

- hypertension early after congenital cardiac surgery in children. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2010;38:71-77.
13. Stocker C, Penny DJ, Brizard CP, et al. Intravenous sildenafil and inhaled nitric oxide: A randomised trial in infants after cardiac surgery. *Intensive Care Med.* 2003;29:1996-2003.
14. Vida VL, Gaitan G, Quezada E, et al. Low-dose oral sildenafil for patients with pulmonary hypertension: A cost-effective solution in countries with limited resources. *Cardiol Young.* 2007;17:72-77.
15. Guazzi M. Clinical Use of Phosphodiesterase-5 Inhibitors in Chronic Heart Failure. *Circ Heart Fail.* 2008;1:272-280.

Mulțumiri

Eleonora Vataman, dr. hab., profesor universitar
Petru Stratulat, dr. hab., profesor universitar

Valentin Gudumac, dr. hab., profesor universitar
Ninel Revenco, dr. hab., profesor universitar
Marc Rudi, dr., profesor universitar
Liviu Maniuc, dr., cardiocirurg
Oleg Repin, dr., cardiocirurg
Anatol Ciubotaru, dr. hab., profesor universitar
Nicolae Cebanu, dr., conferențiar
Anatol Caraman, dr., imagist
Mihaela Vataman, dr., imagist
Constantin Jucovschi, matematician

Educația pacienților în percepția calității asistenței medicale

L. Moraru

National Center of Health Management
3, A. Cosmescu Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: +37360487194. E-mail: moraru28@yahoo.com
Manuscript received October 27, 2011; revised December 05, 2011

Patient education in the perception of the quality of health services

This study was conducted to decrease the difference in the perception of health assistance quality between patients and medical personnel. That investigations developed an analysis on how preceptions of this problem are formed by medical personnel and patients, an elaboration of the model of the logarithm of the perception, and a program with new methods of patient education. This decreased tension and motivated the medical personnel to solve the problems and increase the quality of the health assistance. That investigation solved many of the expectancies of the population, patients and formed a medicine directioned to a patients needs.

Key words: quality health care services, perception of quality, logical minds, model of quality perception.

Воспитание пациентов по поводу восприятия качества медицинских услуг

Наша работа поставила перед собой цель объяснить поступление множества жалоб на качество медицинских услуг путем анализа способности восприятия качества медицинских услуг пациентами, населением и медицинскими работниками, так как множество тяжелых заболеваний, не имеющих позитивное разрешение, могут быть объяснены как некачественное медицинское обслуживание. Результаты анализа позволили нам узнать логику мышления пациентов и медработников, разработать модель восприятия качества и программу воспитания с целью правильного понимания, как пациентами, так и медработниками своей роли в достижении выздоровления.

Ключевые слова: качество медицинских услуг, восприятие качества, логика мышления, модель восприятия качества.

Introducere

Noțiunea de „satisfacție a nevoilor pacienților și calitatea asistenței medicale”, după părerea noastră, este procesul de acordare a serviciilor de sănătate în așa mod încât rezultatul să corespundă în mare măsură cu expectanțele pacienților.

Problema calității asistenței medicale trebuie abordată multilateral. Astfel, OMS propune trei aspecte ale acesteia: **calitatea structurii** (asigurarea unei baze tehnico-materiale

corespunzătoare); **calitatea procesului** (respectarea algoritmului tehnologiilor, a numărului de servicii medicale necesare fiecărui caz, a eticii și deontologiei, etc.); **calitatea rezultatelor** (însănătoșirea pacienților).

Finalul procesului de acordare a asistenței medicale poate fi caracterizat prin: îmbunătățirea stării de sănătate a populației, atingerea unor rezultate clinice benefice, satisfacția populației și a personalului medical de nivelul calității

asistenței medicale acordate, de performanțele obținute, de eficacitate, eficiență economică, iar cea mai mare însemnătate o are însănătoșirea pacientului.

În sensul teoriei umanitare a personalității, lansată de psihologul american A Maslow, dorința de a primi asistență medicală este nevoia de protecție (siguranță) [1].

