

Serviciul de expertiză medicală a vitalității la maturi activează separat de cel pentru copii, acțiuni care urmează a fi întreprinse în contextul aplicării strategiei de dezvoltare în perspectivă:

Crearea în cadrul CREMV a unui sistem informațional automatizat de evidență a persoanelor cu dizabilități (baza de date).

Promovarea Clasificatorului Internațional al Funcționalității la nivel național.

Reformarea competențelor Consiliului Republican de Expertiză Medicală a Vitalității și subdiviziunilor sale teritoriale prin revizuirea statelor de personal cu angajarea suplimentară a noilor specialiști: personal administrativ, pediatri, asistenți sociali, psihopedagogi, specialiști IT, personal tehnic etc., cu îmbunătățirea bazei tehnico-materiale a subdiviziunilor noi reformate.

Elaborarea și aprobarea printr-un Ordin comun al MMPSF și MS a criteriilor de determinare a dizabilității la adulți (% păstrării capacității de muncă).

Elaborarea și aprobarea printr-un Ordin comun al MMPSE, MS și MED a criteriilor de determinare a dizabilității la copii.

Elaborarea curriculei pentru aplicarea metodologiilor de determinare a dizabilității la adulți și a gradului de dizabilitate la copii și a unor programe de instruire continuă a specialiștilor (personalului medical, social, educațional etc.).

Unificarea serviciului de determinare a dizabilității la copii și maturi.

Restabilirea activității unor consilii specializate de profil (oncologic, psihiatric, fiziopneumologic).

Participarea la elaborarea și aprobarea printr-un Ordin al MMPSF a regulamentului de organizare și funcționare a Comisiei de Litigii de pe lângă MMPSF.

Elaborarea mecanismelor de determinare a necesităților și recomandărilor de orientare, formare și reabilitare profesională, încadrare în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități.

Continuarea colaborării active cu catedrele USMF «N. Testemițanu» din Chișinău pe problemele instruirii specialiștilor în

domeniul aprecierii gradului de dizabilitate și capacității de muncă în concordanță cu cerințele practicii europene și internaționale.

Inițierea contractelor de colaborare cu serviciile analogice din alte țări.

Bibliografie

1. United Nations General Assembly. Resolution R 61/106: Convention on the rights of persons with disabilities. Geneva: United Nations General Assembly; 2006.
2. World Health Assembly. Resolution R 58/23. Disability, including prevention, management and rehabilitation. Geneva: World Health Assembly; 2005.
3. Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, ratificată de Parlamentul RM la 09 iulie 2010.
4. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule. WHODAS 2.0 (WHO, 2010).
5. WHO (2007). International Classification of Diseases, 10th edition.
6. WHO (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health.
7. WHO (2007). International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth Version.
8. Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J, et al. Towards a conceptual description of physical and rehabilitation medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2011;9.
9. Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, et al. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2011;9.
10. Skvarciany Z. Biopsychosocial model application in process of establishing disability, working capacity and special needs. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM; Vilnius, 2011.
11. Smychek V. The current state of medical and social assessment system in Republic of Belarus. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM; Vilnius, 2011.
12. Smychek V. Modern system of medical assessment and rehabilitation in Belarus. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM; Vilnius, 2011.
13. Raport despre activitatea Consiliului Republican de Expertiză Medicală a Vitalității din RM pentru anul 2011.
14. Коробов М. Справочник по медико – социальной экспертизе и реабилитации. 2005.
15. Serbin V. Expertiza medicală a vitalității. 2006.

