

definește nivelul glicemic atins, identifică hipoglicemia, crește motivația și participarea pacientului la tratament, îmbunătățește calitatea vieții.

Concluzii

1. Tratamentul cu insulină, fiind o problemă complexă, cuprinde, pe lângă cele medicale, un șir de aspecte sociale, organizatorice, metodice și educaționale.
2. Pacienții aflați la tratament cu insulină necesită instruire calitativă în autoadministrarea preparatelor de insulină și monitorizarea glicemiei de sine stătător.
3. Asigurarea cu preparatele necesare de insulină în modalitatea preferată de pacienți poate contribui la menținerea nivelului lor de calitate a vieții și evitarea stigmatizării.
4. Preferințele pacienților cu privire la modalitățile de distribuire a preparatelor de insulină, precum și de instruire în conduita maladiei de sinestătător urmează a fi studiate.

Bibliografie

1. UKPDS: A 6 year randomized controlled trial comparing sulfonylurea, insulin and metformin therapy in patients with newly diagnosed type 2 diabetes. *Ann Intern* 1998, 128, 165-175.
2. Klein R. Hyperglycaemia and microvascular and macrovascular disease in diabetes. *Diabetes Care* 1995, 18, 258-268.
3. Magusson I.R., Othman D.L., Katz L.D., Schulman R.G., Shulman G.I. Increased rate of gluconeogenesis in type 2 diabetes mellitus. *J Clin Invest* 1992, 90, 1.323-7.
4. DeFronzo R.A., Ferrannini E.S. Imonson D.C. Fasting hyperglycemia in non insulin dependent diabetes mellitus contributions of excessive hepatic glucose production and impaired tissue glucose uptake. *Metabolism* 1989, 38, 387-95.
5. Marbury T., Huang W.C., Stronge P., Lebovitz H. Repaglinid versus gliburid a one year comparison trial, *Diabetes Research Clin Pract* 199.943, 156-66.
6. Intensive blood glucose control with sulfonilureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS). *Lancet* 1998, 352-837-53.
7. Saltiel A.R., Olefski J.M. Thiazolidindiones in the treatment of insulin resistance in type 2 diabetes. *Diabetes* 1996, 45, 1.661-9.
8. Kelley D.E., Bidot P., Freedman Z. Efficacy and safety of acarbose in insulintreated patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1998, 21, 2.056-61.
9. Rosenstock Julio Sugimoto et al. Triple therapy in type 2 diabetes insulin glargin or rosiglitasonone added to combination therapy of sulfonylurea plus metformin. *Diabetes* 29, 2006 554-559.
10. Edelman S.V., Henry R.R. Insulintherapy for normalizing glycosilated hemoglobin in type 2 diabetes. Applications, benefits and risks. *Diabetes Rev.* 1995, 3, 308-34.
11. Jervell J. An Update on Diabetes. Oslo, Norway. 2000; 9-11.

IMPACTUL INTERVENȚIILOR DE MODIFICARE A COMPORTAMENTULUI ASUPRA DEREGLĂRILOR METABOLICE ÎN DIABETUL ZAHARAT TIP 2

Luminița Suveică

Catedra medicină de familie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

This work is dedicated to evaluation of modification interventions of behavior of patient with type 2 diabetes and metabolic disturbances /disorders/.

The outcomes of certain biochemical indexes of patients with diabetes mellitus are presented before training at the school of diabetic and one year later under follow-up.

It was proved that the optimization of life style represented the basic method in the treatment of diabetes mellitus. The evaluation of person with diabetes mellitus became complete only by analysis of special aspects. These are the educational and psychological profile, professional and family integration profile, their importance for life and health. The results of investigations proved that the patients trained at the school of diabetic and being under follow-up, have a better life quality than the patients not trained.

Rezumat

În lucrarea dată sunt redate unele aspecte de modificare a comportamentului pacienților cu diabet zaharat tip 2, în urma intervențiilor de școlarizare. Au fost evaluați indicii biochimici la pacienții cu diabet zaharat tip 2 instruiți în școala diabeticului la începutul școlarizării și peste un an după instruire.

Optimizarea stilului de viață este considerată metoda de bază în tratamentul pacienților cu diabet zaharat tip 2. Evaluarea persoanelor cu diabet zaharat trebuie să fie completă cu analizarea aspectelor speciale. Pacienții cu diabet zaharat au nevoie de susținere psihologică, susținerea familiei și a societății.

Rezultatele investigațiilor demonstrează ameliorarea indicatorilor biochimici și a calității vieții.

