDs*, august 2011.
13. IAPB, *WSD14 Case glaucoma*, <http://www.iapb.org/wsd14/>
14. Kapetanakis Venediktos V., Chan Michelle P.Y., Foster Paul J., Cook Derek G. *Global variations and time trends in the prevalence of primary open angle glaucoma (POAG): a systematic review and meta-analysis*. În: *BJO Online First*, published on August 18, 2015. <http://dx.doi.org/10.1136/bjophthalmol-2015-307223>
15. Letzelter Nicolas. *Les Etudes de Qualité de Vie en Ophtalmologie: Intérêts et applications concernant la cataracte, le glaucome chronique à angle ouvert et la dégénérescence maculaire liée à l'âge*. Ed. by Laboratoire Chauvin Bausch et Lomb, 2001, p. 3.
16. Mauro Toledo Leite, Massanori Sakata L., Medeiros Felipe A. *Managing glaucoma in developing countries*. În: *Arq. Bras. Oftalmol.*, 2011; nr. 74(2), p. 83–84.
17. Mendis Shanti et al. *The availability and affordability of selected essential medicines for chronic diseases in six low- and middle-income countries*. În: *Bull. World Health Organ.* [online], 2007, vol. 85, n. 4, p. 279–288.
18. Nordmann Jean-Philippe, Denis P., Vigneux M., Trudeau E., Guillemin I. and Berdeaux G. *Development of the conceptual framework for the Eye-Drop Satisfaction Questionnaire (EDSQ©) in glaucoma using a qualitative study*. În: *Research article, BMC Health Services Research*, 2007, nr. 7, p. 124.
19. Okamoto M., Sugisaki K., Murata H., Hirasawa H., Mayama C., Asaoka R. *Impact of better and worse eye damage on quality of life in advanced glaucoma*. În: *Sci. Rep.* [Internet], 2014, Jan; nr. 4, p. 4144.
20. Quigley H.A., Broman A.T. *The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020*. În: *Br. J. Ophthalmol.*, 2006, vol. 90(3), p. 262–267.
21. Quigley H.A. *Glaucoma*. În: *Lancet*, 2011; nr. 377, p. 1367–1377.
22. Rabiou M. Mansur. *Report of Rapid Assessment of Avoidable Blindness plus Diabetic Retinopathy in Moldova*, august 2012.
23. *Raportul Mondial privind Îmbătrânirea Populației*, 2013. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>.
24. Rayat J., Almeida D. R., Belliveau M., Wong J., Gale J. *Visual function and vision-related quality of life after macular hole surgery with short-duration, 3-day face-down positioning*. În: *Can. J. Ophthalmol.*, 2011, Oct; nr. 46(5), p. 399–402.
25. Resnikoff Serge et al. *Visual impairment in 2002*. În: *Bulletin of the World Health Organization*, November 2004, nr. 82(11).
26. Rudnicka A.R., Mt-Isa S., Owen C.G. et al. *Variations in primary open-angle glaucoma prevalence by age, gender, and race: a Bayesian meta-analysis*. În: *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.*, 2006; nr. 47, p. 4254–4261.
27. Rupert R.A., Bourne et al. *Causes of vision loss worldwide, 1990–2010: a systematic analysis*. În: *Lancet Glob Health*, 2013; nr. 1, p. e339–349.
28. Sawada A., Rivera J.A., Takagi D., Nishida T., Yamamoto T. *Progression to legal blindness in patients with normal tension glaucoma: hospitalbased study*. În: *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.*, 2015; nr. 56, p. 3635–3641. DOI:10.1167/iovs.14-16093.
29. Susanna Jr. R., De Moraes C.G., Cioffi G.A., Ritch R. *Why do people (still) go blind from glaucoma?* În: *Trans. Vis. Sci. Tech.*, 2015; nr. 4(2), p. 1, <http://tvstjournal.org/doi/full/10.1167/tvst.4.2.1>, doi:10.1167/tvst.4.2.1.
30. Tatham Andrew J., Weinreb Robert N., Medeiros Felipe A. *Strategies for improving early detection of glaucoma: the combined structure–function index*. În: *Clinical Ophthalmology*, 2014, nr. 8, p. 611–621.

31. Tham Y.C., Li X., Wong T.Y. et al. *Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis*. In: *Ophthalmology*, 2014; nr. 121, p. 2081–2090.
32. The Royal College of Ophthalmologists, *Guidelines for the management of open angle glaucoma and ocular hypertension*, 2004.
33. Thylefors B., Negre J. A.-D. *The global impact of glaucoma*. In: *WHO Bulletin OMS*, 1994, vol. 72, p. 323–326.
34. Tim Mills. *Quality of Life in Glaucoma and Three Other Chronic Diseases*, November 2009, volume 26, Issue 11, p. 933–950.
35. Traverso C.E. et al. *Direct costs of glaucoma and severity of the disease: a multinational long term study of resource utilisation in Europe*. In: *Br. J. Ophthalmol.*, 2005 Oct; nr. 89(10), p. 1245–1249.
36. Tuulonen A. *Cost-effectiveness of screening for open angle glaucoma in developed countries*. In: *Indian J. Ophthalmol.*, 2011; nr. 59, Suppl., p. S24–30.
37. Vajaranant T.S., Wu S., Torres M., Varma R. *The changing face of primary open-angle glaucoma in the United States: Demographic and Geographic Changes From 2011 to 2050*. In: *Am. J. Ophthalmol.*, 2012 August; nr. 154(2), p. 303–314. e3. doi:10.1016/j.ajo.2012.02.024.
38. WHO. *Glaucoma is the second leading cause of blindness globally*. In: *Bulletin of the World Health Organisation*. 2004. <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/feature1104/en/>.
39. WHO. *WHO consultation on Public Health Management of Chronic Eye Diseases*. Report of a WHO consultation, Geneva, Switzerland, 19 September 2011.
40. World Health Organization. *Magnitude and causes of visual impairment*. (Fact sheet No. 282). Geneva. 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/print.html>
41. WHO 2013. <http://www.who.int/blindness/action-plan/en/>
42. Воронина А. *Медико-социальные аспекты заболеваемости глаукомой в Оренбургской области*. Дисс. ст. канд. мед. наук, 2015.
43. Комаровских Е.Н. *Вопросы диагностики и лечения первичной открытоугольной глаукомы [Электронный ресурс]*. Красноярск: Красноярский писатель, 2012, 36 с. http://glaucoma.eyeportal.ru/sites/glaucoma.eyeportal.ru/files/page_pdf/Комаровских-Глаукома-2012г-organum-visus.pdf.
44. Комаровских Е.Н. *Некоторые вопросы глаукомы [Электронный ресурс]*, 2012. <http://www.eyenews.ru/news/item108468>

НАРУШЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МЛЕКОПИТАЮЩИХ ПРИ ПИТАНИИ ПРОДУКТАМИ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ СОИ

Андрей Владимирович ПАТЕЮК,
Сергей Тихонович КОХАН,

Забайкальский государственный университет,
научно-образовательный центр *Экология
и здоровье человека*, г. Чита, Россия

Rezumat

Dereglarea unor indicatori fiziologici și morfologici la cobaii hrăniți cu soia modificată genetic

Articolul prezintă datele studiului experimental privind folosirea în hrana șobolanilor a soei modificate genetic (MG). S-a demonstrat că consumul îndelungat de soia MG acționează negativ asupra rezistenței șobolanilor la sarcinile fizice, duce la modificări distrofice ale organelor interne și la schimbarea indicilor biochimici ai sângelui, precum și la decesul în masă a urmașilor

Cuvinte-cheie: soia modificată genetic, fiziologie, morfologia mamiferelor

Summary

Disturbance in some physiological and morphological indicators of rats consuming genetically modified soy

Data of a pilot study of the use by rats of genetically modified soy are provided in work. It is established, the long use of hypermarket of soy negatively influences resistance of rats to physical activities, leads to dystrophic changes of internals, and change of biochemical indicators of blood, and also to mass death of posterity and his lag in growth.

Keywords: genetically modified soy, physiology, morphology of mammals

Введение

На сегодняшний день употребление генетически модифицированных организмов (ГМО) является одним из актуальных вопросов. ГМО – это организмы, которым путем внедрения в генный код чужеродных генов придали новые свойства.

Мнения по применению ГМО в пищевой промышленности среди разных групп ученых расходятся. На научном поприще появилось два лагеря: сторонников и противников ГМО.

Рассуждать о воздействии ГМО на человека очень сложно, поскольку ГМ продукты не были опробованы на людях в клинических и лабораторных условиях. Прямо утверждать о вреде ГМО нельзя, поскольку видимой и ощутимой опас-

ности на первый взгляд съеденный трансген не наносит. Просто неизвестно выстроится ли он в генный код человека, или будет блуждать по организму и провоцировать синтез белков, которые являются нехарактерными для человеческого организма. Чем может закончиться этот синтез и какие могут быть последствия остается только догадываться [1].

Тревогу от употребления ГМ продуктов начали трубить еще в конце 90-х. В 1998 году, в одном из телевизионных интервью Британский иммунолог Арманд Пуцтай (Armand Putztai) заявил о снижении иммунитета у крыс, которых кормили модифицированным картофелем. "Благодаря" рациону, состоящему из ГМ-продуктов, у подопытных крыс обнаружили уменьшение объема мозга, разрушение печени и подавление иммунитета.

Так же в России, в предоставленном отчете Института питания РАМН 1998 г. указывается, что у крыс, получавших трансгенный картофель, как через месяц, так и через шесть месяцев эксперимента наблюдалось снижение массы тела, анемия и дистрофические изменения печеночных клеток [1].

Сегодня доказано совершенно точно, что ГМО очень пагубно влияют на организм человека. Из-за влияния подобной продукции у человека может нарушиться процесс кроветворения. Люди, употребляющие продукты с ГМО, гораздо больше других подвержены онкологическим заболеваниям.

Интересное влияние на организм ГМО состоит в том, что человеческий организм перестает реагировать адекватно на лекарственные препараты. Иными словами, вылечить потребителя ГМО от болезни будет гораздо сложнее. Генетически модифицированные организмы, а также продукты, их содержащие, провоцируют развитие кожных заболеваний, аллергии, нарушения работы пищеварения, различных нарушений нервной системы [1].

Соя является самым неоднозначным продуктом, поскольку ученые так и не могут определиться, приносит она пользу или вред. Но в любом случае ее добавляют в колбасы, макароны, кондитерские изделия, полуфабрикаты, майонез, так что все ее употребляют, иногда даже не зная об этом.

Соя издавна считалась диетическим продуктом, благодаря высокому содержанию растительного белка, близкому по составу к животному, и малому количеству легкоусвояемых углеводов. Поэтому сою рекомендовали к употреблению лицам с ожирением, сахарным диабетом, атеросклерозом. Однако на современном российском рынке практически 96% всей сои является гене-

тически модифицированной (ГМ). ГМ сою обнаруживают в молочных, мясных, хлебобулочных продуктах, детском питании и даже косметике. Вопрос о безопасности длительного употребления ГМ продуктов для млекопитающих и их потомства до сих пор остается спорным.

В связи с вышесказанным, целью эксперимента явилось изучение влияния растительного белка трансгенной сои на организм крыс и их потомства.

Материалы и методы

Эксперимент проводился в течение трех лет на белых беспородных крысах и их потомстве. Экспериментальные крысы получали ГМ сою вместо белка животного происхождения. Контрольная группа крыс находилась на стандартном виварном рационе. Животных выводили из эксперимента передозировкой эфирного наркоза. Морфологический материал подвергался стандартной проводке и заливке в парафин, препараты окрашивали по Ван-Гизону, Футу, гематоксилин – эозином, шифф-йодной кислотой. На срезах определяли размеры ядер, клеток и волокон. Морфометрию проводили с применением программного обеспечения МЕКОС [2, 3].

Все исследования соответствовали Хельсинкской декларации Всемирной ассоциации *Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека* с поправками 2000 г. и *Правилами клинической практики в Российской Федерации*, утвержденным приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266 [4].

Статистическую обработку материалов осуществляли на ПК, результаты абсолютных значений и Т-критериев по всем параметрам представляли в виде среднего \pm среднеквадратичное отклонения от среднего ($M \pm m$) [5].

Результаты и обсуждение

В начале эксперимента все животные имели массу в среднем равную 322 гр., в ходе эксперимента отмечалось достоверное увеличение массы в группе крыс, получавших ГМ сою в течение 5 месяцев (первое поколение). Однако во втором и третьем поколениях масса экспериментальных крыс значительно уменьшалась по сравнению с контролем, что сопровождалось снижением толерантности к физической нагрузке у крыс употреблявших соевый белок. Так, при проведении теста *Принудительного плавания* с грузом на хвосте массой 10 гр. в начале эксперимента все крысы имели средний показатель в пределах 28,5 сек. При тестировании крыс контрольной группы через 5 месяцев отмечалось сохранение

показателя. В экспериментальной группе было отмечено снижение времени принудительного плавания до 15,5 сек.

Учитывая уменьшение массы тела и снижение устойчивости к физической нагрузке экспериментальных крыс, мы решили изучить морфологию мышечной ткани. В результате исследования в сердечной мышечной ткани по сравнению с контролем отмечалось диффузное полнокровие, очаговая лейкоцитарная инфильтрация, мелко- и среднекапельная жировая дистрофия кардиомиоцитов. В единичных полях зрения обнаруживалась фрагментация и волнообразная деформация функциональных мышечных волокон миокарда.

В скелетной мышечной ткани отмечалось истончение мышечных волокон, уменьшение размеров ядер. Наблюдалось увеличение толщины соединительнотканых прослоек, полнокровие.

Изучая морфологию внутренних органов, мы отметили следующие изменения. В печени отмечалось расширение синусных капилляров и центральных вен. В цитоплазме гепатоцитов определялась оксифильная зернистость, а также крупнокапельная жировая дистрофия. Диаметры ядер и ядрышек гепатоцитов уменьшались.

В двенадцатиперстной кишке отмечалось сохранение рельефа слизистой оболочки, однако в интерстициальной ткани развивался выраженный отек, и полнокровие сосудов. В эпителии выявили увеличение количества энтероцитов, сопровождающееся уменьшением их размеров. Кроме того отмечалась гиперхромность ядер эпителиальных клеток слизистой оболочки кишечника. Количество бокаловидных клеток в эпителии ворсинок увеличивалось.

В поджелудочной железе экспериментальных крыс было выявлено сохранение дольчатого строения паренхимы. Однако в отдельных долях обнаруживались дистрофические изменения цитоплазмы ациноцитов в виде средневакуольной дистрофии. В перидуктальных и периваскулярных пространствах выявлены признаки склероза, лейкоцитарной инфильтрации. Отмечалось полнокровие междольковых кровеносных сосудов. Размеры ациноцитов уменьшались, а размеры ядер увеличивались, что приводило к увеличению ядерно-цитоплазматического соотношения.

На фоне морфологических изменений печени и поджелудочной железы отмечалось увеличение количества триглицеридов, общего холестерина. Изменения в почках сопровождались увеличением концентрации мочевины и креатинина. Кроме этого у экспериментальных животных наблюдалась гипергликемия.

Со стороны почек выявлялось разрушение эпителия проксимальных канальцев. Высота эпителиальных клеток значительно снижалась в некоторых канальцах от эпителиальных клеток оставались только базальные части клеток, а просвет был заполнен клеточным детритом, однако большинство канальцев выглядели интактными или имели только повреждения щеточной каемки. Просвет капсулы Шумлянско-Боумена был расширен в сравнении с контролем практически в два раза. В почечном тельце диаметр капилляров сосудистого клубочка увеличивался.

Изучая репродуктивную функцию экспериментальных крыс, выяснили, что количество рожденных крысят в контрольной и экспериментальной группе было одинаковым, однако к концу первой недели после родов количество крысят, рожденных от матерей длительно получавших трансгенную сою, резко снижалось. Часть крысят погибали в первые часы после родов, некоторые были съедены самками.

В семенниках обращало на себя внимание уменьшение ширины семенных канальцев у экспериментальных животных. Сперматогенный эпителий местами полностью погибал, и происходило запустение семенных канальцев, местами частично сохранял свою структуру. В некоторых канальцах отсутствовали клетки Сертоли, однако на базальной мембране сохранялись сперматогонии. В интерстиции уменьшалось количество клеток Лейдига, на месте этих клеток оставались овальной формы кисты.

Выводы

Таким образом, длительное употребление ГМ сои отрицательно влияет на устойчивость крыс к физическим нагрузкам, вызывает изменение массы тела крыс, приводит к дистрофическим изменениям внутренних органов, и изменению биохимических показателей крови, а также приводит к массовой гибели потомства или отставанию его в росте.

Литература

1. Насонова Д.С. *Оценка на биобезопасность переноса генов при выращивании трансгенных растений сои в агроценозе*: дис... к. биол. н.: 03.00.23, 03.00.16. Москва, 2007, 194 с. РГБ ОД, 61:07-3/1105.
2. Меньшиков В.В. *Лабораторные методы исследования в клинике*. М.: Медицина, 1987, 364 с.
3. Иглина Н.Г. *Гистология*. СПб.: издательство "Академия", 2011, 224 с.
4. Хабриева Р.У. *Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ*. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2005, 455 с.
5. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. *Математическая статистика в клинических исследованиях*. М., 2000, 236 с.

EVALUAREA IGIENICĂ A MORBIDITĂȚII POPULAȚIEI PRIN MALADII ALE SISTEMULUI CIRCULATOR ÎN RELAȚIE CU GRADUL DE MINERALIZARE A APEI POTABILE

Maxim MOGOREAN¹, Maria-Victoria RACU¹,
Vladimir BERNIC²,

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu,

²Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

The hygienic estimation of cardiovascular morbidity of population according to mineralization of drinking water

One of the causes of cardiovascular pathologies, which is widely spread in the world at the moment is the mineralization degree of drinking water. There was performed a study of cardiovascular morbidity in Central, North and South regions of Moldova in relation to mineralization of drinking water. As a result, it was shown that softer water contribute to a higher level of cardiovascular morbidity and vice versa. The purpose of the analytical research is to highlight the dependence of the cardiovascular pathologies on mineralization degree of drinking water.

Keywords: morbidity, mineralization degree of drinking water, cardiovascular pathologies

Резюме

Гигиеническая оценка заболеваемости населения сердечнососудистой патологией в связи с уровнем минерализации питьевой воды

Один из факторов сердечнососудистой патологии, достаточно распространённой на данный момент в мире – это уровень минерализации питьевой воды. Была изучена заболеваемость населения в центральном, северном и южном районах Республики Молдова в связи с уровнем минерализации питьевой воды. Была выявлена связь: чем мягче питьевая вода, тем выше уровень сердечнососудистой патологии, и наоборот. Цель аналитического исследования – выявление зависимости сердечнососудистой патологии от уровня минерализации питьевой воды.

Ключевые слова: заболеваемость, уровень минерализации питьевой воды, сердечнососудистая патология

Introducere

În prezent, maladiile sistemului circulator sunt printre principalele cauze ale morbidității populației, iar ponderea mortalității prin aceste boli este de 50% din totalul deceselor. Printre cauzele primordiale ale dezvoltării acestor patologii se numără: hipertensiu-

nea arterială, dislipidemiile, sedentarismul, fumatul și stresul psihogen al persoanelor afectate [3, 9]. Există însă și dovezi științifice că apa cu o duritate scăzută, lipsită de cantitatea necesară de ioni de Ca și Mg, poate fi de asemenea o cauză a acestor patologii [7].

Majoritatea studiilor efectuate susțin ipoteza că o concentrație sporită a Ca și Mg în apa potabilă poate contribui la reducerea maladiilor circulatorii și poate avea și alte beneficii pentru sănătatea populației [4, 6, 8]. Importanța durității apei pentru sănătatea populației a fost evidențiată pentru prima dată la sfârșitul anilor '50 de către chimistul japonez Kobayashi, care a demonstrat prin analiză epidemiologică o rată mai înaltă a mortalității prin accident vascular cerebral în regiunile cu apă mai puțin dură și viceversa în regiunile cu apă mai bogată în ioni de Ca și Mg.

Materiale și metode

A fost efectuat un studiu analitic observațional, retrospectiv, în cadrul căruia ca obiect de studiu au servit indicatorii morbidității prin maladii circulatorii și calitatea apei folosită în scopuri potabile din diferite surse (apeducte din sursele de suprafață și de profunzime, fântâni de mină), din nouă localități, care teritorial reprezintă principalele zone ale republicii (Nord – satele Ruseni, Brătușeni și orașelul Cupcini; Centru – satele Condrița, Cricova și orașelul Vadul lui Vodă; Sud – satele Huluboaia, Moscovei și Roșu). Unul dintre criteriile de bază în selectarea localităților a fost folosirea în scopuri potabile a apei din aceleași surse pe parcursul a mai mult de 10 ani.

