

manifestarea în mod deosebit a fenomenului obezității, în funcție de variațiile socio-culturale, poate fi explicată prin diferențierea socio-culturală a comportamentelor de bază. Printre acestea ar putea fi menționate trei studii, care evaluează rolul factorilor de comportament (inclusiv modul de alimentare, activitatea fizică, vizionarea televizorului), în funcție de nivelul SSE asupra ratei obezității printre fetele adolescente, în rândul populației active, antrenate în câmpul muncii, precum și în rândurile bărbaților și femeilor [9].

Schimbările socio-culturale și obezitatea pandemică

Deoarece factorii socio-culturali au o influență importantă asupra riscului apariției obezității și, ca urmare a răspândirii obezității, putem concluziona că creșterea semnificativă a ratei obezității în ultimii 30 de ani în Europa, America de Nord, Australia și alte țări industrializate ar putea să coincidă cu schimbările majore ale factorilor socio-culturali din aceste țări. Spre exemplu, schimbări importante au survenit în componența și structura familiilor, începând cu anii 70 din secolul trecut, care au avut un impact major asupra atribuțiilor și relațiilor sociale și asupra creșterii riscului obezității. Să luăm ca exemplu Marea Britanie, unde a scăzut de la o treime în anul 1971 la doar o pătrime în anul 2011 numărul așa ziselor "familii tradiționale" cu doi copii în grijă. Numărul căsătoriilor a scăzut cu 20% între anii 1991 și 1994, în timp ce rata divorțurilor a sporit de 2 ori în aceeași perioadă. Pe parcursul acestor 30 de ani a crescut simțitor ponderea gospodăriilor compuse dintr-o singură persoană, cu un trend mai evident în cazul persoanelor mai tinere, în special bărbați, care locuiesc singuri.

O altă schimbare socio-culturală, care pare să afecteze atribuțiile sociale, este antrenarea în câmpul muncii. La fel, în cazul Marii Britanii, din 1984 și până în 2002, a scăzut ponderea bărbaților în totalul forței de muncă ocupate și a crescut numărul femeilor angajate. În ultimele 2 decade s-a schimbat radical structura persoanelor angajate, cu o descreștere drastică în industrie și o sporire a lucrătorilor angajați în sectorul serviciilor financiare până la o proporție de 1 la 5 în 2002. S-a schimbat, de asemenea, diversificarea din punct de vedere etnic și cultural a populației în țările industrializate, a suferit schimbări și structura, numărul și destinația migrantilor.

Totodată, s-a extins inegalitatea din punct de vedere al venitului pe cap de locuitor în așa țări precum SUA, Marea Britanie, Uniunea Europeană. Odată cu creșterea economică mai intensă în aceste regiuni, a fost remarcată o reducere considerabilă a numărului de muncitori necalificați. Aceasta a rezultat într-o lărgire a discrepanței între persoanele mai avute și cele mai puțin avantajate, a inegalităților socio-economice, fapt care a dus la o creștere a ratei obezității în rândurile populației mai sărace [9, 10].

În Republica Moldova a fost elaborat un document și aprobat de către Guvern – „Politica Națională de Sănătate în perioada 2008-2017”, (Hotărârea Guvernului RM nr. 886 din 06.08.2007). Acest document elucidează responsabilitatea structurilor de stat și a societății civile în vederea asigurării securității economice și sociale a populației. Astfel, printre problemele sănătății publice, care se regăsesc în Politica Națională de Sănătate și care pot fi rezolvate prin acțiuni multisectoriale, fac parte și cele ce prevăd prevenirea și combaterea obezității [11, 12].

Conform acestor date, pentru Republica Moldova probabilitatea de extindere a „epidemiei obezității” este înaltă. Iar determinanțele care favorizează răspândirea obezității sunt multiple, și anume:

1. **Factori comportamentali** – obiceiurile alimentare ne-sănătoase, alimentația cu mâncăruri tip fast-food și dulciuri concentrate, consumate în exces și din cauza ambalajelor și reclamelor ispititoare, cunoștințele insuficiente ale populației despre alimentația sănătoasă, nerespectarea de majoritatea oamenilor a regimului de muncă și odihnă, nepracticarea în deplină măsură a sportului, culturii fizice etc.