Introducere

Diabetul zaharat reprezintă un grup de tulburări metabolice, determinate de dezvoltarea unei hiperglicemii cronice în urma defectelor în secreția insulinei, acțiunii ei ori a ambilor factori (OMS, 1999) [1].

Organizația Mondială a Sănătății a atribuit diabetul zaharat la clasa de epidemii a bolilor neinfecțioase și care este astăzi una dintre preocupările majore ale serviciului național de ocrotire a sănătății [15].

Importanța studierii diabetului zaharat rezultă din impactul său epidemiologic, medical și economic. Diabetul este o boală populațională, deoarece are o frecvență de 3-5% în populația generală. Tipul 2 este mai frecvent, atingând o prevalență de 8% la persoanele între 45 și 55 de ani, și de 18 % la persoanele după 65 ani. Se consideră că 90 % de diabet zaharat sunt de tip 2. La fiecare caz de diabet diagnosticat revine un caz de diabet nedagnosticat [18].

Impactul medical al diabetului zaharat este deosebit din cauza complexității îngrijirii pe timp îndelungat a persoanelor afectate, complicațiilor frecvente și acutizărilor maladiilor cronice, creșterii mortalității, îndeosebi la persoanele de peste 45 de ani, care s-a dublat, ajungând la 20 % din mortalitatea generală.

55% dintre cauzele de mortalitate din diabet sunt datorate cardiopatiei ischemice și 10 % – bolii cerebrovasculare [17].

Conform unor estimări, persoanele cu diabet consumă de 2-4 ori mai multe resurse din buget decât populația generală, din care costul indirect este aproximativ de 1,3-1,5 ori mai mare decât cel direct [5]. S-a calculat că în țările Comunității Europene costul total al problemei diabetului zaharat a constituit 154 miliarde de dolari, din care cel direct – 61,5, iar cel indirect – 92,3 miliarde [16].

O reducere semnificativă a costului acestei probleme ar putea constitui intervențiile de modificare a comportamentului pacientului și educația specifică. Educația specifică reprezintă o metodă terapeutică, care are ca scop înzestrarea persoanelor cu diabet cu cunoștințe teoretice și practice, care le asigură motivația și le permite implicarea activă în propriul său tratament. Educația este un proces continuu și individualizat [12].

Rolul intervențiilor de modificare a comportamentului este cel care asigură suportul teoretic și practic, care permite persoanelor cu diabet zaharat implicarea activă în controlul maladiei sale. În așa mod poate fi prevenită apariția unor complicații cronice și ameliorată calitatea vieții pacientului [10].

Problema instruirii pacienților cu diabet zaharat rămâne actuală și pentru Republica Moldova, necesitând o abordare uniformă în acest domeniu pentru ameliorarea calității asistenței medicale prestate pacienților cu diabet zaharat.

Scopul lucrării

Evaluarea impactului programului de modificare a comportamentului „San Diab” asupra dereglărilor metabolice.

Materiale și metode de studiu

Lotul de studiu a fost constituit din 169 pacienți cu diabet zaharat tip 2 cu vârsta medie $59,73 \pm 1,0$ ani, care au fost supuși intervențiilor educaționale de modificare a comportamentului (instruirea în grup, individuală, a membrilor familiei pacientului). În studiu au participat 121 femei (71,6%) cu vârsta medie $62,24 \pm 1,14$ ani, 48 bărbați (28,4%) cu vârsta medie $60,46 \pm 2,06$ ($p > 0,05$).

Lotul martor a fost format din 114 pacienți cu diabet zaharat tip 2 cu vârsta medie $58,78 \pm 1,12$ ani, dintre care 77 femei (67,54 %), cu vârsta medie $58,97 \pm 1,44$ ani, 37 bărbați (32,46 %) cu vârsta medie $58,41 \pm 1,78$ ani.

Studiul a fost efectuat în cadrul Centrului Model al Medicilor de Familie „Pro San”, Asociația Medicală Teritorială Botanică, municipiul Chișinău.

Caracteristica comparativă a grupelor de pacienți

Tab.1

Caracteristica	Lotul de studiu (n = 169)	Lotul martor (n = 114)	p
Vârsta (ani)	$59,73 \pm 1,0$	$58,78 \pm 1,12$	$>0,05$
Durata diabetului zaharat (ani)	$7,03 \pm 0,61$	$6,96 \pm 0,59$	$>0,05$
Masa corporală (kg)	$82,3 \pm 1,21$	$83,15 \pm 1,42$	$>0,05$
IMC (kg/m ²)	$30,12 \pm 0,42$	$30,44 \pm 0,53$	$>0,05$
Glucoza sanguină (mmol/l)	$9,58 \pm 0,20$	$9,10 \pm 1,69$	$>0,05$
TAs (mm Hg)	$148,38 \pm 1,68$	$150,70 \pm 2,21$	$>0,05$
TAd (mm Hg)	$91,06 \pm 0,69$	$89,15 \pm 1,09$	$>0,05$
Colesterol (mmol/l)	$5,74 \pm 0,06$	$5,68 \pm 0,24$	$>0,05$
Creatinina serică (μkmmol)	$85,14 \pm 0,63$	$82,88 \pm 5,08$	$>0,05$
Trigliceridele (mmol/l)	$2,86 \pm 0,07$	$1,31 \pm 0,20$	$<0,001$

