614
E82

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ȘI EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE

Constantin Eţco
Varfolomei Calmîc
Ion Bahnarel



Editura EPIGRAF

614
E82

Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova

Universitatea de Stat de Medicină
şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu"

Centrul Naţional de Sănătate Publică

Constantin Eţco,
Varfolomei Calmîc, Ion Bahnarel

PROMOVAREA SĂNĂTĂŢII ŞI EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE

721187
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie «Nicolae Testemiţanu»
Bibliotecа Ştiinţifică Medicală
SL2

Chişinău 2013

CZU 614+613
E 82

Lucrarea a fost examinată şi aprobată spre editare de Comisia de experţi „Medicină Socială şi Management" a Ministerului Sănătăţii la 21 iunie 2013, proces-verbal nr. 5 .

Autori:

Constantin Eţco, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, şeful Catedrei de Economie, Management şi Psihopedagogie, USMF „Nicolae Testemiţanu"

Varfolomei Calmîc, doctor în medicină, Centrul de supraveghere a bolilor netransmisibile al Centrului Naţional de Sănătate Publică

Ion Bahnarel, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, director general al Centrului Naţional de Sănătate Publică

Recenzenţi:

Grigore Friptuleac, doctor habilitat în medicină, profesor universitar
Mihai Ciocanu, doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Monografia include rezultatele cercetării efectuate de autori asupra nivelului de cunoştinţe medico-igienice al populaţiei şi asupra realizării activităţilor educative pentru sănătate; de asemenea, conţine materiale metodice şi informative destinate specialiştilor din domeniul sănătăţii publice, instituţiilor medico-sanitare publice de diverse niveluri şi profiluri. Totodată, lucrarea este destinată studenţilor Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu" la disciplina „Promovarea sănătăţii şi educaţia pentru sănătate".

Sperăm că această lucrare va fi utilă şi profesorilor din şcoli şi licee, precum şi tuturor celor interesaţi de educaţia sanitară a populaţiei şi de modul sănătos de viaţă.

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii

Eţco, Constantin

Promovarea sănătăţii şi educaţia pentru sănătate / Constantin Eţco, Varfolomei Calmîc, Ion Bahnarel ; Univ. de Stat de Medicină şi Farmacie "Nicolae Testemiţanu", Centrul Naţional de Sănătate Publică. – Chişinău: Epigraf, 2013 (F.E.-P. "Tipografia Centrală"). – 600 p.
Bibliogr.: p. 433-446 (244 tit.). – 300 ex.
ISBN 978-9975-125-30-7.
614+613
E 82

ISBN 978-9975-125-30-7

Cuprins

Introducere **8**

Capitolul I. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate – elemente principale ale sănătății publice **12**

1.1. Profilaxia – principiul fundamental al medicinei omului sănătos 12
1.2. Sănătatea și factorii care o influențează 14
1.3. Conceptul de promovare a sănătății 19
1.4. Modul și stilul sănătos de viață și educația pentru sănătate ca alegere pentru sănătate 25
1.5. Obiectivele educației pentru sănătate 36
1.6. Funcțiile educației pentru sănătate 42
1.7. Factorii educației pentru sănătate privind influențarea comportamentelor sănătoase 56
1.8. Metode de educație pentru sănătate 57
1.8.1. Metode de cercetare 58
1.8.2. Eșantionarea 63
1.8.3. Tehnici investigative 68
1.8.3.1. Tehnici investigative pentru determinarea opiniilor și intereselor ... 73
1.8.3.2. Tehnici investigative pentru determinarea comportamentului 75
1.8.4. Metode de acțiune 80
1.8.5. Metode de formare a cadrelor 81
1.9. Mijloace și forme de educație pentru sănătate 81
1.9.1. Mijloace și forme de educație pentru sănătate 81
1.9.1.1. Forme auditive (verbale – metoda cuvîntului vorbit) 86
1.9.1.2. Mijloace scrise sau tipărite 90
1.9.1.3. Mijloace vizuale 91
1.9.1.4. Mijloace audiovizuale 92
1.9.1.5. Concursuri 93
1.9.2. Instruirea igienică 93
1.9.3. Educația pentru sănătate în instituțiile preuniversitare 98
1.9.4. Promovarea sănătății în comunitate 102
1.9.5. Difuziunea și evoluția modificărilor comportamentale în populație 108
1.10. Marketingul social – model de promovare a sănătății în comunitate 112
1.11. Comunicarea în educația pentru sănătate 122
1.11.1. Scopurile comunicării și modele de comunicare 123
1.11.2. Comunicarea în domeniul sănătății 125
1.11.3. Tehnici utilizate în comunicare 127
1.11.4. Canale de comunicație, rețele de instituții 129
1.11.5. Tipuri de comunicare 130
1.11.6. Rețele de instituții 132

Capitolul II. Sănătatea populaţiei Republicii Moldova în condiţii socioeconomice noi **134**
2.1. Dinamica indicatorilor demografici 134
2.2. Situaţia privind morbiditatea şi invaliditatea populaţiei 139

Capitolul III. Cunoştinţe şi opţiuni în activităţile de educaţie pentru sănătate **145**
3.1. Evaluarea nivelului de cunoştinţe medico-igienice şi de realizare a activităţilor de educaţie pentru sănătate în rîndurile populaţiei mature 145
3.2. Evaluarea nivelului de cunoştinţe medico-igienice şi de realizare a activităţilor de educaţie pentru sănătate printre elevi 151
3.3. Evaluarea nivelului de cunoştinţe medico-igienice şi de realizare a activităţilor de educaţie pentru sănătate al profesorilor din şcoli 155
3.4. Evaluarea nivelului de cunoştinţe al elevilor în vîrstă de 12–18 ani privind problemele educaţiei sexuale, profilaxiei bolilor cu transmitere sexuală şi narcomaniei 159
3.5. Evaluarea nivelului de cunoştinţe al romilor despre problemele educaţiei sexuale, profilaxiei bolilor cu transmitere sexuală şi narcomaniei 167

Capitolul IV. Educaţia pentru sănătate în instituţiile medico-sanitare **175**
4.1. Funcţiile de educaţie pentru sănătate ale instituţiilor medico-sanitare 175
4.2. Educaţia pentru sănătate în centrul medicilor de familie/dispensar 178
4.3. Educaţia pentru sănătate în spital 184

Capitolul V. Educaţia pentru sănătate a diferitelor grupe de populaţie **194**
5.1. Educaţia pentru sănătate şi problemele de demografie, de ocrotire a mamei, a copilului şi a tineretului 194
5.1.1. Planificarea familială 196
5.1.2. Educaţia pentru sănătate a gravidei şi a mamei 199
5.1.3. Elemente metodice privind educaţia pentru sănătate în unităţile medicale de profil 202
5.1.4. Structura unui sistem educaţional complex în domeniul demografiei şi al ocrotirii mamei, copilului şi tineretului (OMCT) 207
5.2. Educaţia pentru sănătate antepreşcolară, preşcolară şi în învăţămîntul preuniversitar 218
5.2.1. Educaţia pentru sănătate în creşe şi leagăne 220
5.2.2. Educaţia pentru sănătate a preşcolarilor 231
5.2.3. Educaţia pentru sănătate a antepreşcolarilor şi preşcolarilor în familie 244
5.2.4. Educaţia pentru sănătate în învăţămîntul primar 245
5.2.6. Educaţia pentru sănătate în învăţămîntul liceal 261
5.2.7. Educaţia pentru sănătate în cadrul dirigenţiei în învăţămîntul gimnazial şi cel liceal 269
5.2.8. Introducerea elementelor unui mod sănătos de viaţă în activitatea extraşcolară 276
5.2.9. Desfăşurarea educaţiei pentru sănătate cu părinţii elevilor 277

5.3. Educaţia pentru sănătate a tineretului şi studenţilor 278
5.3.1. Educaţia pentru sănătate în învăţământul superior 278
5.3.2. Educaţia sexuală a tineretului 285
5.3.3. Organizarea centrelor consultative şi de asanare, de prestare a serviciilor prietenoase tinerilor 290
5.4. Educaţia pentru sănătate în rîndul vîrstnicilor 297
5.5. Educaţia pentru sănătate în intreprinderile industriale 300
5.6. Educaţia pentru sănătate în mediul rural 306
5.7. Promovarea sănătăţii şi educaţia pentru sănătate a migranţilor 310

Capitolul VI. Educaţia pentru sănătate în bolile transmisibile şi în cele netransmisibile 314
6.1. Educaţia pentru sănătate în bolile transmisibile 314
6.2. Educaţia pentru sănătate în combaterea tuberculozei 316
6.3. Educaţia pentru sănătate în bolile netransmisibile (cronice) 317
6.4. Educaţia pentru sănătate în bolile cardiovasculare 324
6.5. Educaţia pentru sănătate a populaţiei în domeniul oncologiei 325
6.6. Educaţia pentru sănătate în diabetul zaharat 331
6.7. Educaţia pentru sănătate ca metodă de promovare a sănătăţii mintale 333
6.8. Educaţia pentru sănătate în maladiile cavităţii orale 340
6.9. Educaţia pentru sănătate în prevenirea şi combaterea parazitozelor intestinale 342

CAPITOLUL VII. Educaţia pentru sănătate în unele „boli ale civilizaţiei" 344
7.1. Educaţia pentru sănătate în prevenirea şi combaterea alcoolismului 344
7.2. Educaţia pentru sănătate în prevenirea şi combaterea fumatului 350
7.3. Combaterea abuzului de medicamente 355
7.4. Combaterea toxicomaniei 356
7.5. Prevenirea accidentelor 356
7.6. Educaţia pentru sănătate în promovarea unei alimentaţii raţionale 357
7.7. Utilizarea raţională a timpului liber 359

Capitolul VIII. Evidenţa şi evaluarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a sănătăţii 360
8.1. Evidenţa activităţii de educaţie pentru sănătate 360
8.2. Evaluarea educaţiei pentru sănătate şi a promovării sănătăţii 360

Capitolul IX. Popularizarea cunoştinţelor medico-igienice privind promovarea modului sănătos de viaţă 363

Capitolul X. Planificarea activităţilor de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi de promovare a modului sănătos de viaţă 368

Capitolul XI. Indicatorii pentru evaluarea eficienţei activităţii de educaţie pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă 373
11.1. Indicatorii de activitate în educaţia pentru sănătate 373
11.1.1. Indicatorii ce caracterizează intensitatea şi nivelul de utilizare a metodelor de promovare 374

11.1.2. Indicatorii ce caracterizează nivelul de utilizare a mijloacelor de informare în masă 375
11.1.3. Indicatorii ce caracterizează activitatea instituţiilor medicale privind cuprinderea diferitelor grupe ale populaţiei în procesul de instruire igienică 375
11.1.4. Indicatorii ce caracterizează nivelul de activitate a grupurilor de lectori 378
11.1.5. Indicatorii ce caracterizează nivelul şi dinamica culturii sanitare a populaţiei 378
11.2. Evaluarea, în cadrul deplasărilor, a activităţii de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în instituţiile medico-sanitare 379

Capitolul XII. Sarcinile şi conţinutul activităţilor de educaţie pentru sănătate ale medicului de familie 384

Capitolul XIII. Organizarea şi desfăşurarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă în instituţiile medico-sanitare 395

Capitolul XIV. Organizarea şi desfăşurarea de către instituţiile medico-sanitare a educaţiei pentru sănătate în domeniul profilaxiei maladiilor infecţioase 401

Capitolul XV. Actualitatea implemntării strategiilor Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii şi a tacticii de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, a structurii şi normativelor de state ... 410

ÎNCHEIERE 424

GLOSAR DE TERMENI FOLOSIŢI ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂŢII 432

Bibliografie 434

ANEXE

Anexa 1. Elaborarea unui program de promovare a sănătăţii 448
Anexa 2. Pregătirea şi prezentarea unei sesiuni de predare în promovarea sănătăţii 450
Anexa 3. Formarea educatorilor 452
Anexa 4. Cursul „Şcoala mamei" (structura lecţiilor) 453
Anexa 5. Ghid-program pentru educaţia pentru sănătate a populaţiei adulte (structura lecţiilor) 455
Anexa 6. Planul-model de activitate la compartimentul promovarea sănătăţii şi educaţia pentru sănătate al CSP, DS municipală, DSSAS UTA Găgăuzia 456
Anexa 7. Planul-model de activitate al IMSP (centrului medicului de familie, spitalului/dispensarului republican, spitalului raional, municipal) la compartimentul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă 478

Anexa 8. Planul-model de activitate al staţiei zonale, substaţiei, punctului de asistenţă medicală urgentă la compartimentul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă 484
Anexa 9. Nomenclatorul dosarelor utilizate în activitatea de educaţie pentru sănătate 491
Anexa 10. Chestionar privind determinarea atitudinii şi a informării elevilor în problemele profilaxiei maladiilor cu transmitere sexuală, SIDA şi a narcomaniei 492
Anexa 11. Chestionar pentru Studiul Global al Adolescenţilor despre Fumat (SGAF 498
Anexa 12. Chestionar pentru aprecierea nivelului de cunoştinţe ale populaţiei de etnie romi în promovareapreceptelor modului sănătos de viaţă 512
Anexa 13. Extrase din actele legislative şi normative al Republicii Moldova care reglementează activitatea în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă 517

Legea privind supravegherea de stat a sănătăţii publice nr. 10-XVI din 03.02.2009 (Monitorul Oficial, 2009, nr. 67, art.183) 517

Hotărîrea Guvernului cu privire la Programul naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015 nr. 658 din 12.06.2007 (Monitorul Oficial, 2007, nr. 82-85, art. 676) 533

Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23 octombrie 2008 cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015 568

Lista abrevierilor **600**

INTRODUCERE

Starea sănătății populației este un indicator integral al dezvoltării social-economice a țării, o reflectare a bunei stări materiale și morale, un factor decisiv de influență asupra potențialului economic, cultural și al forței de muncă a societății. Este cunoscut faptul că nivelul economic al statelor este determinat direct de cel mai eficient factor de producție – capitalul uman, exprimat în cunoștințele, competențele, capacitățile creative și calitățile morale ale membrilor societății. Din acest punct de vedere, la evaluarea potențialului și locului țării, fie în plan mondial, fie doar regional, odată cu starea economică și cea politică se iau în considerație și indicatorii sănătății [123]. Nesoluționarea problemelor medicale, igienice și sociale ale populației diminuează esențial sănătatea generală a locuitorilor țării, reușita în cadrul învățământului, obținerii profesiei, activității de muncă, determină, în final, nivelul de trai, atît al individului, cît și al societății în întregime.

Odată cu proclamarea independenței, în Republica Moldova au fost inițiate transformări politice, economice și sociale radicale, orientate spre crearea unei economii de piață bazate pe proprietatea privată și pe cea publică, pe libera inițiativă și pe concurență. Schimbările esențiale de ordin politic, instabilitatea economică și socială au dus la înrăutățirea sănătății populației, la subaprecierea rolului comportamentului în menținerea și fortificarea sănătății. Tranziția de la economia centralizată la economia de piață, instabilitatea economică, reducerea finanțării măsurilor de prevenție, îndeosebi de educație pentru sănătate, scăderea asigurării materiale a populației și, ca urmare, înrăutățirea indicatorilor demografici și de sănătate a populației implică necesitatea schimbării politicii în domeniul ocrotirii sănătății, abordării unei noi concepții, cu reorganizarea și optimizarea activității de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață în condiții socioeconomice noi [1, 2, 9, 36, 142, 149, 152, 202].

Este cunoscut faptul că alături de determinismul obiectiv, în decăderea stării de sănătate individuale ori comunitare, comportamentele de risc, cunoașterea insuficientă sau chiar ignoranța totală cu privire la cauzele determinante sau favorizante ale unor boli, ori a remediilor acestora conduc la indicatori sporiți de morbiditate/mortalitate, cu grave consecințe psiho-socio-economice. De aceea, în asigurarea sănătății populației, un rol important îi revine activității eficiente în domeniul profilaxiei [1, 2, 9, 36, 100, 123, 142, 202, 203].

În sistemul măsurilor sociale de profilaxie și asigurare a sănătății publice, pe prim-plan se plasează activitățile de promovare a modului sănătos de viață, de ridicare a nivelului de cultură sanitară a populației, ce pot fi asigurate prin promovarea sănătății și educația pentru sănătate, care să contribuie la

fortificarea şi menţinerea sănătăţii şi la recuperarea capacităţii de muncă, la prelungirea duratei active a vieţii, la atragerea activă a populaţiei în ocrotirea sănătăţii. Subdiviziunile Ministerului Sănătăţii, alte ministere şi departamente, autorităţile administraţiei publice locale, unităţile economice sînt obligate să contribuie la educaţia pentru sănătate a populaţiei (*Legea ocrotirii sănătăţii*, 1995) [112].

Asigurarea sănătăţii publice a populaţiei se înfăptuieşte şi prin promovarea sănătăţii, a modului sănătos de viaţă, prin informarea pe larg a populaţiei asupra stării sănătăţii, situaţiei epidemiologice şi măsurilor profilactice întreprinse; ridicarea nivelului de cultură sanitară a populaţiei prin educaţia pentru sănătate (*Legea* nr. 10 *privind supavegherea de stat a sănătăţii publice*, 2009) [113].

Cele mai complicate şi costisitoare probleme sociale şi de sănătate sînt provocate, după cum confirmă cercetările ştiinţific[illegible]logice, în majoritatea cazurilor de comportament, de modul de viaţă, de deprinderile care se formează în copilărie şi adolescenţă şi ne însoţesc pe parcursul întregii vieţi [55, 56, 100].

Educaţia pentru sănătate constituie unul dintre elementele importante ale activităţii de profilaxie, care organizează şi coordonează participarea atît a sectorului medico-sanitar, cît şi a altor sectoare, ca învăţămîntul, organizaţiile civile, Biserica, diverse asociaţii, unităţi de producere sau comerciale de stat ori particulare etc. în realizarea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă.

Schimbările esenţiale din Republica Moldova de ordin politic, economic şi social au condus, în anii '90 ai secolului trecut, la înrăutăţirea finanţării măsurilor de prevenţie, îndeosebi de educaţie pentru sănătate. Au fost lichidate fostele structuri ale Serviciului de luminare sanitară, fără predarea funcţiilor centrelor de medicină preventivă (CMP). În multe CMP (45%) au fost reduse funcţiile specialiştilor în luminarea sanitară, cu lichidarea cabinetelor respective.