Evaluarea calității apei a fost efectuată în rezultatul analizei de laborator a 51 de probe de apă din localitățile selectate, la 11 parametrii sanitaro-chimici (561 determinări), utilizând metodele: gravimetrică, cromatografică, volumetrică și optică. De asemenea, au fost evaluate rezultatele retrospective ale investigațiilor de laborator ale calității apei din sursele cercetate, din registrele centrelor de sănătate publică teritoriale: 90 de probe, 11 indicatori, 990 de determinări. Rezultatele obținute au fost supuse analizei statistice după metoda cercetării selective, cu aprecierea mediilor aritmetice și a erorilor lor prin intermediul programului Excel.

Datele privind morbiditatea populației au fost colectate din Raportul statistic nr. 12 *Privind numărul maladiilor înregistrate la bolnavii domiciliați în teritoriul de deservire a instituției curative* pentru perioada 2012-2014, prezentate de centrele de sănătate din localitățile studiate.

Rezultate și discuții

În ultimii ani, tot mai multe studii denotă că gradul de mineralizare a apei corelează direct cu

morbiditatea prin bolile aparatelor genitourinar, digestiv, osteoarticular și totodată prezintă un factor de protecție în cazul maladiilor sistemului circulator [5]. Rezultatele studiului cu privire la duritatea totală (figura 1) demonstrează că apa din sursele cercetate prezintă valori destul de variate.

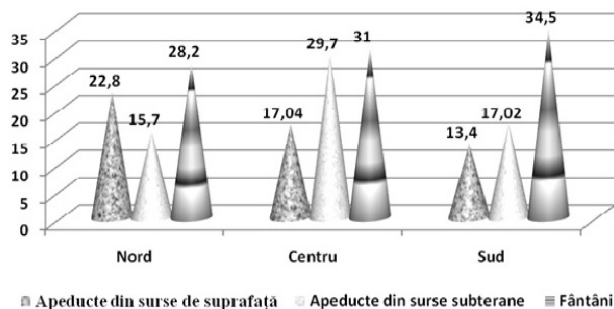


Figura 1. Duritatea totală a apei din sursele investigate (°G)

Cele mai mici niveluri ale durității apei potabile s-au înregistrat în apa apeductelor din sursele de suprafață, unde media a constituit $17,7 \pm 0,41$ °G. Duritatea totală în apa furnizată prin sistem centralizat de aprovizionare din sursele de suprafață prezintă o tendință de scădere de la Nord spre Sud, respectiv de la 22,8 până la 13,4 °G.

Nivelul cel mai înalt al durității totale a fost înregistrat în apa din fântâni ($31,2 \pm 2,7$ °G), unde, spre deosebire de apa din apeductele de suprafață, duritatea totală prezintă o tendință de creștere de la Nord spre Sud, respectiv de la 28,2 până la 34,5 °G.

În rezultatul evaluării conținutului principalilor cationi formatori ai durității totale, Ca și Mg, cărora li se mai atribuie și rolul de protector în cazul bolilor sistemului circulator, am constatat că în toate sursele investigate concentrația cationilor de Ca prevalează asupra cationilor de Mg. Atât conținutul de Ca, cât și de Mg a fost mai mare în apa din fântâni (respectiv, $98,5 \pm 9,3$ și $75,9 \pm 7,3$ mg/l), iar concentrațiile mai mici – în apa din apeductele de suprafață (respectiv $58,1 \pm 1,3$ și $28,6 \pm 1,1$ mg/l).

Analiza morbidității prin maladii ale sistemului circulator a arătat că cel mai înalt nivel a fost înregistrat în localitățile din zona Nord – 1831 de cazuri la 10 mii de locuitori, urmată de zona Sud, cu 1762 de cazuri la 10 mii locuitori, iar cel mai scăzut nivel al morbidității se atestă în zona Centru – 1591 de cazuri la 10 mii locuitori.

Rolul durității apei potabile în maladiile sistemului circulator este evidențiat prin corelația obținută în acest studiu (figura 2). Nivelul cel mai înalt al morbidității prin maladii ale sistemului circulator este atestat în zona de Nord, unde s-au înregistrat valori mici ale durității totale a apei potabile, și invers: în zona Centru există un nivel al morbidității mai scăzut și valori mărite ale durității apei.

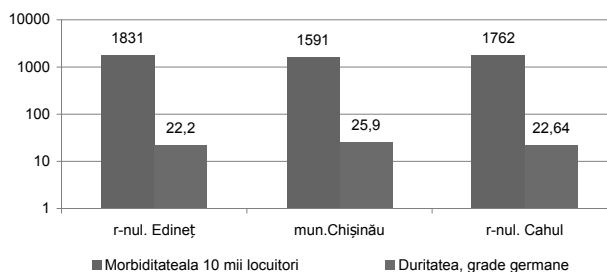


Figura 2. Corelația dintre valorile medii ale morbidității prin maladiile sistemului circulator și duritatea totală a apei potabile

Analizând datele obținute, am constatat că cu cât mai dură este apa potabilă, cu atât mai mic este nivelul morbidității prin maladii ale sistemului circulator. Referitor la relația dintre concentrația ionilor de Ca și Mg și nivelul morbidității prin maladii ale sistemului circulator, s-a demonstrat că Mg este principalul element implicat, Ca având doar un efect de susținere [1]. Un argument epidemiologic veridic bazat pe studii analitice în Taiwan în favoarea efectului Mg a fost oferit și de Paul Hunter, care a raportat o reducere a riscului mortalității prin maladii circulatorii la populația ce consuma apă cu o concentrație sporită de Mg [2].

Concluzii

1. În rezultatul studiului a fost demonstrată ipoteza beneficiilor apei dure asupra patologiilor sistemului circulator, prezentată în numeroase studii anterioare.

2. Nivelul morbidității prin maladiile sistemului circulator este influențat în mare parte de factorul hidric, în special de ionii de Ca și Mg.

3. Conștientizarea existenței unei corelații între maladiile sistemului circulator și duritatea apei ar putea duce la reducerea morbidității prin aceste maladii în rândul populației.

Bibliografie

- Calderon R.L., Craun G.F. *Water hardness and cardiovascular disease: A review of epidemiological studies 1957-79*. 2004, 18 p.
- Cotruvo J. *Health aspects of calcium and magnesium in drinking water*. Baltimore, 2006, p. 5.
- Friptuleac Gr. *Apa și importanța ei igienico-sanitară*. Chișinău, 2004.
- Friptuleac Gr., Șalaru I., Bernic V. *Estimarea impactului calității apei potabile asupra stării de sănătate a copiilor*. Chișinău, 2013.
- Kožišek F. *Health significance of drinking water calcium and magnesium*. 2003, 29 p.
- Monarca S., Donato F., Zerbini M. *Drinking water hardness and cardiovascular diseases: a review of the epidemiological studies 1979-2004*. Italy, 2004, 147 p.
- Skipon S.O., Dvorak B.I. *Drinking water: hard water (calcium and magnesium)*. Neb. Guide, G1274 (Revised July, 2009), p 3.

8. Tcaci E. *Aspecte igienice ale impactului gradului de mineralizare a apei potabile asupra stării de sănătate a populației*. Chișinău, 2003.
9. <http://www.sanatatea.com/pub/mediu/2050-mineralizarea-apei-si-maladiile-circulatorii.html>

PARTICULARITĂȚILE INFLUENȚEI FACTORILOR SOCIALI ȘI HABITUALI ASUPRA BOLNAVILOR DE TUBERCULOZĂ PULMONARĂ

Evelina LESNIC, Ovidiu TAFUNI, Alexandru GARBUZ,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

The distinctive characteristics of the influence of social and habitual factors on the patients with pulmonary tuberculosis

The study enrolled 95 new pulmonary tuberculosis cases registered in the mun. Chisinau. It was demonstrated that social risk factors were most prevalent in the research study. Although, the measured indices were within the normal values, the indirect signs, such as a restricted surface of the habitat, infiltrated walls, mould and dust demonstrated the precarious hygienic-sanitary conditions and socio-economical state of tuberculosis patients.

Keywords: *social factors, habitual factors, patients, pulmonary tuberculosis*

Резюме

Отличительные особенности влияния социальных и жилищных факторов на больных туберкулезом легких

В исследовании были включены 95 пациентов с туберкулезом легких из мун. Кишинэу. Результаты показали, что социальные и биологические факторы риска способствовали развитию туберкулеза легких в большинстве исследованных случаев. Хотя результаты измерений некоторых показателей были в пределах нормы, косвенные признаки, такие, как сокращение площади жилья на человека, участки инфильтрации стен, наличие зон пострадавших от плесени, наличие бытовой пыли, демонстрируют, что больные туберкулезом живут в плохих санитарно-гигиенических и социально-экономических условиях.

Ключевые слова: *социальные факторы, жилищные факторы, больные, туберкулез легких*

Introducere

Tuberculoza este una dintre cele mai vechi boli cunoscute, apărute odată cu crearea primelor comunități umane. Conform datelor Organizației

Mondiale a Sănătății (OMS), în prezent aproximativ o treime din populația lumii este infectată cu *M. tuberculosis* și anual se înregistrează peste 9 milioane de cazuri noi de îmbolnăvire [7]. Conform raportului OMS, Moldova se situează printre primele locuri printre țările Regiunii Europene, după rata de notificare a cazurilor de tuberculoză, cu o prevalență de 154/100.000 populație și o incidență de 114/100.000 populație. În 2001, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova a adoptat strategia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course Chemotherapy) în controlul tuberculozei [5].

În pofida tuturor investițiilor financiare, a măsurilor de optimizare a depistării timpurii, diagnosticului microscopic prin echiparea laboratoarelor microbiologice de referință și instruirii personalului medicinei de familie în vederea diagnosticului oportun, rata bolnavilor depistați în fazele inițiale ale bolii esete foarte redusă [1]. Astfel, 37% din cazurile noi sunt forme de tuberculoză pulmonară avansate, cu destrucții masive, evoluând mai mult de 3 luni, în acest timp expunând societatea unei infecții masive [5].

Tuberculoza afectează persoanele cu statut socioeconomic precar, socialmente dezadaptate [2]. Moldova este o țară cu emigrare în masă a cetățenilor. Se estimează că 25% din populația adultă activează în alte țări; în anul 2008, aproximativ 335.600 de cetățeni moldoveni au emigrat în căutarea unui lucru. Migrația este un motiv al depistării tardive a tuberculozei, din cauza condițiilor precare de lucru la care sunt supuși migrații și lipsei accesului la serviciile medicale [2, 4].

Un grup social cu risc mare pentru dezvoltarea tuberculozei sunt deținuții și persoanele eliberate din instituțiile de detenție [6]. Creșterea incidenței tuberculozei a fost determinată de majorarea semnificativă a ponderii cazurilor de infecție cu HIV. Caracterul pandemic al infecției a transformat-o dintr-o boală endemică în una epidemica, infecția cu HIV fiind cel mai potent factor favorizant al evoluției severe a tuberculozei cunoscut până în prezent [7]. Actualmente se estimează că 5,7% din cazurile TBC din Moldova sunt co-infectate TB/ HIV [1].

Scopul studiului a fost cercetarea particularităților influenței factorilor sociali și de habitat asupra bolnavilor de tuberculoză.

Material și metode

S-a efectuat o cercetare structurată ca un studiu retrospectiv selectiv, realizat pe perioada 2010-2012. Subiecții studiului au fost 95 de bolnavi de tuberculoză pulmonară. Pacienții selectați au fost spitalizați în Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopulmonologie. Criteriile de includere în studiu: vârsta mai mare de

18 ani, caz nou de tuberculoză pulmonară, prezența acordului informat de participare în studiu.

Rezultate și discuții

Comparând distribuția bolnavilor pe sexe, am constatat că bărbații au predominat, comparativ cu femeile – 72 (75,79 ± 4,39%) bărbați și 23 (24,21 ± 4,39%) femei – în eșantionul de studiu ($p < 0,001$). Raportul bărbați:femei=3,13:1. Distribuind pacienții conform grupelor de vârstă, am constatat predominarea bolnavilor din decada 35-44 de ani, cu 31 (32,632 ± 4,81%), urmat de decada 25-34 de ani cu 27 (28,42 ± 4,63%), apoi de decada 55-64 de ani cu 16 (16,842 ± 3,84%) și de 45-54 ani cu 14 (14,737 ± 3,64%) cazuri. Datele sunt expuse în *tabelul 1*.

Tabelul 1

Repartiția cazurilor conform grupelor de vârstă

Grupul de vârstă, ani	Eșantion studiu, n = 95	
	n	M±m (%)
18 - 24	5	5,263 ± 2,29
25 - 34	27	28,42 ± 4,63
35 - 44	31	32,632 ± 4,81
45 - 54	14	14,737 ± 3,64
55 - 64	16	16,842 ± 3,84
>65	2	2,105 ± 1,48

Evaluând factorii de risc socioeconomi, am constatat că cei mai mulți bolnavi au fost muncitori necalificați – 37 (38,947±5,003%) persoane, urmași de muncitorii calificați – 24 (25,263±4,458%), apoi de agricultori – 16 (16,842±3,84%) și persoane pensionate – 14 (14,737±3,637%). Cazuri unice au fost un (1,053±1,047%) funcționar public, un (1,053±1,047%) student. Datele sunt expuse în *tabelul 2*.

Tabelul 2

Repartiția cazurilor conform ocupației de bază

Statutul social	Eșantion studiu, n = 95	
	n	M±m (%)
Agricultori	16	16,842 ± 3,84
Funcționari	1	1,053 ± 1,047
Muncitori calificați	24	25,263 ± 4,458
Muncitori necalificați	37	38,947 ± 5,003
Pensionari	14	14,737 ± 3,637
Invalizi	2	2,105 ± 1,473
Studenți	1	1,053 ± 1,047

Nivelul social este condiționat și de studiile achiziționate. Studiile medii complete a avut fiecare al doilea bolnav din eșantion, respectiv 54 (56,842±5,08%), urmași de grupul persoanelor cu studii medii incomplete – 40 (42,105±5,07%) cazuri și doar un (1,053 ± 1,05%) pacient a avut studii superioare.

Statut matrimonial de persoană căsătorită a avut fiecare al doilea bolnav, adică 52 (54,737±5,11%),

urmași de persoanele celibatate – 38 (40,000±5,03%), apoi de văduvi și divorțați – 5 (5,263±2,29%).

Drept grupuri sociale cu impact epidemiologic mărit au fost identificate: persoanele migrate, persoanele cu istoric de detenție, persoanele fără loc de trai, consumatorii cronici de alcool. Deci, migrați au fost 14 (14,737±3,64%) bolnavi, foști deținuți – 3 (3,158±1,79%) bolnavi. Deprinderile nocive, precum fumatul activ, s-au adeverit la 87 (91,579±2,85%) bolnavi. Consumatorii cronici de alcool s-au identificat într-o pondere substanțială – 60 (63,158±4,95%). Nivelul de trai s-a constatat nesatisfăcător la majoritatea bolnavilor – 79 (83,158±3,84%), comparativ cu doar 16 (16,842±3,84%) bolnavi cu condiții satisfăcătoare, atingând un grad înalt de diferență statistică, $p < 0,001$. Persoane fără loc de trai au fost 7 (14,29±2,55%) bolnavi. Comorbidități au fost identificate la aproximativ o treime din bolnavii eșantionați – 62 (72,09±3,94%).

Sinteza rezumativă a particularităților generale, a caracteristicilor sociale, economice și epidemiologice ale bolnavilor de tuberculoză pulmonară a demonstrat că sexul masculin și vârsta tânără sunt particularitățile biologice proeminente ale bolnavilor de tuberculoză. Statutul economic precar, de persoană neangajată, având ocupația de bază prestarea muncilor necalificate, nivelul de instruire redus și statutul civil de persoană solitară sunt caracteristice bolnavilor de tuberculoză. Deprinderile nocive (consumul cronic de alcool, fumatul), dar și apartenența la grupurile de risc cu impact epidemiologic major au fost identificate într-o proporție substanțială din cazuri. Rezultatele sunt expuse în *tabelul 3*.

Tabelul 3

Apartenența la grupuri cu risc de îmbolnăvire de tuberculoză

Grupuri de risc	Eșantion studiu, n = 95	
	n	M±m (%)
Bărbați	72	75,79 ± 4,39
Vâsta tânără (18-44 ani)	63	66,31 ± 3,41
Migranți	14	14,737 ± 3,64
Foști deținuți	3	3,158 ± 1,79
Fumători	87	91,579 ± 2,85
Consumatori de alcool	60	63,158 ± 4,95
Pacienți comorbizi		

Menționăm faptul că au fost evaluate condițiile habitatului urban, care sunt în strânsă corelare cu cele socioeconomice, dar care se consideră a fi mai favorabile decât cele din mediul rural, din cauza impactului mai mare al crizei social-economice asupra regiunilor rurale.

Evaluând particularitățile condițiilor igienice, am constatat un nivel de igienizare redus al

locuințelor bolnavilor de tuberculoză investigați. Suprafața medie a habitatului a constituit 37,5 m², variind între 6 m² și 45 m². Limitele minime și cele maxime ale temperaturii aerului au fost cuprinse între valorile de 10 °C și 24 °C, în medie 19,5±1,1. Umiditatea relativă din încăperile de trai la momentul efectuării măsurărilor varia între 41% și 56%. Viteza curenților de aer varia între 0 m/s și 0,1 m/s.

Pe pereții camerelor locative au fost determinate zone afectate de condens, infiltrație și mucegai, la unele locuințe cu dimensiuni ale suprafeței totale de până la 2,65 m²/locuință. Unii bolnavi de tuberculoză locuiesc în clădiri avariate, din cauza insuficienței financiare suportate sau a deprinderilor dăunătoare, ultima reparație a imobilului fiind făcută în anii '80 ai secolului XX.

Concluzii

1. Factorii de risc sociali și biologici au contribuit în dezvoltarea tuberculozei pulmonare la ponderea majoritară a cazurilor investigate.

2. Deși indicatorii măsurărilor obiective au fost în limitele normei, unele semne – precum spațiul locativ redus per persoană, prezența pe pereți a zonelor afectate de mucegai – demonstrează precaritatea situației sanitare și socioeconomice a bolnavilor de tuberculoză

Bibliografie

1. Ciobanu S., Kavtaradze M. *Raport de studiu: analiza comună a Programului Național de Profilaxie și Combatere a Tuberculozei din Republica Moldova*. Chișinău: Imprintstar, 2010, 46 p.
2. Iavorschi C., Vilc V., Emelianov O. *Statutul social și tabloul clinico-radiologic al bolnavilor de tuberculoză fibro-cavitară la etapa actuală*. In: *Anale științifice, Chișinău*, 2010, vol. 3, p. 282-286.
3. Nalivaico N. *Concepția internațională în managementul tuberculozei în condițiile epidemiologiei contemporane*. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*. Chișinău, 2011, nr. 4(32), p. 206-211.
4. Pisarenco S., Gerbiș T. *Caracteristica tuberculozei pulmonare la pacienții cu divers risc de îmbolnăvire*. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*. Chișinău, 2006, nr. 2(6), p. 40-43.
5. Ministerul Sănătății. *Indicatori preliminari în format prescurtat privind sănătatea populației și activitatea instituțiilor medico-sanitare pe anii 2015-2015*. Chișinău, 2016.
6. World Health Organization. *Commission on Social Determinants of Health. Action on the social determinants of health*. Geneva, 2005.
7. World Health Organization. *The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight to wards elimination of tuberculosis*. Geneva, 2014.

CONDIȚIILE DE TRAI ALE BOLNAVILOR DE TUBERCULOZĂ DIN ORAȘUL CHIȘINĂU ÎN PERIOADA RECE A ANULUI

Ovidiu TAFUNI, Evelina LESNIC,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

The living conditions of patients with tuberculosis in the city of Chișinău in the cold period of the year

The risk of developing tuberculosis significantly increases by sharing the household with a person suffering from pulmonary tuberculosis. Even in the absence of a direct contact with the source of infection, the environment and household represents a major risk for disease development. Mycobacterial re-infection and infection of healthy people can be prevented by organizing optimal management of household conditions and permanent dwelling sanitation.

Keywords: tuberculosis, household conditions, dwelling, microclimate

Резюме

Условия жизни больных туберкулезом в городе Кишинэу в холодный период года

Риск развития туберкулеза значительно возрастает при сожительстве с человеком, страдающим от этой болезни. Даже при отсутствии прямого контакта с человеком, который является источником инфекции, основной риск присутствует в домашней обстановке. Микобактериальная реинфекция у больных туберкулезом и заражение здоровых людей могут быть предотвращены путем организации оптимальных условий жизни и соблюдения гигиены жилья.

Ключевые слова: туберкулез, условия жизни, жилье, микроклимат

Introducere

Tuberculoza (TB) reprezintă cea mai gravă problemă de sănătate publică, afectând populația de vârstă maximei activității economice. Conform raportului global OMS, în 2014 au fost notificate 10 milioane de cazuri de TB și s-au înregistrat 1,1 milioane de decese printre oamenii HIV negativi, plus 0,35 milioane de decese din cauza asocierii co-infecției TB/HIV; în total 1,2-1,5 milioane de decese, reprezentând a doua cauză de deces din întreaga lume, condiționată de un singur agent infecțios [9]. Regiunii Europene îi revin 5% din cazurile notificate mondial, iar Moldova face parte din cele 18 țări ale Regiunii Europene cu cea mai înaltă povară epidemiologică [9]. Incidența globală (numărul de cazuri noi și recidive) prin tuberculoză a înregistrat, în 2014, o rată de 114,3 la 100.000 populație, ceea

ce demonstrează menținerea unei situații epidemiologice tensionate în țară și în regiunea geografică dată [7].