După cum se vede din tabel, indicatorii clinici și paraclinici (vârsta medie a pacienților, durata diabetului zaharat, tensiunea arterială, masa corporală și indicele masei corporale (IMC), concentrația glucozei sangvine, concentrația creatininei serice și concentrația colesterolului sangvin) nu au avut diferențe statistice semnificative între lotul de studiu și lotul martor ($p > 0,05$), însă concentrația trigliceridelor serice a fost mai mare în lotul de studiu ($p < 0,01$).

Metoda de evaluare a rezultatelor a constituit anchetarea pacienților conform chestionarului implementat de declarația de la St. Vincent „Fișa de bază implementată în diabet” (Diabcare Munchen, 1994).

În lotul de studiu a fost întreprinsă instruirea pacienților în cadrul școlii diabetului, conform programului „San Diab” cu acoperirea următoarelor teme:

1. Diabetul zaharat ca un mod deosebit de viață.
2. Problemele psihologice ale pacientului diabetic și ale familiei.
3. Dietoterapia și energiile produselor alimentare în diabetul zaharat tip 2.
4. Modificările alimentare în obezitate.
5. Rolul efortului fizic în diabetul zaharat.

6. Complicațiile acute și cronice ale diabetului zaharat.

Pacienții au fost instruiți în grup, conform programului „San Diab” și individual – conform necesităților individuale depistate în cadrul evaluării. Au fost instruiți membrii familiilor pacienților conform programului de îngrijire a pacientului cu diabet zaharat.

Rezultatele obținute

Investigațiile descrise au fost aplicate pacienților la intrarea în studiu înaintea aplicării intervenției de modificare a comportamentului și peste un an după intervenție.

După un an de la intervenție s-a constatat o reducere a greutateii corporale de la $82,70 \pm 1,23$ kg la $80,79 \pm 1,09$ kg ($p > 0,05$), ceea ce este ilustrat în Fig.1.

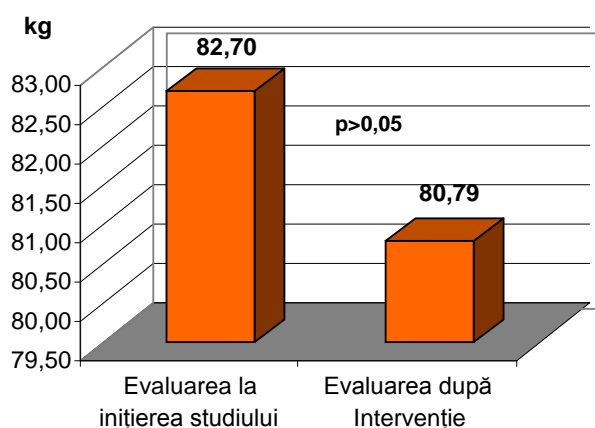


Fig. 1. Dinamica greutateii corporale la grupul de studiu în rezultatul intervențiilor educaționale (kg)

După cum se observă în figura 2, indicele masei corporale (IMC) s-a redus statistic semnificativ de la $30,16 \pm 0,42$ kg/m² la $29,57 \pm 0,38$ kg/m² ($p > 0,05$).

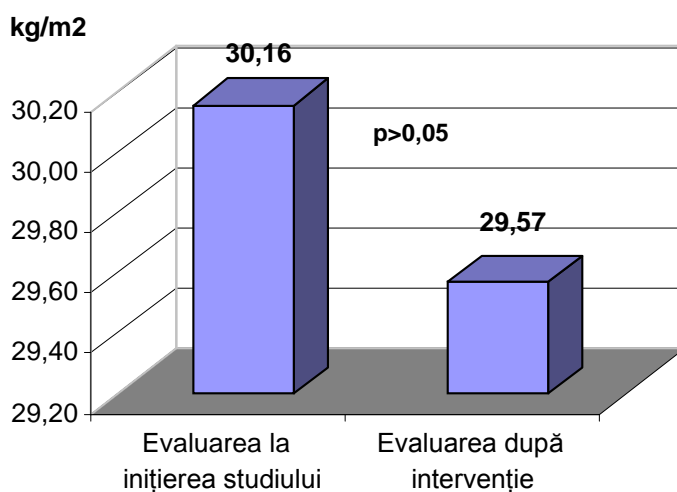


Fig. 2. Dinamica evaluării indicelui masei corporale (IMC) la grupul de studiu în rezultatul intervențiilor educaționale.

