

În total, în anii 1998-2010, creșterea duratei de viață a constituit 1,3 ani la bărbați și 2,2 ani la femei. Totuși, creșterea cea mai mare a indicatorului a fost fixată în perioada 2006-2008, dar din anul 2009 la femei ritmurile de creștere s-au încetinit simțitor, iar la bărbați mortalitatea din nou a început să se mărească. Cel mai mare aport la acest avânt l-au adus bolile organelor sistemului circulator la ambele sexe la vârstele avansate și cauzele externe la bărbații de până la 40 de ani.

Concluzii

Actuala rămânere în urmă a Republicii Moldova, după nivelul duratei de viață, față de țările dezvoltate este un rezultat al creșterii îndelungate a mortalității populației adulte, care a început la mijlocul anilor '60 ai secolului precedent și s-a produs pe fundalul unei scăderi relativ stabile a mortalității infantile și la copii. Clasele de bază ale cauzelor de deces, care au influențat cel mai mult asupra dinamicii duratei de viață în Republica Moldova, le constituie bolile aparatului circulator, aparatului digestiv și cauzele violente de deces (la bărbați). O trăsătură deosebită a mortalității populației Republicii Moldova este nivelul extrem de înalt al acesteia din cauza bolilor aparatului digestiv (ciroza hepatică). Aceleași grupe pe cauze de deces reprezintă resursele de bază pentru creșterea viitoare a duratei de viață a populației republicii. Creșterea lentă a speranței de viață la naștere, începând cu anul 1998, provine din reculul mortalității provocate de un șir de cauze violente de deces la tinerii bărbați adulți și bolile inimii la persoanele vârstnice, îndeosebi la femei. Totodată, tendințele mortalității la vârsta adultă mijlocie și cea târzie, îndeosebi la populația masculină, rămân defavorabile pentru toate clasele principale ale cauzelor de deces, inclusiv bolile infecțioase (tuberculoza), ceea ce nu permite deocomdată să vorbim despre o îmbunătățire durabilă a situației în domeniul sănătății populației Republicii Moldova.

Bibliografie

1. Meslé F., Vallin J. Reconstructing long-term series of causes of death. *Historical methods*. 1996, 29(2), 72-87.
2. Penina O., Meslé F., Vallin J. Comment corriger la sous-estimation de la mortalité infantile moldave?. *Population-F*. 2010, 65(3), 563-580.
3. Tintiuc D. et al. Sănătate Publică și Management. Chișinău, 2007, 895 p.
4. АНДРЕЕВ Е.М. Метод компонент в анализе продолжительности жизни. În: Вестник статистики. 1982, nr. 9, p. 42-48.
5. Пенина О., Меле Ф., Валлен Ж. Причины смерти и продолжительность жизни в Молдове. *Demoscope weekly*. 2011, nr. 455-456. (<http://demoscope.ru/weekly/2011/0455/tema01.php>).

DIAGNOSTICUL DE CANCER ȘI REACȚIILE PSIHOLOGICE A PACIENȚILOR

Tudor Grejdeanu, Leonid Margine, Pavel Gâscă

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Centrul de Sănătate Publică „Ocnița”

Summary

The psychological reactions of the patient's diagnostician with cancer

In this article are described some psychological reactions of the patients diagnostician with cancer.

The psychological reactions depend on the way they evaluate the disease and et importance, the significance and the consequences they have on life, also your awn readdress to face the diseases.

Rezumat

În această lucrare se descrie factorii de influență: sociali, medicali, economici la starea de sănătate a populației vârstnice. În continuare se descrie aspectele demografice și prejudiciile statului în rezultatul creșterii populației vârstnice. Acest proces are consecințe și asupra structurii morbidității și mortalității populației, componenței familiilor, condițiilor de viață. Creșterea rapidă a numărului populației vârstnice va necesita reglementări economice și sociale de perspectivă în majoritatea țărilor, inclusiv și în Republica Moldova.

Actualitatea

Pacienții pot avea diferite reacții față de boala cu care se confruntă. Aceste reacții depind foarte mult de felul în care ei evaluează boala și importanța ei, de semnificația și consecințele pe care le poate avea asupra vieții lor, precum și de evaluarea resurselor proprii necesare pentru a face față bolii. Orice persoană, în momentul confruntării cu boala reacționează într-o manieră diferită, dată fiind unicitatea persoanei. Bolile cronice, invalidante, de lungă durată modifică atitudinea față de boală a pacientului în funcție de particularitățile psihice premorbide și de structura de bază a personalității.

S-a demonstrat faptul că tulburările emoționale sunt mult mai intense la pacienți comparativ cu membrii familiei care sunt mai stabili emoțional și au un nivel relativ mai scăzut al percepției distresului în ciuda ostilității și a dispoziției anxioase prezente.

În ultimul timp s-a constatat că și în țara noastră un număr semnificativ de medici preferă să comunice pacientului diagnosticul, precum și posibilitățile terapeutice existente.