Aplicarea principiilor consultului medical în activitatea cotidiană a medicului de familie

A. Solomon

Department of Family Medicine, Nicolae Testemițanu State Medical and Pharmaceutical University
 20, Melestiu Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: 069952606. E-mail: alexndra_solomon@yahoo.com

Manuscript received March 24, 2012; revised April 30, 2012

Application of the principles of medical consultation in the daily work of family doctors

One of the most important tools to ensure the success of the family doctor's activities is communication between the doctor and patient. Human values involved in this relationship help to develop professional medicine, making it honest and attractive for the community. One might say that community confidence in medicine depends on the patient satisfaction, as individual, after a medical examination. In this study, 100 primary consultations in two Family Practice Centers (model, and typical one) have been observed and evaluated. The results obtained show that between the two Family Practice Centers, application of some of the principles of medical consultation differs significantly.

Key words: medical consultation, family doctors.

Применение принципов медицинской консультации в повседневной работе семейного врача

Одним из наиболее важных инструментов, чтобы обеспечить успех деятельности семейного врача является коммуникация между врачом и пациентом. Человеческие ценности, проявляющиеся в этих отношениях, развивают профессиональную медицину, делая ее искренней и привлекательной для сообщества. Можно было бы сказать, что доверие сообщества к врачу зависит от удовлетворенности пациента медицинской консультацией. В исследовании были проведены наблюдения и оценка 100 первичных консультаций в двух Центрах Семейной Медицины (центре-модели и типичном центре). Полученные результаты показывают, что между двумя центрами применение принципов медицинской консультации существенно различаются по ряду параметров.

Ключевые слова: медицинская консультация, семейный врач.

Introducere

Medicul de familie prin munca lui, este legat întotdeauna de pacient, dar și de comunitate. O latură a medicinei de familie este să asigure un proces unic de desfășurare a consultației, care să stabilească în timp o comunicare direct efectivă și firească între medic și pacient [1].

Unul din cele mai importante instrumente care asigură succesul activității medicului de familie este comunicarea dintre medic și pacient. Engel și Morgan, în 1973, caracterizează consultația pacientului ca pe cel mai „puternic, important și complex instrument de care poate dispune medicul”. O comunicare eficientă între medic și pacient contribuie la sănătatea pacientului. Aptitudinile profesioniștilor de comunicare a medicului de familie ajută la stabilirea unui diagnostic precoce, corect, care exclude complicațiile și agravarea stării de sănătate a pacienților. Personalitatea medicului devine decisivă în comunicarea cu pacientul, ca în rezultat să formeze o relație stabilă de lungă durată.

Medicina primară, orientată și centrată pe pacient, devine o bază de referință a profesiei medicilor de familie. Prin amplasarea pacientului, cu nevoile și problemele lui în centrul activității medicale, se reușește dezvoltarea unei relații medic-pacient bazată pe încredere și sinceritate [2]. Astfel omul devine principalul element de referință și de apreciere a calității medicinei primare. Întărirea relației medic-pacient, bazată pe valori umane, contribuie la creșterea încrederii populației în asistența medicală primară. Având rol atât în promovarea sănătății individului cât și al comunității, medicul de familie ocupă un rol-cheie în sistemul sanitar. Se cunosc mai multe modele de consultație și anume:

1. Fizic, Psihologic și social (1972) [3].
2. Byrne and Long (1976) [4].
3. Modelul popular Helman (1981) [5].
4. De boală și suferință (1984) [6].
5. Modelul tri-funcțional al interviului medical (1989) [7].
6. Abordarea Calgary-Cambridge de predare a deprinderilor de comunicare (1996) [8].
7. Modelul clinic complex/Ghidul Calgary-Cambridge (2002) [9].
8. Balint (1986) [10].

Relația medic – pacient devine astfel și o relație de roluri, asimetrică și consensuală, în care medicul are poziția de superioritate, fiind elementul activ care caută soluția la boala, de care suferă pacientul, văzut aici ca un element pasiv. Totodată, pacientul recunoaște autoritatea medicului, iar relația terapeutică se bazează pe reciprocitate, cele două roluri alcătuind un cuplu complementar. Aptitudinile pe care medicul le adoptă în cadrul acestei relații pot fi: tutor autoritar, mentor, savant detașat, părinte bun și protector, avocat al „adevărului înainte de toate” [11].