Valorile tensionale sistolice (TAs) la pacienți după intervențiile de modificare a comportamentului s-au redus de la $148,37 \pm 1,70$ mm Hg la $142,57 \pm 1,43$ mm Hg ($p < 0,05$), în medie cu 5,8 mm Hg (Fig. 3).

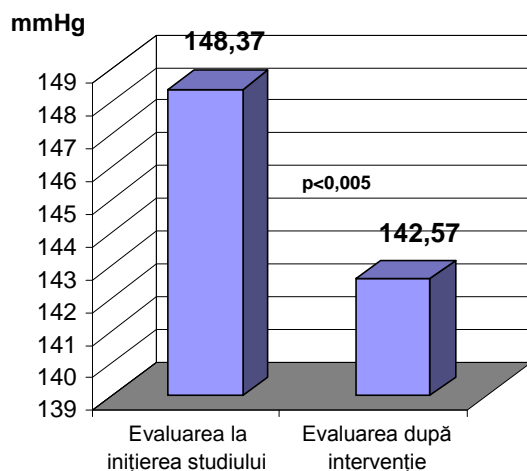


Fig. 3. Dinamica tensiunii arteriale sistolice la pacienții grupului de studiu în rezultatul intervenției educaționale

Valorile tensionale diastolice (TAd) de asemenea s-au redus de la $91,06 \pm 0,70$ mmHg până la $87,89 \pm 0,56$ mmHg ($< 0,001$), în mediu cu 3,17 mmHg (Fig. 4).

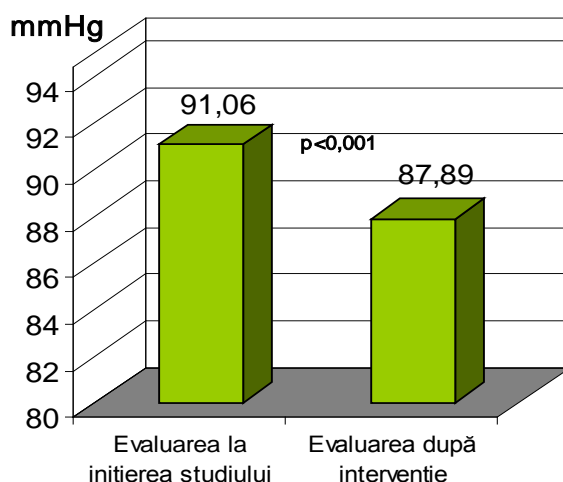


Fig.4. Dinamica tensiunii arteriale diastolice la pacienții grupului de studiu în rezultatul intervenției educaționale

S-a redus mai semnificativ masa corporală la pacienții ce făceau parte din grupele ponderale – supraobezitate de la 7,89 % până la 2,96 %, și obezitate de la 18,28 % până la 14,91 %. La grupa cu supraponderare s-a redus greutatea corporală de la 34,32 % până la 23,68 %. Masa corporală la grupa subponderală a crescut de la 15,79 % la 20,71 %, iar pacienți cu normopondere au devenit mai mulți de la 33,73 % până la 36,84 % ($\chi^2 = 11,19$; $p < 0,01$).

Valorile glicemiei în grupul de studiu s-au redus statistic semnificativ în urma intervențiilor de modificare a comportamentului de la $9,60 \pm 0,2$ mmol/l până la $8,56 \pm 0,19$ mmol/l ($p < 0,001$), în medie cu 1,1 mmol/l (Fig. 5).

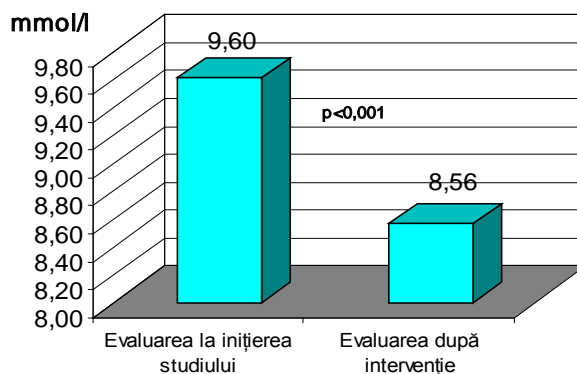


Fig.5. Dinamica valorilor glicemiei la pacienții grupului de studiu în rezultatul intervenției educaționale.