Desigur, un aspect important în evaluarea calității asistenței medicale de către pacient ar fi nivelul de organizare al omului, adică cu cât acesta este mai organizat cu atât el are mai mari cerințe față de serviciile medicale, de calitatea acestora, unde cerințele s-ar transforma în așteptări, iar asigurarea acestora ar fi cheia spre satisfacere.

Ar fi de menționat aici și marea însemnătate a sincronizării capacității de percepție de către pacienți și personalul medical a noțiunii și nivelului calității asistenței medicale.

Sociologul American T. Parsons în lucrarea sa „Sistemul social” analizează bolnavul din două puncte de vedere: ca om - purtător de boală, dar și om cu un anumit statut social. Aceste deziderate atrag asupra individului atât momente negative (se limitează activitatea sa socială, se măresc cheltuielile pentru tratament, se micșorează și posibilitatea de a munci, scad veniturile), cât și pozitive, precum posedarea diverselor drepturi sociale (de a nu lucra, de a primi susținere din partea celor din jur, de a transpune responsabilitatea pentru starea sa de sănătate pe umerii medicului, ai rudelor, ai societății).

Unele privilegii pot deveni atractive, ceea ce îl împinge spre prelungirea artificială a „rolului de bolnav”, declanșând, în același timp niște măsuri de apărare a societății, care va delega pacientului un set de îndatoriri: respectarea strictă a prescripțiilor medicului, a dietei, a activității vitale, etc. - măsuri care, de obicei, ar trebui să faciliteze însănătoșirea cât mai rapidă a pacientului [1].

Există o legătură importantă între satisfacția față de calitatea asistenței medicale și autoevaluarea nivelului său de sănătate de către pacienții cu diferit nivel de educație. Persoanele cu studii superioare, superioare incomplete, atestă cea mai mare insatisfacție față de nivelul calității asistenței medicale, iar persoanele cu capacitate joasă de evaluare a stării sale de sănătate au o încredere mai mare față de personalul medical. [2]

Atitudinea personalului medical, modul acestuia de a se comporta, are o mare însemnătate în satisfacția pacientului în ceea ce privește calitatea asistenței medicale. Rolul medicului constă în: etalarea competențelor, a cunoștințelor pe care le posedă, a experienței, dexterităților, a spiritului de decizie, pe care le are, a acurateței, a tactului și răbdării față de pacienții săi, a capacității de a organiza și determina bolnavii și rudele acestora să participe activ la procesul de ameliorare a stării sănătății lor.

Pacienții vor prezenta o mare insatisfacție față de lipsa de atenție din partea personalului medical, brutalitatea cu care ar fi tratați, lipsa unui efect pozitiv al tratamentului aplicat, prelungirea stării de boală, rândurile mari de așteptare, lipsa specialiștilor corespunzători, calitatea alimentației în spital, confortul. Relația pacient-medic adesea implică doar responsabilitatea personalului medical față de starea de sănătate a

pacientului, organizarea procesului de tratament, respectarea prescripțiilor, transformându-l în observator pasiv și evaluator subiectiv al acțiunilor medicului. O așa interrelație nu ar satisface nici personalul medical, nici pacientul.

Există multiple definiții ale calității asistenței medicale. Comune pentru ele sunt următoarele caracteristici: eficiența, echitatea, accesibilitatea, înțelegerea, acceptabilitatea, percepția corectă, corespunderea, continuitatea acțiunilor, confidențialitatea, mijloacele utilizate, educația pacienților și a familiei în ceea ce privește obiectivele trasate, participarea familiei și a pacientului la planificarea tratamentului, în luarea deciziilor și satisfacerea nevoilor sale. Astfel, distingem următoarele dimensiuni ale calității asistenței medicale:

Echitatea - serviciile medicale se acordă întregii populații, care recurge la ele.

Accesibilitatea - facilitarea accesului la serviciile de sănătate.

Corespunderea (appropriateness) - aplicarea asistenței medicale corespunzătoare și evitarea erorilor.