După analiza a 2500 de înregistrări audio ale consultațiilor

primare efectuate de 71 de medici de familie, Byrne și Long au identificat șase etape de bază în procesul de consultare a pacienților:

1. Inițierea comunicării.
2. Stabilirea motivului adresării.
3. Diagnosticarea.
4. Evaluarea situației, discutarea stării pacientului.
5. Detalierea investigațiilor și tratamentului ulterior.
6. Încheierea consultației [12, 13].

Conform studiilor, numai 20% de informație este transmisă pe cale verbală, 80% de informație se percepe pe cale nonverbală [14]. La un nivel minim, comunicarea eficientă înseamnă că toți participanții la comunicare să înțeleagă conținutul comunicării. Dincolo de acest minim, o comunicare eficientă implică sentimente subiective, cum ar fi încrederea, empatia, și satisfacția reciprocă [15].

Succesul consultației, deseori, depinde și de factori necondiționați de medic. Peter Tate consideră că consultațiile pot eșua din următoarele cauze:

- a. Timpul insuficient.
- b. Întreruperea consultației de către o altă persoană.
- c. Contact nesatisfăcător la începutul consultației.
- d. Consultarea/examinarea a mai mult de o persoană (mamă și copil, soț și soție).
- e. Pacientul este într-o stare de nervozitate/sau medicul.
- f. Consultarea așa-numitor pacienți dificili.
- g. Pacientul se așteaptă să-l consulte alt medic.
- h. Consultația se efectuează seara.
- i. Existența barierelor lingvistice [16].

S-a demonstrat că atitudinea medicului față de pacienții săi, capacitatea lui de a obține informația de la pacienți, furnizarea de informații adecvate și demonstrarea empatiei, precum și dezvoltarea încrederii pacienților sunt determinante-cheie în respectarea regulilor de bună comunicare între medic și pacient [17, 18].

Material și metode

În scopul realizării studiului, a fost utilizată metoda observațională. Elaborarea chestionarului a fost efectuată în baza ghidului Calgary-Cambridge. El cuprinde patru compartimente, care includ în sumă douăzeci și nouă de întrebări, formulate pentru studierea aplicării practicilor consultului medical în două centre ale medicilor de familie (CMF).

Dimensiunile lotului au constituit o sută de consultații primare, dintre care au fost observate cincizeci de consultații CMF (model) și cincizeci de consultații în CMF (tip).

CMF(model) „Pro-San” a fost fondat conform ordinului AMT Botanica nr. 232 pe 21.06.2001. În Centru activează 10 medici de familie, 10 asistente medicale. Toți medicii și asistentele medicale posedă categorii de calificare. Vârsta medie a medicilor care activează este 34-35 de ani. În CMMF Pro-San sunt utilizate 5

săli de examinare standardizate, echipate cu mese funcționale de examinare, cu tonometru, otoscop, oftalmoscop, sursă de lumină. Numărul total de populație deservită constituie 15 294 de locuitori.

CMF(*tip*) a fost fondat în anul 1992, 12 aprilie. În Centru activează 6 medici de familie și 12 asistente medicale. Toți medicii și asistentele medicale posedă categorii de calificare. Vârsta medie a medicilor care activează este 52-54 de ani. Centrul dispune de 6 săli de examinare. Numărul total de populație deservită este 8 569 de persoane.

Chestionarele au fost îndeplinite în timpul consultului medical de către observator. Perioada de un an în completarea chestionarelor în CMF(*tip*) a fost iulie-august și în CMF (model) august-septembrie.

Diferențele statistice au fost evaluate prin intermediul testului U-Fisher. Diferențele au fost considerate statistic semnificative la nivelul valorii $p < 0,05$.