Valorile hemoglobinei glicozilate (HbA1c) s-au redus ne semnificativ statistic de la $8,11 \pm 0,69\%$ până la $7,72 \pm 0,1\%$, în mediu cu $0,4\%$ ($p > 0,05$). Dinamica valorilor hemoglobinei glicozilate este reprezentată în Fig. 6.

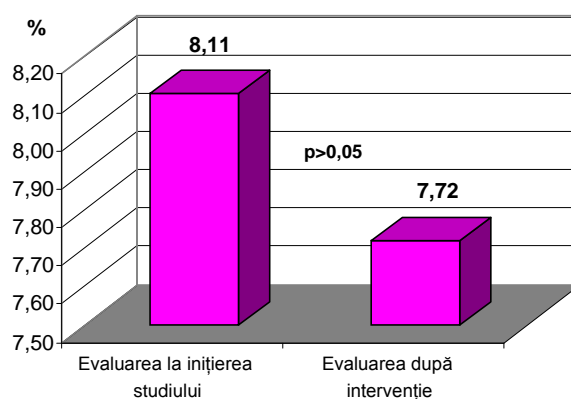


Fig. 6. Dinamica valorilor hemoglobinei glicozilate (HbA1c) la pacienții grupului de studiu în rezultatul intervenției educaționale.

Valorile creatininei serice s-au redus ne semnificativ statistic de la $85,14 \pm 0,64 \mu\text{mol/l}$ până la $82,68 \pm 0,95 \mu\text{mol/l}$ ($p < 0,05$), în medie cu $2,46 \mu\text{mol/l}$. Dinamica valorilor creatininei serice este reprezentată în Fig. 7.

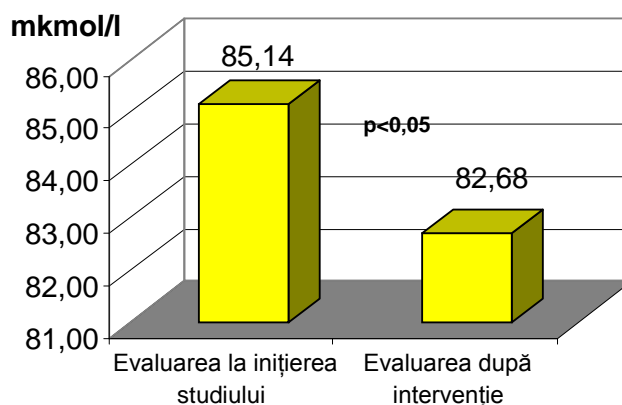


Fig. 7. Dinamica funcției renale reprezentată prin creatinina serică la pacienții grupului de studiu în rezultatul intervenției educaționale.

Valorile colesterolului sangvin s-au redus ne semnificativ statistic de la $5,74 \pm 0,06$ mmol/l până la $5,56 \pm 0,54$ mmol/l ($p > 0,05$), în mediu în $0,18$ mmol/l (Fig. 8).

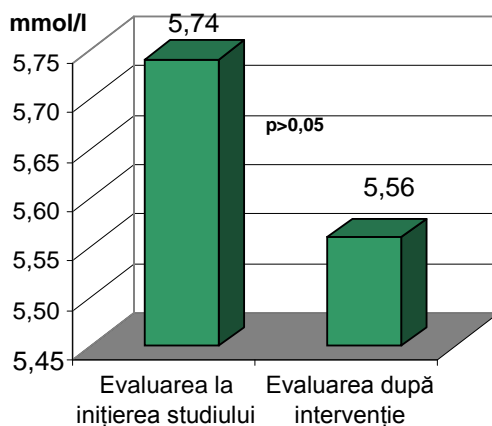


Fig. 8. Dinamica valorilor colesterolului sangvin la pacienții grupului de studiu în rezultatul intervenției educaționale

Valorile trigliceridelor serice s-au redus statistic ne semnificativ de la $2,85 \pm 0,06$ mmol/l până la $2,71 \pm 0,06$ mmol/l ($p > 0,05$), în mediu în $0,14$ mmol/l (Fig. 9).

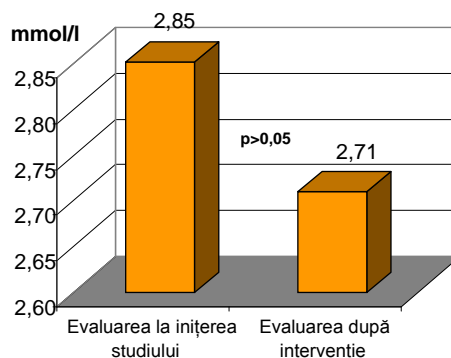


Fig.9. Dinamica concentrației trigliceridelor sangvine la pacienții grupului de studiu în rezultatul intervenției educaționale

Discuții

Scopul acestei lucrări a fost evaluarea impactului programului de modificare a comportamentului „San Diab” asupra dereglărilor metabolice și a unor indici de calitate a vieții pacientului cu diabet zaharat tip 2.