Fiind considerată boala „lumii în tranziție”, tuberculoza este condiționată de mai mulți factori sociali, cum ar fi sărăcia, malnutriția și migrația [4]. Riscul de a dezvolta TB crește în mod semnificativ în cazul partajării locuinței cu o persoană bolnavă și aflării în contact prelungit și regulat cu ea [3]. Comunicarea regulată la locul de trai, în calitate de membri ai familiei, implicarea în schimbul de fluide ale corpului (sărut, contact sexual), utilizarea acelorași obiecte (veselă, ștergare, cada de baie, WC etc.) pot duce la infectarea cu *M. tuberculosis* [11]. Chiar și în lipsa contactului direct cu persoana-sursă de infecție, un risc major îl prezintă mediul din locuință.

Riscul de infectivitate a locuinței se menține zeci de ani, dacă persoana baciliferă a locuit într-un apartament sau casă. În gospodăria sau în mediul habitual al bolnavului bacilifer unde nu s-a efectuat dereticarea umedă, agentul patogen al TB trăiește aproximativ 1-3 luni în praful de casă [11]. În condiții de subsol, ferit de lumina directă a Soarelui, *M. tuberculosis* supraviețuiește mai mult de 4-5 luni. Multiple surse științifice demonstrează că nivelul sanitar redus al populației, condițiile de trai suboptimale, nerespectarea recomandărilor de igienă personală și a locuinței pot induce dezvoltarea tuberculozei active, creșterea riscului unei recidive timpurii și transmiterea infecției altor membri ai familiei [5].

Scopul studiului a fost evaluarea condițiilor de trai ale bolnavilor de tuberculoză din municipiul Chișinău în perioada rece a anului.

Obiectivele urmărite au fost:

1. Analiza informației bibliografice privind acțiunea condițiilor de trai asupra sănătății populației, inclusiv a persoanelor bolnave de tuberculoză.
2. Estimarea condițiilor tehnico-arhitecturale ale locuințelor bolnavilor de tuberculoză.
3. Estimarea condițiilor igienice de trai ale bolnavilor de tuberculoză.
4. Elaborarea recomandărilor profilactice.

Materiale și metode

Datele au fost colectate din fișele de măsurare a condițiilor microclimatice, din expertiza tehnico-arhitecturală și sanitar-igienică a locuinței, precum și din chestionarele aplicate în urma acordului informat. Au fost utilizate metodele de cercetare: descriptivă, epidemiologică, statistică, matematică.

Suportul metodologic a fost oferit de un lot de 57 de persoane bolnave de tuberculoză din orașul Chișinău, inclusiv 2 copii (cu vârsta de 7 și 16 ani respectiv), și 55 de persoane adulte, cu vârsta între 18 și 63 de ani, media = 35,7 ani.

Criterii de selectare: fișa cu confirmarea diagnosticului de tuberculoză la momentul inițierii

studiului; fișa de tratament; confirmarea că persoana interviuată locuiește în domiciliul cercetat mai mult de cinci ani. Perioada de studiu a cuprins perioada rece a anului 2010.

Rezultate și discuții

În studiu au fost incluși 57 de bolnavi de tuberculoză, 18 (31,57%) fiind locatari ai caselor cu un singur nivel. Numărul camerelor caselor la sol ale bolnavilor intervieuați a variat de la 1 până la 5, în medie 2 camere. Restul 39 de bolnavi (68,43%) au locuit la bloc în apartamente, cu un număr de camere variind de la 1 la 4, în medie 2 camere. Locuiau singuri 11 (19,30%) persoane cu vârsta cuprinsă între 31 și 63 de ani. Grupul bolnavilor de TB care împart spațiul locativ cu încă o persoană a fost de 29 (50,87%), aceștia fiind din grupurile familiale: soți, părinte/copil, frate/soră. A urmat grupul celor care împart spațiul locativ cu alți 2 membri (12 sau 21,03%), precum cu cei din gradele apropiate de rudenie, membri ai familiei (părinți cu un copil, doi copii cu un părinte, persoana adultă cu părinții în vârstă etc.). Cel mai mic grup îl constituiau persoanele ce locuiesc cu alți 3 membri ai familiei – 5 (8,8%) cazuri.

Din 57 de bolnavi, doar 6 (10,52%) împărțeau locuința cu o camera cu o altă persoană, din cauza insuficienței spațiului de locuit. Cea mai mică suprafață de locuință ocupată de o persoană a fost de 6 m², cea mai mare – de 11,75 m². În celelalte cazuri, suprafața locativă pentru o persoană bolnavă de TB, în orașul Chișinău, în cazul studiului dat, varia între 12 m² și 45 m².

În privința planificării interioare, respectării principiilor de separare arhitectural-tehnică și sanitaro-igienică a încăperilor în principale și auxiliare, am constatat că în majoritatea locuințelor de la bloc aceste principii se respectă în 37 (94,80%) locuințe din 39. În 2 (5,12%) cazuri, bucătăria cu camera de zi au fost comasate, iar într-un singur caz antreul a fost unit cu camera de zi. În cazurile menționate, încăperile erau folosite și ca dormitoare, fapt ce se consideră neigienic.

În ceea ce privește casele situate la sol, respectarea cerințelor de separare arhitectural-tehnică și sanitaro-igienică a încăperilor în principale și auxiliare depindea de planul individual al casei. Așadar, analizând indicatorii, am constatat că în 14 (77,77%) cazuri aceste principii nu se respectau. Antreul/tinda era prezentă în 16 (88,88%) case, iar în 2 (11,12%) lipsea. Absența antreului este un factor negativ, deoarece acesta este o încăpere destinată termoizolării pe timp de iarnă. Accesul locatarilor direct în dormitor determină pierderi permanente ale agentului termic și decalaje mari de temperatură a aerului ambiental al locuinței, fiind un factor care duce la scăderea rezistenței organismului locatarilor.

Studiind locul amplasării camerei de baie, am constatat că doar într-un singur caz (5,55%) WC era instalat în casă, într-o cameră separată, în celelalte cazuri (17 sau 94,45%) closetul se afla afară, separat de clădirea principală sau anexat la ea. Exact la fel și baia: doar într-un caz era amplasată în interiorul casei, în celelalte era amenajată afară. Doar în 3 (16,67%) cazuri camera de baie era încălzită și utilizată și pe timp de iarnă. În celelalte 14 (77,78%), condițiile de igienizare personală erau dificile, din cauza că persoanele făceau baie în bucătărie, în dormitor sau în camera de zi pe perioada rece a anului.

Analizând condițiile habitatului caselor la sol (18 case), am determinat că toate aveau în curte loc amenajat pentru uscatul hainelor. După ce hainele înghețau, ele erau aduse în casă pentru a se usca, fiind amplasate pe dispozitive speciale sau pe scaune, mobila moale etc. Persoanele care locuiau la bloc, numai în 9 (23,07%) cazuri aveau în curte locuri amenajate pentru uscat rufele, în 30 (76,93%) de cazuri persoanele își uscau hainele în apartamente. Unele persoane (19 sau 63,33%) preferau să-și usuce hainele la balcon, 7 (23,33%) – la bucătărie, iar 4 (13,34%) nu aveau un loc fix de uscare a lor. Astfel, periodic apăreau condiții care favorizau creșterea umidității în încăperile de locuit – substrat favorabil pentru scăderea rezistenței organismului bolnavilor de TB, apariția acutizărilor, asocierea unei alte flore microbiene sau virale, precum și pentru transmiterea tuberculozei la membrii familiei.

În 3 (16,66%) cazuri, la casele de la sol lipsea bucătăria ca zonă structurală, locatarii pregătind bucatelile în antreu/tindă sau în dormitor. În 55 (93,22%) de cazuri, dormitoare și camerele de zi erau utilizate cu multiple scopuri, nu toate încăperile erau încălzite sau era criză de spațiu locativ. Este alarmantă situația când în 2 (3,50%) cazuri persoanele bolnave de TB dau în chirie spații de locuit persoanelor tinere sănătoase, devenind astfel surse de infecție cu *M. tuberculosis*.

Analizând starea tehnică a locuințelor de la sol, în care trăiau persoanele bolnave de tuberculoză, am constatat că 3 (5,08%) din ele prezentau elemente grave de avariere a tavanului și a pereților. De asemenea, în casele menționate lipseau unele ochiuri la geam, la una a fost avariata ușa de la intrare, pe timp de iarnă considerându-se un indicator sanitaro-igienic nesatisfăcător. Pereții interni de lângă geam la 46 (80,70%) locuințe din 57 au fost afectați de condens, la 21 (36,84%) din ele au fost determinate urme de infiltrat, iar în 16 (28,07%) locuințe au fost depistate zone afectate de mucegai, cu suprafața totală de până la 2,65 m²/locuință. Infiltratul și mucegaiul sunt indicatori ai umidității sporite și lipsei de ventilație sau schimbului de aer, iar mucegaiul mai prezintă un substrat perfect de reținere a bacteriilor, inclusiv

a celor de tuberculoză, ceea ce duce la persistența infecției [1, 11].

Sistemele comunale și necomunale au un rol important în menținerea igienei locuinței [2, 10, 11]. Sistemul de asigurare centralizată cu apă potabilă lipsea la 3 (5,08%) locuințe de la sol, totodată în curtea lor lipsea și sursa locală de apă potabilă. La bloc a fost sistată alimentația cu apă la 0 (1,75%) locuință din cauza datoriilor la plată. Din 18 locuințe amplasate la sol, 10 (55,55%) nu erau conectate la sistemul de canalizare orășenesc, dar nu erau dotate cu niciun alt tip de canalizare.

În 34 (59,65%) de locuințe era instalat și funcționa sistemul centralizat de încălzire din rețeaua orășenească, dintre care într-un apartament era deconectat din cauza datoriilor la plată, iar în 9 (15,80%) locuințe era instalat sistemul autonom cu termocentrală, cu alimentare la gaz natural. Din locuințele situate la sol, în 2 (3,50%) cazuri sistemul local de încălzire nu funcționa și nu era utilizat, iar în 12 (21,05%) posedau încălzire locală cu sobe, încălzite cu ajutorul lemnului, cărbunilor sau a gazului natural. Din locuințele incluse în studiu 3 (5,08%) erau deconectate de la curent electric din cauza datoriilor la plată, iar 54 (94,72%) erau conectate.

În 48 (84,22%) locuințe, pentru prepararea hranei se utiliza gazul natural sau cel îmbuteliat, în 7 (12,28%) se folosea plita alimentată cu curent electric, iar în 2 (3,50%) cazuri se utilizau lemne sau un alt combustibil. În una din case, respondenții au afirmat că nu pregătesc bucate, se alimentează numai dacă găsesc ceva potrivit pe la gunoi sau dacă primesc ceva de la vecini. În cazul dat, subalimentația este un factor predispozant pentru agravarea stării de sănătate a bolnavilor de tuberculoză.

Unii dintre factorii importanți de menținere a confortului ambiental pentru bolnavii de TB sunt cei microclimatici [10, 11, 12]. Măsurările factorilor fizici, cum ar fi temperatura, umiditatea și viteza curenților de aer, au confirmat condiții neigienice în unele locuințe ale persoanelor bolnave de TB. La momentul măsurării, într-o (1,75%) locuință la sol, avariata, dar locuită, temperatura aerului din interior era de -2 °C, umiditatea fiind de 41%, iar viteza curenților de aer de 0,3 m/s. În alte cazuri, limitele temperaturii minime și maxime cuprindeau valorile 10 °C și 24 °C (19,5±1,1). Umiditatea relativă din încăperile de trai, la momentul efectuării măsurărilor, era în limitele normei și varia între 41% și 56%. Viteza curenților de aer varia între 0 m/s și 0,1 m/s, ceea ce nu este recomandat.

Datele referitor la umiditate sunt valori ale măsurărilor efectuate la un moment anumit, dar determinarea zonelor afectate de mucegai ne vorbește despre faptul că, în unele cazuri, umiditatea relativă

a aerului a depășit și limitele de 70%, deoarece numai în așa condiții apare mucegaiul prezent în unele locuințe ale bolnavilor de TB.

Concluzii

1. Condițiile de trai sunt nesatisfăcătoare din punct de vedere tehnico-arhitectural și sanitaro-igienic într-o proporție semnificativă de bolnavi de TB.

2. Au fost constatate case avariate și condiții de locuit antisaniare, fapt ce poate duce la agravarea bolii, creșterea frecvenței acutizărilor și transmiterea maladiei altor membri din familie.

3. Pentru a preveni agravările și transmiterea maladiei colcatorilor, este necesară aplicarea măsurilor de ameliorare a condițiilor de trai pentru unele categorii de bolnavi de tuberculoză.

Bibliografie

1. Baker M., Das D., Venugopal K., Howden-Chapman P. *Tuberculosis associated with household crowding in a developed country*. In: J. Epidemiol. Community Health., 2008; nr. 62(8), p. 715–721.
2. Canadian Tuberculosis Committee. *Housing conditions that serve as risk factors for tuberculosis infection and disease*. An Advisory Committee Statement (ACS). Can. Commun. Dis. Rep., 2007; nr. 33(ACS-9), p. 1–13.
3. Guo N., Marra F. *Measuring health-related quality of life in tuberculosis: A systematic review*. In: Health Quality Life Outcomes, 2009, nr. 7(14), p. 7–14.
4. Hargreaves J., Boccia D., Evans C. et al. *The social determinants of tuberculosis from evidence to action*. In: Am. J. Public Health., 2011; nr. 101(4), p. 654–662.
5. Hill P.C., Jackson-Sillah D., Donkor S.A., Otu J., Adegbola R.A., Lienhardt C. *Risk factors for pulmonary tuberculosis: a clinic-based case control study in The Gambia*. In: BMC Public Health, 2006; nr. 6, p. 156.
6. Holtgrave D., Crosby R. *Social determinants of tuberculosis case rates in the United States*. In: American Journal of Preventive Medicine, 2004, vol. 26 (2), p. 159–162.
7. Ministerul Sănătății. *Indicatori preliminari în format prescurtat privind sănătatea populației și activitatea instituțiilor medico-sanitare pe anii 2014-2015*. Chișinău, 2016.
8. World Health Organization. *Commission on Social Determinants of Health. Action on the social determinants of health*. Geneva, 2005.
9. World Health Organization. *The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis*. Geneva, 2014.
10. Yeung M., Khoo E., Brode S. et al. *Health-related quality of life, comorbidities and mortality in pulmonary nontuberculous mycobacterial infections: A systematic review*. In: Respirology, 2016, Mar 23. doi: 10.1111/resp.12767.
11. Пузырева Л.В., Николаева И.И., Леонтьев В.В. *Оценка гигиенических условий проживания больных туберкулезом*. В: Сибирское медицинское обозрение. Выпуск № 1, том 73, 2012 г.
12. <http://www.pneumo-iasi.ro/articole/Ghid%20tbc/educatie.html>

UNELE ASPECTE ALE CONSILIERII PSIHOLOGICE A FAMILIILOR COPIILOR CU PATOLOGII NEUROGENETICE

Mariana SPRINCEAN^{1,2}, Ludmila EȚCO^{1,2},
Elena PALADI¹,

¹IMSP Institutul Mamei și Copilului,

²Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu

Summary

Some aspects of psychological counseling for families of children with neurogenetic pathology

Psychological counseling for families of children with neurogenetic diseases represents an important aspect in medicine. Children with neurogenetic diseases manifest neuropsychological deviations, which are progressing with age, with serious personal and social consequences. The application of resources for amelioration of development to children with neurogenetic syndromes are impossible without a deep knowledge of clinical form, specifics and the particularities of the neurogenetic diseases.

Keywords: neurogenetic pathologies, psychological counseling, children development, neuropsychological deviations, syndrome

Резюме

Некоторые аспекты психологической консультации семей детей с нейрогенетическими заболеваниями

Психологическая консультация семей детей с нейрогенетическими заболеваниями имеет большое значение в медицине. У детей с нейрогенетическими заболеваниями отмечаются психоневрологические отклонения, которые постепенно прогрессируют, в результате появляются серьезные личностные и социальные последствия. Применение ресурсов для улучшения развития детей с генетическими синдромами невозможно без глубокого знания клинической формы, специфики и нейрогенетических особенностей болезни.

Ключевые слова: нейрогенетические заболевания, психологическая консультация, детское развитие, психоневрологические отклонения, синдром

Intoducere

Descoperirile din domeniul medicinei, neurologiei și din genetică, care au confirmat rolul major al mutațiilor genice și cromozomiale în etiologia patologiilor neurogenetice (PNG), au schimbat cardinal viziunea multor specialiști. Actualmente se cere o atenție deosebită în ocrotirea sănătății neuropsihice a copiilor, în special a celor cu patologii neurogenetice. La copiii cu sindroame cromozomiale și boli genetice asociate cu retard psihomotor se constată

apariția unor abateri neuropsihice stabile, care progresează treptat odată cu maturizarea, având consecințe grave personal-sociale [4].

Studiul literaturii de specialitate și sinteza cercetărilor întreprinse asupra copiilor cu diverse patologii neurogenetice ne-au permis să sintetizăm ideea că vârsta fragedă a copilăriei este considerată una decisivă și totodată critică în dezvoltarea fiecărui individ. Particularitățile neuropsihice la această etapă ontogenetică, precum și lipsa unei stimulări timpurii, a unor modele psihocorecționale și a metodologiilor educaționale bine determinate, care ar îndruma și părinții cu copii deficienți, influențează în mod direct dezvoltarea subiecților cu patologii neurogenetice.

În condițiile diagnosticării unor stări patologice, de exemplu în sindromul X-fragil, fenilcetonurie, sindroamele Prader-Wili, Angelman și Down, boala Wilson etc., dezvoltarea ulterioară nu urmează un ritm firesc, caracteristic copilului sănătos [5, 7]. Imaturitatea sistemului nervos la copiii de până la trei ani poate constitui o premisă importantă în vederea unei stimulări psihocomportamentale a copiilor deficienți. Stimularea timpurie a copiilor cu retard în dezvoltarea psihomotorie este hotărâtoare din motivul plasticității enorme a creierului în primii trei ani de viață [3].

Cercetările efectuate de numeroși savanți (Albu A., Bucun N., Vrășmaș E. etc.) au arătat că micuții cu patologii neurogenetice, în comparație cu cei cu dezvoltare normală, urmează un ritm al său, individual, care diferă de etapele stadiale caracteristice dezvoltării [1, 2, 6].

Rezultatele investigațiilor demonstrează că la copiii cu patologii neurogenetice toate tipurile de comportamente psihice de bază – psihomotor, socioafectiv și cognitiv-verbal – se dezvoltă cu întârziere. Particularitățile psihofizice ale patologiei neurogenetice, inclusiv deficitul intelectual, sunt polimorfe atât după caracterul de manifestare, cât și după gradul de exprimare. Din punct de vedere psihologic, la copiii cu patologii neurogenetice, pe parcursul primilor trei ani de viață, se constată, în primul rând, o imaturitate a funcțiilor responsabile de dezvoltarea motricității, a sferei emoțional-volitive și a limbajului [8].

Scopul studiului constă în studierea gradului de cunoaștere de către părinții copiilor cu sindroame genetice a patologiilor neurogenetice, în general, și a resurselor medicale, psihologice și pedagogice de ameliorare a acestora.

Material și metode

Pentru realizarea scopului propus, în cadrul consultului medico-genetic de la Centrul de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală, în perioada

2012-2016 a fost examinat un eșantion de peste 250 de copii cu diverse patologii neurogenetice și au fost chestionate 300 de persoane. Consilierea medico-genetică a membrilor familiilor copiilor cu patologii neurogenetice reprezintă un suport medico-psihologic extrem de valoros, fiind considerată și o metodă educativă, de informare, ghidare și susținere a persoanelor în situații critice.

Rezultate obținute

În procesul de examinare a copiilor incluși în studiu a fost elaborată și utilizată *Fișa individuală a copilului*. Aceasta a inclus date privind evaluarea medico-genetică, diagnosticul psihogenetic, examenul neurologic, nivelul de dezvoltare a copiilor cu patologii neurogenetice.

La elaborarea fișei respective, un aport important în privința veridicității informației furnizate l-au avut părinții, rudele, specialiștii etc. Creșterea nivelului de informare a familiilor, părinților și rudelor copiilor cu astfel de afecțiuni, precum și a persoanelor din grupul de risc sporit reprezintă un aspect relevant pentru optimizarea mediului ce facilitează procesul de ameliorare și corecție a dezvoltării acestor copii. De asemenea, a fost aplicat un chestionar aplicat următoarelor categorii de persoane:

1. Părinți și membri ai familiilor copiilor afectați de patologii neurogenetice în vârstă de până la 3 ani – 100 persoane.
2. Femei însărcinate din grupul de risc – 100 persoane.
3. Cupluri din grupul de risc (consangvinitate, infertilitate, avorturi spontane în anamneză, vârsta avansată, anamneza eredocolaterală agravată etc.), care nu au copii, dar care doresc să-și planifice sarcina – 60 persoane.
4. Tineri necăsătoriți, pentru sfat psihogenetic – 30 persoane.
5. Specialiști – medici (4), psihologi (3), pedagogi (3) – 10 persoane.