Înțelegerea, percepția corectă a procesului de asistență medicală va include serviciile de sănătate, care să acopere toate aspectele bolii prin managementul total, începând de la profilaxie, până la remediare, luând în considerație și asistența psihosocială.

Eficacitatea este producerea prin serviciile de sănătate a unor schimbări pozitive în starea sau calitatea vieții pacientului.

Eficiența este asistența medicală de calitate înaltă, acordată în concordanță cu prețurile reale ale acestora (OMS, 2000).

Calitatea asistenței medicale include și modul de acordare al acesteia: cunoștințele și tehnologiile care pot crește eficiența serviciilor acordate sau minimiza riscul, relațiile interpersonale, nivelul de organizare.

Luarea în considerație a acestor trei componente ar determina un management eficace al calității serviciilor de sănătate: accesibilitatea, satisfacerea așteptărilor, eficacitatea.

Sillamy N, 1995 afirmă că „normalitatea este o variabilă relativă în medicină, fiind descrisă prin noțiunea de sănătate. Din această perspectivă, normalitatea este percepută ca o îmbinare echilibrată, armonioasă, optimă mintal, având drept rezultat o funcționalitate bună a organismului”. [3].

În același timp, medicina identifică fenomenele patologice ca abateri de la normalitate, care produc dereglarea unei organizări a sistemului viu, boala fiind percepută ca o alterare globală sau parțială, acută sau cronică.

Fundamentarea științifică

Calitatea asistenței medicale este determinată nu numai de activitatea și acțiunile întreprinse de către personalul medical, eficiența, performanța, eficacitatea, baza tehnico-materială, etica și deontologia, estetica și ergonomia, dar și de gradul de satisfacție a pacienților, modul lor de percepție a calității, imaginea și capacitatea concurențială a organizațiilor medicale, a fiecărui colectiv în parte.

Multiplele sesizări (2660 în anul 2009 și 2822 în anul 2008) și expresii de nemulțumire ale pacienților și rudelor acestora în număr de 1199 în Chișinău, 66 - în municipiul Bălți, 104 -

în Soroca, 74 - în Orhei, 73 - în Strășeni, 61 - în Drochia, 57 - în Hâncești, etc [4]; unele cazuri de uimire ale personalului medical, care afirmă că au făcut tot posibilul pentru atingerea unui nivel înalt al calității asistenței medicale, ne-au sugerat ideea efectuării unui studiu al ipotezei percepției acesteia de către pacienți și personalul medical în mod diferit.

Astfel, **scopul** studiului nostru este determinarea modului de gândire în percepția calității asistenței medicale de către pacienți și elaborarea unei metodologii de educație a acestora. Pentru aceasta am trasat următoarele **obiective**:

- Studiul modului de gândire al pacienților în percepția calității asistenței medicale.
- Studiul modului de gândire al personalului medical în percepția calității asistenței medicale.
- Elaborarea procedurilor de gândire în percepția calității asistenței medicale de către aceste grupuri.
- Elaborarea unei metodologii de educație a pacienților în acest domeniu.

Însemnătatea teoretică a lucrării constă în identificarea unui anumit mod de gândire al pacienților și personalului medical în percepția calității asistenței medicale, determinarea unor legități, teorii.

Însemnătatea practică

Metodologia de evaluare a modului de gândire al pacienților și personalului medical în percepția calității asistenței medicale. Metodologia de educație a pacienților și instruire a personalului medical în ceea ce privește percepția calității asistenței medicale. Atingerea unui nivel înalt de satisfacție a pacienților de calitatea asistenței medicale.

Implementarea practică în domeniul:

-medicinii: evaluarea calității serviciilor medicale, în particular, și a asistenței acordate, în general, în formarea unui mod de percepție a acesteia;

-științei: metodologia efectuării studiilor (cercetărilor) științifice, care implică modul de gândire și percepție a calității asistenței medicale.

Evaluarea este un proces care asigură atingerea scopurilor Sistemului de Sănătate, a organizațiilor, personalului medical și serviciilor de sănătate.