Rezultate obținute

La compartimentul „inițierea sesiunii” observăm că, practic, prezentarea medicului nu are loc nici într-un centru, cu excepția a 4 cazuri în cel tip, ceea ce reflectă și tabelul 1. Tot la acest compartiment am observat că, practic, în aceeași măsură, în ambele CMF medicul nu solicită numele pacientului (fig. 1 a, b).

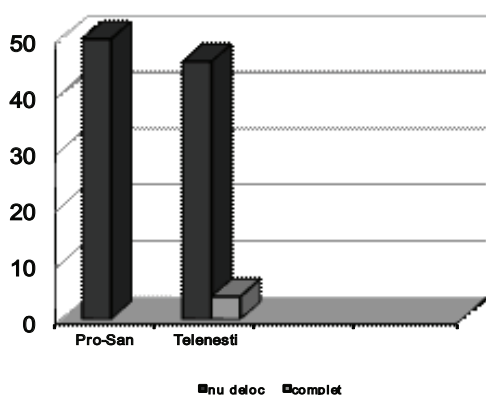


Fig. 1a. Prezentarea medicului.

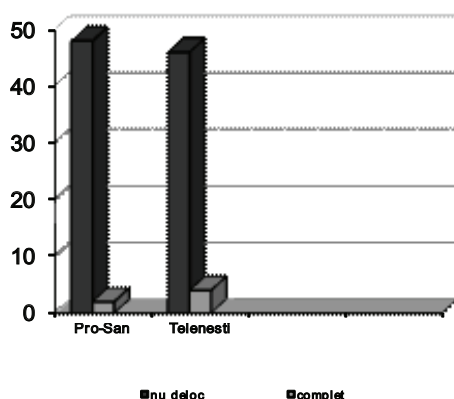


Fig. 1b. Obținerea numelui pacientului.

La compartimentul „asigurarea confortului pacientului atât emoțional cât și fizic” am observat că la centrul model s-a asigurat în toate cazurile, pe când în cel tip au fost vreo 15 cazuri, când parțial s-a asigurat și restul deplin ceea ce observăm și în figura 2 a, b.

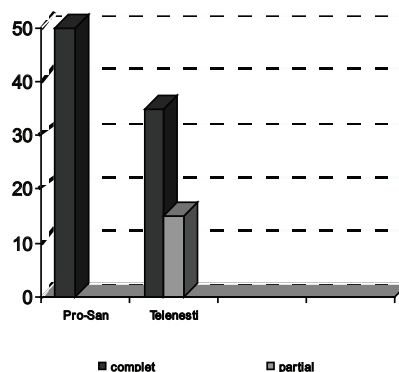


Fig. 2a. Asigurarea confortului emoțional.

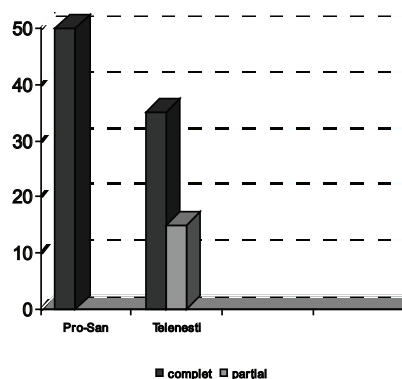


Fig. 2b. Asigurarea confortului fizic al pacientului.

La compartimentul „rezumarea sistematică a celor expuse de pacient” observăm că medicii din centrul model, în toate cazurile rezumă informația obținută, pe când în cel tip doar în 23 de cazuri s-a efectuat pe deplin, în 20 - parțial și în 7 cazuri nu s-a făcut deloc (fig. 3).

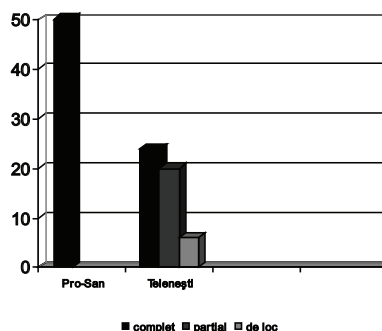


Fig. 3. Rezumarea sistematică a celor expuse de pacient.