În total, în chestionar au fost cuprinse 300 de persoane.

Obiectivele generale ale chestionării au fost: a) identificarea gradului de cunoaștere a problematicii patologiilor neurogenetice la copiii de până la 3 ani, b) identificarea gradului de cunoaștere a posibilităților de recuperare și ameliorare a dezvoltării psihocomportamentale a copiilor cu sindroame genetice cu afectarea SNC.

În cadrul chestionării verbale a membrilor familiilor copiilor cu patologii neurogenetice, în special a mamelor biologice ale copiilor cu sindroame genetice, am cules informația necesară care se referea la specificul decurgerii nașterii (îndeosebi privind perioadele antenatale, precum și nașterea propriu-

zisă), prezența în familie a persoanelor afectate de maladii ereditare, gradul de rudenie dintre soți (consangvinitatea), vârsta înaintată a soților, care majorează riscul nașterii copiilor afectați de patologii neurogenetice.

Întrebările orientative în chestionarea verbală a părinților și a rudelor apropiate ale copiilor cu patologii neurogenetice:

1. Ce cunoașteți despre bolile ereditare? Din ce surse?
2. Ce știți despre patologii neurogenetice (de ex., sindroamele Rett, Prader-Willi, Angelman, boala Wilson, X-fragil)?
3. Ce metode de profilaxie a afecțiunilor ereditare cunoașteți?
4. Prin ce se deosebește dezvoltarea copilului Dumneavoastră de dezvoltarea altor copii?
5. Cum apreciați dezvoltarea motricității la copilul D-voastră ?
6. Copilul Dumneavoastră poate recepționa cu atenție și reține cuvintele auzite?
7. Copilul Dumneavoastră poate reproduce cuvintele onomatopoeice și sunetele animalelor îndrăgite?
8. Cum se orientează copilul Dumneavoastră în timp și în spațiu?
9. Care este reacția micuțului Dumneavoastră în procesul de interacțiune și comunicare în cadrul activității de joc cu alți copii?
10. Cum apreciați și stimulați dezvoltarea copilului Dumneavoastră?
11. Reușiți să vă jucați cu copilul Dumneavoastră? Cât de des?
12. Ce tipuri de jocuri-activități propuneți copilului Dumneavoastră?
13. Cum stimulați interesul copilului în activitățile de joc?
14. Ce intenționați să faceți în continuare pentru a ameliora dezvoltarea copilului Dumneavoastră?

Analizând răspunsurile persoanelor chestionate, ne-am convins că nu toți părinții și familiile copiilor cu patologii genetice cunosc la nivel satisfăcător despre afecțiunile genetice. Marea majoritate a părinților și a rudelor copiilor supuși cercetării nu sunt indiferenți față de handicapul micuților lor și doresc să cunoască mai multă informație despre patologii genetice cu afectarea SNC, în special despre sindroamele de care sunt afectați copiii. De asemenea, părinții și rudele chestionate ar dori ca copiii lor să urmeze un ajutor specializat, un tratament psihomedical înalt calificat, iar unii dintre ei doresc să aplice de sine stătător unele resurse de ameliorare, pentru a stimula dezvoltarea psihocomportamentală începând cu cele mai timpurii stadii ontogenetice.

Din cei chestionați, 50% nu cunosc metodele de profilaxie primară, secundară și terțiară ale afecțiunilor ereditare, 30% nu deosebesc specificul dezvoltării copiilor afectați de nivelul dezvoltării copiilor normali. Din păcate, o altă categorie de părinți (circa 15% dintre toți cei chestionați) acordă foarte puțin timp copiilor lor afectați de s. Down, s. Prader-Willi, s. Angelman, s. X-fragil, malformații congenitale multiple, unii abandonându-i chiar din maternitate. Această situație poate fi din cauza că o parte din părinții și familiile copiilor cu patologii neurogenetice nu cunosc particularitățile de dezvoltare, specificul afecțiunii, metodele de educație psihopedagogică a acestora și simt o anumită teamă, descurajare și negare a realității.

Efectuând o analiză a răspunsurilor primite, observăm, pe de o parte, că unii dintre părinții și rudele copiilor cu patologii neurogenetice "nu reușesc" să-și facă timp pentru copiii lor bolnavi de patologii genetice (16%), alții nu cunosc tipurile de activități educaționale, jocurile ce ar contribui la stimularea dezvoltării intelectuale (34%). Pe de altă parte însă, se constată un interes sporit al unor părinți și persoane ce îngrijesc copiii cu boli genetice (aprox. 50%), pentru a cunoaște și a aplica diverse activități și procedee de stimulare a dezvoltării psihocomportamentale.

În general, am identificat un nivel destul de scăzut al cunoașterii naturii și originii acestor maladii, al informării cu privire la metodele de diagnostic prenatal și postnatal, privind căile de prevenire și evitarea nașterii copiilor cu patologii neurogenetice, dar cel mai grav este faptul necunoașterii căilor de ameliorare a dezvoltării copiilor afectați, a resurselor disponibile pentru aceasta. Și aici se deschide o arie largă pentru activitățile ulterioare de ridicare a nivelului de cultură generală a persoanelor din grupurile de risc sporit care, ulterior, vor forma familia, iar prin aceasta – și a nivelului de cunoaștere a diferitor aspecte profilactice, de prevenire, precum și paliative, medicale, pedagogice și, mai ales, psihopedagogice de ameliorare și corecție a dezvoltării persoanelor cu patologii neurogenetice. Din aceste cauze, considerăm ca fiind cardinal importantă conlucrarea cu părinții copiilor cu patologii neurogenetice și cu familiile acestora.

Părinții, fiind persoanele responsabile și totodată direct interesate de eficiența tratamentului, a reabilitării, ocupă în cadrul procesului de diagnosticare și tratament un loc foarte important, furnizând informații pentru specialiștii încadrați în aceste procese, urmăresc îndeaproape rigurozitatea aplicării recomandărilor acelorași specialiști, ei pot fi chiar

mobilitatea și cheia succesului tehnicilor și proceselor de diagnosticare și tratament aplicat propriilor lor copii.

Studiul desfășurat ne-a permis să efectuăm o caracteristică a familiilor copiilor cu sindroame genetice. Cercetarea acestor familii, a modului lor de trai, a condițiilor externe de ordin sociocultural, geografic, tradițional, a climatului intern indus de nivelul educației și a pregătirii teoretice și de cultură generală a părinților (în special a mamei), a rudelor ce sunt implicate direct în îngrijirea și educația acestor copii, precum și reieșind din specificul percepțiilor sociale a factorilor de risc și a persoanelor afectate de patologii neurogenetice (PNG), identificăm câteva criterii de apreciere și caracterizare a familiilor în cauză.

Astfel, am evidențiat următoarele criterii de apreciere a familiilor copiilor cu deficiențe mentale ereditare (DME), implicați în cercetarea de față:

- 1) după *starea socială* (potrivit educației părinților, profesia lor, venitul familiei etc.);
- 2) potrivit *mediului de proveniență* (rural sau urban);
- 3) în baza *criteriului consecutivității* copiilor cu PNG între frați;
- 4) potrivit *criteriului antecedentei PNG* la alți membri ai familiei;
- 5) după *repartizarea geografică* pe teritoriul țării;
- 6) după particularități culturale și naționale ale *mediului de trai*;
- 7) în baza *criteriului vârstei mamei*;
- 8) potrivit *criteriului informării* părinților și rudelor despre specificul PNG, despre metodele de îngrijire și ameliorare a stării și a dezvoltării copiilor cu sindroame genetice.

Marea majoritate a familiilor copiilor cu PNG, în special a celor cu sindroame genetice, provin, potrivit primului criteriu (criteriul stării sociale), din păturile sociale mai puțin înstărite și mai cu seamă din mediul rural. Din perspectiva eșantionului copiilor cu sindroame genetice incluși în cercetare, trebuie să menționăm că 75% din copiii cercetați proveneau din mediul rural, față de 25% care erau din mediul urban. Acest procentaj este cu atât mai semnificativ, cu cât este peste nivelul mediu de urbanizare pe țară a populației Republicii Moldova: în mediul rural trăiesc circa 60%, iar în mediul urban – circa 40%. Astfel, repartizarea familiilor în care există copii cu PNG, potrivit criteriului mediului de proveniență (urban sau rural), denotă o tendință de răspândire a PNG mai cu seamă în populația din mediul rural, puternic afectată de fenomenul sărăcirii pe parcursul ultimilor ani.

Acest ultim aspect conferă un anumit specific problemei familiilor și a acordării asistenței calificate

pentru acestea, totodată determină, în planul practic de redistribuire a resurselor de ameliorare, mai multe dificultăți, precum:

1. Necesitatea depunerii unui efort suplimentar din partea specialiștilor din domeniu, în perspectiva acordării ajutorului calificat la domiciliu, mai ales pentru familiile cu copii în primele luni de viață.

2. Dificultatea accesului specialistului, capabil să acorde ajutor, la locul de trai al familiilor cu ajutorul mijloacelor de transport, care este foarte des agravat de starea tehnică a drumurilor și distanța considerabilă de la locul de trai până la instituțiile specializate, amplificat de insuficiența dezvoltării altor elemente ale structurii de comunicații, precum: inexistența accesului la telefon, fax, computer (Internet) etc. (deși în acest sens există mai multe proiecte de programe de stat, precum cel ce prevede implementarea telemedicinii în localitățile rurale îndepărtate (sau a serviciilor medicale la distanță), prin intermediul unor unități tehnice mobile echipate corespunzător și a unor echipe polispecializate pentru acordarea consultului și a ajutorului, în legătură tele-video computerizată directă cu mai multe unități mobile de acest gen).

3. Sărăcirea populației (rurale, în mod special) determină posibilitatea redusă și limitată de a procura diferite materiale, medicamente, dispozitive etc., necesare sprijinului eforturilor de ameliorare a dezvoltării copiilor cu sindroame genetice, ale specialistului-consultant.

În privința aspectului ce ține de precedentele cazuri de PNG în familii, până la nașterea copiilor afectați de această maladie, este cazul să remarcăm că în 80% din cazuri copii cu sindroame genetice se nasc în familii din grupul de risc sporit, dintre care în majoritatea cazurilor (circa 60%) au existat antecedente de naștere a unor persoane afectate de diferite tipuri de PNG. De obicei, este vorba de o rudă mai îndepărtată: unchi, veri, mătuși etc. În foarte puține cazuri există frați sau surori afectați de PNG (se întâmplă în familii cu un nivel de trai foarte scăzut, unde părinții au cel mult studii medii complete și o poziție socială joasă, cu antecedente penale sau maladii mentale serioase). Cel mai des, copiii cu sindroame genetice nu sunt primii născuți în familie, în baza argumentului științific demonstrat că la o vârstă înaintată a mamei (peste 35 ani) crește gradul de risc și, în consecință, rata nașterilor copiilor cu PNG.

Potrivit criteriului repartizării geografice și național-culturale a nașterilor copiilor cu diferite PNG, în mod special a copiilor cu sindroame genetice, remarcăm că se detașează sudul țării noastre, mult mai numeros și divers ca și componență etnică. De exemplu, potrivit datelor statistice, incidența nou-

născuților cu PNG în familii de bulgari, dar mai ales de găgăuzi, din sudul republicii este de două ori mai ridicată decât în familii de moldoveni (cel mai puțin afectați de PNG, pe criteriul cultural-etic). Această stare de lucruri este bazată, evident, pe o dorință de conservare a rădăcinilor etno-culturale și pe mobilitate scăzută a reprezentanților minorităților naționale din mediul rural, ceea ce se reflectă în gradul ridicat al căsătoriilor consangvine, în numărul mare de copii, în pofida existenței cazurilor de persoane afectate de PNG.

Concluzii

1. Consilierea psihologică a familiilor copiilor cu patologii neurogenetice reprezintă un aspect de importanță majoră.

2. Dintre multitudinea de afecțiuni genetice cu afectare a sistemului, cele mai frecvente forme rămân a fi: boala Wilson, sindroamele Angelman, Down, Prader-Willi, Rett și X-fragil.

3. Nu toți părinții și familiile copiilor cu afecțiuni genetice cunosc la nivel satisfăcător despre patologiile neurogenetice.

4. Aplicarea resurselor de ameliorare a dezvoltării copiilor cu PNG este imposibilă fără o cunoaștere profundă a formei clinice, a specificului și a particularităților neurogenetice ale afecțiunii.

Bibliografie

1. Albu A., Albu C., Petcu I. *Asistența în familie a persoanei cu deficiență funcțională. Tehnici de îngrijire și manevrare a bolnavului*. Iași: Polirom, 2001, 240 p.
2. Bucun N. *Strategia Națională „Educația pentru toți 2004-2015”*. Chișinău: Editura ONU, 2003, 54 p.
3. Haheu E. *Formarea comportamentului socioafectiv în baza reprezentărilor despre viu a preșcolarilor de vârstă mare*. Indicații Metodice. Chișinău: UPS “I. Creangă”, 2002, 230 p.
4. Mitrofan N. *Testarea psihologică a copilului mic*. Iași: Editura Polirom, 2001, 248 p.
5. Racu I. *Psihologia conștiinței de sine: studiu teoretico-experimental*. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat “I. Creangă”, 2005, 233 p.
6. Vrășmaș E., Herman P., Paraschiv I. ș.a. *Educația timpurie a copilului în vârstă de 0-7 ani*. București: Editura Alternative, 1995.
7. Егорова М.С. *Генетика поведения: количественный анализ психологических и психофизиологических признаков в онтогенезе*. Под ред. С.Б. Малых. Москва: Изд. SocioLogos, 1995.
8. Спринчан М.Л. *Психо-медико-генетический подход в исследовании развития детей с наследственной умственной отсталостью*. В: Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования медицины. Сборник научных статей. Саратов, 2009, с. 248-254.

EVALUAREA SIGURANȚEI PRODUSELOR COSMETICE

Elena JARDAN, Iurie PÎNZARU, Raisa SÎRCU,
Centrul de siguranță chimică și toxicologie al CNSP

Summary

Evaluation the safety of cosmetic products

In order to prevent the development of possible negative effects on the human health were assessed the symptoms of allergic and irritant properties of cosmetic product series “Flavio” in experiment on laboratory animals. It is found that the test product does not exhibit allergic and irritant properties. Was purposed the recommendations for the public on the safe use of cosmetic products.

Keywords: *exhibition, public health, safety assessment, cosmetics, allergic and irritant properties*

Резюме

Оценка безопасности косметической продукции

С целью предотвращения развития возможных негативных эффектов на здоровье проведена оценка проявления аллергических и раздражающих свойств косметического продукта серии «Flavio» в эксперименте на животных. Установлено, что исследуемый продукт не проявляет раздражающих и аллергических свойств. Предложены рекомендации для населения по безопасному использованию косметической продукции.

Ключевые слова: *экспозиция, здоровье населения, оценка безопасности, косметика, аллергические и раздражающие свойства*

Introducere

Diferite produse cosmetice, printre care apa de toaletă, parfumul, apa de colonie, produsele pentru îngrijirea pielii (creme), șamponul, produsele pentru îngrijirea părului, săpunurile etc., prezintă risc pentru sănătatea omului, deoarece expunerea la contaminanți și alte substanțe chimice din compoziția produselor chimice poate afecta starea de sănătate a populației. În acest context, evaluarea siguranței produselor cosmetice, precum și supravegherea produselor plasate pe piața Republicii Moldova sunt măsuri primordiale în prevenirea bolilor netransmisibile asociate utilizării produselor cosmetice.

În scopul prevenirii impactului substanțelor chimice potențial toxice din compoziția produselor cosmetice, a fost efectuată o cercetare privind proprietățile de iritare și sensibilizare a pielii la animale de laborator.

Material și metode

Experimentul a fost organizat și efectuat pe cobai de ambele sexe (masculi și femele) cu masa corporală de 300-500 g. A fost supus cercetării produsul nativ în stare solidă. Investigațiile toxicologice au fost îndeplinite în conformitate cu cerințele indicațiilor metodice în vigoare [1]. Studiul proprietăților de iritare a pielii s-a efectuat prin metoda picăturii, principiul care constă într-o aplicare a produsului în stare nativă o singură dată pe sectorul de piele nelezată.

Studiul proprietăților local-iritante al pielii se începe cu aplicarea o singură dată în cantitatea de 0,6 g. Cu 24 de ore înainte de începerea experimentului, blana animalelor se tunde minuțios cu mașina de ras, simetric, din ambele părți ale corpului, una dintre care servește ca martor. Timpul expoziției este de 24 de ore. Crema se aplică pe partea dreaptă în mod deschis. În conformitate cu adnotarea, preparatul se lasă pe piele pe tot timpul expoziției. Reacția pielii se estimează momentan după terminarea expoziției și în continuare – peste 4, 24, 48 și 72 de ore [2]. Se constată afecțiunile morfofuncționale ale pielii: eritem, edem, erupții, excoriație, necroză, descumare, grosimea pliului cutanat, care se sumează în puncte [2].

Studierea proprietăților sensibilizante ale produsului s-a efectuat prin metoda aplicațiilor epicutate repetate pe pielea nelezată. Efectul sensibilizant s-a urmărit după 10 aplicații ale produsului pe partea laterală intactă a corpului timp de 29 de zile. Evaluarea acțiunii sensibilizante a pielii s-a constatat după starea pielii, a blănii, după reacțiile de comportament, dinamica masei corporale la animalele din grupul experimental și grupul-martor. Efectul sensibilizant se evaluează după numărul de animale ce au dat reacții alergice.

Rezultate și discuții

Evaluarea acțiunii iritante s-a efectuat subiectiv, prin observări vizuale pe parcursul a 72 de ore. Pe tot parcursul perioadei de studiu al produsului, nu s-au manifestat semne de iritare a pielii. Concentrația dată a cremei (produs integru) este stabilită ca prag pentru efectuarea estimării proprietăților de sensibilizare a produsului cosmetic. Rezultatele testării sunt prezentate în *tabelul 1*.

Pe parcursul întregii perioade de observație nu s-au depistat semne de iritare a pielii la cremele testate, astfel coeficientul de iritare constituie 0 (zero) puncte.

Determinarea proprietăților sensibilizante pe cobai s-a efectuat prin două etape, în corespundere cu metoda recunoscută la nivel internațional. În

prima etapă a experimentului, crema în formă nativă solidă a fost aplicată în formă deschisă pe partea dreaptă a corpului cobailor timp de 20 de zile (în afară de zilele de odihnă). În urma aplicării repetate (20 de aplicații pe partea dreaptă), grupului de control în mod analogic li s-a aplicat o porțiune dintr-o soluție de 2% ulei de floarea soarelui.

Tabelul 1

Determinarea proprietăților de iritare asupra pielii după aplicarea preparatului de o singură dată

Nr. d/o	Evaluarea reacțiilor pielii după 72 de ore:		
	hiperemie	edem	erupții
Grupul experimental			
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	0	0	0
5	0	0	0
Suma punctelor	0	0	0
Grupul intact			
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
Suma punctelor	0	0	0

Ca urmare a aplicării repetate pe piele a cremei pentru piele, atât după prima aplicare, cât și după 20 de aplicații, starea pielii în locul aplicării, grosimea pliului cutanat, timpul creșterii blănii nu s-au diferențiat de indicatorii analogici din grupul de animale de control. Aspectul exterior, comportamentul, creșterea masei corporale a animalelor de laborator din ambele grupuri au fost în limitele normei (*tabelul 2*).

Tabelul 2

Evaluarea reacției pielii după 20 de aplicări ale cremei

Zilele obs.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20
Nr. d/o													
1	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
3	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
4	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
5	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

După finalizarea celor 20 de aplicații pe partea dreaptă a corpului, crema s-a aplicat în aceeași cantitate și concentrație, în decurs de 10 zile, pe sectorul de piele pregătit preventiv pe partea stângă a corpului. Careva semne de acțiune iritantă a cremei nu s-au înregistrat, ceea ce denotă lipsa acțiunii sensibilizante a cremei hidratante asupra organismului animalelor de laborator (*tabelul 3*).

Tabelul 3

Evaluarea acțiunii sensibilizante a cremei pe fondul aplicărilor repetate

Indica-torii analizați	Nr. aplica-riilor	№ animale lab.										% anim. cu reacție asupra pielii	
		experiment					control						
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Etitem	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Edem	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Concluzii

În rezultatul expertizei toxicologice a produsului cosmetic din seria *Flavio*, s-a constatat că acesta posedă proprietăți organoleptice satisfăcătoare, nu posedă acțiune iritantă asupra pielii la aplicarea de o singură dată (experimentul pe cobai); la aplicarea repetată asupra pielii cobailor produsul are acțiune slab iritantă, manifestându-se prin decorticare și uscăciune slab pronunțată, iar acțiunea sensibilizantă la cobai lipsește.