În cazul pacienților la care comunicarea diagnosticului se impune, aceștia vor experimenta o stare de „șoc psihologic”, „Criză”, care va fi depășită de majoritatea pacienților. Durata acesteia poate varia de la câteva zile până la cel mult 1 lună, putându-se prelungi la pacienții care nu au reușit să-și mobilizeze în mod eficient resursele de coping cu această situație. Labilitatea afectivă, pesimismul, neîncrederea în forțele proprii pot declanșa reacții neașteptate de puternice, uneori chiar de intensitate psihotică, sinuciderea fiind o posibilă finalizare a disperării.

Principali indicatori ai unei adaptări eficiente includ: menținerea unei implicări active în viața de zi cu zi, minimalizarea perturbărilor în relațiile sociale, normalizarea răspunsului emoțional la boală, ameliorarea sau chiar dispariția sentimentelor de neajutorare, lipsa de speranță și vinovăție.

În ultimii ani, comunicare și oferirea de informații contribuie la reducerea incertitudinii și la ameliorarea tulburărilor afective datorate diagnosticului de cancer. Este recunoscut faptul că pacienții diferă în ceea ce privește cantitatea de informații pe care o pot procesa, și că aceasta variază în funcție de nivelul educativ, dar și de evoluția bolii.

Cercetările efectuate asupra modului în care pacienții reacționează la diagnosticul de cancer, cum acceptă și se resemnează sau refuză ideea și lupta împotriva bolii, au permis sistematizarea unor stadii ale reacțiilor emoționale. S-a demonstrat că nivelul intelectual, educația, mentalitatea și credința religioasă au un rol însemnat în formarea unei conduite psihologice față de boală.

Studiile realizate până în prezent au arătat că o parte a pacienților cu cancer nu suferă de tulburări emoționale care să fie atât de intense încât să satisfacă criteriile psihiatrice. Acest lucru nu înseamnă că distresul nesimțit de acești pacienți nu este semnificativ din punct de vedere clinic. Mulți pacienți afirmă că nu reușesc niciodată să elimine acest distres, că este ca un coșmar din care au impresia că nu se mai pot trezi, un rol important jucându-l în acest moment intervenția psihologului.

Leventhal și colab. prezentând atât argumente teoretice cât și experimentale, arată că pentru înțelegerea factorilor care amenință sănătatea și boala, oamenii utilizează *teorii implicate ale bolii* sau *schime cognitive ale bolii* care au următoarele implicații:

- convingerile despre sănătate ale pacienților sunt structurate;
- teoriile implicate se referă în primul rând la *simptomele percepute subiectiv și la atribuțiile* referitoare la cauzele simptomelor, iar aceste atribuții sunt derivate atât

din experiența anterioară de boală, cât și din informațiile prezentate în mediul social al pacienților;

- schemele bolii operează în același mod ca alte structuri reprezentative;
- studiul reprezentării bolii joacă un rol specific în desfășurarea comportamentelor legate de starea de sănătate și boală: teoriile implicite, copingul, adresabilitatea la serviciile medicale, complianța la tratament și evaluarea efectelor tratamentului.

Pe baza acestor constatări, Leventhal și colab. au propus ulterior un model mai complet, *modelul autoreglării răspunsului la boală*, care este pe de o parte un model al luării deciziilor, dar pe de altă parte și un model al schemelor cognitive. Acest model consideră comportamentul individului ca depinzând de reprezentarea cognitivă pe care acesta o are despre starea de sănătate curentă, boala, despre mecanismele de coping și modalitățile de adaptare la boală.

Rezultatele copingului sunt apoi evaluate, iar această evaluare secundară este utilizată pentru reestimarea interpretării bolii și pentru planificarea modalităților viitoare de coping.

Pacienții depresivi își vor concentra în special asupra situației traumatice (diagnosticul de cancer și boala ca atare), în timp ce cei anxioși vor fi preocupați mai ales de posibilele pericole și complicații care ar putea apărea.

Un alt studiu arată că sentimentul controlului personal asupra bolii reprezintă singurul factor psiho-social care prezice adaptarea la pacienții cu cancer, rezultat obținut în urma evaluărilor făcute la 6 luni după diagnostic. Perceperea unei incapacități privind câștigarea controlului asupra bolii în general determină apariția unor sentimente de neajutorare, depresie, anxietate, lipsa de speranță, sentimente și stări care vor fi însoțite la nivel cognitiv de prezența unor gânduri automate negative.

Există tendința de a considera propriile gânduri ca fiind reflectarea relații. În stările depresive sau atunci când subiectul se confruntă cu anumite situații ambigue, despre care deține prea puține informații, apar anumite distorsiuni cognitive. Acestea influențează felul în care este percepută și interpretată realitatea, ca urmare a prezenței unor gânduri automate, pe care subiectul nu le conștientizează și deci nu le poate controla. Gândurile negative automate se caracterizează prin faptul că de cele mai multe ori ele apar într-o formă simplă, sunt scurte, aproape întotdeauna sunt crezute de către persoana în cauză, apar în mod spontan fiind foarte greu de controlat și adesea au un caracter catastrofic.