2. **Factorii neuropsihici** pot favoriza, de asemenea, apariția bolii prin modificarea apetitului și a stilului de viață.

3. Anumite **modificări ale activității glandelor endocrine** pot crea o predispoziție la obezitate.

4. **Factorii ereditari**. La anumite persoane există o predispoziție la obezitate. Această predispoziție este, de obicei, comună mai multor membri ai unei și aceleiași familii, fiind o predispoziție familială.

Concluzii

1. Obezitatea este una dintre provocările fără precedent pentru sănătatea publică, dar care este încă subestimată în majoritatea țărilor cu economie în tranziție.

2. Cercetările asupra relației dintre factorii socio-culturali și obezitate au demonstrat că nu atât relațiile sociale, apartenența la o oarecare etnie, sau statutul socio-economic al persoanei sunt responsabile de riscul de obezitate, ci modul prin care acești factori se propagă în diferite pături sociale provocând obezitatea.

3. În ultima perioadă literatura sociologică, antropologică, psihologică, nutriționistă și medicală tot mai des prezintă rezultate ale cercetărilor privind impactul factorilor socio-culturali, inclusiv modul de alimentare și de activitate fizică, asupra riscului de apariție a obezității. Însă, pentru elucidarea tuturor aspectelor acestei relații de dependență, inclusiv influența unor factori specifici din categoria SSE precum studiile, profesia, venitul, atribuțiile și relațiile sociale, nivelul de influență asupra diferitor categorii de persoane din societate, în RM sunt necesare studii mai aprofundate.

Bibliografie

1. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017.
2. Hays S. Structure and agency and the sticky problem of culture. *Sociol Theory*. 1994;12.
3. Stunkard AJ. From explanation to action in psychosomatic medicine: the case of obesity.
4. Noppa H, Hallstrom T. Weight gain in adulthood in relation to socioeconomic factors, mental illness and personality traits of middle – aged women.
5. Sobal J, Rauschenbach B, Frongillo EA. Marital status changes and body weight changes. *Soc Sci Med*. 2003;56.
6. Gordon- Latrson P, Adair LS, Popkin BM. Ethnic differences in physical activity and inactivity patterns and overweight status. *Obes res*. 2002;10.
7. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity. *Psychol Bull*. 1989;105.
8. Ball K, Crawford D. Socioeconomic status and weight change in adults obesity: a review. *Soc Sci Med*. 2005;60:1987-2010.
9. Steele P, Dobson A, Alexander H, et al. Who eats what? A comparison of dietary patterns among men and women in different occupational groups. *Aust J Public Health*. 1991;15.
10. Summerfield C, Babb P. Social trends. *National Statistics*. 2003;33.
11. Rezultatele Studiului Demografic și de Sănătate a populației în RM/ Biroul Național de Statistică al RM, 2006.
12. Hotărârea Guvernului RM nr. 886 din 06.08.2007 „Cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate”. *Monitorul Oficial* nr.127-130/931 din 17.08.2007.

Obezitatea – problemă prioritară în sănătatea publică

A. Tomacinschii

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: 373 22/ 205205. E-mail: angela_tomacinschii@yahoo.com

Manuscript received March 02, 2012; revised March 30, 2012

Obesity – a serious public health problem

Obesity has become a serious public health problem in most economically advanced countries. The Latin origin of the word “obesity” (obedo, Obed = to eat in excess, more and greedy) shows that the problem stems from even Classical times, but it is now found frequently with the evolution of modern industrial society. 20-25% of the adult population in advanced countries worldwide is now considered obese. Moreover, in the U.S., where obesity afflicts over 33% of adults, there are also over 9 million obese children. Since it is known that the risk of diseases associated with obesity is greater in the young than in adults the U. S. Senate has declared that this generation of children will be the first in American history that will have shorter lives than their parents – unless drastic measures are taken. Statistics show clearly that a young obese male can lose up to 13 years of life, and an obese woman up to 8 years.