Există câteva clasificări ale formelor de evaluare a activității medicale, a volumului și calității acesteia: evaluarea preliminară, curentă și finală.

Evaluarea preliminară presupune elaborarea diverselor regulamente, protocoale, lucrări metodice, ghiduri, instrucțiuni, grafice, stabilirea de standarde. Deoarece bugetul este limitat, este necesară garanția unor resurse financiare.

Evaluarea curentă se efectuează prin monitorizare, observare la locul de muncă, retrospectiv, conform fișei bolnavilor, ghidurilor și protocoalelor, care ar reflecta calitatea asistenței medicale specifice în diverse momente de activitate și timp, ceea ce ar permite schimbări organizatorice, în standarde și chiar în procesul de evaluare.

Evaluarea finală se face pentru o anumită perioadă de timp (1 an), comparându-se activitatea personalului medical și standardele, criteriile, ghidurile sau protocoalele elaborate, analiza impactului implementării standardelor în medicină,

a variabilității și utilității lor practice, aplicarea unor măsuri și planificarea normativelor de calitate a asistenței medicale. O evaluare eficace trebuie să posede o directivitate strategică, orientată spre rezultate, spre pacient, acele aspecte ale activității, care pot fi real îmbunătățite astfel ca să fie adecvate domeniului de activitate, să fie flexibile, simple și economice, efectuate la timp.

Evaluarea se face de către experții străini, interni, de la diverse niveluri manageriale ale sistemului de sănătate (Guvern, MS, administrație raională, locală, comunitate, utilizatori, companii de asigurări).

Determinarea eșantionului raioanelor incluse în studiu

Eșantionul este reprezentat (în cazul nostru) de subiecți din colectivitatea generală, selectați pentru a obține o informație despre întreaga populație.

Eșantionul pacienților în studiu (a fișelor de boală) va fi determinat după formula:

$$n = \frac{N t^2 Pq}{N \Delta x^2 + t^2 Pq}$$

Unde:

n – volumul eșantionului reprezentativ;

N – volumul colectivității generale;

t² – factorul de probabilitate generală egal cu 1,96 și, respectiv, unei veridicități de 95%;

P – probabilitatea de apariție a fenomenului, iar q – contraprobabilitatea.

Ținând cont de faptul că $0 \leq P \leq 1$ și $q = 1 - P$, produsul $P \times q$ este maxim atunci, când $P \times q = 0,5$.

Δx – este eroarea limită admisă egală cu 0,05 (5%).

Selecția se va face prin metoda stratificării la nivel național pentru întreg eșantionul, iar apoi pentru o reprezentativitate mai bună vor fi studiate câte 3 raioane din diverse regiuni ale țării - Nord, Sud, Centru, cu selecția la locul de evaluare a fișelor pacienților din diverse sate ale acestor raioane.

Nord - raioanele: Edineț, Dondușeni, Șoldănești.

Sud: Vulcănești, Cantemir, Căușeni.

Centru: Călărași, Hâncești, Anenii-Noi.

Selecția și pregătirea experților. Formarea grupului de experți.

Evaluarea calității asistenței medicale include: formarea grupurilor de experți, elaborarea regulamentului de activitate, editarea și implementarea metodologiei.

Activitatea grupurilor de experți este coordonată de organul de expertiză (Ministerul Sănătății, Centrul de Management, care se ocupă de evaluare la nivel național, raional, local), reprezentate de conducătorii respectivi (Ministrul sau adjunctul ministrului, medicul-șef de raion, sau adjunctul său, medicul-șef de policlinică, etc.). În cazul nostru organul național al Ministerului Sănătății sau viceministrul – organul principal, iar în fiecare grup, specialistul principal sau republican pe domenii aparte (chirurgie, cardiologie, alergologie, etc.) și 4 medici-șefi ai spitalelor raionale, adjuncții lor sau specialistul cel mai bun din raioanele adiacente celor din studiu (evaluarea încrucișată), reprezentanți farmaciști, reprezentanți ai agențiilor de asigurări, specialiști în investigări paraclinice.