Astfel, pentru prevenirea posibilelor perturbări ale stării de sănătate a organismului uman, manifestate prin alergii, îmbolnăviri ale pielii, ochilor, părului, etc., cauzate de utilizarea produselor cosmetice, recomandăm examinarea minuțioasă a etichetei producătorului privind compoziția chimică, modul de utilizare, data producerii și termenul de valabilitate. În caz de apariție a unor semne de intoxicație, se va solicita ajutorul medicului.

Bibliografie

1. T. Stratulat, P. Socoliuc, A. Volneanschi. *Indicații metodice. Evaluarea toxicologică a produselor cosmetice și semiproduselor, produselor pentru îngrijirea cavității bucale în experimental pe animale*. № 496 din 16.12.2009. Chișinău, 2009, 28 p.
2. Iu. Pînzaru, Șt. Constantinovici, V. Peredelcu, E. Jordan. *Indicații metodice. Metode de determinare și evaluare a unor indici toxicologici și clinici ai siguranței și inofensivității unor categorii de produse cu impact potențial asupra sănătății*. 2014, 21 p.
3. *Regulamentul (CE) nr. 440/2008 de stabilire a metodelor de testare în temeiul Regulamentului (CE) nr. 1907/2006 al Parlamentului European și al Consiliului din 18 decembrie 2006 privind înregistrarea, evaluarea, autorizarea substanțelor chimice, precum și restricțiile aplicabile acestor substanțe (REACH)*.
4. *Ghidul OECD (Organizația pentru Dezvoltare și Cooperare Economică), Secțiunea 4: Efectele asupra sănătății. Testul nr. 406 – Sensibilizare dermică*, 9 p.
5. *Recomandările CE din 18 iunie 2007 privind orientările pentru adăpostirea și îngrijirea animalelor folosite în scopuri experimentale și în alte scopuri științifice*.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О. О. ШЕКЕРА,

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Rezumat

Aspecte actuale de utilizare a plasmei îmbogățite cu trombocite în practica stomatologică

Utilizarea plasmei îmbogățite cu trombocite este indicată pe larg în ultimii ani, datorită succeselor obținute prin această tehnologie. În articol sunt abordate: esența metodei date, inofensivitatea ei, indicațiile, contraindicațiile și perspectivele de utilizare.

Cuvinte-cheie: *plasmă îmbogățită cu trombocite, trombocite, indicații, contraindicații*

Summary

Topical issues of using PRP in dental practice

Indications for the use of platelet-rich plasma (PRP) in modern medicine are expanding every year, thanks to the high success of this technology. This article provides answers to questions: the essence of the method, its safety, indications, contraindications and prospects.

Keywords: *platelet-rich plasma (PRP), platelets, indications, contraindications*

Введение

Любое повреждение клеточных структур организма сопровождается нарушением микроциркуляции с явлениями экссудации и эмиграции с дальнейшим максимальным для данных условий восстановлением в зоне повреждения. Стадия пролиферации включает размножение клеток и синтез внеклеточных компонентов соединительной ткани – коллагена, эластина, протеогликанов, гликопротеинов [2]. Последние процессы происходят благодаря факторам роста, активирующим внутриклеточные протеинкиназы. Это объясняет востребованность различных методов, способствующих регенерации поврежденных тканей [22].

В последние годы, все более широкой распространенности приобретает методика использования обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP) в: офтальмологии [22, 30], проктологии [7, 11, 17], хирургии при лечении трофических и ожоговых язв [1, 10, 12, 15, 24], кардиологии [16], травматологии и спортивной медицине [3, 21, 25, 26, 33], пластической хирургии и косметологии [31], и, конечно, стоматология [4, 5, 9, 13, 23].

Обсуждение

PRP – это часть фракции плазмы аутологичной крови с концентрацией тромбоцитов выше среднего физиологического значения – 1000000/мкл [20]. При этом все еще недостаточно научно обоснована эффективность ускорения регенерации при использовании меньше/больше указанной концентрации тромбоцитов в PRP [18].

Тромбоциты, как биоагенты, обладают широким спектром функций: кровеостанавливающая, обеспечение ретракции кровяного сгустка, ангиотрофическая, адгезивно-агрегационная, восстановление кровеносных сосудов в области повреждения и регенерация эпителиальной, соединительной, мышечной, нервной тканей.

При плазменном свертывании тромбоциты в результате дегрануляции, в первую очередь, α -гранул, выделяют значительное количество факторов роста. 70% готовых факторов роста выделяются в течении первых 10 минут. Эта цифра достигает значения 95-100% в течении 1 часа [18, 19, 28].

Тромбоциты содержат более 60 биологически активных факторов [8]. Вышеуказанные функции становятся возможными благодаря содержанию в альфа-гранулах тромбоцитов факторов роста (ФР): тромбоцитарный ФР (PDGF), трансформирующий бета фактор (TGF- β), ФР эндотелиальных клеток (VEGF), эпидермальный ФР (EGF), эпителиальный ФР (vEGF), фибробластный ФР (FGF), инсулиноподобный ФР (IGF), ФР соединительной ткани (CTGF) и т.д. При этом на регенерацию эпителия влияют трансформирующие (TGF- β , TGF- α) и эпителиальный (vEGF) факторы роста, а костной ткани (остеобласты) – инсулиноподобный, тромбоцитарный, трансформирующие, эпидермальный, фибробластный ФР.

Кроме упомянутых факторов роста тромбоциты содержат антибактериальные протеины Thrombocidin-2 (TC2), Thrombocidin-1 (TC1) [14, 29, 32]. TC1 и TC2 обладают антимикробной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, таких как, *Escherichia coli*, *Bacillus subtilis*, *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Lactococcus Lactis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, и фунгицидным действием в отношении *Candida Albicans*, *C. glabrata*, *Cryptococcus neoformans*, *Aspergillus flavus*, *Aspergillus fumigatus*, и *Pseudoallescheria* [14, 32].

Как любой метод лечения, применение PRP имеет ряд противопоказаний [3, 26], которые условно можно разделить на две группы: абсолютные и относительные.

К абсолютным противопоказаниям относят:

- системные заболевания крови: гемофилия, тромбофилия, синдром дисфункции тромбоцитов, критическая тромбоцитопения (<50 000 / мкл), и др.;
- аллергические реакции на антикоагулянты;
- злокачественные новообразования;
- острые инфекционные заболевания;
- нестабильность гемодинамики;
- сепсис;
- острый инфекционный процесс в зоне процедуры;
- беременность и кормление грудью;
- отказ пациента принять возможные риски, связанные с проведением процедуры.

Среди относительных противопоказаний выделяют:

- HGB <100 г/л;
- количество тромбоцитов <100 000 /мкл;
- последовательное использование нестероидных противовоспалительных препаратов в течение 48 часов до процедуры;
- инъекции кортикостероидов в зону лечения в течение 1 месяца до процедуры;
- системное применение кортикостероидов в течение 2 недель;
- употребление табака.

Хотя среди противопоказаний отмечают злокачественные новообразования, существует авторитетное мнение [18] об отсутствии риска развития рака при использовании PRP. Потому что факторы роста тромбоцитов действуют на мембраны клеток, а не ядра, и активируют внутренний цитоплазматический сигнальный белок, который способствует физиологичной экспрессии генов. К тому же факторы роста тромбоцитов не являются мутагенами. В свою очередь, необходимо отметить, что пролиферация регулируется наличием в организме человека в том числе и ингибиторов клеточного деления – кейлонов, которые образуются зрелыми клетками. При повреждении и гибели клеток в очаге воспаления концентрация кейлонов в ткани уменьшается и снимается тормозное влияние на малодифференцированные клетки, которые начинают делиться. Процесс деления продолжается, пока концентрация кейлонов не увеличивается до уровня, существовавшего в неповрежденной ткани [2].

Таким образом, можно смело утверждать, что использование PRP на фоне целевой и ускоренной регенерации практически исключает потенциальные проблемы, в том числе у пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом благодаря аутологичности. К тому же PRP безопаснее аллогенных и гомологичных препаратов и предупреждает риск передачи инфекции [6, 27].

В стоматологической практике PRP уже широко используется при следующих состояниях: воспалительные и дистрофически-воспалительные заболевания пародонта (гингивит, локализованный и генерализованный пародонтит), удаление зубов, имплантация, периимплантит.

Выводы

Учитывая все вышесказанное, очевидна перспектива в изучении использования данного метода стимуляции регенерации при лечении заболеваний слизистых оболочек полости рта.

Литература

1. Андреев Д. Ю. и др. *Взвесь аутогенных тромбоцитов в местном лечении ишемических трофических язв нижних конечностей*. В: Вестник хирургии, 2009, т. 168, № 6, с. 45-48.
2. Атаман А.В. *Патологическая физиология в вопросах и ответах: учеб. пособие*. Киев: Вища шк., 2000, 608 с.
3. Allan Mishra, Terri Pavelko. *Treatment of Chronic Elbow Tendinosis With Buffered Platelet-Rich Plasma*. In: Am. J. Sports Med., November 2006, vol. 34, no. 11, p. 1774-1778.
4. Anitua E. *Plasma rich in growth factors: preliminary results of use in the preparation of future sites for implants*. In: Int. J. Oral Maxillofac. Implants, 1999, № 14(4), p. 529-535.
5. Anitua E. *The use of plasma-rich growth factors (PRGF) in oral surgery*. In: Pract. Proced. Aesthet. Dent., 2001, № 13(6), p. 487-493.
6. Shashikiran N.D., Reddy V.V., Yavagal C.M., Zakirulla M. *Applications of platelet-rich plasma in contemporary pediatric dentistry*. In: J. Clin. Pediatr. Dent., 2006, № 30, p. 283-286.
7. S.J. Van der Hagen, C.G. Baeten, P.B. Soeters, W.G. Van Gemert. *Autologous platelet-derived growth factors (platelet-rich plasma) as an adjunct to mucosal advancement flap in high cryptoglandular perianal fistulae: a pilot study*. In: Colorectal Dis., 2011, Feb., № 13(2), p. 215-218.
8. Borzini P., Mazzucco I. *Platelet-rich plasma (PRP) and platelet derivatives for topical therapy. What is true from the biologic view point?* In: ISBT Science Series, 2007, № 2, p. 272-281.
9. Carlson N. E., Roach R. B. *Platelet-rich plasma. Clinical application in dentistry*. In: Dentistry & Medicine, 2002, Vol. 133, p. 1383-1386.
10. Crovetti G., Martinelli G., Issi M. et al. *Platelet gel for healing cutaneous chronic wounds*. In: Transfus. Apher. Sci., 2004, № 30(2), p. 145-151.
11. Yol S., Tekin A., Yilmaz H. et al. *Effects of platelet rich plasma on colonic anastomosis*. In: J. Surg. Res., 2008, № 146(2), p. 190-194.
12. Greenhalgh D.G. *Wound healing and diabetes mellitus*. In: Clin. Plast. Surg., 2003, № 30(1), p. 37-45.
13. Graziani F., Cei S., Ducci F., Giuca M.R. et al. *In vitro effects of different concentration of PRP on primary bone and gingival cell lines. Preliminary results*. In: Minerva Stomatol., 2005, № 54 (1-2), p. 15-22.
14. J. Dankert, J. Van der Werff, S.A. Zaat et al. *Involvement of bactericidal factors from thrombin-stimulated platelets in clearance of adherent viridans streptococci in experimental infective endocarditis*. In: Infect. Immun., 1995, № 63, p. 663-671.
15. Kathleen M. Lacci, Alan Dardik. *Platelet-Rich Plasma: Support for Its Use in Wound Healing*. In: Yale J. Biol. Med., Mar. 2010, № 83(1), p. 1-9.
16. Khalafi R.S., Darien W. Bradford, Michael G. Wilson. *Topical application of autologous blood products during surgical closure following a coronary artery bypass graft*. In: Eur. J. Cardiothorac. Surg., 2008, p. 1-5.
17. Göttgens K.W., Vening W., van der Hagen S.J., van Gemert W.G., Smeets R.R., Stassen L.P., Baeten C.G., Breukink S.O. *Long-term results of mucosal advancement flap combined with platelet-rich plasma for high cryptoglandular perianal fistulas*. In: Dis. Colon Rectum., 2014 Feb., № 57(2), p. 223-227.
18. Marx R.E. *Platelet-rich plasma (PRP): What is PRP and what is not PRP?* In: Implant. Dent., 2001, № 10, p. 225-228.
19. Marx R.E. *Platelet-rich plasma: Evidence to support its use*. In: J. Oral Maxillofac. Surg., 2004, № 62, p. 489.
20. Mehta S., Watson J.T. *Platelet rich concentrate: basic science and current clinical applications*. In: J. Orthop. Trauma, 2008, № 22, p. 432.
21. Mishra A., Woodall J. Jr., Vieira A. *Treatment of tendon and muscle using platelet-rich plasma*. In: Clin. Sports Med., 2009, Vol. 28, № 1, p. 113-125.
22. Caramella C.M., Sandri G., Rossi S., Mori M., Cristina Bonferoni M., Ferrari F., Del Fante C., Perotti C. *New therapeutic platforms for the treatment of epithelial and cutaneous lesions*. In: Curr. Drug Deliv., 2013 Feb., № 10(1), p. 18-31.
23. Mancuso J.D., Bennion J.W., Hull M.J., Winterholler B.W. *Platelet-rich plasma: a preliminary report in routine impacted mandibular third molar surgery and the prevention of alveolar osteitis*. In: J. Oral Maxillofac. Surg., 2003, № 61(8), p. 40.
24. R. L. Knox et al. *Platelet-Rich Plasma combined with skin substitute for chronic wound healing: a case report*. In: J. of the American Society of Extra-Corporeal Technology, 2006, Vol. 38, p. 260-264.
25. S. Sampson et al. *Platelet-rich plasma injection graft for musculoskeletal injuries: a review*. In: Cur. Rev. Musculoskelet. Med., 2008, Vol. 1, p. 165-174.
26. Elizaveta Kon, Giuseppe Filardo, Marco Delcogliano, Mirco Lo Presti, Alessandro Russo, Alice Bondi et al. *Platelet-rich plasma: New clinical application. A pilot study for treatment of jumper's knee*. In: Injury, Int. J. Care Injured, 2009, № 40, p. 598-603.
27. Vijayaraghavan N., Mohapatra D.P., Friji M.T., Dinesh Kumar S. et al. *Role of Autologous Platelet Rich Plasma (APRP) in Wound Healing*. In: JSWCR, 2014, № 7(1), p. 23-28.
28. Zimmermann R., Arnold D., Strasser E. et al. *Sample preparation technique and white cell content influence the detectable levels of growth factors in platelet concentrates*. In: Vox. Sang., 2003, № 85, p. 283.
29. Tang Y., Yeamen M.R., Selsted M.E. *Antimicrobial peptides from human platelets*. In: Infect. Immun., 2002, № 70(12), p. 6524-6533.
30. Acosta L., Castro M., Fernandez M., Oliveres E., Gomez-Demmel E., Tartara L. *Treatment of corneal ulcers with platelet rich plasma*. In: Arch. Soc. Esp. Oftalmol., 2014 Feb., № 89(2), p. 48-52.

31. D. Man, H. Plosker, J.E. Winland-Brown. *Use autologous platelet-rich plasma and autologous platelet-poor plasma in cosmetic surgery*. In: Plastic & Reconstructive Surgery, 2001, Vol. 107, № 1, p. 229-239.
32. (WO1999015548) Dankert Jacob, Engbers Gerardus Henricus Mari, Feijen Jan, Krijgsveld Jeroen, Kuijpers Alma Johanna, Zaat Sebastianus Antonius Joha. *Isolated and recombinant antimicrobial peptides Thrombocidin-1 (TC-1) and Thrombocidin-2 (TC-2) or variants thereof*. Applicant(s): Az Univ Amsterdam, NI Organisatie Voor Wetenschap, Univ Twente, Zaat Sebastianus Antonius Joha. International Application No.: PCT/EP1998/006183; International Filing Date: 25.09.1998; Publication Date: 01.04.1999; Chapter 2 Demand Filed: 22.04.1999.
33. Wrotniak M., Bielecki T., Gazdzik T. S. *Current opinion about using the platelet-rich gel in orthopaedics and trauma surgery*. In: Ortop. Traumatol. Rehabil., 2007, vol. 9, № 3, p. 227-238.

уровне и приводит к ановуляции и формированию синдрома поликистозных яичников.

Ключевые слова: глубокий обзор, предмет дискуссий, синдром поликистозных яичников

Introducere

Geneza sindromului ovarelor polichistice (SOP) se confirmă prin existența teoriilor hipotalamică, hipofizară, suprarenală și enzimatică, fiecare dintre ele având dreptul la existență datorită multitudinii de factori și acțiunii patogenetice diferite asupra organismului feminin [1].

În anii '60 ai sec. XX, odată cu apariția noilor metode de investigare, a fost formulată *teoria defectului enzimatic*, la baza căreia stă defectul enzimatic primar, favorizat genetic.

Blocarea sistemului enzimatic ovarian se produce la una dintre etapele finale ale steroidogenezei – la nivelul 19-hidroxilazei, având drept rezultat afectarea procesului de aromatizare, cu blocarea transformării androgenilor în estrogeni. În organism are loc acumularea în exces a testosteronului (T); în cantități mai mici se determină androstendiolul, iar producerea de estrogeni scade brusc și se află într-o dependență directă de gradul de deficit al 19-hidroxilazei.

Defectul enzimatic însă se poate produce și la nivelul 3-p-dehidrogenazei. Pe această cale, procesul biosintezei steroizilor începe pe calea acumulării dehidroepiandrosteronului (DHEAS). Insuficiența estrogenică indusă pe această cale este mult mai mare, iar ca rezultat al lipsei insuficienței 19-hidroxilazei poate atinge practic nivelul normal.

Rezultate și discuții

Diverse studii ale steroidogenezei ovariene au stabilit că viziunea asupra insuficienței enzimatice drept cauză a hiperandrogeniei ovariene în sindromul ovarelor polichistice nu este destul de argumentată.

Rămâne subiect de discuții impactul suprarenalelor în geneza SOP [2]. După părerea unor savanți, excesul secreției androgenilor suprarenali în timpul menarhei reprezintă factorul declanșator al dereglărilor ciclului menstrual la nivel hipotalamo-hipofizar, care duce la anovulație și la formarea SOP [3].

În același timp, T. P. Iaremciuc exclude defectul enzimatic suprarenal în SOP.

Comparând nivelul steroizilor în sânge, de geneză ovariană și suprarenală, A. Milewitz și coaut. au ajuns la concluzia că sursa hiperandrogeniei în 1/3 cazuri sunt ovarele, în 1/3 cazuri – suprarenalele, iar în celelalte cazuri hiperandrogenia are etiologie mixtă.

La moment, teoria ovariană și suprarenală a genezei SOP și-au pierdut din importanța inițială

PARTICULARITĂȚI CLINICE ȘI PARACLINICE ÎN CONDUITA GRAVIDELOR CU SINDROM OVARIAN POLICHISTIC

Victoria VOLOCEAI-GREJDIAN,

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Clinical and paraclinical features in conduct of pregnant women with polycystic ovarian syndrome

A deep review of researches on patients with polycystic ovarian syndrome problems was held in this study. Multiples studies onducted on polycystic ovarian syndrome pathology are still a subject of discussions, where some authors justify as a cause the excess secretion of suprarenal androgens during menarche, representing the initiator factor of the hypothalamic-pituitary, which would lead to anovulation and formations of polycystic ovarian syndrome.

Keywords: *deep review, polycystic ovarian syndrome, subject of discussions*

Резюме

Клинические и параклинические особенности ведения беременных женщин с синдромом поликистозных яичников

В данном исследовании был проведен глубокий обзор исследований на пациентах с синдромом поликистоза яичников. Во многих исследованиях синдром поликистоза яичников все еще является предметом дискуссий. Некоторые авторы считают причиной патологии избыточную секрецию андрогенов надпочечниками во время менструаций, что является фактором нарушения менструального цикла на гипоталамо-гипофизарном

și are din ce în ce mai puțini susținători, deoarece în rezultatul numeroaselor cercetări făcute au fost aduse dovezi concludente care vorbesc împotriva acestor concepții privind patogeneza.

Posibilitatea stimulării ovulației de către FSH, clostilbegyt, rezecția clinică a ovarelor, restabilirea ovulației prin administrarea pulsatilă a microdozelor de Gn-RH și, într-un final, posibilitatea apariției ovulației spontane la pacientele cu SOP pun la îndoială existența teoriei defectului enzimatic.