Key words: obesity, body mass index, overweight, adult population, public health.

Ожирение – серьезная проблема общественного здоровья

Ожирение стало серьезной проблемой общественного здоровья в большинстве развитых стран. Латинское происхождение слова «ожирение», (obedo, obedere – есть в избытке, много и жадно), показывает, что и в древние времена встречались случаи превышения идеального веса, но с развитием общества они становятся все более распространенными, например, в настоящее время в развитых странах, доля страдающих ожирением превышает 20-25% взрослого населения. Более того, в США, где ожирением страдают около 33% взрослого населения, зарегистрировано более чем 9 миллионов детей, Поскольку риск заболеваний, связанных с ожирением, больше у молодых, Сенат США объявил, что это поколение детей станет первым в американской истории, которое будет жить меньше, чем их родители, если не будут приняты шаги в этом направлении. Статистика ясно показывает, что молодые, больные ожирением, могут потерять до 13 лет жизни, а женщины – до восьми лет.

Ключевые слова: ожирение, индекс массы тела, избыточный вес, взрослое население, здравоохранение.

Introducere

Obezitatea a devenit o problemă serioasă de sănătate publică în majoritatea țărilor economic avansate. Originea latină a cuvântului “obezitate” (obedo, obedere = a mânca în exces, mult și lacom) confirmă faptul că și în antichitate erau întâlnite probleme de ordinul depășirii greutateii ideale, dar odată cu evoluția societății, acestea au fost tot mai frecvente, pentru ca în zilele noastre în țările dezvoltate, ponderea obezilor să depășească 20-25% din populația adultă. Mai mult ca atât, în SUA, unde obezitatea atinge peste 33% printre adulți, se înregistrează un număr de peste 9 milioane de copii obezi. Deoarece se știe că riscul unor maladii, asociate obezității, este și mai mare la tineri decât la adulți, în Senatul SUA s-a declarat că această generație de copii va fi prima din istoria Statelor Unite ale Americii, care va trăi mai puțin decât părinții lor, dacă nu se vor întreprinde măsurile de rigoare în acest sens. Statisticile arată clar că un tânăr obez poate pierde până la 13 ani din viață, iar o femeie obeză - până la 8 ani [1].

Incidența în creștere a obezității are caracteristici de pandemie și necesită o atenție specială urgentă datorită unei posibile mortalități și morbidități asociate. Asocierea între obezitate și morbiditate este certă. Studiile efectuate în lume demonstrează relația între obezitate și patologia cardiovasculară, precum și creșterea riscului de deces cardiac. Pentru o persoană cu IMC-ul peste 25-29 kg/m², riscul relativ de boală coronariană arterială este egal cu 1,72. Acesta crește progresiv odată cu creșterea IMC-ului. Astfel, un IMC peste 33 kg/m² prezintă un risc relativ de 3,44.

Totodată se estimează că obezitatea majorează riscul de mortalitate cardiovasculară de 4 ori și de 2 ori - pe cel prin cancer.

Termenul de supraponderabilitate definește o masă ponderală (greutate corporală) ce nu corespunde înălțimii persoanei. Conform masei corporale (masa stratului de grăsime și musculară), bărbații prezintă un procent de grăsime de circa 15-20%, iar femeile – 25-30%, astfel explicându-se predominanța afectării feminine. În funcție de aceste limite, obezitatea poate fi definită ca peste 25% țesut adipos la bărbați și peste 33% - la femei. Un IMC normal se situează între 18 și 24,9 kg/m², astfel indicatorul IMC sub 18 este caracteristic persoanelor subponderale. Între 25-29,9 se află supraponderalii, iar peste 30 – obezii. Între 30-35 se încadrează obezitatea de gradul I, între 35-40 – obezitatea de gradul II și peste 40 – obezitatea de gradul III. Pacienții cu IMC peste 50 sunt considerați deja super-obezi, iar cei cu IMC peste 60 sunt numiți super-super-obezi. Aceste clasificări au un rol, practic, foarte important pentru că dețin valoare în estimarea problemelor de sănătate ce vor apărea în diferitele categorii de populație cu înregistrarea excesului de greutate [1].