Situaţia alarmantă privind mortalitatea populaţiei, lipsa mijloacelor specifice pentru tratarea maladiei SIDA şi a narcomaniei, răspîndirea deprinderilor dăunătoare în rîndul populaţiei (alcoolism, tabagism), nivelul înalt al morbidităţii prin maladii infecţioase şi cronice neifecţioase necesită intensificarea acţiunilor de profilaxie, mai ales de educaţie pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă.

Problema organizării unei activităţi eficiente în domeniul profilaxiei i-a preocupat pe mulţi savanţi (Ghermzava O., 1996; Bortchevici V. şi couaut., 1998; Dmitrieva T., 1998; Jileaeva E., 1998; Oniscenco G., 1999; Magdei M., 1999; Bahnarel I., 2003 etc.). O deosebită atenţie se acordă necesităţii şi formelor de restructurare a serviciilor de prevenţie la etapa de tranziţie la

relaţiile economice de piaţă (Agarkov V., 1995; Feldblum V. şi coaut., 1995; Semionov S. şi coaut., 1995; Magdei M., 1999; Bahnarel I., 2003) [10, 123].

Activităţile eficiente în domeniul profilaxiei sînt reglementate în documentele Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (OMS), cum ar fi: *Strategia globală de prevenire şi control al bolilor netransmisibile*, adoptată în luna mai a anului 2000 la cea de-a 53-a sesiune a Adunării Mondiale a Sănătăţii (Rezoluţia WHA53.17); *Rezoluţia* Comitetului regional pentru Europa al OMS din septembrie 2006 (EUR/RC56/R2) *privind prevenirea şi controlul bolilor netransmisibile în regiunea europeană a OMS*; *Convenţia-cadru a OMS privind controlul tutunului*, adoptată în mai 2003 la cea de-a 56-a sesiune a Adunării Mondiale a Sănătăţii (Rezoluţia WHA56.1); *Strategia globală privind alimentaţia, activitatea fizică şi sănătatea*, adoptată în mai 2004 la cea de-a 57-a sesiune a Adunării Mondiale a Sănătăţii (Rezoluţia WHA57.17); *Strategia globală pentru reducerea consumului nociv de alcool*, adoptată în mai 2010 la cea de-a 63-a sesiune a Adunării Mondiale a Sănătăţii (Rezoluţia WHA63.13); *Strategia naţională de prevenire şi control al bolilor netransmisibile pe anii 2012–2020*, aprobată prin Hotărîrea Parlamentului Republicii Moldova nr. 82 din 12.04.2012, şi Programele naţionale în domeniul sănătăţii publice, aprobate de Guvernul RM în contextul îndeplinirii cerinţelor documentelor internaţionale nominalizate.

Etapa de tranziţie la economia de piaţă creează premise obiective pentru reformarea activităţii în domeniul medicinei preventive şi a sistemului sănătăţii în general (Ivan A., 1993; Moşneaga T., 1995; Eţco C., 1995; Popuşoi E., 1995; Prisacari I., 1995; Enachescu D. şi colab., 1994, 1996; Duda R., 1996; Mereuţă I., Ţîbîrnă Gh., 1997; Magdei M., 1999 etc.) [56, 98, 123, 138]. Succesele medicinei de astăzi, dar mai ales a celei de mîine, depind de reuşita tuturor serviciilor, tuturor ramurilor ei, însă acestea sînt condiţionate mai cu seamă de eficienţa şi promptitudinea medicinei preventive, care reglementează protecţia şi promovarea sănătăţii. O deosebită atenţie şi angajare suscită măsurile de combatere şi profilaxie a alcoolismului, narcomaniei, tabagismului, vicii care, lent, dar continuu, afectează tot mai multe persoane tinere.

Concepţia reformării sistemului sănătăţii trebuie să prevadă perfecţionarea sistemului de educaţie socială a populaţiei şi conştiintizarea responsabilităţii persoanei faţă de propria sănătate [70, 100, 138, 149].

Reformarea activităţii în domeniul medicinei preventive este dictată şi de necesitatea reducerii cheltuielilor neproductive, a sporirii eficienţei măsurilor profilactice (Prisacari V., 1995, 2000, 2005; Opopol N. cu coaut., 1997; Chicu V., 1997; Vangheli V., 1997; Opopol N., 1997; Ababii I., 1998, 2007; Bahnarel I., 2000, 2003, 2005; Eţco C., 2005 etc.) [1, 10, 33, 34, 109].

Studiile efectuate în Centrul medical al statului Micigan (SUA) au stabilit că fiecare dolar folosit pentru iluminarea sanitară a dat o economie de 6

dolari. Instructajul bolnavilor de hemofilie diminuează durata spitalizării cu 60%, numărul zilelor cu pierderea temporară de muncă – cu 73%, numărul vizitelor ambulatorii – cu 75%, cheltuielile totale pentru asistența medicală – cu 45%. În grupul de bolnavi cu infarct miocardic supuşi educației sanitare, au fost de două ori mai puține spitalizări repetate decît în grupul de control. Ca urmare a promovării modului sănătos de viață printre bolnavii de astm, adresările la secțiile de urgență peste 4 luni s-au diminuat cu 55% [144, 196].

Cele menționate şi reformele care se efectuează în ocrotirea sănătății, inclusiv în serviciul de medicină preventivă, trecerea la medicina prin asigurare medicală impun necesitatea elaborării şi promovării unei noi concepții şi strategii privind activitatea de educație pentru sănătate şi promovare a modului de viață sănătos, formarea şi dezvoltarea în rîndurile populației a unui comportament igienic sanogen, în scopul fortificării sănătății, dezvoltării armonioase şi adaptării organismului la condițiile mediului natural şi social, precum şi în scopul participării active şi conştiente a populației la asigurarea sănătății publice. Sănătatea poate fi fortificată în cazul în care oamenii cred şi simt că îşi pot dirija viața şi că ea are sens, că ei sînt capabili şi dispun de posibilități (mintale, fizice, emoționale, sociale şi materiale) pentru a răspunde la orice cerință adresată lor. Alcoolul, tutunul, drogurile, maladiile social condiționate, ca SIDA şi tuberculoza, accidentele de circulație, alături de cancer, bolile cardiovasculare, bolile de nutriție şi cele mintale, fac astăzi mai multe victime decît cele mai mari epidemii din secolele trecute.

Majoritatea bolilor cronice de astăzi sînt consecința condițiilor de trai din tinerețe şi sînt influențate de circumstanțele modului de viață. Eficiența măsurilor de prevenire a multor boli netransmisibile este dependentă – printre alți factori – de formarea prin educație, la nivel de individ, familie, colectivitate, a unui comportament sanogen, a unei atitudini active față de modul şi stilul propriu de viață şi de crearea unei opinii publice privind depistarea cît mai timpurie a fenomenelor morbide. Societatea, în ansamblul ei, trebuie să fie convinsă de necesitatea promovării medicinei omului sănătos, de orientarea prioritară spre acțiuni preventive, în primul rînd la nivel de profilaxie primară, pentru a se recurge cît mai puțin la măsuri costisitoare de reparare sau de recuperare [56, 100].

Capitolul I

PROMOVAREA SĂNĂTĂŢII ŞI EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE - ELEMENTE PRINCIPALE ALE SĂNĂTĂŢII PUBLICE

1.1. Profilaxia - principiul fundamental al medicinei omului sănătos

Profilaxia este principiul fundamental în asigurarea sănătăţii populaţiei. În ultimul timp, se vorbeşte tot mai mult despre *medicina omului sănătos* (MOS), care are ca bază nu boala, ci sănătatea [5, 56, 99, 100].

În profilaxie un rol important îi revine MOS, conceptul căreia a fost elaborat în anul 1944 de P. Delore şi publicat în monografia "Introduction à la Medicine de l'homme en santé et malade" [49]. Medicina omului sănătos pledează pentru o reechilibrare a poziţiei celor două compartimente ale medicinei - cel preventional (MOS) şi cel reparator-recuperator, reprezentînd medicina omului bolnav (MOB). P. Delore a definit MOS ca fiind unul dintre cele două compartimente ale medicinei, şi anume acel care are drept obiectiv fundamental cunoaşterea şi promovarea activă a factorilor sanogeni, concomitent cu depistarea şi neutralizarea celor nesanogeni (prevenţia primară). Conceptul de MOS a stimulat în mod nebănuit, la nivel planetar, activităţile de medicină preventivă, axate pe noţiuni de prevenţie primară şi secundară. MOS s-a impus, în scurt timp, ca o concepţie medicală, socială şi politică, care are în vedere că sănătatea este o componentă fundamentală a condiţiei umane, de care depinde dezvoltarea socioeconomică a unei naţiuni [49, 56, 100, 205].

Menţinerea sănătăţii este o operaţiune complexă, fapt ce impune abordarea ei multidisciplinară, îndeosebi de pe poziţii eco-socioepidemiologice. Este, de fapt, singura cale prin care se poate realiza descoperirea factorilor şi mecanismelor implicate în crearea riscurilor de boală. Se obţin, astfel, idei pentru elaborarea programelor de prevenţie şi de combatere.

Aceeaşi motivaţie impune implicarea în realizarea MOS a unei largi cooperări populaţionale, pentru înlăturarea componentelor nesanogene ale stilului de viaţă, în cadrul unor acţiuni de autoprotecţie, incluse în programe educaţionale judicios ancorate în realităţile eco-socioepidemiologice. Referindu-se la noua strategie a medicinei mondiale, Richard S. Schwlkir, expert al OMS, menţiona: "Trebuie să-i convingem pe toţi oamenii să-şi asume răspunderea sănătăţii lor. Prevenirea să fie prezentă în mintea fiecăruia". Această orientare are în vedere şi necesitatea reducerii costurilor îngrijirilor medicale şi, drept

urmare, cunoscutul dicton al lui Hipocrat se impune a fi modificat în sensul că „este mai ușor și mai ieftin să previi decît să tratezi o boală".

În baza conceptului de MOS, medicina contemporană universală se orientează cu hotărîre spre a face ca „medicina, arta de a lupta cu bolile" să devină „medicină, artă de a preveni bolile". Orientarea strategică a medicinei contemporane spre MOS corespunde unor deziderate medicale și social-economice, fiind în strînsă corelație cu transformările profunde și alerte ale calității vieții induse de revoluția științifică și tehnică mondială. Avînd în vedere trecutul, prezentul și perspectivele evoluției proceselor care condiționează sănătatea populațională, J. F'abre și Th. Krafft (1978), experți ai OMS, amintesc că: „Dacă secolul al XIX-lea a fost, pentru medicină, al diagnosticului, secolul al XX-lea – al terapeuticii, secolul al XXI-lea va fi al profilaxiei" [56, 75, 100, 205].

Dacă senzația armoniei și apartenenței se formează în perioada vîrstei fragede (prunciei) și a copilăriei, atunci experiențele căpătate în grădiniță, școală, familie joacă un rol important, fiindcă tinerii primesc o informație corectă și își formează aptitudinile și deprinderile necesare pentru a înfrunta și a soluționa problemele pe care le impune viața [187].

Din cele mai vechi timpuri, omul, în lupta acerbă pentru asigurarea existenței sale, s-a străduit să evite sau să-și atenueze suferințele provocate de un mediu plin de pericole și de factori agresivi. Secole de-a rîndul, omenirea a stat sub amenințarea bolilor transmisibile, dintre care unele de mare gravitate. Multe dintre acestea au cunoscut, în ultimele decenii ale secolului XX, un evident declin grație progreselor din domeniul medicinei preventive, al igienei și epidemiologiei, grație măsurilor de ameliorare a condițiilor de viață și de muncă ale populației, creșterii nivelului cultural-educativ, rolului imens al ansamblului de măsuri de prevenire și lichidare – pînă la dispariție – a multor boli infecțioase.

Deși maladiile cu cauză unică – în special cele infecțioase – au pierdut din importanță, în marea lor majoritate, acum pe prim-plan se situează așazisele „boli ale civilizației contemporane": bolile cardiovasculare, maladiile cronice ale unor aparate și sisteme ale organismului uman, cancerul, bolile de nutriție, cele neuropsihice, afecțiunile stomatologice, malformațiile congenitale, bolile genetice, accidentele etc., care determină actualmente nivelele sporite ale morbidității, invalidității și mortalității populației. În țările dezvoltate din punct de vedere economic, populația este expusă la efecte patogene, uneori necunoscute: aditivi alimentari, poluanți ai mediului aerian și acvatic, noxe profesionale, radiații, stres etc. Această gamă de factori nocivi neinfecțioși, cunoscuți sub denumirea de „factori de risc", acționează deseori ocult, asimptomatic sau în limita vizibilității clinice.

Alcoolul, tutunul, drogurile, maladiile social condiţionate, ca SIDA şi tuberculoza, accidentele de circulaţie, cancerul, bolile cardiovasculare, de nutriţie şi cele mintale fac astăzi mai multe victime decît marile epidemii din trecut.

Majoritatea bolilor cronice de astăzi sînt consecinţa condiţiilor de viaţă din tinereţe şi sînt influenţate de circumstanţele modului de viaţă. Astfel de factori ca fumatul, alimentaţia nesatisfăcătoare, obezitatea, activitatea fizică insuficientă, sexualitatea şi predispoziţia la situaţii de stres au un rol determinant în apariţia multor maladii neinfecţioase, inclusiv cardiovasculare.

Oamenii trebuie să aibă acces la educaţia pentru sănătate, inclusiv medico-sanitară, şi la informaţia privind sănătatea, consecinţele şi gravitatea factorilor de risc şi modul sănătos de viaţă, cu implicarea instituţiilor medico-sanitare, a mass-mediei etc. [56, 100, 141, 187].

1.2. Sănătatea şi factorii care o influenţează

Noţiunea de *sănătate individuală*, definită în Constituţia OMS drept „stare de bine completă din punct de vedere fizic, mintal, şi nu numai absenţa bolii sau a infirmităţii", este utilizată cel mai frecvent [177]. Această formulă relevă faptul că sănătatea populaţiei este determinată de un şir larg de factori: economici, sociali, ambientali, ereditari, caracteristici individuale, inclusiv stilul de viaţă al fiecărui individ. Astfel, sănătatea presupune, drept condiţii indispensabile, securitatea economică şi socială, relaţiile interpersonale şi sociale armonioase, un mediu sigur şi sănătos de muncă şi de trai, calitatea adecvată a apei potabile, a aerului şi a solului, alimentare suficientă şi raţională, completate cu un stil de viaţă sănătos şi acces la servicii de sănătate calitative [177, 178, 182].

Această definiţie are următoarele caracteristici [64, 69, 100]:

- este acceptată de toată lumea ca o aspiraţie;
- realizarea ei presupune responsabilitatea societăţii;
- subliniază caracterul pozitiv şi multiaxial al sănătăţii.

Această definiţie ambivalentă se referă, în sens negativ, la absenţa bolii sau infirmităţii şi, în acelaşi timp, în manieră pozitivă, postulează sănătatea ca *stare de bine* (engl. „wellbeing"). În practică, există tendinţa de a face abstracţie de aspectul pozitiv al sănătăţii, care este subînţeles.

Frecvent se vorbeşte de boală ca stare obiectivă, resimţită sau nu, de suferinţă, ca experienţă subiectivă a pierderii sănătăţii, tradusă în simptome, şi respectiv de starea de boală, ca o coexistenţă a primelor două [54, 64].

Sănătatea grupului uman ar putea fi definită ca sinteză a sănătăţilor individuale, apreciată într-o viziune sistemică, globală (ecosistemică).

Deținerea celei mai bune stări de sănătate de care este capabilă persoana umană este unul dintre drepturile fundamentale ale omului. Într-o astfel de perspectivă, sănătatea este înțeleasă atît ca o stare individuală, cît și ca o stare colectivă (a unei națiuni); atît ca o necesitate, cît și ca un drept; atît ca un scop ce trebuie atins de către individ, cît și ca un obiectiv politic ce trebuie realizat de către Stat, sănătatea fiind o componentă indispensabilă a dezvoltării sociale [64, 177, 178].

În contextul promovării sănătății, sănătatea este considerată nu ca o stare abstractă, ci mai degrabă ca posibilitate a individului de a se realiza, de a răspunde pozitiv la stimulii din mediu. Astfel privită, sănătatea este concepută ca o resursă pentru viața de zi cu zi, și nu ca scop al vieții; este o concepție pozitivă care pune accentul pe resursele personale și sociale, precum și pe capacitățile fizice.

Sănătatea are trei mari dimensiuni: biologică (sau fizică), psihologică și socială. Din punct de vedere ***biologic***, sănătatea poate fi definită ca acea stare a organismului neatins de boală, în care toate organele, aparatele și sistemele funcționează normal. Această dimensiune presupune activitate fizică regulată, alimentație sănătoasă, evitarea unor factori de risc – fumatul, consumul de alcool și droguri, adresabilitatea la serviciile de asistență medicală, igiena personală.

Din punct de vedere ***psihologic***, sănătatea poate fi înțeleasă ca armonia dintre comportamentul cotidian și valorile fundamentale ale vieții asimilate de individ. Ea reprezintă acea stare a persoanei în care capacitatea ei de a munci, de a studia sau de a desfășura activități preferate, în mod rodnic și cu plăcere, este optimă. Presupune capacitatea persoanei de a-și înțelege emoțiile și de a ști cum să facă față problemelor cotidiene. De asemenea, presupune capacitatea de stăpînire și de rezolvare a problemelor și situațiilor stresante, fără a se ajunge la dependență de alcool și/sau droguri, pentru a face față acestora, precum și capacitatea de a munci productiv, de a iubi, de a fi receptiv față de soarta celorlalți și de a avea un grad rezonabil de autonomie personală. În ultimă instanță, presupune o viață cu sens, care merită să fie trăită.

Această dimensiune a sănătății cuprinde patru mari subdimensiuni:

Emoțională, care pune accent pe conștientizarea și acceptarea sentimentelor (trăirilor) unei persoane. Sănătatea emoțională include măsura în care cineva are o atitudine pozitivă și entuziastă în raport cu propria sa persoană și cu viața în general. Ea include capacitatea unei persoane de a-și coordona sentimentele și comportamentele corelate cu acestea, inclusiv evaluarea (aprecierea) într-o manieră realistă a limitelor persoanei respective, dezvoltarea spiritului de autonomie și priceperea de a face față stresului în mod eficient. Persoana sănătoasă din punct de vedere emoțional menține relații satisfăcătoare cu alții.

Ocupațională. Dimensiunea ocupațională este implicată în pregătirea pentru munca în care o persoană poate dobîndi satisfacție personală și bunăstare. Această dimensiune e legată de atitudinea pe care o persoană o are față de munca pe care o prestează.