Printre factorii etiologici care condiționează dezvoltarea SOP, factorul genetic ocupă un loc primordial. Prima atestare a unei conexiuni strânse a factorului genetic cu apariția SOP a fost stabilită în anul 1968, în lucrarea lui Cooper și coaut., la Universitatea din Minnessota. În anii '80 și '90, Givens, Cohen și Simpson [9], iar la momentul de față Kirillova E. A [5], au continuat cercetarea rolului genetic asupra dezvoltării SOP. Cercetările lui Givens și coaut. au arătat că SOP este ereditar, dar a fost în aceeași măsură clar că grupul acestor paciente este foarte eterogen, incluzând cazuri fără insulinorezistență și cantități mari de lipide în sânge. Transmiterea genetică pe unica genă dominantă este totuși puțin probabilă. Majoritatea clinicienilor presupun că nu mai mult de 5-10% din rudele de prima linie au semne clinice ale patologiei, ceea ce este mai caracteristic pentru o cercetare mai poligenă.

Caracteristic pentru SOP este atrezia foliculului, care poate fi determinată de funcția defectuoasă a celulelor granulozei. Este interesant faptul că drept cauză a atreziei ridicate la felii cu cariotipul 45, X0 a fost insuficiența celulelor granuloase, necesare pentru supraviețuirea oocitelor [7].

Despre implicarea factorilor genetici și de mediu în formarea SOP ne vorbește existența formelor familiale de patologie, cu afectarea funcției reproductive, diabet zaharat, tumori benigne sau maligne, existența la paciente a unui indice infecțios ridicat, excese fizice și psihice, frecvente situații de stres în vârsta pubertară și postpubertară. Genomul organismului în totalitate și factorii de mediu pot influența asupra expresiei genelor patologice, care se manifestă și mai mult prin polimorfism clinic și evoluție diversă a acestei patologii.

Până în prezent patogeneza SOP nu este clară până la capăt, în ciuda numeroaselor studii în această direcție. Veriga principală rămâne teoria centrală a patogenezei SOP, conform căreia această stare patologică se explică prin dereglarea formării neurotransmițătorilor în regiunea hipotalamică, modificarea ritmului circoral al secreției Gn-Rh și, ca rezultat, modificarea cantitativă a secreției hormonilor LH, FSH [8]. Cauzele apariției acestei stări nu sunt

clare; posibil, sunt determinate de un dezechilibru genetic al ritmului și cantității secreției Gn-Rh.

Unele studii presupun că factorul etiologic de bază este stresul, ce duce la deficitul de dopamină în hipotalamus, care, după cum se consideră, este capabil să scadă cantitatea de Gn-Rh. În insuficiența de dopamină crește amplituda și frecvența ritmului circoral de secreție, ca rezultat producându-se majorarea sintezei hormonului LH și scăderea FSH [8].

A fost demonstrat că în caz de SOP are loc creșterea sensibilității hipofizei la Gn-Rh: doze mici ale ultimului stimulează de 4 ori mai mult secreția LH decât în normă. Sensibilitatea FSH și Rh, dimpotrivă, este cu mult mai mică, plus hiperestrogenemia relativă, care este prezentă în SOP, inhibă FSH și crește excreția de LH. Este necesar de menționat și creșterea în exces a inhibinei în granuloza foliculilor, care stopează secreția de FSH. Excesul de LH duce la sporirea în exces a sintezei androgenilor din colesterol în celulele tecii foliculilor, unde se află receptori predominant pentru LH. Aromatizarea androgenilor în estrogeni este scăzută ca urmare a scăderii activității FSH-aromatazei din celulele granuloase ale foliculilor. Insuficiența FSH și excesul de androgeni conduc la atrezia chistică a foliculilor și formarea chisturilor mici ovariene, la micșorarea straturilor celulare ale granulozei. Creșterea stimulației LH și a tecii foliculare duce la hiperplazia acesteia [9].

Din punctul de vedere al procesului care decurge în ovar, ideea SOP este imposibilitatea dezvoltării foliculului printre alți foliculi, imposibilitatea de a fi selectat. Istoric, au fost propuse două teorii majore pentru explicarea lipsei selectării foliculului în SOP.

Prima teorie demonstrează că selecția nu are loc din cauza nivelului ridicat al LH circular, care are un efect negativ asupra creșterii foliculului, ba mai mult, conduce la atrezia tuturor foliculilor [7].

Conform altei teorii, concentrația FSH la pacientele cu SOP este foarte mică, determinând imposibilitatea selectării foliculilor. Baza acestei teorii este conceptul potrivit căruia concentrația cantității de FSH biologic activ este prea mică pentru stimularea creșterii și dezvoltării celulelor granuloase.

Studierea FSH reprezintă și în continuare un subiect de interes major. Cercetări care susțin această teorie au fost efectuate la pacientele cu SOP prin utilizarea FSH preparatelor, care a permis obținerea foliculilor dominanți, iar în baza acestora a fost formulată ideea că FSH a favorizat transducția semnalului în celulele granuloase, care au condus la sinteza estrogenilor și la ovulație. Bazându-se pe aceste rezultate, apariția unei foliculogeneze aberante în SOP este determinată de insuficiența activității FSH în micromediu.

Analizând aceste date, se poate presupune că nivelul endogenic al FSH în lichidul folicular în

SOP poate fi destul de mic pentru a afecta funcția foliculului. În literatură există studii că în SOP un folicul poate conține o cantitate de FSH la fel ca și într-un folicul normal, de unde logic apare concluzia că, probabil, este prezent un bloc în transmiterea semnalului FSH.

În prezent se propune o a treia teorie, potrivit căreia factorii de creștere ar putea fi implicați în stoparea selecției foliculilor în SOP. Se presupune că factorii de creștere aberanți determină stoparea creșterii foliculului dominant în SOP, având influență asupra aparatului receptor al celulelor granuloase.

Astfel, poate cea mai corectă teorie ar fi cea care presupune că secretul patogenezei SOP se află acolo unde este inhibitorul local hormonal-dependent al diferențierii granuloase.

Dereglaarea echilibrului dintre androgeni, estrogeni și secreția gonadotropinelor este veriga principală în apariția SOP.

Se presupune că secreția hormonilor steroizi în procesul ciclului menstrual poate fi explicată prin expresia diferitor fermenți, responsabili de biosinteza lor. Aceasta a fost demonstrat în rezultatul efectuării unor teste. Pentru a înțelege mecanismul expresiei fermenților steroidogenezei, celulele granuloase și tecale umane au fost examinate în culturi, pentru aprecierea efectului diferitor potențiali factori reglatori asupra expresiei diversilor fermenți ai steroidogenezei.

Folosind celulele tecale umane în cultură, a fost depistat că activitatea 17-a-hidroxilazei în aceste celule este stimulată de gonadotropina corionică umană. Cu atât mai mult această stimulare era blocată de prezența diferitor factori de creștere a mediului de cultură ca: factorul de creștere a fibroblaștilor, factorul de creștere epidermal [7].

Conform teoriei bicelulare a lui Falk, sinteza estrogenilor se realizează în două etape în 2 grupuri de celule: în theca internă a foliculului sinteza se produce preponderent până la nivelul T și androgenilor, iar aromatizarea lor în estrogeni are loc în granuloze. În foliculii femeilor sănătoase și la femeile cu SOP, celulele granuloase au activitate aromatazică similară și aromatizează T și androgenii până la estradiol și estronă în cantități egale. Activitatea aromatazică a celulelor granulozei se află sub controlul FSH hipofizar [10]. Excesul formării de T și androgeni are loc în foliculii mici, care nu ating 6 mm în diametru, deoarece în acești foliculi celulele granulozei încă nu au ajuns la maturitate și nu s-a manifestat activitatea aromatazică.

Este necesar de accentuat unele aspecte ale producerii androgenilor și efectul acestora. La bărbați, de multe ori există un anumit nivel de androgeni, încât

particularitățile fine ale acțiunii acestor hormoni nu se apreciază. La femei, variabilitatea acțiunii androgenilor se manifestă mai puternic.

Reacția fiziologică la excesul formării androgenilor în organism diferă și depinde de mai mulți factori. Când SOP abia a apărut, au fost descrise un număr mare de simptome determinate de excesul producerii androgenilor. Datorită sensibilității diferite față de androgeni la diferite paciente conduce către faptul că ele sunt dificil de studiat, chiar dacă se presupune un singur defect genetic [10].

Sinteza androgenilor în ovar are loc preponderent în țesuturile interstițiale și tecale [7]. Hiperproducerea androgenilor în ovare poate fi explicată prin hiperplazia țesuturilor tecale, care se produce sub influența a doi factori de bază:

- Primul factor este nivelul bazal crescut al LH.
- Al doilea factor este nivelul crescut al insulinei, astfel încât hiperinsulinemia în SOP sporește efectul LH asupra tecii și stromei, ceea ce duce la hiperandrogenie, care inhibă efectul pozitiv estrogenic asupra tecii și stromei.

Totodată, nivelul ridicat al insulinei poate stimula direct sau inhiba efectul pozitiv estrogenic al mecanismului de feed-back în SOP [9]. Corelația dintre nivelul insulinei, hiperplazia țesuturilor tecale și nivelul androgenilor este bine argumentată și dovedită [11].

Astfel, în SOP, hiperproducerea androgenilor de geneză ovariană este favorizată, mai întâi de toate, de prezența în ovare a unei cantități mari de celule androgen-producătoare ca rezultat al atreziei chistice sau fibroase a foliculului. Modificările sclerotice care se atestă în ovarele pacientelor cu SOP (scleroza tunicii albuginee, pereților vasculari) poartă un caracter secundar. Ele sunt – ca și modificările virile – manifestări ale bolii, favorizate de hiperandrogenie, și sunt manifestări ale acesteia.

Principiile de diagnostic al sindromului ovarelor polichistice

În prezent, diagnosticul cert de SOP este foarte dificil de stabilit. Diagnosticul corect de multe ori este stabilit după examinări de durată și deseori iraționale. De aceea, această patologie rămâne și la momentul actual un subiect controversat.

Prima tentativă de a stabili niște criterii de diagnostic a avut loc în anul 1990, în cadrul conferinței internaționale NIH /USA [10], unde au fost enunțate următoarele principii: semne clinice și biochimice ale hiperandrogeniei, anovulație cronică și excluderea altor cauze ale hiperandrogeniei.

Odată cu studierea unor noi aspecte ale patogenezei SOP și perfecționarea tehnologiilor de diagnostic,

a devenit clar că acest sindrom include un spectru mai mare de acuze, simptome și semne instrumentale și de diagnostic al disfuncției ovariene decât se părea anterior [8].

În anul 2003, ESHRE/ASRM, a stabilit noile criterii ale SOP. Conform acestora, SOP reprezintă un sindrom al disfuncției ovariene (dereglări de ciclu menstrual, anovulație cronică, sterilitate), cu criterii specific manifestate prin hiperandrogenie, dar și semne morfologice de ovare „polichistice”. Diagnosticul de SOP se acceptă nu doar în prezența triadei semnelor (hirsutism, dereglări de ciclu menstrual, sterilitate), dar și prin prezența a cel puțin două dintre criteriile ce caracterizează SOP:

- îmbinarea hiperandrogeniei cu semne morfologice de polichistoză ovariană pe fundal de ciclu menstrual regulat, dar cu lipsa ovulației foliculilor;
- îmbinarea disfuncției menstruale cu semne USG de polichistoză ovariană, dar în lipsa hiperandrogeniei;
- îmbinarea disfuncției menstruale cu hiperandrogenia, dar în lipsa semnelor USG certe de polichistoză ovariană.

La stabilirea unui diagnostic cert de SOP este necesar de exclus unele patologii manifestate prin hiperandrogenie (hiperplazia congenitală a suprarenalelor, tumorile androgensecretoare, sindromul Cushing, hipogonadismul hiperprolactinemic, hipotiroza primară) [11].

Dereglarea ciclului menstrual, cel mai frecvent stabilită încă de la menarhă, reprezintă una dintre acuzele cele mai atestate la pacientele cu SOP. Astfel, Balen și coaut. [10], în baza propriilor studii, au stabilit că la 47-66% din paciente cu SOP se atesta dereglarea ciclului menstrual de tip oligo- sau amenoree. Menometroragia, menoragia și metroragiile disfuncționale sunt manifestări care se atestă la 4-14% din paciente.

Hiperandrogenia poate fi suspectată la pacientele cu exces de pilozitate, ca rezultat al unui examen sau/și prin aprecierea hormonilor sexuali masculini în serul sangvin. Este bine cunoscut faptul că pilozitatea este într-o conexiune strânsă și cu criteriile de personalitate, particularitățile etnice, dar și cu sensibilitatea țesuturilor-țintă. Conform Balen și coaut., hirsutism acuză circa 70% din toate pacientele cu SOP. Manifestările clinice ale hiperandrogeniei, de obicei, pot fi slabe sau moderate.

La pacientele cu SOP, virilizarea (hirsutism, modificarea timbrului vocal, hipertrofia masei musculare în regiunea centurii scapulare, acne vulgaris) se întâlnește mai rar și, de obicei, se dezvoltă treptat [11]. Conway, printre 556 de femei cu SOP, diagnosticate

ultrasonografic, a apreciat alopecia doar la 8%, iar hirsutism – la 61%. Pentru aprecierea caracteristicii hirsutismului, majoritatea cercetătorilor folosesc scara Ferriman-Gallway.

Obezitatea, care este apreciată în baza indexului masei corporale (IMC), de obicei este mai mult de 25 mg/m², se apreciază la 35-50% din pacientele cu SOP [13]. Dacă la bolnavele cu SOP și indexul de masă corporală normală frecvența hirsutismului se apreciază în 56-58% cazuri, în obezitate ea atinge 70-75% [14]. La un IMC mai mare de 30 kg/m², frecvența sterilității crește cu 40%. O tendință analogică se atestă și la capitolul dereglarea ritmului menstruației [15]. Prin urmare, pacientele cu exces ponderal au caractere mai manifeste ale bolii.

Mulți cercetători consideră că dereglarea metabolismului lipidic inhibă anumite momente-cheie în procesele biochimice, care constituie baza patogenezei maladiei [16]. În ultimii ani a fost stabilit că în SOP sunt frecvent apreciate insulinoresistența (IR) și hiperinsulinemia compensatoare, dereglarea metabolismului glucidic și lipidic după tipul diabetic [17].

Concluzii

1. Conform studiilor multor autori, dereglarea metabolismului lipidic inhibă anumite momente-cheie în procesele biochimice, care constituie baza patogenezei sindromului ovarian polichistic.

2. Unele studii presupun că factorul etiologic de bază este stresul, care duce la deficitul de dopamină în hipotalamus, iar acesta, după cum se consideră, este capabil să scadă cantitatea de Gn-Rh și, în rezultatul insuficienței de dopamină, crește amplituda și frecvența ritmului circoral de secreție, astfel majorându-se sinteza hormonului LH și scăderea FSH.

3. Dereglarea echilibrului dintre androgeni, estrogeni și secreția gonadotropinelor este veriga principală în apariția SOP.

4. La moment, teoria ovariană și suprarenală a genezei SOP și-a pierdut din importanța inițială și are din ce în ce mai puțini susținători, deoarece în rezultatul numeroaselor cercetări făcute au fost aduse dovezi concludente care contrazic aceste concepții de patogeneză.

Bibliografie

1. Chaika V.K., Popova M.V., Badanov V.G. et al. *Epidemiology, diagnosis and treatment of an infertile couple*. In: Book of abstracts 1-st Euro-Asian Congress, 20-22 May, 2004. The events of the year in gynecology and obstetrics. Saint Petersburg, Russia, 2004, p. 6.
2. Curteanu A., Hodoroaga S. *Studii operaționale în sănătatea reproductivă*. În: Revista științifico-practică Buletin de perinatologie, Chișinău, 2003, nr. 2, p. 69-76.

3. Paladi G., *Realizări în domeniul sănătății reproductive: eficiență, riscuri, aspecte etico-morale*. În: Revista științifico-practică Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Chișinău, 2005, nr. 2, p. 20-25.
4. Farquhar C. *Introduction and hystoiy of polycystic ovary syndrome*. In: Ko Vacs G., Norman R., editors. *Polycystic Ovary Syndrome*. 2nd ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2007, p. 4-24.
5. Franks S., Gharani N., Waterworth D. et al. *The genetic basis of polycystic ovary syndrome*. In: *Hum. Reprod.* 1997; nr. 12, p. 2641-2648.
6. Golgzieher J.W., Axelro L.R. *Clinical and biochemical features of polycystic ovarian disease*. In: *Fertil Steril*, 1963, nr. 14, p. 631-653.
7. Sîrbu Z. *Reabilitarea pacientelor după corecția endoscopică a sterilității tubar-peritoneale*. Autoreferatul tezei de doctor în științe medicale, Chișinău, 2001, 26 p.
8. Asuncion M., Calvo R.M., San Millan J.L., Sancho J., Avila S. *A prospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected Caucasian women from Spain*. In: *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2000; nr. 85, p. 2435-2438.
9. Cohen P.N., Givens J.R., Wiser W.L., Wilroy R.S., Summitt R.L., Coleman S.A., Andersen R.N. *Polycystic ovarian disease, maturation arrest of spermatogenesis and Klinefelters syndrome in siblings of a family with fa-Milial hirsutism*. In: *Fertil. Steril.*, 1975, vol. 26, nr. 4, p. 1228-1238.
10. Richards J., Bodovich K. *Effects of human chorionic gonadotropin and progesterone on follicular development in the immature rat*. In: *Endocrinology*.
11. McKenna T.J. *Pathogenesis and treatment of polycystic ovary syndrom*. In: *N. Engl. J. Med.*, 1988, vol. 318, p. 558.
12. Falcone T., Billiar R., Morris D. *Serum inhibin levels in polycystic ovarian sindrom: effect of insulin resistance and insulin secretion*. In: *Obst. Gyn.*, 1991, vol. 12, nr. 3, p. 605-632.
13. Simpson J.L. *The de Watterwille Memorial Lecture: Reproductive technologies and genetic advances in obstetrics and gynecology*. In: *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 1992, vol. 38, nr. 2, p. 261-280.
14. Nestler J., Jakubowicz D.J., Evans W.S., Pasquali R. *Decreases in ovarian cytochrome P450cl7? Activity and serum free testosterone after reduction of insulin secretion in polycystic ovary syndrome*. In: *N. Engl. J. Med.*, 1996, nr. 9, p. 617-623.
15. Nestler J.E. *Polycystic ovary syndrome: A disorder for the generalist*. In: *Fertil. Steril.*, 1998, p. 811-817.
16. Nestler J., Jakubowicz D.J. *Lean women with polycystic ovary syndrome respond to insulin reduction with decreases in ovarian P450 alpha activity and serum androgens*. In: *J. Clinical. Endocrinol. And Metabol.*, 1997, vol. 82, p. 4075-4079.
17. Nestler J., Jakubowicz D.J., de Vergas A.F., Brik C., Quintero N., Medina F. *Insulin stimulates testosterone biosynthesis by human thecal cells from women with polycystic ovary syndrome by activating its own receptor and using inositoglycan mediators as the signal transduction system*. In: *J. Clinical. Endocrinol. Metabol.*, 1998, vol. 83, p. 2001-2005.

EVALUAREA PARAMETRILOR MICROCLIMATULUI DIN TRANSPORTUL PUBLIC MUNICIPAL CHIȘINĂU

Alexandru GARBUZ,

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Evaluation of the microclimate in municipal public transport in Chisinau

Daily, in Chisinau, the transportation of 800 thousand passengers is made with the help of 280 electric cars and 200 cars with internal combustion engine. In Republic of Moldova the conditions of work and the health of workers in the field of public transport are insufficiently studied. We evaluated the microclimate parameters in the saloons of public transport from Chisinau using the apparatus Meteoscop M. The quality index of the microclimate was evaluated, namely the Effective Temperature, Thermal load. Then these results were compared with the regulatory framework in the given domain.

Keywords: *microclimate, public transport, effective temperature, thermal load, employees, public health*

Резюме

Исследование параметров микроклимата в муниципальном общественном транспорте города Кишинэу

Ежедневно, в мун. Кишинэу перевозятся около 800 тысяч пассажиров при помощи 280-ти машин с движительной установкой электрического типа и 200 внутреннего сгорания. В Республике Молдова ранее не исследовались нужным образом условия труда работающих на общественном транспорте. Были проведены измерения параметров микроклимата в кабинах машин общественного транспорта при помощи аппарата Метеоскоп М. Как качественные показатели микроклимата были взяты эффективная температура и тепловая нагрузка среды. На следующем этапе производилось сравнение полученных данных с нормативной документацией.

Ключевые слова: *микроклимат, общественный транспорт, эффективная температура, тепловая нагрузка среды, общественное здоровье*

Introducere

Transportul public municipal a fost și este foarte actual. Zilnic, în municipiul Chișinău se face transportarea a circa 800 de mii de pasageri cu ajutorul a 500 de mașini comunitare. În Republica Moldova, condițiile ocupaționale și starea de sănătate a muncitorilor din sfera transportului public sunt studiate

insuficient. Actualitatea temei sporește prin faptul că în sfera dată activează multe femei.

Analiza literaturii de specialitate a demonstrat că șoferii transportului public sunt permanent sub acțiunea unor factori de geneză ocupațională, care influențează negativ asupra sănătății lucrătorilor din domeniu (Retnev V.M., 1979; Grațianskaia L.N., 1981; Ceaika V.C., 1990).