Deși există multiple alte cauze ale obezității, precum cele genetice, bolile endocrine, traumele psihice etc., pe primul loc se situează abuzul alimentar și sedentarismul. În pofida avertismentelor, lumea civilizată consumă tot mai multe alimente hipercalorice de tip fast-food, junk-food, iar eforturile fizice, mișcarea, arderea caloriilor sunt tot mai diminuate. Din acest punct de vedere, generația tânără este și cea mai expusă, având acces la toate tipurile

de alimentație modernă și, în același timp, preferând calculatorul și telefonul în locul jocurilor în natură.

Problemele pacienților obezi nu includ numai apariția problemelor psiho-sociale, de integrare în grup sau în societate, de a fi capabili să desfășoare o anumită activitate sau să formeze o familie, ci mai ales apariția unor comorbidențe asociate, așa ca diabetul zaharat, hipertensiunea, hipercolesterolemia, artroze, coronaropatii sau insuficiență venoasă periferică etc.

Toate aceste boli complică și scurtează durata vieții bolnavilor obezi. O mare parte din ele sunt reversibile sau controlabile odată cu scăderea în greutate. Deaceia, tratamentul obezității este un imperativ medical, nu doar estetic.

Actualmente, conform datelor OMS, din cauza obezității decedază anual peste 220 000 de persoane în Europa și peste 300 000 în SUA.

Cele mai recente date ale OMS indică faptul că la nivel global, în 2005, aproximativ 1,6 miliarde de adulți (cu vârsta de 15 ani +) erau supraponderali și cel puțin 400 de milioane de adulți – obezi. OMS prevede că până în 2015, aproximativ 2,3 miliarde de adulți vor fi supraponderali și mai mult de 700 de milioane vor fi obezi, dintre care 40% bărbați și 50 % femei [1].

Totodată, se cere de menționat, că costurile serviciilor de sănătate pentru tratarea pacienților obezi cu maladii asociate, cum ar fi diabetul de tip doi, unele tipuri de cancer și bolile cardiovasculare, sunt estimate până la 6% din totalul cheltuielilor de sănătate în regiunea europeană a OMS, la care se mai adaugă costurile indirecte în urma pierderii productivității muncii.

Scopul lucrării. Studiarea aspectelor medicale, sociale și economice ale fenomenului obezității în lume.

Material și metode

Articolul dat este bazat pe studierea reviuului literaturii de specialitate autohtone și de peste hotare. De asemenea, materialele informaționale ce țin de experiența internațională în domeniu, documentele legislative naționale (ordine ale Ministerului Sănătății, Hotărâri de Guvern și Legi), Politica Sănătății din Republica Moldova, utilizarea sistemelor Medline, PubMed în domeniul sănătății publice și managementului; utilizarea Internetului și motoarelor de căutare, materiale ale organizațiilor internaționale de sănătate, rezoluții ale conferințelor internaționale.

Rezultate și discuții

Pe parcursul unei perioade de mai mulți ani cercetările privind epidemiologia obezității au fost destul de complicate, dat fiind faptul că majoritatea țărilor aveau criterii specifice de clasificare a gradelor de obezitate. Treptat, însă, pe parcursul anilor 90, indicele masei corporale (IMC = greutatea/înălțime²) a devenit unitatea de măsură unanim acceptată a gradului de obezitate, iar limitele de separare recomandate actualmente sunt identice. Cea mai recentă clasificare a obezității la adulți, elaborată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) este prezentată în tabelul 1. În multe studii asemănătoare, pentru societăți cu un grad înalt al bunăstării, această schemă a fost simplificată, iar limitele de 25 și 30 kg/m² sunt utilizate în scop descriptiv. De obicei, atât predominarea unui nivel mic al IMC (< 18,5 kg/m²) cât și a unui nivel foarte mare al IMC (40 kg/m² sau mai mare), este foarte scăzută și reprezintă, de regulă, până la 1-2 procente din total [2] (tab.1).