La compartimentul „încurajarea pacientului să-și exprime atitudinea față de cele relatate” am observat că la centrul model medicii în toate cazurile încurajează pacienții, în schimb în cel tip în 30 de cazuri încurajarea s-a făcut parțial, în doar 6 cazuri deplin și în 14 cazuri nu s-a făcut deloc (fig. 4).

La compartimentul „examinarea fizică a pacientului” am observat că în centrul model se efectuează de către medici examenul deplin (47 de cazuri), în cel tip predomină cel focusat (40 de cazuri). De asemenea, oferirea explicațiilor în opțiunile și manevrele

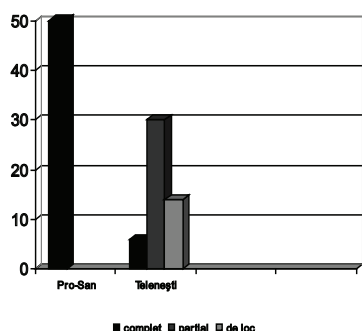


Fig. 4. Încurajarea pacientului de a se exprima față de cele relatate.

efectuate în centrul model în 41 de cazuri se efectuează deplin, pe când în cel tip în 43 de cazuri se efectuează parțial (fig. 5 a, b).

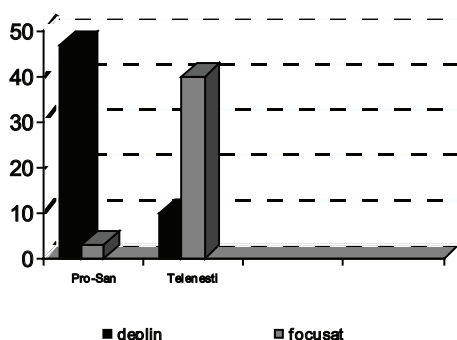


Fig. 5a. Efectuarea examenului fizic la adresarea primară.

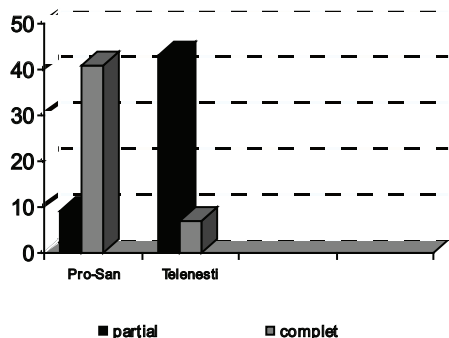


Fig. 5b. Oferirea explicațiilor în opțiunile și manevrele efectuate de către medic.

La compartimentul „discutarea metodelor diagnostice și de tratament” am observat că discutarea costurilor cât și discutarea riscurilor și beneficiilor se efectuează mai bine în centrul model decât în cel tip (fig. 6 a, b).

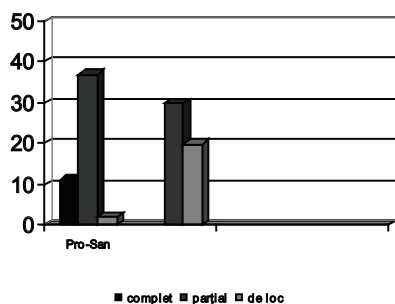


Fig. 6a. Discutarea costurilor.

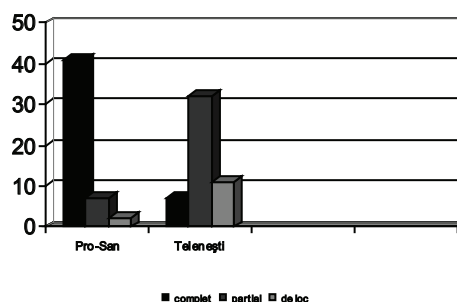


Fig. 6b. Discutarea riscurilor și beneficiilor tratamentului.