Material și metode

Au fost evaluați parametrii de microclimat în saloanele mașinilor transportului public din municipiul Chișinău cu ajutorul aparatului *Meteoscop M*, indicatorii de bază, precum temperatura aerului și umiditatea relativă, viteza curenților fiind considerată constantă de 0,1 m/s, conform normelor.

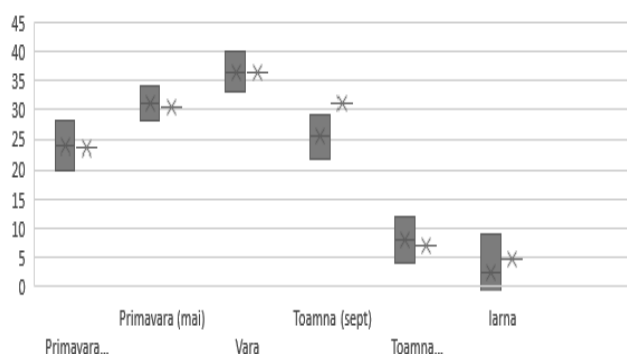
Au fost efectuate șase șiruri de măsurări, pentru a cuprinde trecerea de la sezonul cald la cel rece, a câte 50 de mașini electrice în fiecare zi de măsurare, iar apoi s-a analizat masivul statistic al datelor obținute după metodele standardizate.

S-a determinat indicele de calitate a microclimatului, și anume *temperatura efectivă* (TE), ca apoi aceste rezultate să fie comparate cu cadrul normativ în domeniul dat.

Data	Anul	Sezonul	Temp. ext.	Temp. int.	RH, %	TE
4 aprilie	2014	Primăvară	16,7	24,1	35,8	23,5
13 mai		Primăvară	21,2	28,3	57,2	30,6
6 iunie		Vara	27,8	34,3	51	36,3
11 septembrie		Toamnă	19,5	26,2	78,5	31,1
29 noiembrie		Toamnă	2,8	9,4	43,7	6,9
28 decembrie		Iarna	-4,8	6,8	63	4,6

Rezultate și discuții

Temperatura în diapazon versus TE



Am comparat rezultatele temperaturii efective cu nomogramele cadrului normativ european armonizat în domeniul sănătății ocupaționale și al sănătății mediului (89/654/CEE și FRR 2.2.2006-05; RNI 2.2.4.548-96) și am determinat depășirea temperaturii efective peste limita maximă de normare în 2 cazuri, în sezonul cald, și sub limita minimă de normare în 2 cazuri, în sezonul rece. În aprilie, indicele temperaturii efective se încadrează în limitele normale, iar în mai și iunie depășește norma de 29,1 °C cu 1,5 °C și respectiv cu 7,2 °C. Situația în sezonul rece este următoarea: în septembrie, indicele temperaturii efective se încadrează în limitele normale, iar în noiembrie și decembrie nu ating limita minimă normală de 18 °C cu 11,1 °C și respectiv cu 13,4 °C.

Concluzie

Acest fapt ne vorbește despre munca în condiții extremale – de supraîncălzire în sezonul cald și de supraîncălzire în sezonul rece al anului. Astfel, pot apărea diferite maladii ale sistemelor respirator și urinar, boli ale aparatului cardiovascular și multe altele.

Bibliografie

1. *Regulamentul și Normele Sanitare RNI 2.2.4.548-96.*
2. *Состояние здоровья водителей женщин* (Retnev V.M., 1979; Грацианская Л.Н., 1981; Чайка В.К., 1990 и др.).
3. *Normele armonizate europene 89/654/CEE.*
4. G. Friptuleac, L. Alexa, V. Băbălău. *Igiena mediului*, 1998.
5. Gheorghe Ostrofeț. *Curs de igiena mediului. Igiena aerului.*
6. *Журнал Безопасность и охрана труда.* Г.В.Федорович, ООО «НТМ-Защита», 2011.
7. Банхиди Л. *Тепловой микроклимат помещений: расчет комфортных параметров по теплоощущениям человека.* Пер. с венг. В.М. Беляева. Под ред. В.И. Прохорова и А.Л. Наумова. М.: Стройиздат, 1981.
8. Государственный стандарт РФ *Здания жилые и общественные. Параметры микроклимата в помещениях.* ГОСТ 30494-96.
9. *Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений.* СанПиН 2.2.4.548-96.
10. Государственный стандарт *Общие санитарно-гигиенические требования к воздуху рабочей зоны.* ГОСТ 12.1.005-88* ССБТ.
11. International Standard *Ergonomics of the thermal environment – instruments for measuring physical quantities*, ISO 7726 – 1998.
12. *Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда.* Р 2.2.2006-05.

INGESTION OF NSAIDS A SERIOUS PROBLEM IN YOUNG CHILDREN

Nicoleta GIMIGA, Claudia OLARU, Raluca STANCA,
Maria BOLAT, Smaranda DIACONESCU,
UMF Gr. T. Popa, Iasi, Romania

Aims

The authors would like to highlight some severe clinical consequences of the empirical use of NSAIDs and the necessity of educating parents and caregivers.

Case reports

Four children (two boys and two girls, median age 26 ± 0.9 months) have been hospitalized in our unit for upper digestive hemorrhage after receiving NSAIDs. Two patients received aspirin (500 mg) and the other two received ibuprofen (50-100 mg). In three cases, aspirin and ibuprofen were given for fever control, while the 4th child accidentally ingested two half-tablets of aspirin, which were used as a preservative agent in home-made stewed fruits. Within the first 24-48 hours after receiving NSAIDs, all patients were brought to our unit, with hematemesis (two cases), melena (one case) and both hematemesis and melena (one case). History for gastrointestinal problems, chronic drugs usage or over dosage of NSAIDs was negative. Hemoglobin values ranged from 5.5 to 10.5 mg/dl and the coagulation tests were normal. Within 24-48 hours of admission, an upper digestive endoscopy was performed in two children; for the other two cases we could not obtain an informed consent from the parents. In both patients who underwent endoscopy we found double gastric ulcers in the antral region. No evidence of *Helicobacter pylori* infection was obtained. In one case, lack of early endoscopy due to parental refusal was followed by progressive worsening vomiting and acute dehydration; a barium meal revealed a decompensated pyloric stenosis that imposed an antrectomy. Two children were treated with intravenous PPI and one with H₂-blockers. The patients were discharged after 7-10 days with a recommendation for oral PPI/H₂-blockers. The endoscopic reevaluation after two months showed a complete healing of the gastric lesions in three children.

Results

Improving parental education about the risks of self medication and severe side effects of NSAIDs and using acetaminophen as a first choice medication for fever control in young patients seems to be

a reasonable attitude of general practitioners and pediatricians.

NSAIDs is a group of medication largely prescribed in pediatric pathology in antithermic purposes. Ibuprofen is the most frequently used, while aspirin is contraindicated due to potential risk of Reye syndrome and gastrointestinal bleeding. While many persons are treated with NSAIDs every day, some severe adverse side effects may occur in a small percentage of subjects. Acute gastrointestinal bleeding is one major side effect, and it may occur either with oral or parenteral administration. This suggests that many mechanisms are involved and it looks like that interindividual variability in drug metabolism plays a major role. There are at least two mechanisms that NSAIDs trigger: a direct, toxic effect on gastrointestinal mucosa and an indirect one through active hepatic metabolites excreted into the bile and subsequently into the duodenum; these metabolites cause mucosal damage to the stomach during the duodenogastric reflux and to the small bowel by antegrade passage through the gastrointestinal tract.

Clinical manifestations such as dyspepsia and GI discomfort occur in at least 10 to 20 percent of persons taking NSAIDs; however, dyspeptic symptoms do not correlate well with clinically significant ulcerations. There are studies who report a close relationship between the patient's age, comorbidities, the dose of NSAIDs and the complications rate. It has been demonstrated that comorbid illnesses such as rheumatoid arthritis, concomitant corticosteroid or anticoagulant use, infection with *Helicobacter pylori* and prolonged continuous administration increase the risk of gastrointestinal hemorrhage. In children NSAIDs are largely prescribed for many reasons, the most common one being fever, followed by musculoskeletal pains, arthritis, headache and pain due to tooth eruption. Pediatric rheumatologists also prescribe selective COX-2 NSAIDs after failure of one or more traditional NSAIDs. Traditional and selective COX-2 NSAIDs are perceived as safe by pediatric specialists. There are large randomized trials of ibuprofen (versus acetaminophen) safety in pediatric patients and the observed risk of gastrointestinal bleeding in the ibuprofen group was 7.2 per 100,000; authors also report a dose-response relationship between ibuprofen and adverse gastrointestinal reactions. However, gastric ulcers due to NSAIDs are infrequent in the pediatric population, the most common adverse reactions being abdominal pain, nausea and anorexia.

In Romania, administration of NSAIDs by the parents without medical advice and ignorance of their contraindications or side effects represent a

large scale phenomenon. In our small number of patients three of four families did not call a doctor to report the child's fever and two of them did not know that aspirin was not indicated in children for fever control; in one case, the parents reported that they had not even read the prospectus of ibuprofen which clearly stated it was not suitable for children under 3 months. Analyzing our reports, we noticed the following aspects: the median age at presentation was 26 ± 0.9 months, NSAIDs were given for fever control in three cases, the history for gastrointestinal problems, chronic drugs usage or over dosage of NSAIDs was negative for all patients. The symptoms appeared within 24-48 hours following ingestion, in three of four children gastrointestinal bleeding was due to an endoscopically proven double gastric and/or pyloric ulcer produced by a single dose of 50-100mg ibuprofen or 500 mg of aspirin. Additionally, we recorded one rapid and unusual evolution to pyloric stenosis and acute posthemorrhagic anemia in three children (median hemoglobin values 9.3 ± 0.7 mg/dl, but no evidence of *Helicobacter pylori*). A favorable evolution has been noticed after treatment with PPI/H2-blockers with negative endoscopy at two-month follow-up.

Conclusions

Chronic use of NSAIDs has been associated with gastroduodenal injuries, including ulcers and bleedings. As aspirin intake decreased in children, involvement of ibuprofen has been described. This paper reports unusual complications such as multiple hemorrhagic ulcer lesions or rapid evolution to pyloric stenosis after receiving only single dose of aspirin or ibuprofen. As in Romania self-medication is not rare, general practitioners and pediatricians should be more concerned about informing the parents about the severe side-effects of these drugs. We therefore agree with other authors who consider acetaminophen safer when used as a first choice medication for fever control in young patients.

puțin 50% din populația generală, a precizat totodată rolul acestui germen în etiopatogenia unor suferințe diverse, ca ulcerul gastric și cel duodenal, cancerul gastric sau limfomul MALT, semnalate atât în patologia adultului, cât și în cea întâlnită la copii. Totodată, combaterea patologiei induse de această bacterie a impus identificarea promptă a numeroase preparate farmaceutice antiinfecțioase specifice, cu eficacitate variabilă în timp, dar și instalarea unor fenomene de rezistență medicamentoasă.

Au fost astfel succesiv încercate sterilizarea bacteriană completă cu prilejul tratamentului inițial și optimizarea utilizării judicioase a asocierilor medicamentoase de primă, secundă și terță linie. Alternative terapeutice de eficacitate variabilă s-au dovedit și aplicarea unor noi droguri sintetice, substanțe probiotice sau vaccinuri cu efecte benefice privind stimularea producerii de mucină, inducerea secreției acide, cu modularea protecției crescute față de agentul patogen și evitarea reinfecțiilor. Recent au fost introduse substanțe neantibiotice (*Cladosiphon fucoidian*) cu efecte pozitive in vivo în gastrita cu *Helicobacter pylori* la copii, precum și noi substanțe "nedisbiotice" cu efecte antiinflamatorii și imunostimulante promițătoare.

Deosebita diversitate genetică și fenotipică a bacteriei determină existența unor populații microbiene eterogene și stimulează continuu producerea de noi preparate urmărind profilaxia și tratamentul eficace al infecției, indiferent de vârsta pacientului.

CHILDHOOD OBESITY – A MODERN SOCIETY PROBLEM IN ROMANIA

*Claudia OLARU¹, Nicoleta GIMIGA¹, R.A. OLARU², Raluca STANCA¹, Smaranda DIACONESCU¹,
¹Pediatrics, Gr. T. Popa University of Medicine and Pharmacy, Jassy, Romania,
²Psychiatry, Gr. T. Popa University of Medicine and Pharmacy, Jassy, Romania*

Rezumat

Obesitatea infantilă – o problemă medico-socială actuală în România

Cercetarea indică faptul că copiii cu părinți obezi au risc înalt de a dezvolta obezitate. Părinții pot crea pentru copii un mediu ce va favoriza formarea comportamentelor alimentare sănătoase sau pot promova excesul de greutate. Prevenirea obezității necesită o educație a societății, schimbări sociale, precum și metode pentru asigurarea succesului acestor eforturi.

Cuvinte-cheie: obezitate, profil nutrițional, copil

PREVENIREA INFECȚIEI CU *HELICOBACTER PYLORI*. DATE ACTUALE

*Smaranda DIACONESCU,
UMF Gr. T. Popa, Iași,
Departamentul Medicina Mamei și Copilului*

Descoperirea bacteriei *Helicobacter pylori*, prezente în flora microbiană a tubului digestiv la cel

Резюме**Ожирение у детей – актуальная медико-социальная проблема в Румынии**

Исследование показывает, что у детей у которых родители страдают ожирением повышен риск развития ожирения. Родители создают для детей условия, которые могут способствовать развитию здорового пищевого поведения или могут способствовать избыточному весу.

Необходима профилактика с помощью образования общества и социальных изменений, а также нужно разработать методы, чтобы обеспечить успех этих усилий.

Ключевые слова: ожирение, питательный профиль, ребенок

Objective

Childhood obesity has reached crisis. A variety of factors, unique to modern western society, have led to the expanding prevalence of childhood obesity. Changes in specific eating patterns may explain the increase in adiposity among children. The aim of this study was to assess the association between body mass index (BMI) in children and their parents.

Materials and methods

From January 2014 to December 2014, a cross sectional study was conducted and a total of 234 children, between the ages of 4 and <18 years, with obesity and 234 adult persons were investigated. The control group consisted of 112 children (4 to <18 years of age) presenting to the pediatric clinic for a well-child visit and 112 adults. One questionnaire consisted of questions about personal characteristics and food intake habits was applied. Obesity was classified as a BMI of >95th percentile and severe obesity as a BMI of the 95th percentile for age and gender.

Results

60.68% of parents of children in the study group were overweight or obese, compared to 26.79% in the control group. Nutritional profile revealed that the protein, cereal and sugar intake was higher in the study group. Obese children have been consuming lower amounts of fats/oils, vegetables, grains, and increasing amounts of desserts, candy, beverages, and snacks. The frequency of fast food meals was 1,36 meals in the control group versus 3,65 meals in the study group. Due to accessibility, frequency number of fast-food meals is higher in children from urban versus rural areas.

Conclusions

The research indicates that children with obese parents have significantly elevated risks of deve-

loping obesity. Parents create environments for children that can foster the development of healthy eating behaviors or can promote overweight. Obesity prevention requires a education of society. Prevention through education and societal change is necessary, and methods to ensure success with these efforts must be developed.

THE ROLE OF PROFESSIONAL COMPETENCIES IN THE INTEGRATION OF EMIGRANTS FROM THE REPUBLIC OF MOLDOVA INTO THE EUROPEAN LABOUR MARKET

Larisa PANTEA,
Institute National of Economic Research

Rezumat**Rolul competențelor profesionale în integrarea emigranților din R. Moldova pe piața europeană a muncii**

Articolul prezintă rezultatele cercetării unei probleme socioeconomice contemporane, legate de competențele profesionale ale forței de muncă din Republica Moldova, privite prin prisma integrării emigranților pe piața europeană a muncii. Scopul cercetării a constat în identificarea relației dintre competențele profesionale ale emigranților și accelerarea procesului de integrare a acestora pe piața europeană a muncii. Problema ocupării forței de muncă, în special a emigranților moldoveni, ține inclusiv de nivelul scăzut de calificare, fapt ce periclitează șansele unei ocupări durabile și decente. Soluționarea problemei la acest capitol constă în formarea profesională și dezvoltarea abilităților forței de muncă, luând în considerație cererea pe piața forței de muncă în statele Uniunii Europene. Prezintă interes propunerea de a prelua exemplul occidental de validare a învățării informale și nonformale, cu scopul recunoașterii calificărilor deținute de emigranți, pentru a facilita integrarea acestora pe piața muncii.

Cuvinte-cheie: piața muncii, competențe profesionale, emigranți

Резюме**Роль профессиональных навыков в процессе интеграции эмигрантов из Р. Молдова на европейском рынке труда**

В статье представлены результаты изучения социально-экономической проблемы, связанной с профессиональными навыками молдавских трудовых мигрантов, рассматриваемой через призму интеграции на европейском рынке труда. Проблема занятости связана с низким уровнем квалификации. Представляет интерес предложение перенять западную практику

информального и неформального обучения, для признания квалификаций эмигрантов в целях содействия интеграции на рынке труда ЕС.

Ключевые слова: рынок труда, профессиональные навыки, эмигранты

Introduction

The economic crisis has affected people differently depending on their level of education, with a stronger impact on those with low educational attainment. Low skilled population had experienced a shift down in its employment and earning patterns. Under these conditions it is indispensable to pay attention to this vulnerable category of population, the main solution is to reduce the amount of people who are unemployed by raising their level of training and develop their skills in job seeking. Thus, even services on employment mediation provide chances for increased professional mobility of emigrants and helps them in finding good jobs in receiving countries. Vocational training of emigrants is essential in providing skills that would ensure a better labour market entry, as well as more flexibility in changing occupations. Educational institutions, training centers, private or public economic agents and nongovernmental organizations should identify the real needs of the labour market and current trends on the European labour market and provide appropriate courses and trainings.

Recognition of competences and easier labour market inclusion of emigrants is facilitated by designing a network of institutions aimed at providing assistance at each step of the process, starting with the documentation required and beyond. The process of validation of non-formal and informal learning plays an important role in the development of labour force professional mobility. Experience gained by a series of countries can be useful in designing the process of validation of non-formal and informal learning in the Republic of Moldova.

Key competencies on European labour market and their recognition

Key competencies specified in European Union's initiatives regarding workforce employment target easier integration on labour market, being transferable between various fields of occupation and enhancing professional mobility of the workers. These competencies include:

- communication in the mother tongue,
- communication in foreign languages,
- mathematical competence and basic competences in science and technology,
- digital competence,
- learning to learn,

- social and civic competences,
- sense of initiative and entrepreneurship,
- cultural awareness and expression.

Development of a knowledge-based society implies investments in human resource trainings, to encourage persons able to obtain a job or those who desire to keep it safe, to acquire new competencies and show a higher level of occupational mobility. Lifelong learning is important both for the employee, as well as for the employer, since it entails:

- a higher skilled labour force,
- motivated personnel,
- raise in quality standards.

The objectives of lifelong learning are as follows:

- to facilitate integration of individuals on labour market according to their professional aspirations and labour market needs,
- to increase labour force competitiveness,
- acquiring advanced knowledge, modern methods and procedures necessary to perform job tasks.

The systems of professional training should be adapted to various target groups, in various stages of life-cycle, to enable setting of equivalents between different levels of qualification and to facilitate workers' mobility.

When it comes to lifelong learning, we can speak of three forms of it: formal, informal and non-formal. Below we present a brief description of these three forms of learning [3].

Thus, **formal learning** is taking place in an organized and structured frame (education institution), implies explicit teaching projects, allocation of financial resources and stated objectives. It lasts for a determined period of time, involves certification of knowledge and competencies in relation to a series of clearly stated criteria regarding participation and evaluation.

Non-formal learning may have some stated objectives, however these do not follow a strict curriculum, adapting to the needs of target group, while the necessary resources are set based on groups features. Trainees take active part in the process of non-formal learning. The competencies and knowledge acquired are not automatically certified. A form of non-formal learning are on the job trainings, that allow organizations to update and increase the level of workers' competencies, as well as trainings organized by NGOs.

Informal learning isn't structured in relation to some objectives and doesn't have a specified duration. The intention of persons that is taking part at this kind of learning is not expressly shown. Knowledge and competencies acquired are not automatically certified.

We consider that all above-mentioned three types of learning are important, although they contribute in various ways to knowledge and competencies' development that can be later applied into professional activity.

Validation of learning results implies acknowledgment of an authorized body. The results are compared to a standard relevant to the level and field of qualification.

Certification of learning results is a process of formal confirmation, on the basis of documentation and evaluation of specific expertise, including the issue of a certificate of partial or incomplete qualification. Non-formal and informal learning certification is particularly important due to official recognition of acquired competencies in other ways than courses of education institutions. The perspectives are encouraging for migrants, because they often have only secondary education or secondary vocational education, however they possess broader abilities.