Tabelul 1

Clasificarea obezității la adulți conform OMS

Clasificarea	IMC (kg/m ²)	Riscurile de sănătate asociate
Greutatea sub cea normală	< 18,5	Mic (dar este sporit riscul altor probleme clinice)
Greutate normală	18,5-24,9	Mediu
Obezitate	25,0 sau mai mare	
Preobezitate	25,0-29,9	Sporit
Obezitate clasa I	30,0-34,9	Moderat sporit
Obezitate clasa II	35,0-39,9	Serios sporit
Obezitate clasa III	40 sau mai mare	Foarte serios sporit

Recentul studiu, efectuat de experții OMS, a determinat inițierea unor discuții privind interpretarea limitelor recomandate ale IMC în determinarea supraponderabilității sau a obezității la populația din Asia și necesitatea unor limite ale IMC specifice, în dependență de populație. Acesta a stabilit în baza datelor statistice că existența corelație dintre IMC, ponderea procentuală a grăsimii corporale și riscurile de sănătate la popoarele din Asia se deosebește cu această corelație la populația din Europa. Studiul a demonstrat, că ponderea persoanelor de etnie asiatică cu un grad de risc înalt pentru diabetul de tipul 2 și maladiile cardiovasculare este destul de înaltă la un nivel al IMC mai jos față de limita stabilită de OMS pentru supragreutate (≥ 25 kg/m²). Totodată, datele disponibile nu indică cu certitudine o limită exactă a IMC pentru supraponderabilitate sau obezitate pentru toți asiaticii. Limitele pentru riscurile asociate variază de la 22 la 25 kg/m² la diferite populații asiatice, pentru riscurile înalte acesta variază de la 26 la 31 kg/m². Deaceia, nu a fost considerat necesar de a redefini limitele de clasificare pentru fiecare populație în parte. Astfel, studiul a stabilit necesitatea menținerii actualei clasificări internaționale acceptate. De asemenea, studiul a identificat limitele potențiale pentru diverse riscuri pentru sănătate (23, 27,5, 32,5 și 37,5 kg/m²) și a elaborat metode cu ajutorul cărora fiecare țară își va putea stabili propriile definiții ale riscurilor pentru populația sa.

Mai multe cercetări efectuate în ultimii zece ani demonstrează, că pentru o clasificare mai exactă a supraponderabilității sau a obezității, raportată la riscurile de sănătate este foarte important de a stabili indicele distribuției grăsimii abdominale. Tradițional, acesta era calculat în baza raportului circumferințelor taliei și șoldurilor. Recent, însă a fost înaintată propunerea de a utiliza doar circumferința taliei în calitate de unitate de măsură a riscurilor de sănătate asociate cu grăsimea abdominală. În anul 1998, Institutul Național al Sănătății al SUA a adoptat clasificarea IMC și corelația acestuia cu limitele pentru circumferința taliei. Conform acestei clasificări, combinația supraponderabilității (IMC cuprins între 25 și 30 kg/m²) și obezității moderate (IMC cuprins între 30 și 35 kg/m²) cu o circumferință mare a taliei (≥ 102 cm pentru bărbați și ≥ 88 cm pentru femei) a fost propusă drept un factor pentru un risc adițional [3, 4].