Astfel, fiecare grup va avea un Președinte, un secretar, iar numărul membrilor variază în dependență de volumul activității. Activitatea grupului de experți este determinată de Ordinul Ministerului, care va stabili scopul, obiectivele, principiile și ordinea de acțiune, instrucțiunile de funcționare a grupului, lista, responsabilii pentru fiecare standard și specialitate aparte.

Toate ședințele grupurilor vor fi protocolate (Anexa 1), iar propunerile membrilor grupurilor vor fi evaluate în scris.

Pentru fiecare membru al grupului de experți și specialitate vor fi pregătite mape speciale, unde se va acumula toată informația (standarde, protocoale, ghiduri etc.) și schimbările sau completările survenite. După finalizarea evaluărilor, protocoalele grupurilor de experți (în formă scrisă sau electronică) vor fi trimise la **Biroul Național de Statistică** din cadrul Centrului de Management în Sănătate, pentru prelucrarea datelor.

Metode de formare a grupurilor de experți

Competența experților include:

- analiza concordanței și discordanței rezultatelor expertizei acestora;
- analiza asemănării valorilor existente ale obiectelor analizate din punct de vedere al semnificației statistice, prescrise de expert;
- analiza gradului de deviere a părerilor experților față de părerea grupului.

Competența experților va fi determinată prin caracteristici obiective și subiective:

- caracteristicile existente de competență profesională a experților (postul, pe care îl ocupă, vechimea în muncă, gradul științific, numărul de lucrări publicate, invenții, inovații, etc.);
- indicatori ai capacității de expertiză care vor fi determinați în rezultatul autoevaluării sau evaluării de către superiori, subalterni și șefii de același nivel ierarhic, experți cu vechime. Se evaluează cunoștințele în domeniul expertizei, dar și capacitatea expertului de a evalua obiectiv.

Președinți ai grupurilor vor fi specialiștii Principali ai Ministerului Sănătății sau specialiștii organizațiilor medicale Republicane (cu vechime în muncă de 15 ani, categorie superioară), iar membrii lor – specialiștii cei mai buni din raioanele adiacente celor cuprinse în studiu.

Deoarece eficacitatea activității grupurilor este determinată nu numai de competența specialiștilor în diverse domenii medicale, dar și de competența și dexteritățile acestora în domeniul expertizei prin standarde, ghiduri, protocoale.

Înainte de a începe activitatea, experții vor fi instruiți (teoretic și practic) pentru execuția corectă a funcțiilor lor (Anexa 2, 3).

Domeniile de instruire: sistemul de management al calității în sănătate; principiile generale de elaborare și implementare a standardelor și protocoalelor, organizare a procesului de expertiză a calității asistenței medicale; taxonomia serviciilor și procedurilor medicale; registrul preparatelor medicale; Instrucțiunile Naționale de utilizare a medicamentelor; Ghidul preparatelor medicale, esența medicinei bazate pe dovezi;

analiza clinico-economică; rolul standardizării în Sistemul de Management al Calității, etc. Dacă este necesar, se vor organiza cursuri de instruire conform fiecărei specialități, conform tematicilor standardelor și a programelor de perfecționare pe specialități.

Metode de luare a deciziilor

Organizarea activității grupurilor de experți se va efectua în concordanță cu principiile funcționării grupurilor. Graficul, algoritmul și metodele vor fi descrise, formalizate, concordate și aprobate de membrii grupurilor. Toate deciziile de efectuare a expertizei vor fi luate în grup, pe bază de consens și a metodelor raționale de decider.

Vom invita psihologi, sociologi și medici, care au vechime în muncă de cel puțin 10 ani, categoria unu și superioară, care cunosc problema în cauză. Această comisie specială, multidisciplinară va intervieva (discuta cu persoanele invitate) și va determina cunoștințele inițiale ale acestora în domeniul procesului de expertiză, de percepție și gândire în ceea ce privește calitatea asistenței medicale, pentru ca apoi să fie instruiți la cursurile de perfecționare, unde se vor aplica diverse metode de evaluare a nivelului acumulării cunoștințelor (prin note, teste, lucrări de control, seminare, chestionare, workshopuri, jocuri, grupuri nominale, metoda Delphy, capacitatea de participare, de a soluționa individual problemele, etc.). Vor fi instruiți în aplicarea metodelor de observare, de determinare a nivelului de satisfacție a pacienților și rudelor acestora (împreună cu pedagogii psihologi, sociologi, medici).