Concluzii

Prezentarea medicului cât și obținerea numelui pacientului practic nu s-a efectuat în cele 2 centre, pentru că medicul și pacientul sunt într-o relație de lungă durată și se cunosc, plus la aceasta, medicii din centrul model poartă ecusoane, ceea ce face inutil acest lucru. Iar acele cazuri unde medicul s-a prezentat și a obținut numele pacientului au fost din motivul că medicul lor de familie era în concediu și ei au fost transferați pe această durată de timp la alt medic de familie.

Asigurarea atât a confortului fizic cât și emoțional în centrul tip s-a asigurat mai puțin din cauza că medicul era supraobosit, lucrând și după masă, pe când mai intervenea și o persoană terță.

Atât rezumarea sistemică a celor expuse de pacient cât și încurajarea pacientului de a se exprima față de cele relatate în centrul tip s-a efectuat mai puțin, motivul potențial fiind insuficiența de timp a medicului de familie.

Examenul fizic se efectuează practic pe deplin în centrul model pentru că pacienții sunt programați și medicul reușește să-și organizeze timpul în schimb în centrul tip acest lucru lipsește și medicul este mereu suprasolicitat de multitudinea de pacienți.

Oferirea explicațiilor în opțiunile luate, discutarea costurilor, riscurilor și beneficiilor tratamentului în centrul model este la un nivel mai înalt pentru că fiecare pacient își are timpul său programat și pacienții sunt mai informați și doresc explicații în tot ceea ce li se face cu argumentare.

Bibliografie

1. Notiuni introductive-scurt istoric. [cited; Available from: http://www.univermed-cdgm.ro/dwl/Cap_I_II_Notiuni_introductive.pdf.
2. Wonca A. Medicina primara in sec. XXI. 2010. [cited 2011 15.10.]; Available from: <http://conexiunimedice.ro/ro/10/56.pdf>.
3. Practitioners, W.P.o.t.R.C.o.G., Working Party of the Royal College of General Practitioners. 1972.
4. Byrne PS, Long B, Medicii vorbesc cu pacienții. Londra: HMSO, 1976.
5. Helman CG. Disease versus Illness in General Practice. *J R Coll. Gen. Pract.* 1981;31:548-62.
6. Stewart, M. Patient Centred Medicine. Sage Publications. 1995.
7. Cohen-Cole S, Bird J. The Medical Interview: The Three Function Approach. 2nd edition Mosby Inc. Mosby-Year Book, 1999-2000.
8. Kurtz S, Silverman J. The Calgary-Cambridge Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in Communication Training. Programmes. *Med Education.* 1996;30:83-9.
9. Kurtz S. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching. *Enhancing the Calgary-Cambridge Guides Academic Medicine.* 2003;78(8):802-809.
10. Balint M. The Doctor, the Patient and the Illness Edinburgh. Churchill Livingstone, 1986.
11. Statusurile sociale și rolurile sociale în relația medic – pacient. 2011 [cited 2012. 27.02]; Available from: <http://www.scribd.com/sociologie/Statusurile-sociale-si-rolurile-25661.php>.

12. Kurtz Silverman JS, Draper J. Skills for Communicating with Patients. Oxford/San Francisco:Radcliffe Publishing,2005.
13. Ong L. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995;40(7):903-18.
14. Carson C. Nonverbal communication in the clinical setting. *Cortland Forum.* 1990;129-134.
15. Sharon M, Lee PD. Department of sociology portland state university portland, or 97207-0751 Prepared for office of minority health(OMH) office of public health and science (OPHS) U.S. department of health and human services and its contractor COSMOS CORPORATION April, 2003.
16. Little P. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 2001;323:908-911.
17. DiMatteo M. Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA.* 1994;271:79-83.
18. Safran D, Taira D. Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice.* 1998;47:213-20.