There is a series of professions that are regulated, for which the procedure of qualification's recognition is indispensable. Different recognition procedures apply across countries. These procedures were described by International Organization of Migration [4]. Systems may include regulation by a national or regional professional bodies (as in Australia or Canada), employer-based recognition processes (as in Sweden), the entire system may be coordinated by a single institution in charge of regulated professions (as in Denmark or Great Britain) or the process of recognition may be done automatically (as for example European Qualifications Framework/ Professional Qualifications Directive which applies to EU nationals and not third country nationals).

Assessment and recognition of formal learning is done differently from one country to another. Some approaches are based on the length of study (these take into account the quantitative dimension), while others consider the content (the qualitative dimension).

In the United Kingdom the distinctions between formal, informal and non-formal learning are blurred, while the transfer of credit between qualifications allows individuals to obtain recognition of their professional training, no matter the form or the field of education. The Federal Law on Recognition adopted in Germany allows partial recognition of non-regulated qualifications acquired abroad. In the case of rejection of the recognition of the foreign qualification, the law stipulates that an official positive statement will be provided to explain the knowledge, abilities and experience gained, thus supporting the consideration of qualifications on

the labour market, although de jure recognition is not granted.

Alternative recognition can include courses to cover the differences with the required qualification, these courses being offered by the competent authority. Australia is a leader in developing programmes of assistance designed for immigrant workers to help them obtain complete recognition of their qualifications and training a job.

Apart from partial competences' recognition, conditional recognition allows the candidate to start the desired activity under the condition that certain goals related to professional activity are reached within a specified period of time. This practice is spread in Canada, where candidates have the opportunity to show their abilities and knowledge during internships.

The Swedish Adult Education Initiative that took place in the period 1997-2002 has emphasized that validation involves a formalization of subjective evaluation of competence, considering qualifications requirements and personal skills. To raise the workforce mobility the Dutch Government introduced measures to stimulate training programmes and recognition of previous experience and acquired knowledge. Employees without a diploma or relevant studies that lost their jobs are encouraged to enroll to programmes to receive validation of their knowledge obtained through non-formal and informal learning. In case of Denmark associations from industrial branches, as well as organizations of employers have unified their efforts to create Training and Development Funds to support financially adult educational initiatives. The procedures of non-formal and informal learning validation are established by regional institutions for vocational training, while employer involvement ensures that evaluation is adjusted to real needs of labour market.

The top 5 jobs for 2013 (information available on 01.01.2014 from European Job Mobility Bulletin) in Europe comprise the following:

- Finance and sales associate professionals (40400 posts),
- Housekeeping and restaurant services workers (27500 posts),
- Personal care and related workers (24640 posts),
- Electrical and electronic equipment mechanics and fitters (23940 posts),
- Shop salespersons and demonstrators (22360 posts).

We can see that most of these occupations entail advanced knowledge of foreign languages by emigrants willing to work in these jobs, as well as

abilities to communicate with clients and technical knowledge, abilities of financial analysis, of a providing services unit etc, i.e. those abilities that can be developed during formal studies, at additional courses or directly from work practice.

Let's have a look on top 5 jobs proposed to unemployed in various countries of Europe (see table).

"Top 5" EURES jobs by country (EURES portal 1st January 2014), absolute number of vacant posts

Country ¹	"Top 5" jobs by country
Austria	1. Housekeeping and restaurant services workers (5,950) 2. Shop salespersons and demonstrators (2,000) 3. Machinery mechanics and fitters (1,870) 4. Physical and engineering science technicians (1,860) 5. Finance and sales associate professionals (1,470)
Denmark	1. Special education teaching professionals (480) 2. Client information clerks (340) 3. Health professionals (310) 4. Legal professionals (265) 5. Pre-primary education teaching associate professionals (260)
Cyprus	1. Housekeeping and restaurant services workers (370) 2. Agricultural, fishery and related labourers (100) 3. Domestic and related helpers, cleaners and launderers (90) <i>Places number 4 and 5 cannot be identified due to the low numbers of job vacancies.</i>
Spain	1. Pre-primary education teaching associate professionals (2,220) 2. Health professionals (500) 3. Client information clerks (360) 4. Other teaching associate professionals (200) 5. Finance and sales associate professionals (160)
Czech Republic	1. Finance and sales associate professionals (2,250) 2. Housekeeping and restaurant services workers (1,570) 3. Protective services workers (1,550) 4. Motor vehicle drivers (1,490) 5. Physical and engineering science technicians (1,200)
Finland	1. Finance and sales associate professionals (3,520) 2. Building caretakers, window and related cleaners (1,390) 3. Housekeeping and restaurant services workers (1,380) 4. Shop salespersons and demonstrators (1,220) 5. Personal care and related workers (970)
Germany	1. Finance and sales associate professionals (23,120) 2. Electrical and electronic equipment mechanics and fitters (20,070) 3. Machinery mechanics and fitters (14,920) 4. Architects, engineers and related professionals (14,850) 5. Building finishers and related trades workers (12,760)

France	1. Finance and sales associate professionals (2,430) 2. Production and operations department managers (2,350) 3. Physical and engineering science technicians (1,980) 4. Other department managers (1,820) 5. Housekeeping and restaurant services workers (1,555)
Portugal	1. Textile, garment and related trade workers (490) 2. Finance and sales associate professionals (460) 3. Market-oriented crop and animal producers (280) 4. Housekeeping and restaurant services workers (340) 5. Client information clerks (185)
Sweden	1. Personal care and related workers (10,060) 2. Nursing and midwifery associate professionals (4,240) 3. Shop salespersons and demonstrators (2,630) 4. Finance and sales associate professionals (2,600) 5. Other personal services workers (2,395)
Slovakia	1. Metal moulders, welders, sheet-metal workers, structural-metal preparers, and related trades workers (110) 2. Blacksmiths, tool-makers and related trades workers (105) 3. Locomotive engine drivers and related workers (100) <i>Places number 4 and 5 cannot be identified due to the low numbers of job vacancies.</i>
United Kingdom	1. Other department managers (424,300) 2. Architects, engineers and related professionals (105,940) 3. Food processing and related trades workers (74,740) 4. Finance and sales associate professionals (63,880) 5. Computing professionals (50,400)
Slovenia	1. Metal moulders, welders, sheet-metal workers, structural-metal preparers (100) 2. Finance and sales associate professionals (90) 3. Building finishers and related trades workers (80) <i>Places number 4 and 5 cannot be identified due to the low numbers of job vacancies.</i>

Source: European Commission, 2014. *European Job Mobility Bulletin*. Issue no. 11 / February 2014. [online] Available at: < <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=955>>

Note: Belgium, Bulgaria, Croatia, Estonia, Iceland, Greece, Liechtenstein, Luxembourg, Malta and Romania were not included due to the insignificant number of vacancies involved.

Features of workforce migration from the Republic of Moldova

According to the training level of emigrants from the Republic of Moldova reported to work abroad the majority group has secondary vocational education, closely followed by the group with secondary education (see figure).

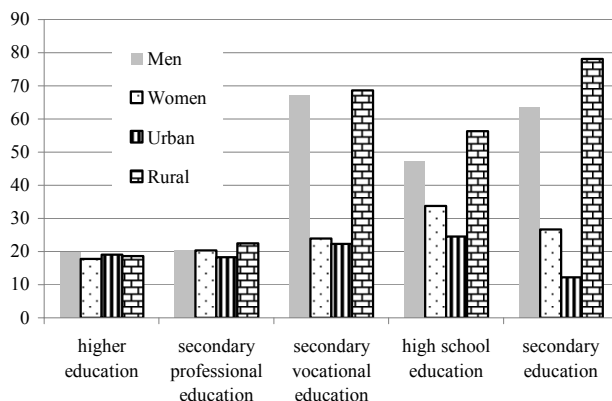
Analizing emigrants' distribution according to their level of education, sex and country of destina-

tion we can underline two numerous groups, both formed of emigrants to Russian Federation, comprising men with secondary vocational education (56,7 thousand persons) and women with high school education (17,5 thousand persons).

In the meantime, among emigrants from rural area prevails the group with secondary education, while among emigrants from urban area most numerous is the group of people with high school education.

From the analysis of migrants distribution on fields of vocational training that persons had before leaving abroad it results that men migrants had mainly qualification in the field of engineering (47%) and services approximately 37%), the rest of the occupations are met in less than 10% of the cases.

Distribution of emigrants who work abroad according to the level of education, sex and geographic area (year 2014)



Source: National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova. *Labour Force in the Republic of Moldova. Employment and Unemployment*. Edition 2015.

Women migrants are more often qualified in engineering as well, (around a quarter), the same proportion is being held by women with qualifications in social sciences, business and law. Next places are held by services, education and health care.

According to the report on workforce migration issued by National Bureau of Statistics a overwhelming majority of emigrants (95%) haven't attended any training with perspective to prepare for living abroad. Mainly young people (70% of all emigrants that worked abroad) were trained. We emphasize that one of the most important conditions for a successful integration in the labour field abroad is speaking the language of the host country, the fact attested at a share of 86% of men and 63% of women; however 7% of men and 17% of women emigrants understood, but didn't speak the language of the

country of destination, while 6% of men and 17% of women didn't know at all the foreign language.

Lifelong learning in the Republic of Moldova

The connection of the local labor market to European trends, the development of labour force and employment represent strategic goals for the Republic of Moldova in order to create a true knowledge-based society and achieve sustainable development. The "knowledge triangle" of education-research-innovation is considered basic strategy in ensuring the country's economic growth and welfare, so developing lifelong learning is a priority to flexible labor force and occupational safety development. In the context of the knowledge-based society values, the full potential of labor force can be achieved through continuous effective and innovative learning.

Training in Moldova is conducted through institutions of secondary vocational and higher education (including part time studies), training courses organized by the National Agency for Employment, various courses organized by private companies and public organizations that provide vocational training in the secretariat, management, business development, computer classes, foreign language, accounting etc.

According to National Employment Agency of Moldova in 2013 a number of 2568 people benefited from professional training, of whom trained in state schools were 775 people, and trained at private institutions were 1793 people. Among those, only 7.5% attended trainings for professional development, while the rest of unemployed attended courses of professional formation and requalification.

Among educational institutions contracted by employment agencies for centralized training include:

- in Chisinau: Vocational School no. 7, Vocational School no. 8, Vocational School no. 9, Training Centre *Inmacom-Didactic*, Ltd. *Island of Hope*, Technological College, Training and Production;
- in Balti: Vocational School no. 1 from Balti, Vocational School no. 5 from Balti, College of Light Industry from Balti, Training and Production Centre subsidiary from Balti, Ltd. *Miracle*;
- in Cahul: Training and Production Center subsidiary from Cahul, Vocational School no. 1 from Cahul, Small Business School from Cahul, Teaching, Production and Social Rehabilitation of Disabled and Orphans Corporation *Mariana*.

Most professions where training is done in these institutions are: electrician, gas welder, automotive mechanic, plasterer, painter, carpenter, computer operator, tailor-sewer, cook-baker,

waiter-barman, secretary, accountant, hairdresser, manicurist-pedicurist, masseur, etc. Although these professions are required in the labor market, they are paid less and opportunities for advancement do not exist (except for the accounting profession), so motivation to develop skills may be very low or missing. In this case, talking about sustainable development of the workforce we tend to emphasize that the opportunities of potential emigrants to integrate in the European labor market are closely correlated with the development of additional skills, which will be mentioned below.

Thus, from the top 5 most demanded professions in the European labor market we see that four occupations requires a good relationship with customers. Development of specific skills such as business communication, ability to persuade customers, responsiveness to their wishes, adaptiveness to the individual needs of customers can be achieved through informal learning in everyday life of the individual, but importance of these skills is enormous. In these cases, knowledge of the language of the country of destination is imperative. Also an important point is the development of management skills, especially, taking into account, that most migrants are stimulated through various grant programs to invest money in business. Areas such as strategic development, operational management, motivating human resources, corporate finance, marketing and sales, project management are the foundation for a successful launch in business, thus the mentioned abilities can successfully contribute to the self-employment of those categories of emigrants who return home and want to start a business or try to start a business in the host country.

We consider necessary, as well, the professional development of training and mediation service providers; they should closely monitor trends in new techniques for job search assistance, develop and maintain appropriate databases etc. Specialists within the employment agencies can receive real-time information on the labor market to maximize the variety of employment opportunities for graduates of training courses. Many workers have skills that can be transferred from the previous occupation to the new one. In other cases, the skills developed in a training program may be required by employers in other fields than expected. Modern trends in the labor market have created the need for specialists in the employment agencies to develop their knowledge on these opportunities and to assist persons in job search.

In the Republic of Moldova, the organization of training courses for unemployed is mainly the responsibility of state agencies. Funding required for these courses is an important aspect that should be taken into account, since training of workers is an investment that brings long-term benefits. The state's

role in this situation is to determine and foster the training of employees in firms. One of the solutions proposed in literature is the decentralization of the system of professional training of the population by providing a range of responsibilities to local authorities. Examples are brought Western European countries, where training and qualification courses are funded by local taxes, the state's role is to ensure a balanced distribution between different territorial areas of tax revenues. A number of countries have introduced tax incentives for organizations that have spent financial resources to increase the level of training of employees. The non-discriminatory access to employment and training of people is an important issue here. Considering the low budgetary financial resources, eligibility to these courses becomes a crucial aspect, since the beneficiaries of these funds are unemployed persons that have higher chances to find a job.

Developing mechanisms to ensure a broader access of the population to vocational training is one of the objectives of labor market management. According to the National Development Strategy of the Republic of Moldova 2020: "Human capital is one of the few resources that can offer the Republic of Moldova a comparative advantage. However, if labor is not specialized in the areas requested by employers, human capital remains an untapped resource." As it is stated in the Strategy, education expenditures in Moldova amount for 9.2% of GDP, which is 3.7% more than the European average, but these costs do not produce the expected economic and social impacts.

Also, among the measures to help increase flexibility and efficiency of training systems can be mentioned:

- development and implementation of state programs and training standards,
- development of the state certification and testing of operators offering training,
- transfer of training institutions on partial financing or completely on their own financing.

An efficient operation of the labor market involves improving the employability of low-skilled and economically disadvantaged population. In this context, it is necessary to validate knowledge, skills and competences acquired through non-formal or informal learning. Recognition of this type of learning is an essential process in order to increase employment opportunities in the labor market. This is based on the European Qualifications Framework on lifelong learning and the National Qualifications Framework. Certificates issued by authorized institutions in qualifications' recognition produce the same effects as other ways of evaluation and certification of the formal education system. The Republic of

Moldova has undertaken an attempt to develop a draft of the Government decision on the approval of Concept of the National System of non-formal and informal learning validation.

Conclusions

Raising the professional qualification is an imperative for the nation as a whole, boosting external competitiveness, constituting a fundamental prerequisite for sustainable development. This objectives can be achieved through acknowledgment and development of lifelong learning, enhanced by the non-formal and informal learning validation.

A perspective on the most frequently required jobs in EU in comparison to vacancies from the Republic of Moldova helps identifying skills and competences necessary to be developed by potential emigrants. We consider that there is a need for a change in the pattern of vocational formation of unemployed and workforce, as a whole, because modern trends on the labour market impose a shift in knowledge and skills.

References

1. ANOFM. *Lista instituțiilor de învățământ contractate de agențiile pentru ocuparea forței de muncă pentru instruire centralizată în anul 2012*. [online] Chișinău: ANOFM. Available at: <<http://www.anofm.md/files/elfinder/Docs/Lista%20institutiilor%20de%20invatamant%202012.pdf>>
2. ANOFM, 2014. *Raport statistic privind măsurile de ocupare și protecție socială a persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă, realizate de către agențiile pentru ocuparea forței de muncă ale Republicii Moldova în ianuarie – decembrie 2013*. [online] Chișinău: ANOFM. Available at: <<http://anofm.md/files/documents/RS%20ianuarie%20-20decembrie%202013%20SITE.pdf>>
3. Gavriță A., Dumitrescu V. (coord.), 2012. *Despre educație. Nonformală*. [online] Available at: <http://www.nonformalii.ro/uploads/resurse/fisiere/Graphic_final.pdf>
4. International Organization for Migration, 2013. *Recognition of Qualifications and Competences of Migrants*. [online] Brussels: International Organization for Migration. Available at: <http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=product_info&cPath=41_7&products_id=930> [Accessed 16 January 2014]
5. *Moldova 2020. Strategia națională de dezvoltare: 7 soluții pentru creșterea economică și reducerea sărăciei*, 2013. [online] Available at: <http://cancelaria.gov.md/lib.php?l=ro&idc=435>
6. National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova. *Labour Force in the Republic of Moldova. Employment and Unemployment*. Edition 2015. [online] Available at: <<http://www.statistica.md/pageview.php?l=en&idc=263&id=2204>>
7. Proiect de Hotărâre a Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea *Concepției Sistemului Național de validare a învățării non-formale și informale*. [online] Available at: <http://particip.gov.md/public/documente/137/ro_1121_HotGuvConceptiaSistemuldevalidareInformalNonformal.pdf>
8. Summaries of EU legislation, 2011. *Key competencies for lifelong learning*. [online] Available at: <http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/lifelong_learning/c11090_en.htm>



SERGHEI GRIBENCEA
(18.10.1937 – 30.04.2016)

Născut în comuna Criva, actualul raion Briceni, Serghei Gribencea a studiat la început la școala de 7 ani din satul natal, apoi la cea de 10 clase din s. Vancicăuți din Bucovina, la Școala Medicală din orașul Soroca, fiind mai târziu înrolat în Flota Militară Maritimă a fostei URSS. După demobilizare, în 1960, susține cu succes examenele de admitere la Institutul de Stat de Medicină din Chișinău și este înmatriculat la Facultatea *Medicină Generală*.

Exigența față de sine, disciplina sa uimitoare serveau drept exemplu pentru colegii de curs. Pe lângă studierea aprofundată a disciplinelor, S. Gribencea s-a manifestat exemplar în organizația de tineret a facultății și a Institutului, în activitățile sportive, fiind maestru în sport la atletica ușoară. Absolvind cu brio facultatea, susține examenele în doctorantură la Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Poliomielitei și Encefalitelor Virale (Moscova) a Academiei de Științe Medicale (AȘM) din fosta URSS, unde i-a fost propusă o temă științifică din domeniul combaterii rabiei, teza de doctor în științe medicale fiind susținută cu brio în 1969. De aici și până la sfârșitul vieții, rabia a fost problema căreia neobositul cercetător S. Gribencea i-a dedicat zile și nopți nedormite, devenind o notorietate în domeniu nu numai în fosta URSS, apoi în Federația Rusă, ci și în toată lumea. Totodată, acest domeniu în care a avut succese incontestabile s-a dovedit a fi și o permanentă arenă de luptă cu diferiți burocrati, care nu doreau sau nu puteau să conștientizeze importanța implementării noilor realizări ale științei medicale.

Totodată, oponenții săi științifici apreciau poziția lui S. Gribencea, înțelegând locul și rolul acestui savant în știința medicală. După susținerea tezei, a activat un timp în Institutul nominalizat, fiind ales și într-o funcție prestigioasă de conducere, apoi a trecut cu lucrul în Institutul de Virusologie *D. Ivanovski* al AȘM din fosta URSS (apoi a Federației Ruse), unde în calitate de șef de laborator și-a desfășurat activitatea sa științifică până la sfârșitul vieții. În anul 1993, S. Gribencea a susținut teza de doctor habilitat în științe medicale.

Autor al circa 300 de lucrări științifice și 10 brevete de invenții, profesorul S. Gribencea a reușit să aplice și în practică, de fiecare dată când era nevoie, diversele sale elaborări și recomandări. Astfel, mai multe vieți omenești au fost salvate în situații extrem de dificile. Fiind specialistul principal pe problema rabiei al MS din Federația Rusă, dar și specialist principal în domeniu în echipa medicală prezidențială, savantul moldovean a organizat și măsuri practice de combatere a rabiei în diferite regiuni ale țării, în care a activat.

Trebuie totodată de menționat că doctorul habilitat în științe medicale, profesorul S. Gribencea nu și-a uitat niciodată rădăcinile. Pe parcursul anilor, el a colaborat sistematic cu Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice (SSSSP) din RM, în special cu Centrul Național de Sănătate Publică, atât în plan științific, cât și în plan aplicativ. Astfel, a fost referent la două teze de doctor în științe medicale, a adus la cunoștința specialiștilor interesați din SSSSP diversele noutăți privind problema rabiei, a furnizat materiale metodice privind problema respectivă.

Colegul și prietenul nostru, Serghei Gribencea, se deosebea printr-o capacitate și o dragoste de muncă deosebite. Fiind din nou ales în funcția de șef de laborator la o vârstă deja onorabilă, el nu numai că respecta regimul stabilit, ci deseori lucra peste programul stabilit.

O persoană corectă și cu verticalitate în orice situație, cu spirit civic, întotdeauna gata să vină în ajutor, un luptător pentru adevărul științific – așa ne va rămâne în memorie cel care a fost Serghei Gribencea.

Dumnezeu să-l odihnească în pace.

**Colegii de curs și de breaslă,
prietenii**