Dintre țările din Europa, doar în Marea Britanie estimările privind gradul de răspândire a obezității, care sunt efectuate în baza măsurărilor greutății și înălțimii pot fi considerate reprezentative la nivel național și precise. În majoritatea țărilor europene estimările privind rata obezității și tendința de răspândire a acesteia sunt bazate sau pe sondaje naționale, privind greutatea și înălțimea (au-

todeclarate de către respondenți) sau pe studii locale sau regionale. Pentru a face niște analize comparative între țări, este necesară compararea datelor privind greutatea și înălțimea populațiilor acestor țări obișnuite, în baza unor metodici identice și colectate în aceleași perioade de timp. Cel mai cuprinzător studiu privind rata obezității în Europa este studiul WHO MONICA. Majoritatea datelor pentru studiu au fost colectate în perioada anilor 1983 și 1986 iar o cercetare mai amplă a acestora a fost realizată cu 10 ani mai târziu. Studiul arată o creștere rapidă a răspândirii obezității, în particular la bărbați, în majoritatea centrelor țărilor din Uniunea Europeană. De asemenea, aceeași tendință se observă și în regiunile țărilor din UE, unde rata răspândirii obezității la bărbați față de femei este în proporție de 1,07 (într-un șir de 0,56-1,29). În țările din Europa centrală și de est obezitatea este mai răspândită între femei, într-o proporție de 2,03 femei față de bărbați (într-un șir de 1,27-2,87) [5, 6].

Totodată, un studiu efectuat de *Molarius* arată o creștere pe parcursul timpului a diferențelor de răspândire a obezității în diferite pătri sociale ale populației. Datele demonstrează că în Europa obezitatea devine o problemă foarte serioasă pentru persoanele, aparținând unor pătri sociale sărace. De asemenea, datele pentru Olanda ilustrează o corelație inversă între obezitate și nivelul educațional. Ceea ce ține de Finlanda este evidentă o creștere mare a nivelului obezității la bărbați, în timp ce la femei această tendință este uniformă. Majoritatea țărilor, în baza sondajelor, au acumulat date statistice vaste privind obezitatea, însă o comparație între țări a acestor date nu va fi reprezentativă din cauza diferenței de metode de evaluare. Totodată, unele țări au date detaliate suficiente pentru a face o comparație regională. În Italia, spre exemplu, datele ilustrează o rată a obezității mai mare în regiunile sudice ale țării, față de cele nordice. Acest fapt poate fi explicat printr-un nivel mai scăzut al calității vieții în sudul Italiei decât în Nordul ei [6, 7].

În RM nu au fost efectuate studii științifice pe problema obezității, date statistice nu sunt înregistrate. Conform datelor Biroului Național de Statistică al RM, în anul 2005, a fost efectuat Studiul Demografic, iar în anul 2006 - Studiul asupra sănătății populației în Republica Moldova. În baza acestor studii a fost elaborat un document și aprobat de către Guvern „Politica Națională de Sănătate în perioada 2008-2017” (Hotărârea Guvernului RM nr. 886 din 06.08.2007). Acest document elucidează responsabilitatea structurilor de stat și a societății civile în vederea asigurării securității economice și sociale a populației, promovării sănătății și prevenirii bolilor, cât și a asigurării debutului sănătos de viață a generației în creștere [8, 9, 10].

Conform studiului Demografic și de Sănătate, 1-42% dintre femeile cu vârsta cuprinsă între 15-49 de ani sunt supraponderale sau obeze și 2-50% din populația cu vârsta de peste 18 ani are supragreutate sau este obeză. Datele de evaluare a sănătății copiilor din instituțiile preuniversitare, pentru perioada anului 2007 atestă o creștere a nivelului morbidității prin maladii endocrine, de nutriție și metabolism în comparație cu anul 2006 (în anul 2007 - 19,3 cazuri la 1000 de copii, iar în anul 2006 - 17,9 cazuri). Una din cele mai frecvente patologii de nutriție și metabolism la elevii din instituțiile preuniversitare s-a evidențiat - obezitatea, care în anul 2007 a constituit 7,0 cazuri la 1000 de copii. Conform acestor date pentru Republica Moldova probabilitatea de extindere a „epidemiei obezității” este înaltă [9, 10, 11].