Intelectuală. Dimensiunea intelectuală încurajează activitățile creative, care stimulează activitatea mintală. O persoană sănătoasă din punct de vedere intelectual folosește resursele disponibile pentru a-și lărgi sfera cunoștințelor. Ea utilizează activitățile intelectuale și culturale în clasă și în afara clasei, împreună cu resursele umane disponibile în cadrul comunității căreia îi aparține persoana respectivă.

Spirituală. Dimensiunea spirituală presupune căutarea sensului și scopului existenței umane. Ea include dezvoltarea unei aprecieri profunde a duratei vieții și a forțelor naturale care există în Univers. Ea presupune, de asemenea, dezvoltarea unui puternic sistem de valori [64, 177, 178, 213].

Sănătatea ***publică*** sau ***socială***, definită cu decenii în urmă de Winslow ca fiind știința și arta prevenirii bolii, prelungirii vieții și sănătății, recuperării capacității fizice și psihice prin efortul organizat al societății, a fost reluată și dezvoltată la începutul anilor '90 ai sec. XX de Acheson (1993). Necesitatea adaptării bazelor teoretice și practice ale sănătății publice la realitățile etapei de tranziție a apărut în procesul de acceptare a ideii de promovare a sănătății ca acțiune participativă și multisectorială a societății și în perioada de elaborare a politicilor naționale, inspirate din Strategia europeană a OMS – „Sănătatea pentru toți" [9, 64, 100, 122, 123, 187].

Sănătatea populației unei țări depinde, în mare măsură, de nivelul dezvoltării socioeconomice, de condițiile și modul de viață al populației, de factorii mediului, de caracterul proceselor demografice și epidemiologice [120, 177, 178].

Factorii care influențează starea de sănătate a populației (determinanții sănătății, după Dever G.E., *figura 1.1*, p. 17) pot fi grupați astfel [50, 64, 69]:

- *factori biologici*: factorii ereditari, caracteristicile demografice ale populației;
- *factori ambiantali*: factorii fizici, chimici, socioculturali, educaționali;
- *stilul și modul de viață*: factorii comportamentali, atitudinile, obiceiurile;
- *serviciile de sănătate* (preventive, curative, recuperatorii).

După datele lui Iuri Lisițîn, în structura factorilor care influențează sănătatea, modul de viață constituie 50-55%, starea mediului înconjurător – 20-25%, factorii genetici – 15-20%, iar activitatea organizațiilor medico-sanitare – doar 8-15% (*tabelul 1.1*, p. 17) [204, 205, 207, 214].

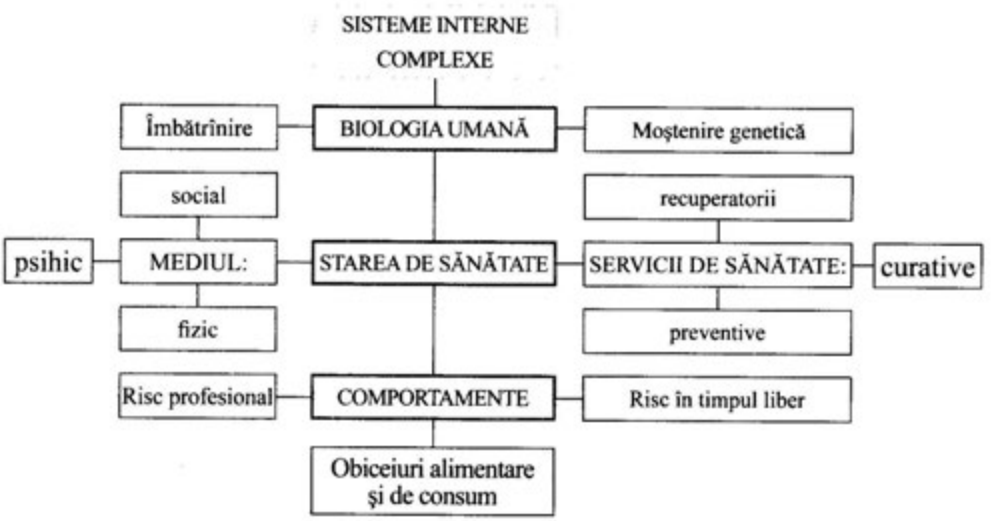

Figura 1.1. *Modelul epidemiologic al factorilor care determină starea de sănătate (după Dever G.E., 1976)*

Tabelul 1.1

Influenţa factorilor nefavorabili ai mediului şi a condiţiilor de viaţă asupra sănătăţii populaţiei (Lisiţîn Iu., 1987)

Sfera de influenţă a factorilor asupra sănătăţii	Grupele factorilor condiţionali	Cota factorilor, %
Modul, condiţiile şi stilul de viaţă	Fumatul Consumul de alcool Alimentarea neraţională Stresurile psihoemoţionale Condiţiile nocive de muncă Hipodinamia Nivelul scăzut de cultură şi instruire Abuzul de medicamente Legăturile netrainice de familie, singurătatea etc.	49-53%
Factorii genetici şi cei biologici	Predispunerea la boli ereditare (cromozomice, genetice etc.). Predispunerea la boli cronice (risc genetic)	18-22%
Mediul ambiant (ecologic)	Poluarea aerului, apei, solului cu substanţe chimice, fizice, biologice nocive pentru sănătate, cancerigene etc. Schimbarea bruscă a fenomenelor atmosferice Radiaţiile sporite heliocosmice, radioactive, magnetice etc.	17-20%
Ocrotirea sănătăţii	Ineficienţa măsurilor profilactice Calitatea joasă a asistenţei medicale Asistenţa medicală inoportună	8-10%

721187

Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie «Nicolae Testemiţanu»
Biblioteca Ştiinţifică Medicală

Aşadar, la etapa actuală sănătatea este rezultatul activităţii conştiente a societăţii, în general, şi a fiecărui cetăţean în parte. Conform datelor literaturii, potenţialul comportamentului în profilaxia afecţiunilor cardiovasculare constituie 60-80%, bolilor oncologice – 40-70% şi diabetului zaharat – 50-80% etc. [204, 205, 207, 214].

Studiile epidemiologice atestă o pondere diferită a celor patru mari determinanţi ai stării de sănătate în apariţia diverselor boli cu importante consecinţe psiho-socioeconomice. Contribuţia potenţială la reducerea mortalităţii pentru fiecare determinant ar trebui să se coreleze direct cu afectarea resurselor, în realitate însă corelaţia este inversă [148]. Se constată că sistemul de îngrijiri de sănătate consumă 90% din cheltuielile pentru sănătate, în timp ce cheltuielile afectate (destinate) obiceiurilor de viaţă şi mediului ambiant (care pot fi influenţate) contribuie esenţial la reducerea mortalităţii – cu 62% (*tabelul 1.2, figura 1.2*) [50, 148].

Tabelul 1.2

Determinanţii sănătăţii şi cheltuielile necesare influienţării acestora (Pineault R., Daveluy C., 1990)

Determinanţii sănătăţii	Contribuţia potenţială la reducerea mortalităţii (%)	Afectarea cheltuielilor pentru sănătate (%)
Biologia umană	27	7,9
Mediul ambiant	19	1,6
Stilul şi modul de viaţă	43	1,5
Sistemul de îngrijiri	11	90,0

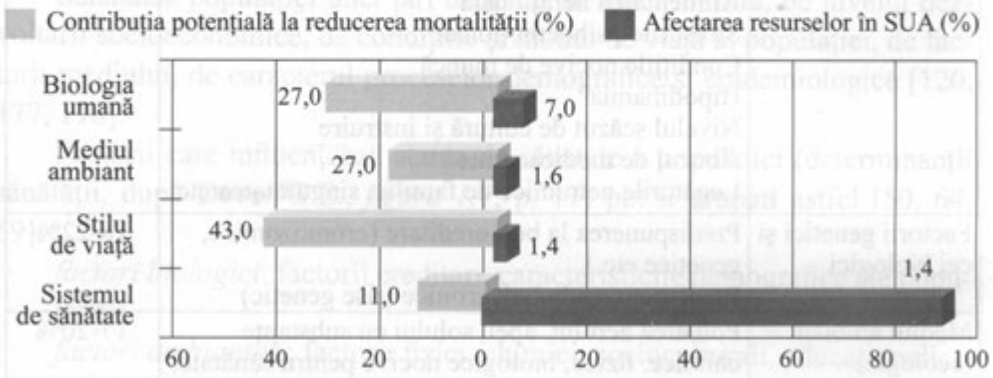

Figura 1.2. *Determinarea sănătăţii şi afectarea resurselor (după Dever, 1976)*

Asemenea studii confirmă importanţa modului de viaţă, a comportamentului, atitudinilor şi obiceiurilor pe care le are un individ, cu impact asupra stării de sănătate. Aceste comportamente pot fi influenţate prin metode social-educative, scopul acestora fiind de a-l ajuta pe om să-şi găsească completa sa

integrare în viața familială, cea profesională și cea socială [5, 53]. O populație sănătoasă este cea care de la o vîrstă fragedă cunoaște și aplică măsuri de protecție și promovare a sănătății, inclusiv cele de igienă de bază, pentru a putea "naviga" printre provocările pe care le întîlnim la tot pasul [53, 64].

1.3. Conceptul de promovare a sănătății

Unul dintre conceptele generate de discutarea Strategiei Organizației Mondiale a Sănătății „Sănătate pentru toți" este cel de promovare a sănătății [187]. Este clar din experiența dobîndită pînă în prezent că, dacă se dorește împlinirea potențialului de sănătate, ceea ce este posibil, trebuie adoptată o abordare largă. Din această perspectivă, promovarea sănătății este procesul care permite oamenilor să-și controleze și să-și îmbunătățească propria stare de sănătate. Experiența specialiștilor din domeniu, începînd cu anul 1974, a permis identificarea a cinci principii care stau la baza promovării sănătății [9]:

1. Promovarea sănătății implică activ populația pentru stabilirea unui program de fiecare zi ce favorizează sănătatea, în loc de a se orienta preponderent și exclusiv asupra indivizilor cu risc, care au legături cu serviciile medicale. Aceasta înseamnă, de fapt, folosirea strategiilor preventive populaționale ecologice, care încearcă să scadă incidența bolilor prin modificarea distribuției factorilor de risc în populație. Avantajul principal este că potențialul metodei este mare, iar dezavantajul major al acestei metode este că oferă beneficii mari pentru populația generală, însă beneficii mici pentru indivizii cu risc înalt, așa-numitul "paradox al prevenirii" (Enăchescu, 1994). Combinarea celor două tipuri de strategii preventive – ecologică și a indivizilor cu risc înalt – poate asigura impactul cel mai bun.

2. Promovarea sănătății este orientată asupra cauzelor care produc îmbolnăviri.

3. Promovarea sănătății folosește diferite abordări care contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate. Acestea includ informarea și educarea, dezvoltarea comunității, organizarea, pledoaria pentru sănătate și legislația. Prin toate acestea, promovarea sănătății este multisectorială și implică mai multe discipline, nu numai sectorul de sănătate, în demersurile sale.

4. Promovarea sănătății depinde, în mod special, de participarea populației.

5. Specialiștii din sănătate, în special cei din asistența primară, au un rol important în facilitarea acțiunilor de promovare a sănătății.

OMS definește promovarea sănătății ca o strategie de mediere între indivizi și mediul lor (ecosistem), fundamentată, pe de o parte, pe dreptul fiecărui individ de liberă opțiune (alegerea personală), iar pe de altă parte – pe responsabilitatea pe care o are societatea față de sănătate [179, 182]. Pentru a atinge o

stare de bine fizică, mintală şi socială, indivizii sau grupurile de indivizi trebuie să fie capabile să identifice şi să îşi realizeze aspiraţiile, să îşi satisfacă nevoile şi să schimbe sau să se adapteze mediului. Prin urmare, sănătatea este privită ca o resursă pentru viaţa de fiecare zi, şi nu ca un obiect al vieţii. Sănătatea este un concept pozitiv care pune accent pe resursele sociale şi individuale, precum şi pe capacităţile fizice. În promovarea sănătăţii, premisele şi resursele prealabile necesare sînt: pacea, locuinţa, hrana, un venit decent, accesul la educaţie, apă şi sanitaţia de bază, şanse egale pentru toţi [54, 179, 182, 183].

Singur sectorul sanitar nu poate oferi condiţiile prealabile şi perspectivele favorabile stării de sănătate. Promovarea sănătăţii necesită acţiunea coordonată a tuturor factorilor interesaţi: guvernul, sectoarele de sănătate, domeniile sociale şi economice conexe, organizaţiile neguvernamentale, autorităţile locale, industria şi mass-media (*figura 1.3*) [81, 182, 186].

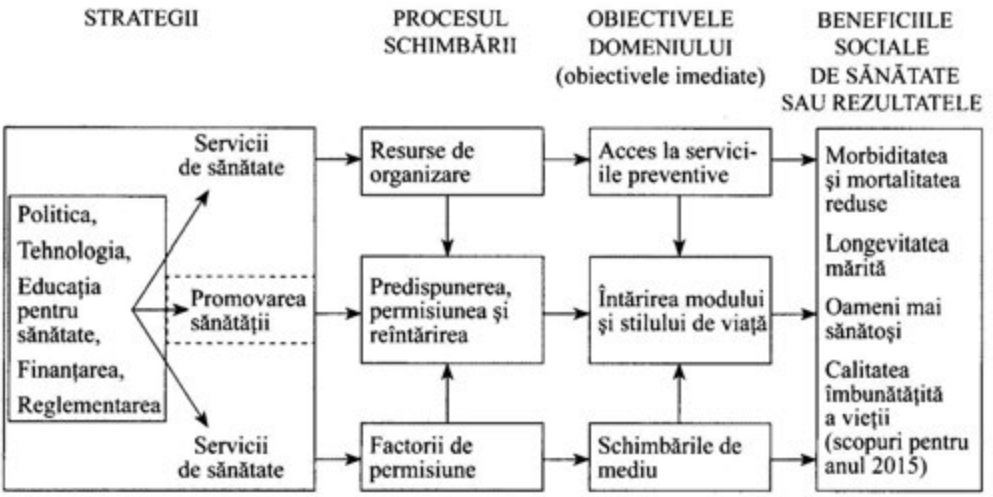

Figura 1.3. *Modelul politicii în promovarea sănătăţii şi educaţia pentru sănătate (după Green A., Matthias A., 1996)*

Prima Conferinţă Internaţională pentru promovarea sănătăţii, care a fost reunită la Ottawa, la 21 noiembrie 1986, a emis Carta de acţiuni vizînd sănătatea pentru toţi pînă în anul 2000 şi după aceea. Această Conferinţă a prezentat, în primul rînd, o reacţie la aşteptările din ce în ce mai manifeste privind o nouă mişcare de sănătate publică în lume. Ca punct de pornire, Conferinţa a luat progresele realizate în baza Declaraţiei de la Alma-Ata privind asistenţa primară, datorită documentului „Scopurile sănătăţii pentru toţi" şi dezbaterii recente asupra acţiunii intersectoriale pentru sănătate, în cadrul Adunării Mondiale a Sănătăţii [178, 182]. Prin Carta de la Ottawa, s-a lansat o strategie specifică, care merge mai departe decît tradiţionalele servicii, acordînd o importanţă mai mare sănătăţii, şi nu bolii.

Aceste direcții de acțiune, enunțate prin Carta de la Ottawa, pot fi găsite în principiile de bază ale promovării sănătății [182, 186]:

1. Promovarea sănătății implică populația ca un întreg, în contextul vieții cotidiene, înlocuind conceptul vechi de orientare doar spre grupele cu riscuri speciale.

2. Promovarea sănătății îmbină metode diverse, dar complementare: educație, comunicare, legislație, măsuri fiscale, schimbări de structură. Prin toate acestea, promovarea sănătății este multisectorială și implică în demersurile sale mai multe discipline, nu numai sectorul de sănătate.

3. Promovarea sănătății este orientată spre principalele cauze care condiționează starea de sănătate.

4. Promovarea sănătății are ca scop principal determinarea unei participări concrete și efective a comunității.

5. Promovarea sănătății se concentrează pentru a realiza accesul tuturor la sănătate, înlăturînd inegalitățile în ceea ce privește sănătatea.

Promovarea sănătății este procesul care oferă individului și colectivităților posibilitatea de a-și intensifica controlul asupra determinanților sănătății și, prin aceasta, de a-și îmbunătăți starea de sănătate. Promovarea sănătății prezintă o strategie de mediere între indivizi și mediu, combinînd alegerea personală cu responsabilitatea socială, în scopul de a asigura un viitor mai sănătos. Mai precis, promovarea sănătății reprezintă o strategie nouă în domeniul sănătății și al serviciilor sociale, care poate fi privită atît ca o politică, pentru că vizează linia de acțiune a guvernului, cît și ca o abordare ce favorizează sănătatea, pentru că este orientată spre modurile sănătoase de viață, vizînd frecvent starea de bine [64, 69, 143, 179, 182, 183, 184].

Promovarea sănătății este un termen care presupune o abordare multidimensională de îmbunătățire a stării de sănătate, care include activitatea de educație, activități de promovare a unor schimbări comportamentale și de stil de viață, politici și măsuri legislative [181, 183].

O bună sănătate reprezintă o resursă majoră pentru progresul social, economic și individual, constituind, în același timp, un aspect important al calității vieții. Factorii politici, economici, sociali, culturali, de mediu, comportamentali și biologici pot interveni în favoarea sau în detrimentul sănătății. Demersul de promovare a sănătății încearcă să facă aceste condiții favorabile pentru promovarea ideilor [182, 183].

Principiile promovării sănătății [69]:

1. Implică populația ca un întreg, ceea ce impune necesitatea ca populația să fie informată.

2. Este orientată asupra determinanților sănătății, adică asupra celor patru grupe de factori care influențează sănătatea: biologici, ambientali, mod de viață, servicii de sănătate.

3. Foloseşte metode/abordări diferite, de completare, deoarece sectorul sanitar nu poate singur să promoveze sănătatea.

4. Urmăreşte asigurarea participării publice, deoarece promovarea sănătăţii este posibilă numai dacă indivizii îşi transformă cunoştinţele dobîndite în comportamente, contribuind astfel cu toţii la promovarea sănătăţii.

5. Promovarea sănătăţii cere implicarea cadrelor medicale, mai ales la nivelul serviciilor primare.

Promovarea sănătăţii vizează egalitatea în materie de sănătate. Intervenţiile ei au drept scopuri reducerea diferenţelor actuale şi oferirea pentru toţi indivizii a aceloraşi resurse şi posibilităţi pentru realizarea plenară a potenţialului lor de sănătate. Aceasta include o fundamentare solidă într-un mediu ce acordă sprijin, acces la informare, aptitudini şi posibilităţi care să permită luarea unor decizii sănătoase [182, 183].