Obiectivele propuse au fost realizate prin analiza rezultatelor cercetării modificărilor de schimbare a comportamentului și evaluarea modificărilor calității vieții pe un grup de 283 pacienți cu diabet zaharat tip 2, care au fost repartizați în două loturi.

Lotul de studiu a constituit 169 pacienți, care au fost investigați conform standardului de investigare a pacientului cu diabet zaharat – implementat în declarația de la St.Vincent [14], și cărora li s-au aplicat intervenții de modificare a comportamentului conform programului „San Diab”.

Lotul martor a constituit 114 pacienți cu diabet zaharat tip 2, care au fost investigați după același standard, însă nu s-au aplicat intervenții de modificare a comportamentului.

Vârsta medie a pacienților a constituit $59,73 \pm 1,0$ în lotul de studiu și $58,78 \pm 1,12$ în lotul martor. Conform datelor literaturii la persoanele cu vârsta între 65 și 74 de ani diabetul zaharat

are o prevalență mare – de aproximativ 18%. Studiile epidemiologice au arătat că aproximativ 50% dintre pacienții vârstnici cu diabet zaharat tip 2 rămân nediagnosticați [2].

Diabetul zaharat la vârstnici se asociază cu o multitudine de complicații. Stabilirea scopurilor inițiale care pot fi îndeplinite, cât de modeste ar fi ele, pot încuraja pacienții să facă următorii pași în timpul căii spre atingerea scopurilor mai ambițioase de lungă durată [13]. Frecvența crescută a complicațiilor la diabeticii vârstnici și apariția precoce a acestora ne indică faptul că vârsta în momentul diagnosticului prezintă un factor de risc important pentru macroangiopatie [8]. La diabeticii vârstnici, pe lângă asigurarea unui echilibru glicemic satisfăcător, este necesară și corectarea tuturor factorilor de risc asociați ca hipertensiune arterială, dislipidemie, obezitate, precum și combaterea fumatului. Pacienții cu diabet zaharat tip 2 au o predispoziție mai mare față de populația generală la boala cardiacă ischemică, hipertensiune arterială. Prognosticul este cu atât mai afectat cu cât sunt asociați și alți factori de risc [9].

Obezitatea duce la creșterea riscului morbidității și mortalității și este asociată cu deprinderile alimentare, care pot fi influențate de educația pentru sănătate. Studiul Iftikhar Uddin și coaut. (2004) a demonstrat avantajele educației prin reducerea indicelui masei corporale la pacienții cu diabet zaharat tip 2 asociat cu obezitate [11]. Reducerea ponderală cu 5-10% duce la ameliorarea simptomatologiei determinate de hiperglicemie, reduce glicemia bazală, hemoglobina glicozilată, trigliceridele, col-LDL, a colesterolului total, creșterea col-HDL, reduce tensiunea arterială, reduce obezitatea abdominală, insulinorezistența și riscul cardiovascular global, duce la ameliorarea calității vieții.

16,3 % din variabilitatea riscului cardiovascular se explică prin variația indicelui masei corporale (IMC), deci a reducerii greutateii, ținând cont de faptul că înălțimea, în cadrul formulei de calcul a IMC, este variabilă nemodificabilă [7].

Trialul clinic randomizat efectuat de Florez H. în SUA a demonstrat că intervențiile de modificare a comportamentului cu reducerea greutateii corporale cu 7% reduc greutatea corporală cu 700g / săptămână și astfel reduc riscul cardiovascular [6].

Pacienții cu diabet zaharat tip 2 ce au frecventat regulat lecțiile în școala diabeticului și au luat în serios modificarea stilului de viață, prin alimentație corectă, ținând cont de aportul caloric, lipidic, glucidic, și de alcool, orarul și numărul meselor, de asemenea de modalitatea de înlăturare a sedentarismului și întocmirea unui regim de activitate fizică regulată, au obținut succese în scăderea greutateii corporale de la media $82,70 \pm 1,23$ kg până la $80,79 \pm 1,09$ kg ($p < 0,001$). Indicele masei corporale (IMC) a scăzut de la $30,16 \pm 0,42$ până la $29,6 \pm 0,38$ ($p < 0,001$), ceea ce a ameliorat starea generală a pacienților din lotul studiat.