Modul de activitate a grupului de lucru

Grupurile de lucru instruite vor dispune de criteriile, chestionarele și agende de studiu a modului de percepție și gândire, pentru investigarea pacienților și personalului medical. Rezultatele vor fi înregistrate în Carta colectoare sau baza de date informațională.

Analiza și interpretarea datelor

Prelucrarea datelor se va efectua în programul Excel sau SPSS, sau metoda Content (care constă în cuantificarea și repartitia în grupuri echivalente), unde vor fi determinate, criteriile, senzațiile reale, modul de gândire al pacienților și personalului medical în ceea ce privește calitatea asistenței medicale. Din multitudinea acestor senzații și criterii vor fi determinate cele predictive.

În capitolul de interpretare a rezultatelor vor fi explicate legitățile, metodele, teoria percepției calității.

Procesul de educație a pacienților se va efectua conform pregătirii medicilor și asistentelor medicale. Instruirea personalului medical se va face la bazele de perfecționare existente (a clinicienilor, managerilor, etc.) conform unui program special, posibil, prin aplicarea unor module aparte și prin determinarea nivelului inițial și final al cunoștințelor, a modului lor de percepție și gândire. Personalul medical va fi instruit și în vederea intervieării pacienților, a înregistrării rezultatelor în baza de date.

Demonstrarea ipotezei noastre se va efectua prin compararea acestor două grupuri - pacienții și personalul medical (în special medicii), după determinarea gradului de percepție al calității asistenței medicale, determinarea indicelui global, al

valorii acestora (prin metoda transformării indicatorilor cantitativi în calitativi, conferirea de puncte de la 1 la 5). Grupurile comparate vor fi omogene din punct de vedere al numărului acestora, al numărului de femei și bărbați și grupuri de vârstă.

Educația pacienților în ceea ce privește percepția calității asistenței medicale și formarea unui mod anumit de gândire se va face prin metode: psihologice, de promovare a sănătății.

Metode și mijloace de promovare a sănătății, pentru formarea unui anumit mod de gândire:

- lecții;
- convorbiri;
- întrebări și răspunsuri;
- serate tematice;
- universități de popularizare a cunoștințelor medicale;
- emisiuni TV;
- emisiuni radio;
- ziare, reviste;
- broșuri;
- afișe;
- pliante.

Lecția este redarea unei tematici de către o persoană sub formă de monolog. În timpul lecției se vor utiliza materiale didactice, iar la final se vor pune întrebări sau se va demonstra un film de popularizare a cunoștințelor medicale.

În cazul percepției calității asistenței medicale, pacienților li se vor demonstra metodele și tehnologiile de top utilizate în medicină, în spitalul sau unitatea medicală vizată; o analiză a succeselor în stabilirea diagnosticului și tratamentului, câți pacienți au fost tratați și dependența rezultatelor de restabilire a sănătății de încrederea lor în personalul medical, de atitudinea lor activă în procesul curativ.

Cea mai necesară ar fi explicarea modului de percepție a pacienților a calității asistenței medicale, care va fi determinat în rezultatul studiului nostru. Aceste explicații ar trebui să cuprindă diverse aspecte ale percepției calității asistenței medicale cum ar fi: de ce personalul medical a procedat astfel și nu așa cum ar crede dânsii, capacitățile aparatelor, limitele lor de investigare; despre faptul că medicina nu posedă posibilități nelimitate în tratamentul anumitor boli; că organismele reacționează în mod diferit la acțiunea medicamentelor.