Grupurile profesionale, sociale şi personalul sanitar au o responsabilitate majoră în medierea dintre diferitele interese în cadrul societăţii, în beneficiul stării de sănătate. Programele şi strategiile de promovare a sănătăţii trebuie adaptate nevoilor şi posibilităţilor locale.

Promovarea sănătăţii merge mai departe decît medicina curativă. O politică de promovare a sănătăţii combină metode diferite: legislaţia, măsurile fiscale, impozitele, modificările de organizare. Numai o acţiune coordonatoare conduce la starea de sănătate, iar politicile fiscale şi sociale favorizează o egalitate mai reală. Acţiunea comună permite oferirea unor servicii mai sănătoase şi mai puţin periculoase, servicii publice care favorizează starea de sănătate şi medii mai igienice şi mai plăcute.

Rezolvarea marilor probleme ale sănătăţii prin modificarea comportamentului omului impune refacerea circuitelor dintre el şi mediul înconjurător (*figura 1.4*) [100].

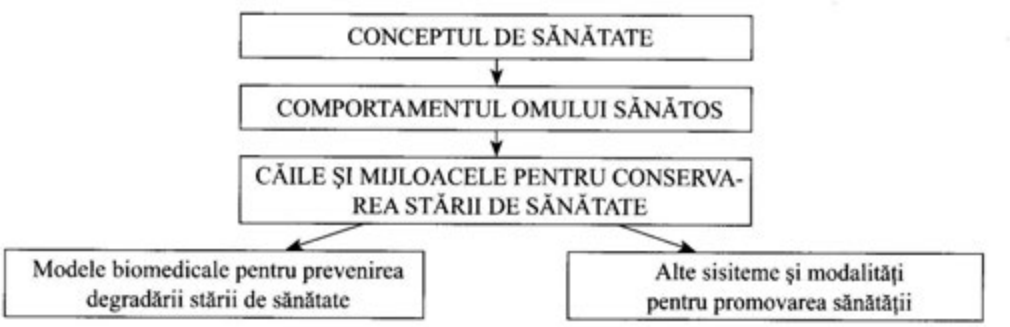

Figura 1.4. *Dimensiunile procesului de promovare a sănătăţii (după D.V. McQueen)*

Politica de promovare a sănătăţii propune identificarea obstacolelor care pot împiedica adoptarea unor politici de sănătate împreună cu sectoarele ne-

sanitare, precum și identificarea soluțiilor. Scopul trebuie să fie identificarea alegerilor sănătoase cu alegerile cele mai convenabile și la nivelul persoanelor care iau decizii politice.

Societatea de azi este una complexă și există multe intervenții în cadrul ei, astfel sănătatea nu poate fi separată de alte obiective. Legăturile foarte strînse dintre indivizi și mediul în care aceștia trăiesc constituie baza unei abordări socioecologice a sănătății.

Schimbarea modului (stilurilor) de viață, de muncă și de petrecere a timpului liber are un impact semnificativ asupra sănătății. Munca și timpul liber ar trebui să constituie surse de sănătate pentru oameni. Modul în care societatea organizează munca trebuie să contribuie la construirea unei societăți sănătoase. Promovarea sănătății asigură realizarea unor condiții de viață și de muncă sigure, stimulative, satisfăcătoare și plăcute.

Promovarea sănătății presupune participarea efectivă și concretă a comunității la fixarea priorităților, luarea deciziilor și elaborarea strategiilor de planificare pentru atingerea unui nivel mai bun de sănătate. Sensul acestui proces este dat de împuternicirea comunităților, de controlul asupra propriilor eforturi și destine. Dezvoltarea comunității presupune apropierea de resursele umane și materiale existente, pentru a lărgi independența individului, precum și sprijinul social, și pentru dezvoltarea unor sisteme flexibile, care să intensifice participarea și controlul publicului larg asupra problemelor de sănătate. Aceasta necesită un acces complet și continuu la informare, la posibilitățile de învățare în domeniul sănătății, precum și acces la suport financiar [64, 180, 182, 183].

Promovarea sănătății sprijină dezvoltarea individuală și a comunității prin asigurarea de informații, de educație pentru sănătate și prin perfecționarea aptitudinilor indispensabile vieții. Realizînd aceste sarcini, promovarea sănătății permite oamenilor să aibă un control mai bun asupra propriei stări de sănătate, asupra mediului și să ia decizii care să ducă la o bună stare de sănătate. Este esențial să se permită indivizilor să învețe în tot cursul vieții și să se pregătească să înfrunte diferitele etape ale acesteia. Acest lucru trebuie făcut în școli, în familie, la locul de muncă și în cadrul comunităților de către organizații profesionale, educaționale, sindicale și voluntare, precum și în cadrul instituțiilor [53, 64, 179, 182, 183].

Responsabilitatea promovării sănătății în cadrul serviciilor pentru sănătate este împărțită între indivizi, grupuri comunitare, personalul specializat în sănătate, asistenții sociali, instituțiile care oferă servicii, birocrați și guvern. Toți aceștia trebuie să conlucreze la organizarea unui sistem sanitar care să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate. Încă un rol al sectorului medical, pe lîngă cel curativ și cel preventiv, trebuie să fie cel de orientare către promovarea sănătății, depășind responsabilitatea strictă de a oferi servicii curative. Pentru ca acest deziderat să se realizeze, este nevoie de recunoașterea faptului că cele mai multe cauze de îmbolnăviri se află în afara in-

fluenței sectorului sanitar și este necesară cooperarea cu acele sectoare care pot influența pozitiv aceste cauze [9, 40, 74, 75, 81, 83, 95, 100]. O parte din îmbolnăviri, de exemplu bolile cronice degenerative, infecția cu HIV/SIDA, odată declanșate, nu mai pot fi vindecate, ci doar poate fi încetinită evoluția lor. Prin urmare, singura alternativă viabilă este prevenirea acestor boli, educația pentru sănătate jucînd aici un rol esențial prin transmiterea de informații și motivarea persoanelor pentru adoptarea unui stil de viață sănătos.

Serviciile de sănătate trebuie să aibă un mandat extins, care să fie sensibil și care să respecte nevoile culturale. Acest mandat trebuie să sprijine nevoile indivizilor și ale comunităților pentru o viață mai sănătoasă, să deschidă canale de legătură între sectorul sanitar și componentele mai largi ale mediilor social, politic, economic și fizic.

Conferința de la Ottawa a cerut OMS și altor organisme internaționale să pledeze în favoarea promovării sănătății, în cadrul tuturor forumurilor adecvate, și să ajute țările în elaborarea unor programe și a unor strategii de promovare a sănătății.

Conferințele Internaționale de la Adelaide și Sundvall au evidențiat importanța conceptului de promovare a sănătății [167, 168]. OMS menționează că sănătatea este mult prea importantă, pentru a fi lăsată numai pe seama practicienilor din domeniul sanitar. Educația și elaborarea de politici trebuie să fie centrale pentru dezvoltarea sănătății la nivelele individual, comunitar și național [148, 167].

Acest model prezintă 3 sfere de activitate distincte, dar care, în același timp, se suprapun (*figura 1.5*):

- educație pentru sănătate;
- protejarea sănătății;
- prevenirea îmbolnăvirilor.

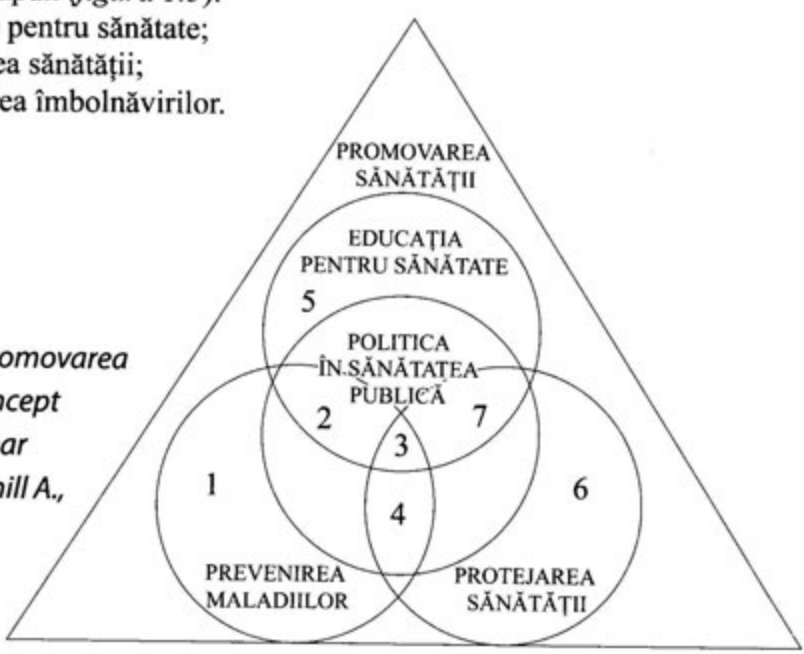

Figura 1.5. *Promovarea sănătății–concept multidisciplinar (după Tannahill A., 1985)*

Cele 7 zone din figura 1.5 au următoarele semnificații [53, 143, 167, 184]:

1. *Servicii preventive*, de ex.: imunizări, măsurarea tensiunii arteriale, folosirea gumei de mestecat cu nicotină pentru abandonarea fumatului;
2. *Educație în medicina preventivă*, de ex.: informații și sfaturi legate de abandonarea fumatului;
3. *Protejarea sănătății prin metode preventive*, de ex.: fluorizarea apei;
4. *Educația pentru sănătate, pentru protejarea sănătății prin metode preventive*, de ex.: lobby pentru adoptarea legii de obligativitate a purtării centurii de siguranță;
5. *Educația pentru sănătate pozitivă*, de ex.: însușirea unor abilități pentru viață în rîndurile tinerilor;
6. *Mesaje pozitive pentru protejarea sănătății*, de ex.: politica legată de fumatul la locurile de muncă;
7. *Educația pentru sănătate orientată pe sănătatea pozitivă*, de ex.: lobby pentru adoptarea unei legi de interzicere a publicității produselor din tutun.

Așadar, promovarea sănătății are următoarele domenii de interes [69]:

1. Accesul la sănătate.
2. Dezvoltarea unui mediu sanogenetic:
   - trebuie să fie elaborate politici în care starea de sănătate este o componentă, iar procesul general de dezvoltare economico-socială include și sănătatea sau este subordonat intereselor care vizează sănătatea;
   - acest model obligă ca atunci cînd celelalte sectoare economico-sociale își proiectează dezvoltarea, ele trebuie să favorizeze sănătatea.
3. Întărirea rețelelor sociale și a sprijinului social.
4. Promovarea componentelor favorabile sănătății.
5. Dezvoltarea cunoștințelor privind sănătatea.

1.4. Modul și stilul sănătos de viață și educația pentru sănătate ca alegere pentru sănătate

Un rol important în promovarea sănătății, în menținerea și fortificarea ei le aparține modului și stilului sănătos de viață. Modul de viață și stilul de viață sînt doua noțiuni apropiate în conținut și tratate, de multe ori, ca sinonime. Ele desemnează totalitatea activităților care compun viața unei persoane, a unui grup, a unei colectivități, organizarea vieții lor pentru satisfacerea trebuințelor lor materiale și spirituale.

Totuși, cele două noțiuni nu sînt identice, deși utilizarea lor este complementară. Savantul rus Bestujev determină modul de viață ca o totalitate a

formelor activităţii vitale a individului, grupului social sau societăţii în întregime, luate în ansamblu, cu unitatea condiţiilor acestor activităţi. Academicianul Iuri Lisiţîn defineşte modul de viaţă ca un anumit gen de activitate a omului în sferele spirituală şi materială.

Modul de viaţă cuprinde o totalitate de diferite aspecte care se includ în două componente:

1) activitatea de muncă;

2) tot ceea ce este în afara activităţii de muncă.

Noţiunea de *mod de viaţă* este caracterizată de un sistem de indicatori calitativi (caracteristica conţinutului muncii, interrelaţiile în colectiv, satisfacerea prin muncă, condiţiile de trai, necesităţile spirituale şi valorile morale produse şi utilizate în procesul activităţii culturale etc.) şi cantitativi (nivelul salariului, venitul mediu şi suprafaţa locativă ce revine unui membru al familiei, durata timpului de lucru şi ponderea lui în volumul total de timp, consumul de timp pentru satisfacerea necesităţilor spirituale etc.). O noţiune înrudită este *modul obişnuit de viaţă.*

Definit ca un caracter de activitate a populaţiei, determinat de procesele obiective ale dezvoltării societăţii şi formaţiunii economice din societatea respectivă, este în acelaşi timp un anumit fel de activitate pe parcursul istoriei în sfera materială şi spirituală a vieţii populaţiei. Nivelul de trai (al vieţii) este nivelul bunăstării oamenilor, ce caracterizează volumul şi structura necesităţilor materiale şi spirituale care pot fi apreciate numeric prin unităţi bugetare sau naturale.

Astfel, modul de viaţă se referă la elementele obiective ale traiului, la condiţiile materiale, economice şi sociale ale vieţii oamenilor. Principalii indicatori ai modului de viaţă sînt:

- natura muncii (ocupaţiei, profesiei) şi durata ei;
- învăţămîntul, calificarea profesională şi accesibilitatea formelor acestora;
- rezidenţa şi circulaţia (timpul cheltuit şi mijloacele de transport disponibile şi utilizate);
- locuinţa (m^2/persoană) şi echipamentul acesteia (gradul de confort);
- condiţiile de igienă şi asistenţă sanitară (accesibilitatea acestora);
- mijloacele de comunicare, telecomunicare;
- informaţiile şi cultura;
- timpul liber (durata şi folosirea acestuia).

La aceşti indicatori se adaugă sistemul tradiţiilor, obiceiurilor, morala şi cultura societăţii. Toţi aceşti factori, în mişcarea lor istorică, contribuie la formarea profilului psihologic al populaţiei, la formarea personalităţii indivizilor şi la structurarea relaţiilor sociale. Orice mod de viaţă este produsul unei istorii, reflectarea unei culturi şi a unor tradiţii specifice. Fiecare societate are un mod aparte de viaţă. Se poate distinge, astfel, între un mod de viaţă specific

societății tradiționale, agrare, rurale, un mod de viață specific societății industriale, de tip urban și modul de viață caracteristic societății postindustriale. În fiecare dintre ele, toți indicatorii enumerați mai sus sînt diferiți.

Sănătatea omului se formează sub influența factorilor interdependenți naturali și social-economici. Aceștia sînt: aerul, apa, solul, factorii climaterici, precum și condițiile de muncă, alimentare, de trai etc.

Influența factorilor naturali și sociali este interconexată, adică dezvoltarea industriei, transportului, dezvoltarea orașelor influențează asupra componenței naturale a apei, aerului, solului, iar factorii naturali se răsfrîng asupra caracterului alimentării și condițiilor de viață ale populației, asupra dezvoltării industriei, alegerii locului de trai etc.

Factorul esențial ce determină sănătatea omului constituie modul lui de viață. În această noțiune intră regimul corect de muncă și odihnă, alimentarea rațională, menținerea la un nivel cuvenit a activității fizice, călirea, respectarea regulilor de igienă individuală, renunțarea la deprinderile cotidiene dăunătoare, priceperea de a menține echilibrul neuroemoțional în situații conflictuale. Modul de viață influențează substanțial asupra multor procese sociale și asupra caracteristicilor societății. Una dintre cele mai importante este interdependența modului de viață și sănătății populației.

Modul sănătos de viață este o noțiune ce caracterizează particularitățile vieții de fiecare zi a oamenilor, care cuprind: munca, traiul, formele de folosire a timpului liber, satisfacția necesităților morale și spirituale, participarea la viața politică și cea publică, norme și reguli de conduită, abilități și deprinderi în domeniul fortificării sănătății personale, participarea activă la ocrotirea și promovarea sănătății [50, 139]. Se consideră că termenul *mod de viață* descrie un mod general de a trăi, bazat pe interacțiunea dintre condițiile de viață, în sensul larg al cuvîntului, și tipurile de comportament, determinate de anumiți factori socioculturali și de caracteristicile personale și educaționale. Modul sănătos de viață este baza profilaxiei morbidității și fortificării sănătății [183].

Formarea modului sănătos de viață nu se limitează doar la propagandă sau la anumite forme de activitate medico-socială. Modul sănătos de viață este determinat de toate aspectele și manifestările societății. Pentru consolidarea lui sînt necesare concentrarea eforturilor asupra depășirii factorilor de risc ai diferitelor boli, lupta cu alcoolismul, fumatul, hipodinamia, cu alimentarea nerațională și relațiile conflictuale.

Modul sănătos de viață este temelia profilaxiei bolilor. Trebuie să subliniem că el realizează cel mai prețios mod de profilaxie – profilaxia inițială a bolilor ce preîntîmpină apariția lor, extinde diapazonul posibilităților de adaptare a omului. Copilul sănătos poate fi educat mai ușor – este un fapt general cunoscut. Lui i se formează mai repede toate priceperile și deprinde-

rile necesare, el se adaptează mai uşor la schimbul condiţiilor şi percepe toate cerinţele care îi sînt înaintate. Sănătatea este cea mai importantă premisă a formării corecte a caracterului, iniţiativei, a voinţei puternice, capacităţilor şi aptitudinilor naturale.

Stilul de viaţă se referă la aspectul subiectiv al modului de viaţă. El reprezintă o strategie de viaţă pentru care individul optează şi care orientează toate manifestările sale particulare.

Stilul de viaţă este personal şi social (grupal) în acelaşi timp, şi aceasta pentru că opţiunile pe care persoana le face şi în funcţie de care îşi structurează stilul de viaţă sînt individuale, dar valorile, reprezentările, ţelurile şi aspiraţiile în virtutea cărora face alegerile au o determinare socială.

În concluzie, se poate spune că dacă modul de viaţă se referă la aspectele exterioare ale vieţii, la condiţiile economice şi sociale, stilul de viaţă priveşte modul în care persoanele şi grupurile sociale valorizează aceste condiţii, în funcţie de anumite opţiuni valorico-normative. Fiecare individ este protagonistul unui anumit stil de viaţă propriu şi constant, precum şi al unor "subvariante" proprii fiecărei etape de viaţă parcurse.