Din aceste gânduri automate enumerăm:

- **suprageneralizarea** – constă în afirmații de genul „trebuie, întotdeauna, niciodată” (ex. „trebuie să fac față cu orice preș bolii”) și din etichetări (ex. „sunt incapabil să lupt cu boala”);
- **gândirea de tipul „totul sau nimic”** – încadrarea în categorii extreme (ex. „dacă în urma tratamentului nu mă voi simți bine, atunci nu mai are nici un rost să mai încerc și alte metode de tratament”);
- **extragerea unor concluzii în absența unor date obiective** – este destul de frecvent întâlnită în special printre pacienții care dețin prea puține informații despre boală și posibilitățile de tratament, aceștia având tendința de a extrage concluzii doar pe baza anumitor simptome sau interpretări pe care le dau acestora (ex. pacienții percep efectele adverse apărute în urma chimioterapiei sau radioterapiei ca fiind evidențe clare ale unei evoluții nefavorabile);
- **tendința spre interpretări catastrofice** – prezența unor expectații negative, că ceva rău se va întâmpla, că lucrurile nu vor decurge așa cum trebuie; tendința de a exagera senzațiile corporale percepute și de a le interpreta ca fiind semnul unei recidive, a unor complicații sau evoluții nefavorabile a bolii, determinând stări de anxietate și depresie.
- **descalificarea pozitivului** – tendința de a-și concentra atenția în special asupra aspectelor negative ale bolii, cu minimalizarea pozitivului. Acești pacienți sunt atenți la toate simptomele și semnele nou apărute fără a lua în considerație și pe cele care s-au ameliorat sau chiar au dispărut.

- **„citirea gândurilor”** – se întâlnește adesea la pacienții cărora nu li se oferă suficiente informații despre boala sau chiar despre diagnostic și care au tendința de a interpreta această „tăcere a personalului medical” ca un semn că ceva nu este în regulă.
- **blamarea** – găsirea unei cauze a bolii. De multe ori pacienții fie se învinovătesc, considerând că nu au avut suficientă grijă de ei, că nu s-au prezentat în timp util la medic, fie vina este aruncată asupra divinității, boala fiind considerată o pedeapsă.
- **afirmații de genul „trebuie”** – prezența unor așteptări fixe, rigide, fără a avea o bază reală și care cauzează distress atunci când nu sunt îndeplinite.

Persoanele la care îngrijorarea tinde să se cronicizeze, pierd aspectul funcțional al acesteia (de rezolvare a unei situații pentru a preveni consecințele negative), și ca urmare ele vor deveni mai vulnerabile, iar în conținutul gândirii își vor face apariția cognițiile catastrofice și cele de supraevaluare a aspectelor negative.

Cercetările au arătat că procesarea defectuoasă a informațiilor poate determina apariția stărilor de anxietate și depresie.

Concluzie

Informarea corectă a populației privind importanța stilului de viață sanogen, a recunoașterii simptomelor specifice bolii și importanța prezentării timpurii la medic prezintă o necesitate stringentă. Oferirea informațiilor necesare are efecte benefice atât în prevenția, cât și în adaptarea psihologică la diagnosticul de cancer, ceea ce impune realizarea unor programe în această direcție. Suportul psihologic, modificarea credințelor iraționale care determină reacții și comportamente dezadaptive, pot ajuta pacienții să-și privească boala dintr-o altă perspectivă, mai pozitivă și mai optimistă. În această etapă este imperios necesară ameliorarea educației

Bibliografie

1. Boider L., De Nor, A.K. (1997): „Psychological distress and intrusive thoughts in cancer patients”, J.Nerv. Ment. Dis; 185:346- 348.
2. Dowse, G.(2000): Psychological adjustment to cancer. The comparative effectiveness of interpersonal psychotherapy and cognitive – behavioral therapy. [Medline].
3. Spiegel, D. (2002): “Effects of psychotherapy on cancer survival”, Nature Reviews cancer, 2 (5): 383-389.
4. Mager, W.M., Andrykowski, M.A. (2002): “Communication: patients perceptions and psychological adjustment”, Psychooncology, 11(1) : 35-46.

EXPERIENȚA NAȚIONALĂ ÎN ELABORAREA PROPUNERILOR DE POLITICI PUBLICI

Constantin Ețco, Galina Buta

Catedra Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

National experience in public policy proposals elaboration

This work is a review of public policies elaboration activities in the Republic of Moldova, especially in health care, taking into account the theoretical basis of public policies. Actuality of this study appears in the context of European integration vector of the country.

Particular attention is given to evaluation as a critical and proactive perspective of policy impact interpretation.

The evaluation of public policy being a process of analysis of the public policy activities progress, of medium and long term outcomes and types of impact, in terms of objectives and considering strategic planning and budgetary process is defined in this paper.