Dacă ar mai explica și rolul distribuției anumitor spații, a mobilierului (diferit de cel casnic sau cel perceput de ei); utilizarea unor culori agreabile la vopsirea pereților, a inventarului, aparatelor, etc. – aspecte estetice, de comportament al medicilor și asistentelor medicale care, de fapt, au studiat deontologia și au încredere în respectarea climatului psihosocial protector față de pacienți.

Conversațiile constituie o formă de dialog medic-pacient sau asistentă medicală-pacient, sau personalul medical cu un grup de pacienți pe o temă oarecare, (precum unele noțiuni despre boala dată sau igiena personală, graficul și orarul intern al spitalului; distribuția încăperilor (a saloanelor, dușurilor, saloanelor de proceduri sau pansamente); rolul somnului în evoluția bolii). Se va explica, mai ales în timpul conversațiilor individuale, de care pacienții au mare nevoie și în timpul cărora se stabilește încrederea că personalul medical va face tot

posibilul pentru atingerea calității înalte a asistenței medicale pentru însănătoșirea lor; despre particularitățile bolii, gradul de avansare, predicția evoluției acesteia, în fiecare caz aparte, pentru ca pacienții să înțeleagă diferența dintre calitatea asistenței medicale și ceea ce se întâmplă cu el, sau gradul de atingere a expectanțelor sale (pentru că ei pot să aștepte mai mult decât se poate face în cazul dat). În timpul convorbirilor se va acorda o mare atenție formării unor atitudini a acestora față de atingerea scopului final.

La sfârșitul convorbirilor se vor înmâna broșuri, pliante și se va oferi răspuns la întrebările pacienților. Lecțiile și convorbirile pot fi intercalate cu serate tematice sau serate de întrebări și răspunsuri.

Seratele tematice sunt metode de combinare a unor lecții, abordând o anumită problemă, care se impune în mod imperios. Pentru aceasta pe avizier se va pune un anunț despre organizarea unei serate, cu tema concretă și ora la care va avea loc. Lecția se va completa prin demonstrarea unui film de popularizare a modului cum procedează personalul medical în atingerea unei calități înalte în acordarea serviciilor de sănătate; rolul pacienților în luarea deciziilor și facilitarea derulării proceselor curative. Și aici se vor împărți broșuri, pliante, recomandări tipizate.

Seratele de întrebări și răspunsuri se efectuează ca și cele tematice cu deosebirea că vor începe cu întrebările din partea pacienților, a populației participante. În caz dacă nu apar întrebările de la început, unul dintre organizatori va avea pregătite 1-2 întrebări, care ar cointeresa auditoriul și îl va stimula să se intereseze despre problemele sale de sănătate. În cadrul acestor serate pot fi invitați specialiști din mai multe domenii (medici, psihologi, sociologi, etc.); să includă turnichete, expoziții, ziare de profil medical.

Universitățile și școlile de promovare a sănătății sunt bazate pe programe, manuale, forme pedagogice din domeniul medicinei, cu scopul popularizării cunoștințelor medicale, în cazul nostru a modului de percepție a calității asistenței medicale și a formelor utilizate de personalul medical în acordarea serviciilor.

În dotarea acestora s-ar include materiale didactice, computere, aparate de proiectare a filmelor de popularizare a culturii medicale cu scopul facilitării percepției calității asistenței medicale.

Mijloacele mass-media, presa, radioul, televiziunea, în diverse emisiuni de popularizare a serviciilor medicale, vor reflecta activitatea personalului și a organizațiilor medicale în atingerea unui nivel înalt al calității asistenței medicale (procentul bolnavilor însănătoșiți în comparație cu trecutul, alte țări, alte organizații medicale; micșorarea numărului complicațiilor după intervențiile medicale, etc.).

Printre mijloacele de promovare a sănătății se utilizează: broșurile, pliantele, afișele.

Broșurile sunt fasciculele tipărite care reflectă o tematică anumită și are un număr de pagini de la 12 în sus, incluzând anumite fotografii, diagrame, grafice, ce reflectă anumite momente din viața medicală, în cazul nostru fiind atenția grijulie față de pacienți, satisfacerea nevoilor acestora, confortul din

saloane (în cazul relațiilor publice concurențiale, a creării unor imagini despre spital, personalul medical, etc.).