Programul OMS „Sănătate pentru toţi" se bazează, în mare masură, pe capacitatea oamenilor de a-şi cunoaşte şi optimiza stilul propriu de viaţă, de a corija deficienţele constatate în structurarea lui, de a opera modificări, remodelări, în sensul realizării unui stil de viaţă sănătos. Stilul de viaţă are o importanţă majoră în determinarea stării de sănătate a oamenilor.

Această strategie are la bază anumite credinţe, imagini şi reprezentări ale individului despre lume şi viaţă, în virtutea cărora el alege, se comportă, acţionează, face opţiuni care îl pot conduce la reuşită sau la eşec.

Din acest punct de vedere, stilul de viaţă se refera la decizii, acţiuni şi condiţii de viaţă care afectează sănătatea persoanelor. Este vorba de riscuri autoasumate, cum ar fi: tabagismul, abuzul de alcool, consumul de droguri, alimentaţia excesivă, dezechilibrată sau subnutriţia, promiscuitatea sexuală, practicile sexuale riscante, stilul de conducere auto imprudent, sedentarismul, lipsa timpului liber, insuficienţa odihnei/somnului, incapacitatea de a face faţă stresului cotidian şi profesional într-un mod adecvat. Toate acestea sînt riscuri imputabile persoanei care pune în pericol sănătatea proprie. Uneori aceste riscuri sînt impuse de condiţiile social-economice, cum ar fi: sărăcia, şomajul, discriminarea socială, sexuală, etnică, inegalităţile şi conflictele sociale. În acelaşi timp, stilul de viaţă este responsabil de mai mult de jumătate din anii de viaţă prematur pierduţi de către oameni.

Stilul de viaţă constă din combinaţii ale diferitelor practici şi deprinderi comportamentale şi condiţii de mediu ce reflectă modul de viaţă, influenţate de antecedentele familiale, condiţiile culturale şi socioeconomice ale persoanei. În esenţă, stilul de viaţă este tipul de comportament repetitiv, habitual,

condiționat de nivelul de cultură și de nivelul de trai; este modul de viață bazat pe interacțiunea dintre condițiile de viață în sens larg și tipurile caracteristice de comportament, determinate de factorii socioculturali și de caracteristicile personale. Modificarea stilului de viață implică deci schimbarea concomitentă a comportamentului personal și a condițiilor de viață.

Dacă la un copil nu se poate vorbi încă de un stil de viață propriu-zis, odată cu adolescența, cu procesul de cristalizare a personalității, începe să se contureze și un stil de viață propriu, pe care tinerețea și maturitatea îl vor desăvîrși. În structurarea lui, influența familiei, a școlii, a altor instituții educative se interferează cu influența celor apropiați, cu influența literaturii, a televiziunii, a mass-mediei în general, care pot oferi tipologii diferite ale stilurilor de viață și care pot fi copiate, refuzate, prelucrate critic și valorizate de către individ.

Alături de stiluri de viață defavorabile pentru sănătate, care cuprind factorii de risc menționați anterior, există și pot fi modelate prin acțiuni de educație stiluri de viață favorabile sănătății: practicarea sistematică a exercițiilor fizice și evitarea sedentarismului, alimentația echilibrată și variată (bogată în legume și fructe proaspete, săracă în grăsimi), evitarea fumatului și a consumului de droguri, consumul moderat de alcool, igiena personală și sexuală, prudența în alegerea partenerilor sexuali și utilizarea mijloacelor de protecție pentru evitarea bolilor cu transmitere sexuală, inclusiv SIDA, efectuarea de controale medicale periodice, folosirea strategiilor adecvate de ajustare la stresul cotidian, profesional. Promovarea unui stil de viață care să maximizeze, în limitele unor condiții date, sănătatea, bunăstarea și împlinirea umană reprezintă un obiectiv a cărui realizare presupune acțiunea conjugată a disciplinelor medicale și comportamentale, a factorilor economici, politici, sociali și culturali.

În fața fluxului de transformări apărute în ecosistemul uman, omul și-a modificat comportamentele față de sine, față de semenii săi și față de comportamentele ambientale naturale și sociale. Evoluția omenirii a determinat serioase mutații ale valorilor morale, ale comportamentului social, politic, religios, familial, demografic etc. Pentru a ilustra influența modului de viață asupra sănătății, putem prezenta cîteva aspecte edificatoare, ce reprezintă numai o parte infimă a acestui fenomen social.

Astfel, după Sondik (1988), diferiți factori de risc ai stilului de viață intervin în determinarea deceselor prin cancer (avîndu-se în vedere diferitele lui localizări): tutunul – 25-40%, alimentația dezechilibrată – 10-70%, alcoolul – 2-4%, factorii de mediu ambiant – 1-5%. Printre factorii de risc al hipertensiunii arteriale sînt considerați: excesul de sare în alimentație (peste 8 gr/zi), obezitatea, cafeaua consumată în exces, tutunul, alcoolul, zgomotul comunal și industrial, stresul psihic. Cardiopatia ischemică este cauzată, printre altele, de alimentația incorectă, regimul de viață nesanogen, fumat, alcool, cafea în

exces, sedentarism, stres psihic. Accidentele (traumatisme, arsuri, electrocutări, intoxicaţii acute etc.) constituie a treia sau a patra cauză de deces în ţările industrializate şi prevenirea lor este posibilă, în cea mai mare parte, prin măsuri educaţionale, de modificare favorabilă a unor comportamente [56].

Treptat, atitudinile, obiceiurile, tradiţiile şi comportamentele umane au inclus „cîştiguri ale civilizaţiei", reprezentate de relaţii interumane concurente, cu tensiuni psihice, de stres, nutriţia artificializată şi dezechilibrată, sedentarism, suprasolicitări nervoase, emoţii inhibate, impulsuri senzoriale variate şi intense, schimbări ocupaţionale frecvente, responsabilitate individuală crescută, consum abuziv de medicamente şi droguri nemedicamentoase etc. [100, 205, 221].

Un asemenea stil de viaţă apare ca o veritabilă „sursă" de agenţi de agresiune pentru sănătate, cu efect nociv pe termen lung, afectînd, deseori, sanogeneza descendenţilor [56, 100].

În cadrul acţiunilor de promovare a sănătăţii, modul şi stilul de viaţă au o importanţă majoră, mai ales prin potenţialul de modificare de care dispun şi care se răsfrînge puternic asupra stării de sănătate a populaţiei. Există o multitudine de factori care stimulează sau întîrzie rata de răspîndire a unui mod (stil) de viaţă sanogen în populaţie. Aceşti factori trebuie incluşi în programele comunitare ca avantaje ce vor fi promovate sau ca bariere. Unii dintre aceştia constituie factori naturali ai căror prezenţă nu poate fi evitată, dar se poate atenua impactul lor (*figura 1.6*) [89].

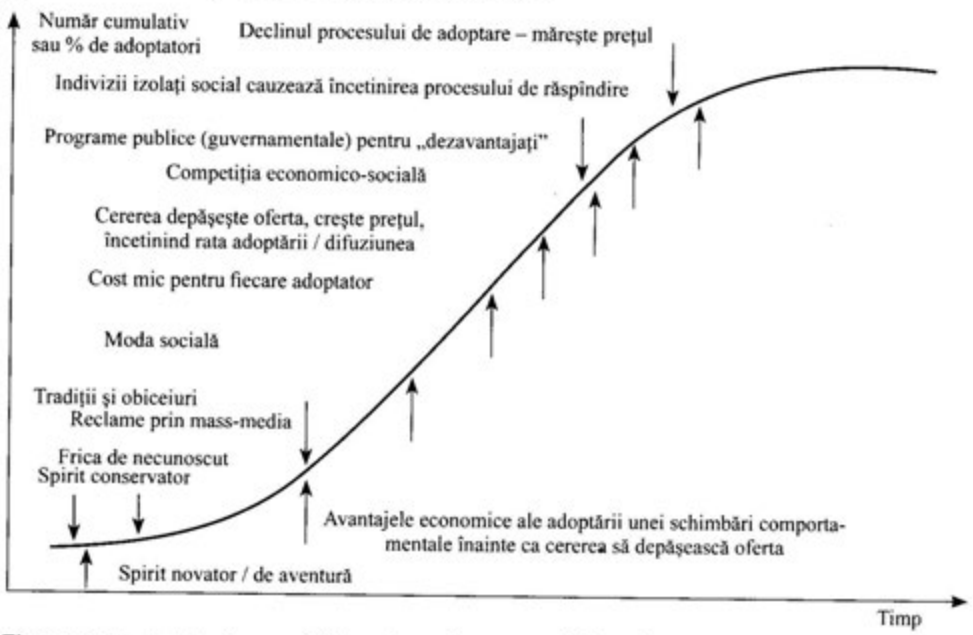

Figura 1.6. *Factorii care influenţează procesul de adoptare a schimbărilor comportamentale şi răspîndirea lor în populaţie (după Green L., McAlister A., 1984)*

Elementele stilului de viață pot fi sanogene, atunci cînd promovează și întăresc sănătatea, sau patogene, atunci cînd reprezintă factori cauzali sau de risc pentru anumite îmbolnăviri [56, 100, 205].

Un stil de viață sanogen trebuie imprimat încă din cea mai fragedă copilărie de către familie, apoi în grădinițe și școli; mai tîrziu, obiceiurile nesănătoase trebuie corectate și combătute, ceea ce este mult mai dificil după înrădăcinarea lor.

Modul de viață face parte din viața omului și influențează, la rîndul lui, calitatea acesteia. Prin conceptul de calitate a vieții se înțelege „totalitatea posibilităților oferite individului de către societate de a-și amenaja existența, de a dispune de produsele ei și de a-i folosi serviciile, pentru a-și organiza existența individuală după trebuințele, cerințele și dorințele sale proprii" (Bertrand de Jouvenel) sau „totalitatea amenințărilor naturale și culturale, varietatea, cantitatea și calitatea bunurilor și serviciilor aflate la dispoziția tuturor membrilor unei anumite societăți" (K. Baier) [56]. Modul sănătos de viață este deci necesitatea conștientă a respectării regulilor sanitare, pentru menținerea și fortificarea sănătății individuale și comunitare, combinată cu atitudinea rațională față de mediul social și cel natural.

Principiile fundamentale ale noului concept de promovare a modului și stilului sănătos de viață sînt [141, 197, 199, 205, 211, 215, 216]:

- ridicarea culturii sanologice a populației, substituirea formelor și metodelor pasive de luminare sanitară cu training activ moralistico-igienic din primele zile de viață a copilului;
- stimularea comportamentului de menținere a sănătății omului prin alegerea conștientă a modului sănătos de viață, în condițiile creșterii tensiunii sociale și diminuării protecției sociale;
- demonopolizarea politicii științifice și profesionale, cu lansarea programelor de stat pe bază de concurs în domeniul promovării modului sănătos de viață, cu atragerea în realizarea lor a sectorului educațional, a organizațiilor civile, a Bisericii, asociațiilor de orice fel, unităților de producere sau comerciale de stat ori particulare etc., toate avînd anumite responsabilități în acest sens;
- substituirea priorităților de luminare sanitară cu priorități de promovare a modului sănătos de viață, prin combinarea problemelor medicale cu aspecte comune sociale de fortificare a sănătății publice cu funcționarea integrală eficientă a „organismului" public în toată diversitatea relațiilor socioeconomice și politice.

Anumite forme (tipuri) de comportament au un risc sporit (uneori acceptat deliberat, chiar dacă inconștient) pentru declanșarea sau agravarea unor boli, denumite de unii „boli de comportament". Cunoașterea acestor atitudini abuzive, tributare, în general, unei concepții epicureice despre viață, permite

identificarea persoanelor care se autoexpun unor boli cronice degenerative, în vederea luării unor măsuri preventive.

Spectrul bolilor a căror frecvență s-ar putea reduce prin aplicarea măsurilor de formare sau de modificare favorabilă a modului și stilului de viață cuprinde un larg segment al patologiei umane: maladiile cardiovasculare, bolile cronice pulmonare și digestive, bolile de nutriție și metabolism, maladiile neoplazice, bolile psihice, traumatismele, maladiile cu cale de transmitere sexuală etc. Factorii de risc determinați de modul și stilul de viață au o acțiune nespecifică, același factor putînd cauza sau favoriza mai multe boli cronice.

Deoarece factorii psihocomportamentali se integrează cu cei psihosociali, măsurile de corectare sau de înlăturare a lor trebuie să înceapă cu ameliorarea condițiilor sociale; în această privință, locul central îi revine schimbării modului și stilului de viață.

Lipsa de mișcare, de aer curat și de impresii variate și cu acțiune stimulatoare ale străzii și ale peisajului natural, precum și alimentația în exces predispun la îngrășare, la supraponderalitate. De asemenea, supraîncordarea psihică, emoțiile puternice duc la uzura prematură a organismului, la îmbătrînirea timpurie. De aceea, trebuie utilizat cît mai rațional timpul de activitate, de destindere, de somn, zilele de odihnă și perioadele de concediu.

Nu trebuie neglijați nici factorii nervoși, psihici, spirituali. În acest sens, deosebit de importantă este o anumită „atitudine sănătoasă față de viață", o anumită „filosofie a vieții", o atitudine stenică și de optimism în fața vicisitudinilor vieții cotidiene [56, 64, 100, 205, 220].

Obiceiurile dăunătoare sănătății, determinate, într-o mare măsură, de tradiție (la nivel național sau zonal), de gradul de instruire, uneori chiar de „modă", constituie principala țintă asupra căreia trebuie să se îndrepte orice acțiune de promovare a sănătății și de educație pentru sănătate. Obiceiurile alimentare nefavorabile (alimentația hiperlipidemică, hiperglucidică, hipersodată, dezechilibrele alimentare sau carențele alimentare), avînd importante diferențe teritoriale, asociate cu sedentarismul, stresul psihic, factorii agresivi ai urbanizării, insatisfacțiile cu motivații plurifactoriale, supraîncordările psihice, stările psihoemoționale, stresul, caracterul relațiilor interumane și intrafamiliale, climatul locului de muncă și insatisfacțiile profesionale, relațiile sociale, drogurile etc., au determinat modificări majore în stilul de viață al populației, deturnîndu-l către exercitarea unor efecte nefavorabile sănătății [56, 63, 64, 164, 180].

Un element important al modului și stilului de viață cu repercusiuni majore asupra stării de sănătate îl constituie comportamentul și igiena sexuală. Un comportament sexual corect, adecvat contribuie la păstrarea și perfecționarea sănătății somatopsihice, începînd din copilărie și pînă la bătrînețe, la pregă-

tirea și asigurarea unei vieți sănătoase în cadrul căsătoriei, a cărei reușită și stabilitate sînt puternic influențate de existența unei armonii sexuale, bazate pe o concepție etică și un climat moral sănătos.

Comportamentul sexual dezordonat prezintă pericole de îmbolnăvire, care pot interveni prin contacte sexuale întîmplătoare, mai ales cu persoane cunoscute ocazional sau chiar necunoscute. Libertinajul sexual, prostituția, narcomania au determinat o creștere explozivă a bolilor infecțioase cu cale de transmitere sexuală: infecția HIV/SIDA, sifilisul, gonoreea, uretritele negonococice, tricomonaza vaginală, candidoza genitală etc. Astăzi în lume sînt înregistrate peste 40 milioane de persoane cu HIV/SIDA. A crescut, de asemenea, incidența morbidității prin sifilis și gonoree, boli greu de controlat, în care remediul major îl reprezintă prevenția primară, în care modul, stilul de viață și comportamentul sanogen stau pe primul plan [3, 4, 6, 7, 11, 12, 32, 64].

Deoarece aceste boli nu se transmit numai prin contact sexual, ci și pe cale extragenitală, trebuie sa se insiste asupra pericolului pe care-l implică și alte comportamente umane neadecvate.

În condițiile actuale ale vieții, utilizarea corectă a timpului liber, asociată cu un regim rațional de muncă, de viață și de alimentație, reprezintă un mijloc important de prevenire a unor tulburări nervoase, a unor boli cronice, a suprasolicitării psihice și a stresului, pentru favorizarea mecanismelor de adaptare a omului la complexitatea situațiilor vieții contemporane.

Studiile efectuate în țara noastră consideră că modul, stilul de viață al populației se încadrează în anumite limite tradiționale, evidențiind lipsa unei informări eficiente și a unei opțiuni favorabile pentru o viață sănătoasă [21, 22, 24–30, 35, 45, 73, 124, 125, 127, 155]. În aceste condiții, este necesar a ține cont și a depăși tradițiile învechite, care se formează în familie și comunitate pe parcursul unui timp îndelungat și care se transmit din generație în generație și formează idei și cunoștințe privind sănătatea, valoarea și menținerea ei. Educația pentru sănătate, efectuată în scopul corectării unor obiceiuri incorecte, dăunătoare ale stilului de viață, întîlnește unele dificultăți și rezistențe din partea populației, deoarece își propune să modifice unele moduri de viață și obiceiuri ancestrale incorecte, transmise din generație în generație. Aceste încercări de a le corecta sînt adesea interpretate ca adevărate „atacuri" asupra patrimoniului comportamental al omului, combătînd unele obișnuințe și comodități bine înrădăcinate.

Asanarea și protecția mediului ambiant în care trăiește și lucrează omul, eliminarea sau diminuarea sub nivelul limitelor nocive a poluanților inevitabili, împiedicarea acțiunii lor asupra organismului, înlăturarea consecințelor de ordin genetic consecutive, stabilirea unui echilibru între aportul alimentar și necesitățile nutritive, între activitatea fizică și cea mintală, între munca și orga-

nizarea raţională a timpului liber, între uzul şi abuzul de alcool, tutun, droguri şi medicamente (polipragmazie) – iată preocupările majore ale medicinei omului sănătos, care, prin educaţia pentru sănătate, poate optimiza stilul de viaţă al omului modern, fapt reclamat cu insistenţă de patologia actuală şi de necesitatea unei dezvoltări psihosomatice armonioase a organismului [5, 21, 57, 117].

Dacă problemele enumerate au scos în evidenţă o serie de consecinţe nefavorabile pentru sănătate ale procesului de dezvoltare a societăţii, privind modul şi stilul de viaţă al populaţiei, aceasta nu înseamnă să militäm pentru o viaţă „pastorală", idilică, arhaică, să ne opunem mersului înainte, proces care este, de altfel, ineluctabil.

În esenţă, nevoile fundamentale ale omului sînt următoarele:

- nevoi spirituale, ale autodepăşirii;
- nevoi culturale, realizare, stimă de sine;
- nevoi psihologice, de afecţiune, nevoia de a aparţine cuiva;
- nevoi sociale, de securitate, stabilitate, ordine, siguranţă;
- nevoi biologice, fiziologice, hrană, somn, absenţa durerii.