Managementul prevenției cirozei hepatice la adulți

L. Solomon, *L. Spinei

School of Management in Public Health
 Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
 194 B, Stefan Cel Mare Avenue, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37369862161. E-mail: spinei@rambler.ru
 Manuscript received March 30, 2012; revised April 30, 2011

Prevention management of liver cirrhosis in adults

Liver cirrhosis is the important for the Republic of Moldova, because they are among the leading causes of morbidity, disability and mortality of the adult population. To identify the role of the incidence of liver cirrhosis in the determined of health status was analysis the association/correlation in the incidence, morbidity, disability and mortality. This study included adult population with liver cirrhosis, and the results showed a strong link between "incidence/morbidity," and a weak correlation was established between the "morbidity/mortality." "Knowing this allows organizing preventive measures, secondary and tertiary prevention. Also, describe the determinants and health activities related to primary prevention.

Key words: liver cirrhosis, prevention, health determinants and interventions.

Менеджмент профилактики цирроза печени взрослого населения

Цирроз печени является важной проблемой для Республики Молдова, поскольку он является одной из ведущих причин заболеваемости, болезненности, инвалидности и смертности взрослого населения. В целях выявления роли заболеваемости циррозом печени в оценке состояния здоровья населения, был проведен анализ ассоциации/корреляции в соотношении заболеваемости, болезненности, инвалидности и смертности. В это исследование было включено взрослое население, страдающее циррозом печени, и результаты показали прочную связь между «заболеваемостью/болезненностью». Слабая корреляция была установлена между «заболеваемостью/смертностью». Знание этого позволяет организовать превентивные меры вторичной и третичной профилактики. Также, описаны детерминанты здоровья и медико-санитарные мероприятия, относящиеся к первичной профилактике.

Ключевые слова: цирроз печени, профилактика, детерминанты здоровья.

Introducere

Când vorbim despre sănătate, înțelegem de fapt servicii de sănătate. Cealaltă față a monedei – prevenirea – se situează pe la sfârșitul listei în majoritatea agendelor. În general, sănătatea nu este prețuită până în momentul, în care o pierdem. Deși sloganul „este mai ieftin să previi decât să tratezi” poate părea demodat, astăzi credem că este mai actual decât oricând [1].

Impactul cirozei hepatice poate fi considerat după următoarele criterii: *frecvență, severitate, consecințe, disponibilitatea intervențiilor, preocuparea publică*. În primul rând, cirozele hepatice sunt frecvente, dizabilitate și costisitoare. Aceasta înseamnă că ele au repercusiuni importante pentru sănătatea publică, având o incidență mare. În al doilea rând, din punct de vedere al *severității*, povara morbidității, invalidizării precoce, inclusiv a persoanelor apte de muncă, precum și deces prematur în urma cirozei hepatice, poate fi exprimată și ca perturbare a funcționării sociale. *Ciroza hepatică*

crează costuri directe considerabile pentru serviciile de sănătate și de reabilitare a pacienților respectivi. Totodată, invalidizarea, inclusiv a persoanelor apte de muncă, precum și decesul prematur în urma cirozei hepatice, reflectă pierderi directe (persoana nu mai produce) dar și indirecte (dacă persoana este tânără societatea nu mai recuperează investiția făcută pentru formarea, educarea) în societate. Paralel cu aceasta, pierderi ale anilor de viață sănătoasă din aceste cauze (invalidizarea și deces prematur), estimați în DALY, exprimă impactul asupra calității vieții pacienților cu ciroză hepatică. În al treilea rând, ciroza hepatică are *consecințe* importante pentru pacienți și pentru familiile acestora. Pentru pacient, acestea includ suferințele cauzate de simptome, de calitatea mai scăzută a vieții, de pierderea independenței și a capacității de muncă, de integrarea socială mai redusă. Pentru familiile și pentru comunitate, există o creștere a poverii îngrijirilor, precum și o productivitate economică diminuată. În al patrulea rând, în ceea ce privește *disponibilitatea intervențiilor*, abordarea de tip sănătate