Pliantele conțin mai puține pagini (2-4) și reflectă probleme mai particulare, care interesează populația în mod deosebit. Ele se completează cu fotografii sau diagrame, dar includ, în special, sfaturi profilactice (necesitatea vaccinărilor, necesitatea adresării la timp la medic, mai ales în cazul unui abdomen acut, dureri abdominale de orice localizare, etc.).

Bibliografie

1. Хьелл Л, Зиглер Д. Основные положения, исследования и применение теории личности. СПб.: Питер.
2. Нилов ВМ. Социология здоровья. Учебное пособие. Петрозаводск, 2002;76-80.
3. <http://www.scribd.com/doc/6743902/Psihologie-Medicala-Curs>.
4. Studiul privind examinarea petițiilor adresate Ministerului Sănătății pentru anii 2008, 2009 și în evoluție.

Factorii de risc cu impact major în hipertensiunea arterială la copii și adolescenți

N. Mătrăgună, S. Cojocari, L. Bichir-Thoreac, O. Culicova, L. Suveica

Department of Pediatrics Cardiology, Institute of Cardiology
20/1, N. Testemitanu Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: +37322208881. E-mail: cojocarusetlana@rambler.ru
Manuscript received October 03, 2011; revised December 05, 2011

The major risk factors of arterial hypertension in children and adolescents

Despite the progress in terms of prevention, detection and therapeutic possibilities in recent years, hypertension (HT) remains one of the biggest challenges to public health, and the metabolic syndrome is the disease becoming the most common diagnoses in the 21st century. These conditions produce high rates of morbidity and mortality in the general population as well as in the contingent of young people. The problem of hypertension in children has become a major concern for pediatricians due to the increase in incidence of infants' obesity and the correlation established between the child's and adult's hypertension. It argues for the prompt identification and removal of risk factors in children's and adolescents' age to reduce cardiovascular events in adults.

Key words: risk factors, arterial hypertension, children, adolescents, metabolic syndrome.

Основные факторы риска артериальной гипертензии у детей и подростков

Несмотря на прогресс в плане профилактики, выявления и терапевтических возможностей, в последние годы артериальная гипертензия (АГ) остается одним из самых больших проблем для общественного здравоохранения. И метаболический синдром, как болезнь, становится все более распространенным диагнозом в XXI веке. Эти проблемы ведут к высокому уровню заболеваемости и смертности среди населения в целом, а также в контингенте молодых людей. Проблема артериальной гипертензии у детей стала серьезной проблемой для педиатров за счет увеличения числа случаев ожирения у детей и корреляции, установленной между гипертензией ребенка и взрослого. Это аргументирует раннее выявление и устранение факторов риска у детей и подростков для снижения сердечно-сосудистых осложнений у взрослых.

Ключевые слова: факторы риска, артериальная гипертензия, дети, подростки, метаболический синдром.

Introducere

Hipertensiunea arterială reprezintă una dintre problemele medicinei moderne, fiind o cauză importantă de invaliditate și deces precum și un factor de risc principal pentru infarctul miocardic și accidentul vascular cerebral, care constituie 40% din cauzele de deces în rândul adulților și mai mult de 80% din toate decesele în urma bolilor cardiovasculare. În prezent nu există nici o îndoială că originea HTA se află în copilărie și adolescență, existând adesea un continuum între

HTA esențială, cu debut precoce în copilărie sau adolescență și boala adultului.

Valoarea tensiunii arteriale în copilărie crește odată cu înaintarea în vârstă și se corelează cu sexul și excesul ponderal. Se consideră că un copil este hipertensiv, când valoarea medie a presiunii sistolice și/sau diastolice (la cel puțin 3 determinări) depășește percentila 95 corespunzătoare vârstei, sexului, înălțimii, iar prehipertensiv - când valoarea medie a presiunii sistolice și/sau diastolice este cuprinsă între percentila 90-95 [4, 11, 21, 22].