Satisfacerea acestor nevoi umane, materiale şi spirituale trebuie realizată, însă, în consens cu natura, cu esenţa umană, printr-un comportament sanogen, un stil de viaţă favorabil, care să promoveze şi să întărească sănătatea omului, individuală, şi cea comunitară. Acceptarea şi realizarea perseverentă a activităţilor preventive sînt determinate de atitudinea fiecărui individ faţă de sănătate, de nivelul de cunoştinţe medicale în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului şi prevenţiei bolilor, de autoritatea şi competenţa educatorilor, de unii factori sociali şi culturali. Modul şi stilul sănătos de viaţă prezintă baza profilaxiei morbidităţii şi fortificării sănătăţii. Este foarte importantă alegerea modului de viaţă [204]. Acceptarea şi realizarea perseverentă a modului şi stilului sănătos de viaţă de către individ poate fi atinsă prin promovarea acestora. Promovarea modului sănătos de viaţă şi dezvoltarea profilaxiei – iată calea de reformare a medicinei, care, din păcate, continuă să rămînă o medicină a omului bolnav, ştiinţă şi practică a patologiei.

Concomitent, fără a diminua atenţia bolnavilor, cerinţele timpului sînt tot mai convingătoare în necesitatea transformării medicinei din medicină a omului bolnav în medicina omului sănătos, în ştiinţă pentru fortificarea sănătăţii omului. Instituţiile medico-sanitare publice, în special de nivel primar, sînt chemate să fie în avangarda efectuării măsurilor profilactice, focare de promovare a modului sănătos de viaţă şi formare a spiritului medical – aspect important şi efectiv al modului sănătos de viaţă [100, 178, 186, 204, 206, 207, 209].

Modelele modului sănătos de viaţă şi modului nesănătos de viaţă pot fi prezentate prin următoarea schemă (*figura 1.7*, p. 35) [209].



Figura 1.7. *Modele comportamentale ale modului sănătos și ale modului nesănătos de viață (după Malțev V.N., 2001)*

Organizația Mondială a Sănătății definește educația pentru sănătate drept „arma cea mai eficace a sănătății publice". Cea de a XXIII-a Adunare Mondială a Sănătății consideră necesar să fie asigurată educația pentru sănătate a populației și să fie determinate sectoarele care să participe la aplicarea tuturor programelor de sănătate publică, pentru a marca astfel răspunderea personală și colectivă a tuturor membrilor societății în asigurarea sănătății umane [132]. Noile strategii de sănătate, ținînd seama de caracterul umanitar, integrator lansat de OMS în anul 1998, cu obiectivul "Sănătatea 21 – sănătate pentru toți în secolul 21", consideră educația a fi prima componentă a prevenției, controlului și îngrijirilor primare în sănătate. În acest fel, educația pentru sănătate și promovarea sănătății devin strîns legate între ele [187]. Promovarea sănătății se bazează, prin definiție, pe participarea activă în procesul de schimbare a unui public avizat. Educația pentru sănătate reprezintă un instrument crucial pentru acest proces [5, 21, 52, 57, 67, 68, 74, 181, 187, 188].

Atenția constantă care se acordă, în multe țări, educației pentru sănătate a căpătat, în ultimii ani, o relevanță specială prin faptul că ea devine tot mai mult o resursă de ameliorare a calității vieții, o disponibilitate care, mizînd pe conduitele oamenilor, vizează cu adevărat îmbunătățirea sănătății lor sub toate aspectele.

Educaţia pentru sănătate este o ramură a sănătăţii publice, o preocupare de maximă importanţă a MOS, care constă în dezvoltarea nivelului de cultură sanitară al diferitelor segmente de populaţie, precum şi a mijloacelor şi procedeelor de educaţie pentru sănătate, necesare formării şi dezvoltării unui comportament sanogen, igienic [100].

1.5. Obiectivele educaţiei pentru sănătate

Obiectivele educaţiei pentru sănătate, în lumina documentelor oficiale ale Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, prevăd:

- conştientizarea faptului că sănătatea este un capital util pentru societate;
- informarea populaţiei asupra a tot ce i-ar fi necesar şi util să cunoască în ceea ce priveşte ocrotirea propriei sale sănătăţi;
- ajutorarea cetăţenilor să dobîndească cunoştinţele necesare şi să ia măsuri care intră în responsabilitatea lor, fie ca indivizi, fie în sînul unor grupuri restrînse, care să le permită să atingă starea de sănătate deplină;
- contribuţia la crearea unui comportament, a unei atitudini ferme şi hotărîte în acest sens. (Este însă necesar să nu se neglijeze faptul că datorită ridicării nivelului cultural şi dezvoltării mijloacelor de informaţie ce-i stau la dispoziţie, populaţia, în prezent, este bine informată despre pericole şi ceea ce îi este dăunător. Realitatea arată însă că nu este suficient ca omul să fie informat, ci este nevoie de mai mult – de însuşirea acestei informaţii, de admiterea acesteia, fapt care va duce la crearea atitudinii, a comportamentului corect în acest sens);
- contribuţia la formarea unei conştiinţe de educaţie pentru sănătate, în sensul că fiecare din membrii unei colectivităţi să fie convins că nu există dezvoltare social-economică fără sănătate;
- încurajarea creării şi utilizării judicioase a serviciilor medicale.

Aşadar, educaţia pentru sănătate nu se reduce numai la informarea populaţiei privind diversele aspecte ale modului sănătos de viaţă. Ea reprezintă un proces integru, ce include formarea atitudinii adecvate faţă de sănătate, educarea culturii sanitare, care constituie o parte indispensabilă a culturii generale [5, 55–58, 141, 193, 194, 195, 197].

Educaţia pentru sănătate, ca şi educaţia în ansamblul ei, cunoaşte de cîteva decenii o dezvoltare intensă, ca urmare a dependenţei dintre uriaşul avînt tehnico-ştiinţific şi dinamica vie a vieţii sociale. Transformările multiple şi complexe ale mediului de viaţă şi de muncă au determinat noi cerinţe şi în domeniul sănătăţii publice. În acest sens, se remarcă o preocupare majoră pe plan internaţional pentru orientarea operei de sănătate publică spre acţiuni privind menţinerea şi promovarea sănătăţii, creşterea rezistenţei generale a

organismului, adaptarea la cerințele vieții moderne, în vederea optimizării sănătății personale și a stării de sănătate comunitare, pentru atingerea idealului de sănătate [5, 55, 56].

Profilaxia a devenit astfel o concepție atotcuprinzătoare în domeniul sănătății, impunîndu-se definitiv pe plan internațional. Avîntul profilaxiei constituie și un rezultat direct al progresului științei și societății în general, deoarece civilizația modernă prevede mai mult posibilitatea unei intervenții active pentru modificarea în interesul sănătății a unor factori de mediu, pentru folosirea cuceririlor tehnico-științifice și social-culturale în scopul creării unor condiții de mediu, materiale și spirituale, favorabile bunei dezvoltări fizice, mintale și social-morale a populației, creșterii capacității de muncă și prelungirii duratei medii de viață creatoare [5, 55, 56].

Însuși conceptul de *profilaxie* și-a lărgit sfera și și-a îmbogățit conținutul în raport cu o serie de mutații și fenomene legate de noua structură a morbidității, de modificarea compoziției grupelor de vîrstă ale populației, de apariția unor noi factori de mediu induși de procesele industrializării și urbanizării, de migrația populației, de extinderea folosirii mass-mediei etc., factori care generează noi probleme medico-sanitare și de sănătate publică, ce impun în general o intervenție profilactică.

Ca urmare a acestor realități, a apărut necesitatea diversificării profilaxiei în trei mari compartimente, care integrează și obiectivele educației pentru sănătate [5, 55, 56].

Profilaxia primară sau ***protoprofilaxia*** are ca țel înlăturarea sau atenuarea acelor factori nocivi ori cu potențial nociv ai ambianței de viață și de muncă care ar putea dăuna organismului. Totodată, profilaxia primară capătă valențe de educație pentru sănătate care constau, așa cum susțin Speier și colaboratorii, în „a pune toate grupele populației în situația de a profita cît mai bine de posibilitățile materiale și culturale, create și oferite de dezvoltarea socială pentru binele propriu și al societății, și de a contribui la menținerea și dezvoltarea ulterioară a acestor posibilități". Profilaxia primară urmărește, în esență, împiedicarea apariției bolii, „ea urmărește un scop mai înalt, adică prezervarea societății de diferite boli" [5, 55].

Rezultă că profilaxia primară n-ar putea fi realizată, dacă la măsurile profilactice statale, la acțiunile medico-sociale nu s-ar adăuga conștientizarea populației, dacă aceasta n-ar lua cunoștință de factorii de risc ai mediului ambiant și de importanța comportamentului igienic pentru eliminarea acestor factori de risc sau pentru anularea ori atenuarea efectelor lor nocive, pentru ocrotirea sănătății individuale și colective, ceea ce nu se poate realiza decît pe calea educației pentru sănătate [5].

Profilaxia secundară sau ***deuteroprofilaxia*** constă în a surprinde boala în formele ei inițiale, subclinice sau în stările potențiale, în faza în care organismul nu este afectat decît extrem de puțin, maladia putînd fi lichidată prin

aplicarea unui tratament cu maximum de eficacitate, sau cel puțin evoluția bolii oprită, atenuată, iar complicațiile cu consecințele lor – restrînse. Deuteroprofilaxia are o deosebită importanță în condițiile în care pe primul plan în tabloul morbidității se situează bolile cronice degenerative, depistarea și tratamentul timpurii avînd aici un rol hotărîtor.

În acest domeniu, educația pentru sănătate constituie o necesitate imperioasă, descoperirea timpurie a bolii nefiind posibilă fără o largă informare a populației cu privire la primele simptome, la „semnele avertizoare" și fără crearea unui climat favorabil profilaxiei și a unei opinii încrezătoare în posibilitățile terapeutice actuale.

Profilaxia terțiară sau ***metafilaxia*** este un domeniu cu extindere tot mai mare în ultimul timp, datorată morbidității specifice epocii contemporane – boli cronice, afecțiuni și accidente, avînd adesea drept consecință sechele, tulburări organice și funcționale îndelungate, care impun frecvent o schimbare a modului de viață. De educația pentru sănătate, de cultura sanitară, respectiv de însușirea și respectarea recomandărilor medicale de către bolnav depinde, în mare măsură, recuperarea integrală sau parțială, stabilizarea stării patologice, prevenirea sau întîrzierea agravării, regresiunea unor tulburări funcționale.

Influențele educaționale exercitate asupra bolnavilor aflați în convalescență în curs de stabilizare, sau în perioada de reluare a activității lor profesionale și de readaptare în condiții cît mai bune la viața activă, constituie un aport esențial la metafilaxie, la vindecarea completă, deoarece vindecarea, în accepția integrală a cuvîntului, se realizează prin reîncadrarea bolnavului în muncă și în societate [5, 55].

Așadar, în toate compartimentele sănătății publice educația pentru sănătate acționează complex, instructiv-formativ, urmărind cultivarea unei opinii științifice despre sănătate și boală, a unei concepții profilactice, a unei mentalități și a unui comportament igienic, sanogen, toate menite să contribuie la dezvoltarea armonioasă a omului, la promovarea sănătății personale și comunitare. Astfel, educația pentru sănătate se înscrie în circuitul procesului de dezvoltare a culturii umane, contribuind la crearea culturii sanitare, atît sub raport cognitiv-atitudinal, cît și comportamental [5].

Toate aceste considerații privind educația pentru sănătate sînt cu atît mai relevante, cu cît, în prezent, decalajul dintre progresele civilizației, cuceririle științei și starea de sănătate a populației nu va putea fi redus decît printr-o îmbunătățire sensibilă a atitudinii și comportamentului populației față de propria sănătate. Folosind multiplele mijloace și pîrghii ale revoluției culturale, informaționale și științifice, pentru înfăptuirea obiectivelor sale specifice, educația pentru sănătate contribuie totodată, prin cultivarea unei „conștiințe igienice", a unui comportament igienic, la formarea conștiinței omului sănătos într-o societate multilateral dezvoltată.

Schimbările survenite în conștiința, în comportamentul populației au o eficacitate reală, dacă se repercutează în mod evident pozitiv în dinamica indicatorilor stării de sănătate. O premisă fundamentală a activității de educație pentru sănătate o constituie existența unei baze materiale corespunzătoare și, totodată, concordanța deplină a obiectivelor de educație pentru sănătate cu Politica Națională de Sănătate, cu acțiunile social-culturale. Acțiunile de masă de popularizare a importanței depistării timpurii a cancerului, a altor boli degenerative, a afecțiunilor dentare etc. nu se pot desfășura favorabil decît atunci cînd sînt asigurate și condițiile de consultare și tratament pentru cei ce se conving de importanța descoperirii și tratării timpurii a afecțiunilor amintite [3, 5, 55].

Cunoscînd că modificările comportamentului nu duc nemijlocit la succese care să se reflecte imediat în starea de sănătate a populației, este necesar a se urmări timp îndelungat și pe calea unor corelații multiple modul de reflectare efectivă a dinamicii comportamentului igienic-sanogen în starea de sănătate a populației.

Cultura sanitară, produs al educației pentru sănătate, înscrisă în circuitul valoric ca o componentă indestructibilă a culturii umane, se conturează, prin definiție, ca factor implicat în determinismul sănătății personale și al stării de sănătate comunitare. Cultura sanitară include o serie de componente reprezentînd: cunoștințele, opiniile, interesele și atitudinile; deprinderile, obișnuințele, comportamentele și conștiința; obiceiurile, tradițiile, prejudecățile și superstițiile; concepțiile și practicile populației în domeniul sănătății (*figura 1.8*) [55, 56, 197].

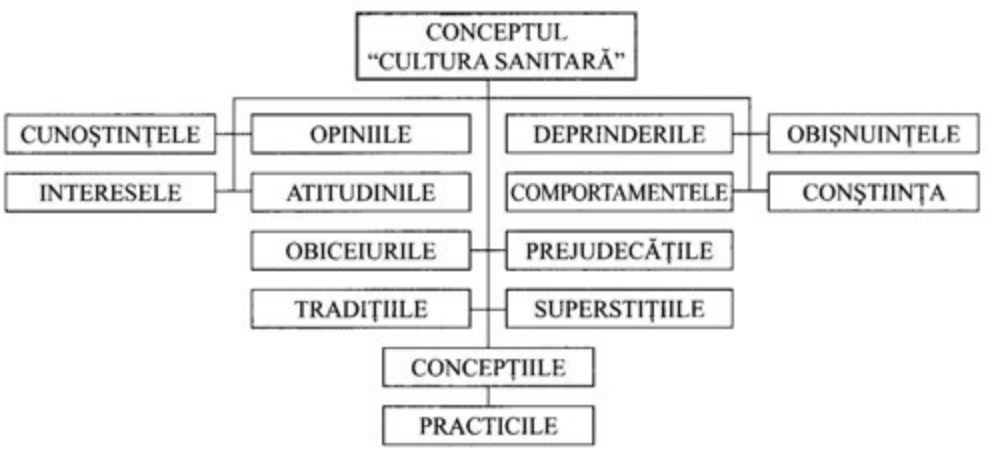

Figura 1.8. *Conceptul "Cultura sanitară" (după Dorobanțu I., 1985; Duda R., 1996)*

Privită astfel, educaţia pentru sănătate reprezintă o importantă metodă de acţiune în asigurarea sănătăţii populaţiei, MOS constituind totodată o parte integrantă a ansamblului acţiunilor de educaţie şi cultură vizînd asigurarea cooperării populaţionale la protecţia sănătăţii. Educaţia pentru sănătate se poate defini ca fiind un sistem care include: conştiinţa stării de sănătate; procesul de predare/învăţare; participare. Educaţia pentru sănătate urmăreşte optimizarea stării de bine şi prevenţia sau reducerea îmbolnăvirilor la nivelurile individual şi comunitar, prin influenţarea cunoştinţelor, opiniilor, atitudinilor şi comportamentului celor aflaţi în poziţie-cheie (decidenţi politici, personal medico-sanitar, autorităţi locale), şi mai ales al comunităţii în ansamblu [37, 48, 57, 66, 68, 69, 85, 86, 168, 169, 223].

Cui se adresează educaţia pentru sănătate? Deopotrivă oamenilor sănătoşi şi pacienţilor, pe primii încercînd să-i înveţe să rămînă sănătoşi şi să se ferească de îmbolnăvire, pe ceilalţi încercînd să-i ajute să se vindece mai repede. Rezultă că, avînd în esenţă ca obiectiv general dezvoltarea culturii sanitare sub raport spiritual-comportamental, al reflectării acesteia în viaţa practică, în aspectul material al culturii, educaţia pentru sănătate realizează în procesul dezvoltării culturii sanitare patru momente principale specifice culturii în general – cognitiv, axiologic, creativ şi praxiologic, în cadrul cărora vizează înfăptuirea următoarelor obiective [3, 5, 55]:

Pentru populaţia sănătoasă

1) Informarea sistematică a populaţiei, răspîndirea cunoştinţelor medicale, a noţiunilor de igienă şi sanogeneză, în vederea unei înţelegeri ştiinţifice a fenomenelor legate de sănătate şi boală. Acestea constituie momentul cognitiv sau „latura de cunoaştere a procesului unic al educaţiei" şi se realizează prin funcţia informării, a instruirii, care constă din: popularizarea cuceririlor ştiinţifice, a realizărilor social-sanitare, a sistemului organizatoric şi a tuturor condiţiilor ce pot fi folosite pentru îngrijirea sănătăţii, în scopul promovării încrederii în posibilităţile actuale ale medicinei. Un alt element cognitiv este cultivarea unei opinii de masă în favoarea măsurilor profilactice (testări biologice, imunizări, examene medicale complexe, examinări radio-fotografice, chimioprofilactice, acţiuni antiepidemice, de asanare şi de protecţie sanitară a mediului ambiant, natural, biologic, social etc.).
2) Formarea şi dezvoltarea unor deprinderi şi obişnuinţe igienice, începînd din fragedă copilărie, premise esenţiale ale unui comportament sanogen al tînărului şi adultului de mai tîrziu, care să contribuie la creşterea unei generaţii sănătoase, echilibrate, cu o atitudine igienică, civilizată; dezvoltarea sentimentului de responsabilitate în apărarea sănătăţii proprii şi

celei colective. În dinamica procesului educativ, acum este vorba de noi momente, care au o funcție formativă: momentul axiologic (cel al raportării rezultatelor cunoașterii la nevoile și interesele proprii și la integrarea noilor concepte și reguli de sănătate în propriile criterii de valoare) și momentul creativ (cel al acțiunii în concordanță cu noile concepte însușite, al acționării conștiente, cu convingere în folosul sănătății proprii și a comunității). În acest mod are loc trecerea de la actul de cunoaștere la cel de cultură propriu-zisă.