Obezitatea și consecințele ei pentru sănătate

În general, obezitatea este asociată cu un risc major al îmbol-

năvirilor, care atrage costuri economice enorme pentru societate. Tabelul 2 prezintă estimările privind riscurile sporite de îmbolnăvire, asociate cu obezitatea în baza cercetărilor, făcute de Oficiul Național de Audit (ONA) al MB. Tabelul conține câteva omisiuni curioase, deoarece unele boli lipsesc din listă, în pofida corelației bine demonstrate a acestora cu obezitatea (spre exemplu: cancerul de piept la femeile după menopauză și cancerul endometrial la toate femeile). În fine, estimările ONA au stabilit în baza certificatelor de incapacitate medicală, prezentate Departamentului pentru Securitatea Socială, că aproximativ 18 milioane de zile absențe din cauza bolilor au la bază obezitatea [12], (tab. 2).

Tabelul 2

Riscurile majore ale obezității asociate cu maladiile în baza studiilor internaționale

Denumirea maladiei	Riscul relativ la femei	Riscul relativ la bărbați	Absențe motivate din cauza maladiilor asociate cu obezitatea (zile/ani)
Diabet zaharat tip II	12,7	5,2	5 960 000
HTA	4,2	2,6	5 160 000
Infarct miocardic	3,2	1,5	1 230 000
Angină pectorală	1,8	1,8	2 390 000
Osteoartrite	1,4	1,9	950 000
ACV	1,3	1,3	440 000
Guta	?	?	530 000
Maladii ale vezicii biliare	1,8	1,8	20 000
Cancer de colon	2,7	3,0	970 000
Cancer ovarian	1,7	-	
Total			17 650 000

Totodată, aceste date sunt subestimate, deoarece acestea nu includ absențele care nu sunt probate de un certificat medical, de asemenea, aceste date nu iau în considerație absențele din cauza bolilor provocate de obezitate, care nu poate fi cuantificată (ex: dureri slabe de spate). Asocierea dintre obezitate și alte boli a fost studiată recent de Visscher și Sneidell. Astfel, studiul dat, pe lângă corelația stabilită dintre obezitate și bolile asociate cu sindromul metabolic (hipertensiunea, dislipidemia, rezistența insulinică, obezitatea abdominală), care duc la dezvoltarea riscului pentru diabetul zaharat de tipul II și maladiile cardiovasculare, a identificat corelația evidentă dintre obezitate și maladiile provocate parțial de stresul mecanic asupra corpului, de cantitatea mare de grăsime (ex: respirația îngreunată, apneea de somn, dureri de spate). De asemenea, pe lângă faptul că este un factor cronic negativ pentru starea fizică a sănătății, obezitatea reprezintă și o povară psihologică și socială, contribuind la formarea unui stigmat social, reducerea încrederii în sine, și în general, la o calitate mai joasă a vieții. Obezitatea pare să afecteze, în mod special, dimensiunea fizică a calității vieții și, într-o măsură mai mică, domeniile emoționale și sociale [13].

Magnitudinea unei epidemii a obezității, care se urmărește în ultimul timp, a determinat cercetătorii din mai multe țări să identifice costurile economice, asociate cu obezitatea, reieșind din metodologia de calcul a costului maladiei (COI). Acestea includ estimările costurilor resurselor (costuri asociate cu maladia-să-

năitatea specifică-îngrijirea) precum și ale pierderilor din anii de sănătate și de productivitate. Roux și Donaldson au calculat COI asociate cu obezitatea. Totodată, este complicat de a face niște comparații între țări, din cauza varietății și criteriilor diferite de calculare a IMC. Datele pentru SUA demonstrează cel mai înalt nivel al acestui cost, cheltuielile asociate cu obezitatea, reprezentând circa 7% din bugetul total național pentru sănătate. În alte state, aceste cifre variază dintre 2 și 3,5% [14].