Trialul clinic randomizat controlat efectuat de K. Kosaka (2005) în Japonia a demonstrat prin compararea programelor intensive și moderate individuale de schimbare a modului de viață la pacienții cu diabet zaharat asociat cu supraponderie ori obezitate după 6 luni de la intervenție a dus la scăderea în greutate cu 3,5 kg ($p < 0,001$) în grupa cu program intensiv și cu 1,8 kg în grupa cu program moderat ($p < 0,001$) [4]. În urma rezultatelor studiului nostru am obținut reducerea greutateii corporale cu 1,91 kg. Reducerea greutateii corporale a fost însoțită de scăderea glicemiei și ameliorarea calității vieții. Valoarea medie a glicemiei lotului cu educație specifică a scăzut semnificativ de la $9,6 \pm 0,2$ mmol/l inițial până la $8,56 \pm 0,19$ mmol/l.

Optimizarea stilului de viață este o condiție esențială și obligatorie pentru o bună îngrijire a diabetului zaharat, fără de care și cele mai sofisticate și costisitoare tratamente medicamentoase au o eficiență redusă. În diabetul zaharat tip 2 optimizarea stilului de viață constituie unica intervenție care asigură controlul pentru o anumită perioadă [3]. Optimizarea stilului de viață se referă la modificarea factorilor de risc comportamentali, și anume la alimentație, exercițiul fizic, consumul de alcool, fumatul și coabitarea cu stresul. Modificarea acestor factori de risc am obținut-o în urma intervenției de modificare a comportamentului. Conform studiului nostru am observat că pacienții din lotul de studiu respectă recomandările alimentare în 51,2% . În cadrul școlii diabeticului „San Diab” la pacienții cu diabet zaharat tip 2 s-a recomandat o distribuție aproximativ uniformă a caloriilor și hidraților de carbon în cursul zilei, cu evitarea exceselor

alimentare. O atenție deosebită s-a acordat aportului caloric și lipidic, având în vedere asocierea frecventă cu obezitatea și dislipidemiile. Recomandările nutriționale au fost, în mare majoritate a cazurilor, similare cu cele pentru persoanele sănătoase. Pacienții au fost instruiți să-și calculeze necesarul caloric în dependență de vârstă, sex, greutatea reală și cea ideală, activitate fizică, patologii asociate.

Concluzii

1. Programul educațional de autocontrol constituie o parte importantă și integrantă în tratament.
2. Evaluarea eficacității intervențiilor de modificare a comportamentului pacienților cu diabet zaharat tip 2 aflați la tratament obișnuit antihiperglicemic în cadrul programului „San Diab” a demonstrat ameliorarea controlului glicemic, contribuie la menținerea funcției renale și la normalizarea metabolismului lipidic.

Bibliografie

1. Anestiadi Z. *Noi posibilități de compensare a diabetului zaharat tip 1, tip 2 insulinonecesitant și prevenirea complicațiilor diabetice vasculare.* Chișinău, 2003, pag. 4-8.
2. Avram T., Nedelcu C., Pătru D., Tuță S., Stoeni S. *Educația individuală sau educația în grup.* TMJ 2005, Vol. 55, Supp. 1, pag. 100-102
3. Cabrera-Pivaral CE, Gonzalez-Perez G, Vega-Lopez MG, Arias-Merino ED. *[Impact of participatory education on body mass index and blood glucose in obese type-2 diabetics]* Cad Saude Publica. 2004 Jan-Feb;20(1):275-81. Epub 2004 Mar 8.
4. Diabetes Control and Complications Trial Research Group, „ The absence of a glicemic threshold for the development of long term complications: the diabetes control and complications trial.” *Diabetes* 45: 1289 – 98, 1996.
5. Gillard ML, Nwankwo R, Fitzgerald JT, Oh M, Musch DC, Johnson MW, Anderson R. *Informal diabetes education: impact on self-management and blood glucose control.* *Diabetes Educ.* 2004 Jan-Feb;30(1): 136-42.
6. Hâncu N., *Obezitatea și dislipidemiile în practica medicala - ghid de buzunar pentru medicul practician, Ed. Infomedica, 1998*
7. Hâncu N., *Controlul factorilor de risc cardiovascular la persoanele cu diabet zaharat tip 2: o prioritate a practicii noastre.* TMJ 2005, Vol. 55, Supplement N 1, pag 21 – 22.
8. Hâncu N., Vereșiu I., *Diabetul zaharat, nutriția și bolile metabolice., „Național” , 1999, p.315; 345; ICSI. Management of Tipe 2 Diabetes Mellitus: 2003, p. 1-81*
9. Hâncu N., *Farmacoterapia diabetului zaharat, Editura Echinocțiu, Cluj-Napoca, 2002, pag. 17-19.*
10. Hanefeld M, Fischer S, Schmechel H, Rothe G, Schulze J, Dude H, et al. *Diabetes Intervention Study. Multi-intervention trial in newly diagnosed NIDDM.* *Diabetes Care* 1991; 14: 308-17.
11. Siminerio LM, Piatt G, Zgibor JC. *Implementing the chronic care model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice.* *Diabetes Educ.* 2005 Mar-Apr; 31(2):225-34.
12. Tang TS, Gillard ML, Funnell MM, Nwankwo R, Parker E, Spurlock D, Anderson RM. *Developing a new generation of ongoing: Diabetes self-management support interventions: a preliminary report.* *Diabetes Educ.* 2005 Jan-Feb;31(1):91-7.
13. Балаболкин М. И. *Полноценная жизнь при диабете.* – М., 1995. – С. 112.
14. Балаболкин М. И. *Сахарный диабет: как сохранить полноценную жизнь.* – М., 1998. – С. 210.
15. Балаболкин М. И. *Репаглинид – новый пероральный сахаропонижающий препарат в терапии сахарного диабета 2 типа // Пробл. эндокринологии 1999. - № 4. - С. 40-45.*