3) Stimularea inițiativei creatoare a maselor, antrenarea și organizarea în scopul participării active la diferitele acțiuni statale și obștești de culturalizare sanitară, pentru realizarea unor obiective curativ-profilactice, de sanitație, de prim ajutor etc. la locul de trai, în instituții, întreprinderi, școli. Realizarea acestui obiectiv constituie o treaptă superioară a procesului educațional, momentul praxiologic al culturii (cultura sanitară), care înseamnă difuzarea și asimilarea valorilor în societate, cu integrarea în totalitatea practicii sociale [5, 55].

Pentru populația bolnavă

1) Instruirea și educarea bolnavilor cu privire la cerințele și normele regimului igieno-dietetic, la respectarea riguroasă a medicației și a recomandărilor medicale, ca factori esențiali ai eficacității asistenței medicale.
2) Educația bolnavilor și convalescenților în legătură cu normele din perioada convalescenței și a reîncadrării în muncă, pentru asigurarea unei vindecări durabile, prevenirea recăderilor, a unor noi afecțiuni, pentru un regim rațional de muncă și de viață, indispensabile unei bune recuperări sociale și profesionale [3, 5, 55].

Se pot evidenția **șapte dimensiuni ale educației pentru sănătate**:

1. Sănătatea, deci și educația pentru sănătate, abordează individul ca pe un întreg, conținînd aspecte: fizic, mintal, social, emoțional, spiritual.
2. Educația pentru sănătate este un proces care se desfășoară de-a lungul întregii vieți, de la naștere pînă la deces, și care ajută oamenii și îi sprijină să se adapteze la toate etapele vieții.
3. Educația pentru sănătate se ocupă de oamenii sănătoși și de cei bolnavi, de la persoanele în perfectă stare de sănătate pînă la persoanele cu boli cronice sau handicap, pentru a maximiza punerea în practică a întregului potențial de sănătate.
4. Educația pentru sănătate se orientează asupra indivizilor, familiilor, grupurilor și întregii comunități.
5. Educația pentru sănătate încearcă să-i ajute pe oameni să ia decizii de-a lungul vieții lor, decizii care sînt favorabile sănătății.

6. Educaţia pentru sănătate presupune predare şi învăţare în cadru organizat sau neorganizat, folosind o gamă variată de metode.
7. Educaţia pentru sănătate are mai multe scopuri: oferirea de informaţii, schimbarea atitudinilor, a comportamentelor, precum şi schimbarea la nivelul întregii societăţi.

Educaţia pentru sănătate este totalitatea activităţilor la nivel individual sau de grup, care îi determină pe oameni să adopte comportamente favorabile sănătăţii [52, 56].

V. Lisovski (1983) subliniază importanţa celor trei principii de bază ale educaţiei pentru sănătate. Primul este cel al *priorităţii*: cu cît intervenţia în „cariera sănătăţii" este mai timpurie, cu atît educaţia pentru sănătate va fi mai eficace. Al doilea principiu, al *specificităţii şi autorităţii*, consideră că opinia celor cu autoritate legitimă (medic, soră medicală, învăţător, educatoare ş.a.) este mai credibilă, mai cu seamă dacă aceştia constituie un exemplu grăitor de comportament sanogen. Al treilea se referă la *integrarea* educaţiei pentru sănătate în obiectivele politicii social-sanitare a statului: educaţia pentru sănătate trebuie să fie strîns legată de condiţiile concrete ale societăţii şi să fie compatibilă cu statutul social-economic şi cultural al acesteia, precum şi cu progresele înregistrate în domeniul ştiinţelor medicale [64, 117, 118].

1.6. Funcţiile educaţiei pentru sănătate

Valenţele educaţiei în determinismul sănătăţii personale şi al stării de sănătate comunitare sînt atestate de multă vreme. Implicaţiile demersului educaţional în condiţionarea factorilor responsabili de evoluţia sănătăţii sînt unanim şi pozitiv apreciate. Educaţia şi sănătatea sînt considerate două concepte într-o unitate dialectică, a căror intercondiţionare concură la realizarea idealului de sănătate [37, 55, 56, 62].

Esenţa relaţiilor dintre cele două fenomene – educaţie şi sănătate – rezidă în complexitatea funcţiilor educaţiei în planul sănătăţii.

Argumentele tot mai numeroase, de natură să acrediteze corelaţiile dintre educaţie şi sănătate, să fundamenteze legic intercondiţionarea celor două concepte, confirmă totodată funcţiile educaţiei în sfera dimensionării sănătăţii publice. Sub acest raport, condiţionarea dintre educaţie şi sănătate este fundamentală prin funcţiile majore ale educaţiei pentru sănătate: *funcţia sanogenetică* şi *funcţia preventivă (profilactică)* [37, 55, 56, 62].

Funcţia sanogenetică vizează optimizarea sănătăţii personale şi a stării de sănătate comunitare, împlinirea idealului de sănătate care, ca orice ideal, mai niciodată nu poate fi atins, dar individul şi comunitatea tind totdeauna către atingerea lui.

Literatura de specialitate, practica medicală, viața cotidiană demonstrează faptul că sănătatea rareori poate fi perfectă, ceea ce înseamnă că, mai totdeauna, chiar și o persoană care se simte bine poate dispune încă de căi pentru autodepășire în planul sănătății (*figura 1.9*) [55].

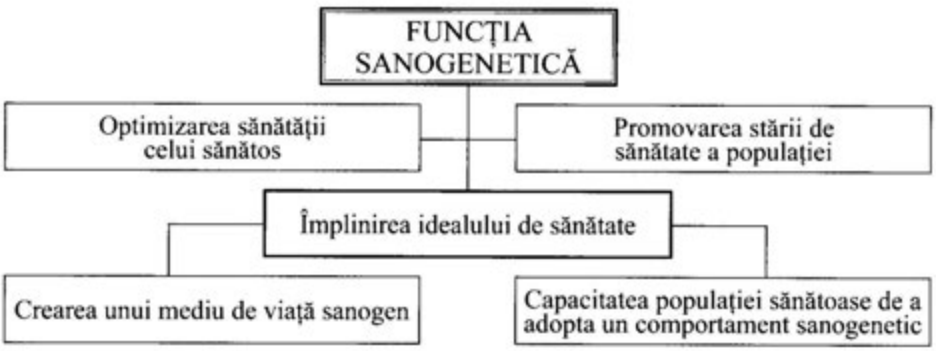

Figura 1.9. *Funcția sanogenetică a educației pentru sănătate (după Ciobanu V., Nistor F., 1996)*

În acest scop, funcția sanogenetică are în vedere măsuri educaționale ferme, adresate diferențiat organismului uman și ambientului, măsuri apte să creeze un mediu de viață sanogen și să influențeze individul și comunitatea, are ca obiectiv optimizarea sănătății individuale și comunitare, pentru asigurarea idealului de sănătate. Ea se adresează populației sănătoase, constituind o parte componentă majoră a MOS (sanologia). Funcția sanogenetică vizează așadar populația sănătoasă, educația profilîndu-se, în virtutea acestei funcții, ca o componentă a medicinei omului sănătos, principalul obiectiv al căreia este promovarea sănătății populației sănătoase, optimizarea sănătății celui sănătos, pentru integrarea în sistemul propriu de valori a unui comportament sanogenetic, a unor conduite favorabile sănătății, a unui mod de trai superior [55].

Funcția preventivă (profilactică) este tot atît de complexă ca și cea sanogenetică și vizează atingerea, prin intermediul educației pentru sănătate, a obiectivelor prevenției primare, secundare și terțiare (metafilaxie, recuperare) (*figura 1.10*, p. 44) [55].

Obiectivele esențiale ale *profilaxiei primare* constau în eliminarea factorilor de risc comportamentali sau anularea ori atenuarea efectelor nocive ale celorlalte categorii de factori de risc, urmărind, în final, prevenirea îmbolnăvirilor. Derivînd din aceste obiective, funcția preventivă primară (profilactică) a educației pentru sănătate vizează capacitatea populației sănătoase și a persoanelor în situația de risc de a adera la măsurile de profilaxie primară.

Importanța acestei funcții este fondată pe interrelația educației cu profilaxia primară, care nu s-ar putea realiza dacă măsurile statale n-ar fi însoțite

de cooperarea populaţiei, dacă masele n-ar cunoaşte factorii de risc şi n-ar aplica măsuri de combatere a lor, ceea ce implică acţiuni educaţionale ferme, cu largă rezonanţă.

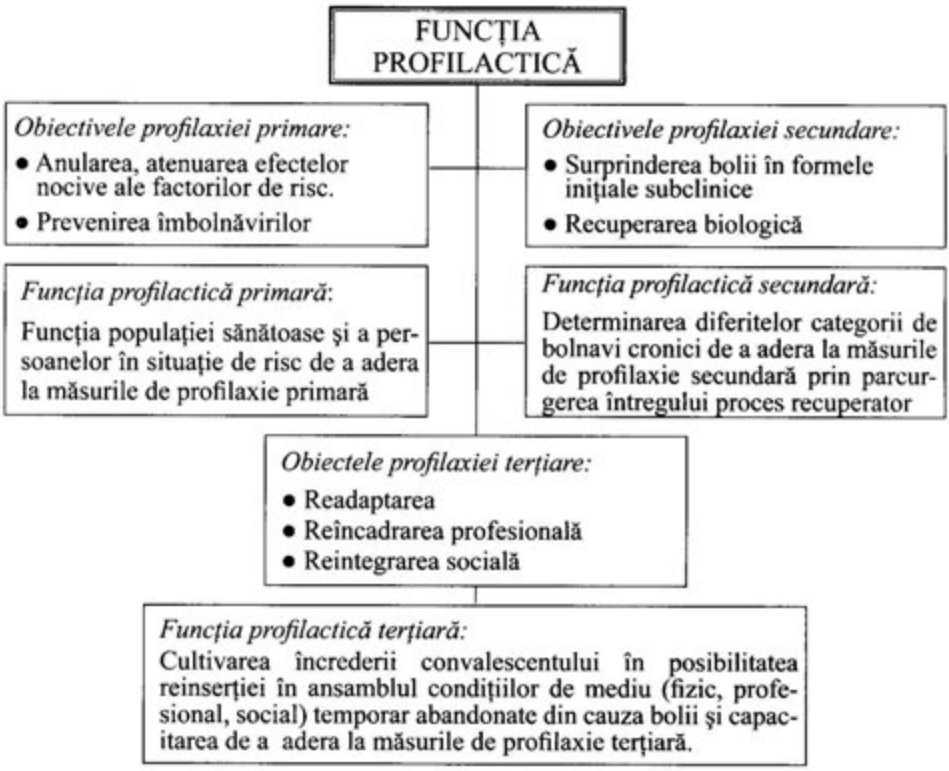

Figura 1.10. *Funcţia profilactică a educaţiei pentru sănătate (după Ciobanu V., Nistor F., 1996)*

Obiectivele *profilaxiei secundare* rezidă în surprinderea bolii în formele iniţiale, subclinice, sau stările potenţiale cînd tratamentul este salutar, urmărind în final recuperarea biologică a bolnavului. Derivînd din aceste obiective, funcţia profilactică secundară a educaţiei pentru sănătate constă în „determinarea diferitelor categorii de bolnavi cronici de a adera la măsurile de profilaxie secundară, prin adoptarea conduitei terapeutice prescrise (inclusiv igieno-dietetice) şi parcurgerea întregului proces recuperator, pînă la deplina restabilire". Importanţa acestei funcţii derivă din calitatea demersului educativ ca o componentă a actului medical, determinînd atitudinea cooperantă a bolnavului în aplicarea complexului terapeutic şi evitarea întreruperii tratamentului din proprie iniţiativă [5, 55, 71, 116, 175, 184].

Obiectivele *profilaxiei terţiare* constau în readaptarea/reîncadrarea profesională şi reintegrarea socială, pe scurt, reinserţia în ansamblul condiţiilor de mediu – fizic, profesional, social –, temporar abandonate din cauza bolii.

Derivînd din aceste obiective, funcția profilactică terțiară a educației pentru sănătate vizează „cultivarea încrederii bolnavului convalescent în posibilitatea recuperării integrale și capacitarea acestuia de a adera la măsurile de profilaxie terțiară". Importanța acestei funcții derivă din valoarea tonusului neuropsihic al convalescentului ca factor terapeutic și restituțional, redarea integrală muncii și societății fiind frecvent condiționată de încrederea fostului bolnav în posibilitatea reluării activității inițiale sau prestării unei munci similare.

Deși destinate, cele două funcții ale educației pentru sănătate nu pot fi concepute separat; ele se interferează, se completează reciproc, funcția sanogenetică interesînd și profilaxia, iar funcția profilactică – îndeosebi profilaxia primară, deci funcția preventivă – interesînd și sfera sanogenetică [21, 37, 55, 71, 169].

Cu toate acestea, între cele două funcții există o netă diferență, determinată de mobilul acțiunii, de motivarea care determină individul sau grupul să acționeze. Astfel, demersul unei persoane sănătoase în direcția comportamentului igienic și unui mod (stil) de viață sanogen, din dorința de a realiza un rang superior de sănătate, exprimă funcția sanogenetică [55, 71, 100].

Dimpotrivă, demersurile unei persoane încă sănătoase, dar situate „la risc", în iminent pericol de îmbolnăvire, în direcția eliminării factorilor de risc comportamentali și anulării sau atenuării efectelor nocive ale celorlalte categorii de factori de risc, motivat de a preveni îmbolnăvirea, exprimă funcția preventivă primară (profilactică) [55].

Acțiunile educativ-sanitare trebuie direcționate nu numai spre formarea unor componente atitudinal-comportamentale capabile să diminueze efectele noxelor mediului citadin actual, ale multitudinii factorilor de risc, ale stresului caracteristic vieții moderne, ci trebuie orientate, în paralel, către combaterea unor manifestări ilustrînd componentele negative, de natură să altereze mediul psihosocial, să lezeze principiile conviețuirii civilizate, respectul dintre oameni, politețea relațiilor interumane, estetica străzii și a îmbrăcămintei, ținuta localurilor publice etc. Aceasta deoarece astfel de cerințe pot provoca stări de spirit negative, animozități, diminuarea tonusului neuroafectiv, cu urmări nefavorabile pe planul sănătății, în general, și al sănătății mintale, în mod special.

Educația pentru sănătate reprezintă o alternativă pentru sănătate oferită indivizilor pentru a adopta un comportament anume, într-o conjunctură anume de mediu social și încărcătură psihică și se deosebește esențial de promovarea sănătății prin faptul că nu își propune numai promovarea unor simple deprinderi de igienă și sanitație [52]. Se consideră că prevenirea cea mai eficientă se realizează prin politici de promovare a sănătății, respectiv prin intervenții de educație pentru sănătate [53, 113, 146, 165, 194, 195, 198, 212, 218].

Creşterea evidentă a interesului unor largi pături populaţionale pentru cunoaşterea mijloacelor de apărare şi păstrare a sănătăţii este o realitate încurajatoare, constituind, în acelaşi timp, o premisă pentru adoptarea unor programe de acţiuni cultural-sanitare pe termen lung, adresate tuturor categoriilor de populaţie. Aplicarea în practică a principiilor MOS nu este posibilă fără imprimarea în conştiinţa populaţiei a unor noţiuni ştiinţifice privitoare la sănătate şi boală, la răspunderea ce revine fiecărui cetăţean în apărarea şi promovarea sănătăţii individuale şi colective. Educaţia pentru sănătate constituie suportul acţiunilor populaţionale cu caracter preventional, ocupînd un loc prioritar în orientarea consecvent preventivă a ocrotirii sănătăţii, în participarea largă şi conştientă a populaţiei la asemenea acţiuni.

Obiectivul de bază al educaţiei pentru sănătate constă în formarea şi dezvoltarea în rîndurile populaţiei, începînd de la vîrstele cele mai fragede, a unei concepţii şi a unui comportament igienic, sanogen, în scopul apărării sănătăţii, dezvoltării armonioase şi fortificării organismului individului, al adaptării lui la condiţiile mediului ambiental natural şi social, precum şi al participării active a acestuia la opera de ocrotire a sănătăţii populaţiei. În acest sens, este necesară formarea unei opinii de masă, fundamentate ştiinţific, faţă de igiena individuală şi cea colectivă, faţă de alimentaţie, îmbrăcăminte, muncă şi odihnă, faţă de utilizarea raţională a timpului liber şi a factorilor naturali de călire a organismului, faţă de evitarea factorilor de risc, precum şi formarea modului de solicitare a asistenţei medicale şi a diferitelor mijloace de investigaţie şi tratament [2, 7, 18, 20, 53, 55, 57, 98, 132, 207].

Educaţia pentru sănătate constituie „matricea", suportul de aplicare a programelor de sănătate, garantînd eficienţa acestora prin cooperarea cu populaţia, beneficiară activă a acestor acţiuni de promovare a sănătăţii.

Educaţia pentru sănătate a populaţiei trebuie să reprezinte un obiectiv major al Politicii Naţionale de Sănătate, stabilindu-se ca sarcini de bază, în domeniul asigurării sănătăţii populaţiei, dezvoltarea activităţilor medicale preventive şi ridicarea nivelului de cultură sanitară a întregii societăţi, ceea ce implică desfăşurarea unor ample acţiuni educative în domeniul sănătăţii populaţionale.

Educaţia pentru sănătate trebuie să aibă o largă accesibilitate, o orientare predominant preventională, să asigure o angajare activă a populaţiei în acţiunile de promovare, păstrare şi refacere a sănătăţii individuale şi celei colective. De asemenea, educaţia pentru sănătate trebuie să fie optimistă şi convingătoare, să se caracterizeze printr-o exprimare accesibilă, comprehensibilă, printr-un caracter ştiinţific, prin utilizarea unor tematici şi tehnici specifice categoriei de populaţie căreia i se adresează. Tematica de educaţie pentru sănătate urmează să fie axată pe principalele probleme de sănătate populaţională ale teritoriului, ţinînd seama de receptivitatea şi interesele locuitorilor.

A modifica un comportament nociv pentru sănătate sau, mai bine zis, a învăța comportamente care-i sînt favorabile acesteia este obiectul educației pentru sănătate [55, 56, 57, 83, 93, 94, 97, 198].