Concluzii

1. Nivelul obezității este în creștere la cote alarmante în multe părți ale lumii.
2. Toate cele relatate demonstrează că problema obezității se află în topul agendelor sistemelor de sănătate din lume, astfel devenind și o prioritate a sănătății publice din Republica Moldova.
3. Gradul de extindere cât și trendul ascendent, precum și evidența corelației acesteia cu starea fizică și psihologică a sănătății, este rezonabil de caracterizat obezitatea ca fiind o criză a sănătății publice care afectează semnificativ sănătatea și calitatea vieții oamenilor și reprezintă o povară tot mai mare pentru bugetele naționale destinate pentru sănătate. Pentru a opri acest trend sunt necesare măsuri și acțiuni urgente.

Bibliografie

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series, No 894.

2. Barba C, Cavallii-Sforza T, Cutter J, et al. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004;363:157-63.
3. Lean MEJ, Han TS, Seidell JC. Impairment of health and quality of life in men and women with a large waist. *Lancet*. 1998;351:853-6.
4. NIH. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The Evidence Report, National Institutes of Health. *Obes Res*. 1998;6:51s-209s.
5. Health Survey for England. Available from <http://www.publications.doh.gov.uk/stats/trends.1.htm>.
6. Molarius A, Seidell JC, Sans S, et al. Educational level and relative body weight and changes in their associations over ten years-an international perspective from the WHO MONICA project. *Am J Public Health*. 2000;90:1260-8.
7. Visscher TLS, Kromhout D, Seidell JC. Long-term and recent time trends in the prevalence of obesity among Dutch men and women. *Int J Obesity*. 2002;26:1218-24.
8. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017.
9. Rezultatele Studiului Demografic și de Sănătate a populației în RM. Biroul Național de Statistică al RM, 2006.
10. Hotărârea Guvernului RM nr. 886 din 06.08.2007, „Cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate”. *Monitorul Oficial* nr.127-130/931 din 17.08.2007.
11. Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, 2005
12. National Audit Office Tasking Obesity in England. Report by the controller and auditor general HC. 2001;220.
13. Visscher TLS, Seidell JC. The Public health impact of obesity. *Ann Rev Public Health*. 2001;22:355-75.
14. Roux L, Donaldson C. Economics and obesity: costing the problem or evaluating solutions? *Obes rev*. 2004;12:173-9.

Evaluarea modernă creativă și novatoare – parte esențială a procesului educațional

*E. Triboi, E. Cucieru, L. Botnariuc, T. Țurcan, L. Sanduța

Center for Continuing Medical Education of Medical and Pharmaceutical Personnel with Secondary Education
2, Butucului Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37369403155. E-mail: cojane@mail.ru
Manuscript received March 05, 2012; revised April 30, 2012

Evaluation of modern creative and innovative – an essential part of educational process

In the current development of an education based on developing skills transpires need to reconceptualized and formative and summative evaluation of the results obtained at the end of any educational journey. Evaluation of steps accompanies modern teaching learning and therefore must make use of new methods, techniques and evaluation procedures. The education approach includes register new skills, develop new behaviors and specific professional skills. From these considerations and assessing update. Today is the need and ability to form self, in an open dialogue to develop a creative learning environment, designed to train competent professional staff and innovative.

Key words: formative education, skills, learning creative, innovative professional staff.

Современные и инновационные методы оценки – основная часть процесса воспитания

В текущем развитии образования на основе развития навыков выясняется, что необходимо переосмыслить формирующие и итоговые оценки результатов, полученные в конце любого образовательного процесса. Оценка сопровождает современное обучение и, следовательно, должна использовать новые методы, приемы и процедуры оценки. Образование включает в себя регистрацию новых навыков, развитие новых форм поведения и конкретных профессиональных навыков. Из этих соображений и система оценки обновляется.

Ключевые слова: формирующее образование, навыки, изучение творческих, инновационных профессиональных кадров.