16. Балаболкин М. И., Чурмантаева Г. Х. Частота возникновения макроангиопатий при сахарном диабете 1 и 2 типов // Хирургические заболевания и сахарный диабет. – М., 1989. – С. 18–22
17. Балаболкин М. И., Гаврилюк Л. И. Сахарный диабет (патогенез, лечение). – Кишинев: Штиинца, 1983. С. 199.
18. Балаболкин М. И., Дедов И. И., Мкртумян А. М. и др. Применение акарбозы для лечения больных сахарным диабетом // Тер. арх. – 1994. - № 10. - С. 20-21.

EFICACITATEA, ACCESIBILITATEA ȘI CALITATEA ÎN SISTEMUL SĂNĂTĂȚII

Petru Ciubotaru

Spitalul Raional Hîncești, Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

Efficiency, accessibility and quality in health system

In this article we tried to return some analysis of the health system at the efficiency chapter, accessibility and the quality of the medical services.

The present material will help you to understand deeper some problems of the system and to improve the quality of the health services through the using of the financial sources available more effective and to rise the populations accessibility to these services.

Introducere

Analiza și experiența ne arată, că cauzele situației insuficiente în medicină în cele mai multe cazuri se reduc la discuția unor caracteristici, care însăși nu sunt problemele și greutățile sistemului, dar consecințele lor.

Presupunem că este necesar să efectuăm reforma în sistemul sănătății din motivul stării insuficiente a sănătății populației din zona rurală. Analizînd situația, ne poate demonstra că accesibilitatea populației din zona rurală la serviciile medicale este redusă, dar cea existentă este de calitate joasă. Aceasta însă nu este tot. E necesar să clarificăm de ce este această situație. Necătfînd că se vor depista numai probleme intermediare ale lucrului insuficient și calitatea redusă, informația primită ne va ajuta să depistăm problemele ascunse.

În ultimul timp au fost publicate foarte multe lucrări și sugestii la acest capitol, rezultatele reduse ori nesatisfăcătoare au fost primite ca probleme ori greutăți ale sistemului. Ceea ce se va expune ne arată o situație generală în situația în care sa creat și au o poziție intermediară între probleme și lucrul necalitativ al sistemului și a țelului final, la care este necesar să corespundă.

Eficacitatea

Ce este eficacitatea? în contextul discuțiilor despre reformarea sistemului sănătății este necesar să știm ce produce sistemul și cum produce. Sistemul lucrează efectiv cînd produce serviciile corespunzătoare.

De aici sub eficacitate înțelegem:

1. Eficacitate tehnică – adică: este minimal costul unei zile/pat în spital, ori au fost maximal internați pacienți, pentru care se achită din sursele de finanțare. Pentru ca instituția să îndeplinească efectiv sarcinile responsabilitatea este a managerilor.

2. Eficacitatea alocațională – cu ajutorul acestui criteriu răspunde la unele întrebări, se isprăvește sistemul cu sarcinile care stau în față. Lucrează la posibilitatea maximă?

Sub eficacitatea alocațională economiștii au în vedere combinarea de producții (servicii), care aduc consumatorilor satisfacție maximală.

În cadrul dirijării sistemului sănătății este necesar să ne punem întrebările, vom putea cu prioritățile declarate să îmbunătățim starea sănătății populației maximal. La mărirea eficacității alocaționale sunt îndreptate toate puterile, care vor să schimbe serviciile produse de sistem (ca