Pînă în anii 1994-1995, în Moldova a fost folosit termenul *luminare* (educație) *sanitară*, noțiune consacrată pentru transmiterea unor informații legate, în special, de deprinderi igienice. Începînd cu anii 1996-1997, se încearcă trecerea la un concept mai cuprinzător, și anume *educația pentru sănătate* (*tabelul 1.3*) [52, 53, 69].

Tabelul 1.3

Diferența dintre luminarea (educația) sanitară tradițională și educația pentru sănătate contemporană

Luminarea (educația) sanitară	Educația pentru sănătate
Atitudinea prescriptivă, uneori culpabilizantă și manipulatoare	Niciun comportament nu este lipsit de sens
Prioritate acordată prevenirii îmbolnăvirilor și dobîndirii unor principii igienice	Promovarea unui stil de viață sănătos
Activități punctuale, neorganizate	Abordare integrată, coordonată și progresivă
Prevenirea primară, secundară și terțiară, folosite numai ca niște concepte medicalizate și individualizate	Prioritatea prevenirii în cadrul unei concepții globale
Individul este considerat pasiv (determinare externă) și nerațional	Individul este considerat activ (autonomie) și rațional
Strategie directă (cunoștințe)	Strategie indirectă (motivare)

În Constituția Organizației Mondiale a Sănătății (elaborată în anul 1948), se menționează că „un public bine informat și o cooperare activă a maselor sînt de o importanță capitală pentru îmbunătățirea sănătății populației" [177]. Creșterea interesului unor largi pături de populație pentru cunoașterea mijloacelor de apărare și păstrare a sănătății este o realitate încurajatoare, constituind, în același timp, o premisă pentru elaborarea unor programe de acțiuni cultural-sanitare, adresate tuturor categoriilor de populație [52, 53, 57, 61, 62, 95, 198, 200, 201, 222].

Atenția constantă care se acordă, în multe țări, educației pentru sănătate a căpătat în ultimii ani o relevanță specială prin faptul că ea devine tot mai mult o resursă de ameliorare a calității vieții, o disponibilitate care, mizînd pe conduitele oamenilor, vizează cu adevărat îmbunătățirea sănătății lor sub toate aspectele.

Dreptul la educație reprezintă un drept fundamental al omului. Filosoful Emmanuel Kant spunea că "educația este cea mai grea problemă dată spre rezolvare omului" [56, 64, 100].

Educaţia pentru sănătate a populaţiei, componentă a educaţiei permanente, are rolul ca pe baza unor acţiuni complexe informative şi formative, utilizînd mijloacele comunicării şi alte metode educaţionale, să contribuie la crearea de modele cultural-sanitare, menite să formeze o concepţie ştiinţifică în problemele sănătăţii şi bolii, care să direcţioneze comportamentul fiecărui individ. „Dacă boala ucide oamenii, spunea Juan Bosch-Martin, lipsa de cultură este aceea care face să crească pericolul morţii, iar educaţia este cea care poate salva".

Educaţia pentru sănătate intervine, în forme specifice, în toate cele 4 compartimente principale ale medicinei:

A. Medicina sanogenetică (medicina omului sănătos);
B. Medicina preventivă şi primară – profilaxia primară;
C. Medicina curativă (clinică) – profilaxia secundară;
D. Medicina de recuperare şi reabilitare – profilaxia terţiară (metafilaxia).

Educaţia pentru sănătate are mai multe laturi:

1. Latura *cognitivă*, care constă în comunicarea şi însuşirea de noi cunoştinţe necesare apărării şi menţinerii sănătăţii.
2. Latura *motivaţională* (psihologică), care constă în convingerea populaţiei de necesitatea prevenirii şi combaterii bolilor, precum şi a dezvoltării armonioase a organismului prin respectarea regulilor de sanogeneză.
3. Latura *comportamental-voluţională* (formativă), care constă în însuşirea deprinderilor şi obişnuinţelor sanogene, cu aplicarea lor în practica cotidiană. Educaţia pentru sănătate se poate defini ca fiind un sistem care include: conştiinţa stării de sănătate; procesul de predare/învăţare; participare [56, 64, 69, 90, 93].

Educaţia pentru sănătate urmăreşte optimizarea stării de bine şi prevenţia sau reducerea îmbolnăvirilor la nivelele individual şi comunitar, prin influenţarea cunoştinţelor, opiniilor, atitudinilor şi comportamentului celor aflaţi în comunitate [40, 44, 56, 93, 130, 168, 212].

Educaţia pentru sănătate are următoarele scopuri [57]:

- ridicarea nivelului de cunoştinţe medicale ale populaţiei, în principal, în domeniul sanogenezei, al protecţiei mediului şi al prevenţiei bolilor;
- formarea şi dezvoltarea unor deprinderi corecte, care să promoveze sănătatea publică, în sensul atragerii populaţiei la participarea activă pentru realizarea şi promovarea sănătăţii.

Aceste scopuri pun în evidenţă latura cognitivă, latura formativă şi cea motivaţională ale educaţiei pentru sănătate.

Cunoaşterea modului în care populaţia simte şi gîndeşte în materie de sănătate, stabilirea a ceea ce crede şi face, a unui „diagnostic educativ-sanitar" (Hobson W., 1963) sînt indispensabile în educaţia pentru sănătate (*figura 1.11*, p. 49).

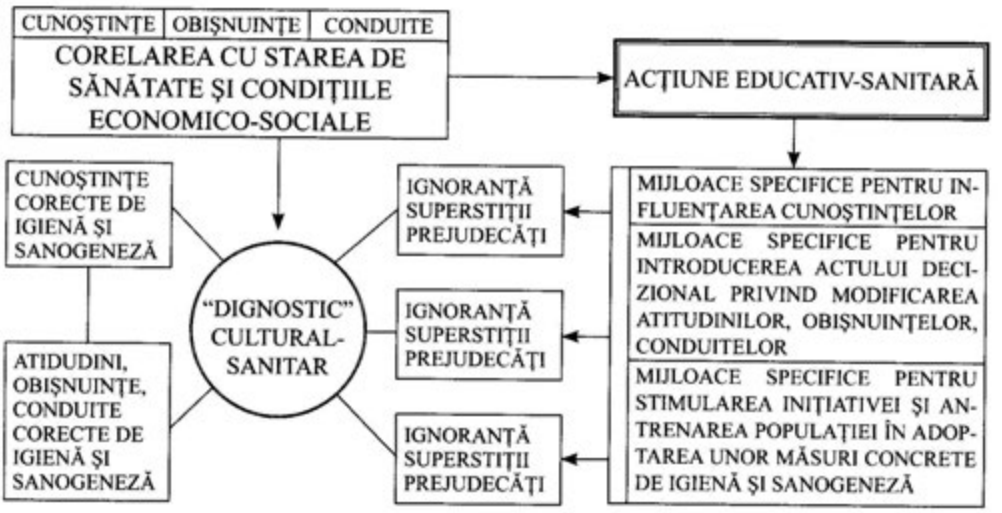

Figura 1.11. *Elemente metodice ale "diagnosticului" cultural-sanitar și "tratamentul" educativ-sanitar (după Hobson W., 1963)*

Delore P. arată că orientarea științifică a oricărei măsuri de educație pentru sănătate, stabilirea conținutului și problematicii specifice anumitor grupe populaționale presupun o informare prealabilă, un "diagnostic" al stadiului cunoștințelor sau ignoranței, o analiză a opiniilor, atitudinilor și comportamentului populației față de sănătate, precum și determinarea cauzelor unor eventuale comportări incorecte [16, 17, 18, 49, 55, 56, 63, 94].

Abordările posibile în educația pentru sănătate și în promovarea modului sănătos de viață sînt:

1. *Medicală* (bazată pe tipul de relație medic – pacient);
2. *Educațională* (bazată pe informarea oamenilor, care vor lua singuri decizii privind sănătatea);
3. *Orientată spre individ* (personalizată, individualizată), avînd drept caracteristică lucrul cu clienții, pentru a-i sprijini să identifice singuri problemele și să ia singuri deciziile necesare;
4. *Orientată spre schimbări sociale*, care urmărește realizarea unor schimbări în mediu, pentru a facilita luarea deciziilor mai favorabile sănătății (de ex., ajutoare sociale pentru mamele singure, astfel încît acestea să nu fie nevoite să se întoarcă prea devreme la lucru).

1. ***Abordarea medicală***. Medicul este cel care pune diagnosticul de boală sau incapacitate, deci el este cel care prescrie măsuri cu caracter preventiv sau de control și le realizează prin persuasiune sau prin autoritatea de care dispune în fața bolnavului.

Medicul urmărește formarea la pacient a unor atitudini, comportamente corespondente cu principiile sale privind sănătatea.

Avantaje:
- Medicul are mai multe cunoştinţe decît bolnavul;
- Medicul răspunde de decizia luată atît în faţa bolnavului, cît şi în faţa legii;
- Bolnavul este liber să aplice sau să nu aplice recomandarea medicului.

Limite:
- Ţine de opinia medicului: pot exista mai multe opinii privind aceeaşi problemă;
- Medicul îşi impune, pînă la urmă, punctul de vedere, pentru că pacientul este ignorat, este pus să aleagă într-un domeniu în care nu cunoaşte;
- Bolnavul este de vină?;
- Pot să apară reacţii adverse.

2. ***Abordarea educaţională*** transmite cunoştinţe asupra unor comportamente favorabile sau defavorabile sănătăţii. Cel care primeşte informaţii este liber să facă ceea ce doreşte, să aleagă. Facilitează adoptarea unor decizii comportamentale, nu impune un anumit comportament.

3. ***Abordarea orientată spre individ (persoană)***. Rolul profesionistului (educatorului) este de a explica, de a transmite cunoştinţe persoanei care doreşte să ştie, pentru a adopta o anumită decizie.

4. ***Abordarea ce necesită o schimbare de mediu***. Medicul transmite cunoştinţe, individul înţelege, dar societatea nu-i favorizează schimbarea sau alegerea comportamentului.

Informarea şi cunoştinţele. Gradul de informare, cunoştinţele sanogenetice, prin simpla lor asimilare, nu induc automat obişnuinţele şi nici comportamentele promovatoare de sănătate, dar nu-i mai puţin adevărat că nici formarea acestora nu este posibilă fără cunoştinţe, fără o informare prealabilă, corectă. Totuşi cunoştinţele, prin ele însele, nu constituie o motivaţie suficientă pentru a produce modificări comportamentale, decît atunci cînd sînt conforme cu nevoile şi interesele grupului [64, 82].

Un obstacol curent în recepţionarea mesajelor de educaţie pentru sănătate este acel „conformism social", care se evidenţiază şi în problemele de sănătate, avînd uneori o influenţă mai mare decît responsabilitatea individuală. Astfel, sînt cazuri cînd unele păreri greşite, chiar dacă nu sînt împărtăşite personal de anumiţii oameni, sînt însuşite de către aceştia, deoarece reprezintă opinia majorităţii [56, 64, 82].

Simpla informare în problemele de sănătate nu numai că nu reuşeşte să producă o comportare adecvată, ci uneori duce la un comportament cu totul opus. Interdicţia poate produce iritaţie şi curiozitate din partea subiecţilor, mai ales a adolescenţilor. Acest „efect reversibil" are la bază faptul că, în general, orice cunoştinţă comunicată într-un mod inadecvat acţionează ca un contramotiv al comportării pe care, de fapt, ar trebui s-o producă. Mai mult chiar, există cazuri cînd, în anumite probleme de sănătate, unii nu vor

să acționeze în favoarea sănătății lor, cu toate că sînt bine informați despre pericolul nerespectării sfaturilor și recomandărilor respective. Aceasta are loc din cauza unor motivații subiective a unor "reacții stereotipe socioculturale", a rutinei obiceiurilor, deoarece în probleme de sănătate „a ști" nu presupune totdeauna „a face" [46, 47, 55, 64, 222].

Atitudinea este o predispoziție dobîndită/învățată de a gîndi, simți și acționa într-un anumit fel [54]. Atitudinile se constituie pe baza experienței trăite, dar și a faptelor observate direct sau indirect. Dispoziția spre acțiune poate fi aprobativă sau rejetivă, fiind modificată sub influența unor condiții sociale, deci și a educației.

Există trei aspecte legate de atitudine:

- aspectul cognitiv – opinia;
- aspectul afectiv – sentimentele;
- aspectul conativ – comportamentul.

Componenta cognitivă se referă la opinia individuală privind un anumit aspect. Opinia este ceea ce se consideră sau se crede că este adevărat, aprecierea comună, generalizată de către oameni, a diferitelor probleme concrete de viață (politice, economice, sociale, sanitare), care exercită o puternică influentă asupra conduitelor individuale sau de grup. Opinia joacă un rol esențial în direcționarea comportamentului sanogen al populației.

Această opinie poate să nu constituie o reprezentare reală, adecvată a unor fapte. Ea poate fi distorsionată sau incompletă și reprezintă, în același timp, o evaluare individuală, directă/indirectă a unor obiective, fapte, evenimente [55, 64].

Atitudinea are o componentă intelectuală și una afectivă, dar rațiunea are un rol minor comparativ cu afectele. Componenta afectivă a atitudinii adeseori poate să predomine față de cea cognitivă-rațională, conducînd la un anumit tip de comportament. Atitudinea se adoptă, nu se învață; în funcție de atitudinea învățătorului și a profesorului, se formează și atitudinile elevilor, ceea ce este aplicabil și în domeniul educației pentru sănătate [55, 64].

Atitudinile în probleme de sănătate reprezintă comportamente virtuale, iar determinarea atitudinilor, uneori chiar și a opiniilor, permite într-o oarecare măsură previziunea comportamentului sanogen, fără a semnifica însă certitudinea acestuia.

Atitudinile în materie de sănătate nu pot fi evaluate și măsurate precum cunoștințele, o despărțire sau o delimitare exactă nefiind încă posibilă. De aceea, în cercetările de educație pentru sănătate atitudinile se testează, de obicei, odată cu cunoștințele și opiniile. Dar a transmite cunoștințe igienice nu presupune implicit și modificarea atitudinilor respective, decît atunci cînd informarea clarifică o situație nestructurală, căreia persoana nu-i poate da interpretare clară.

Astfel, cînd eşti convins de ceva, informarea modifică mai greu atitudinea. La elevi, de exemplu, atitudinile se modifică atît prin însuşirea unor cunoştinţe, cît şi sub influenţa exemplului profesorilor, părinţilor, al grupului. În educaţia pentru sănătate, ca, de altfel, în orice domeniu educaţional, pentru a forma atitudini sanogene, se impune determinarea individului de a se identifica cu modelele cultural-sanitare transmise de şcoală, familie, prieteni şi societate/comunitate (*figura 1.12*) [55, 62, 168].

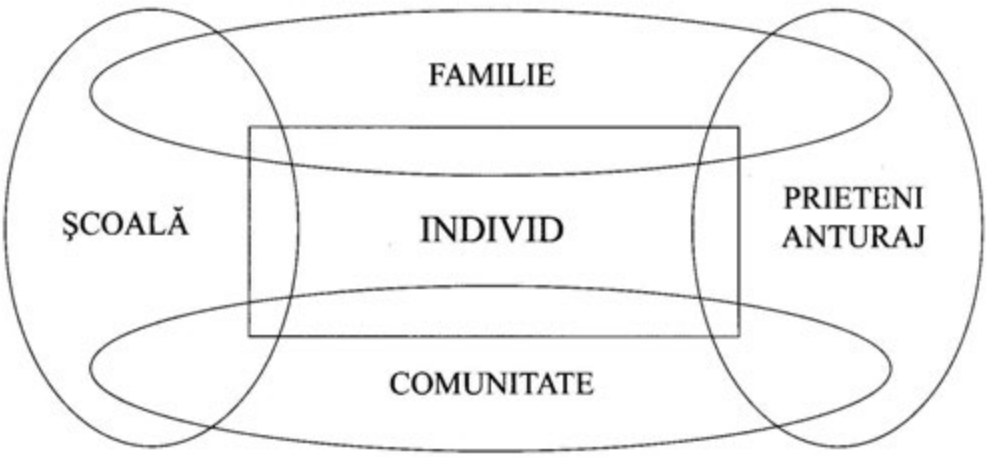

Figura 1.12. *Modelul de transmitere a informaţiilor către individ*

Măsurarea atitudinii implică o gradare simetrică de la aspectele pozitive acceptate la cele negative rejetate. Această gradare este cunoscută ca *scala Likert* şi în utilizarea ei se pleacă de la premisa că atitudinea poate fi măsurată pe baza opiniilor şi credinţelor/convingerilor individuale [54]. Scala Likert se aplică unor propoziţii de tip afirmativ (cunoscute sub numele de *itemi*) şi cuprinde cinci aspecte, cărora le corespunde un anumit scor.

Persoana care completează chestionarul respectiv îşi exprimă acordul sau dezacordul faţă de o anumită problemă. Scorul final sumează răspunsurile la diferiţi itemi şi exprimă un tip atitudinal (*tabelul 1.4*).

Tabelul 1.4

Scorurile şi semnificaţia lor într-o scală Likert

SCOR	**SEMNIFICAŢIE**
+2	Acord puternic
+1	Acord moderat
0	Indiferent
-1	Dezacord moderat
-2	Dezacord puternic

Atitudinile iau naștere din experiențe și influențează comportamentul sub forma unei activități și selectări a acțiunilor, producînd influențe pozitive, negative sau indiferente. Nu este ușor de a transforma atitudinile sanogene în stereotipuri dinamice, de a le modifica sau de a face pe cineva să adopte o nouă atitudine. Modificările trebuie să se producă sub influența unei acțiuni educative, a unei persuasiuni tacite, pentru ca acceptarea noii atitudini să decurgă din proprie decizie, și nu ca efect al unei constrîngeri [55, 71, 84, 163].

Comportamentul. Prin conceptul de *comportament* se înțelege modalitatea omului de a acționa în anumite împrejurări sau situații de existență, ansamblul manifestărilor obiective ale oamenilor prin care se deteriorează viața lor psihică, spirituală. Comportamentul reprezintă pentru om un sistem de fapte, de acțiuni care capătă o anumită apreciere morală, constituind „maniera de a fi și de a acționa a omului".

Comportamentul sănătos include toate activitățile întreprinse de individ, independent de starea lui de sănătate reală sau percepută, în scopul de a promova, de a proteja sau de a menține sănătatea, fie că asemenea comportament este eficace, fie că nu este [59, 61, 64, 69, 102, 165, 173, 183]. Comportamentul sanogen/igienic – componentă majoră a noțiunii de „cultură sanitară" – este un obiectiv principal al educației pentru sănătate și constituie în prezent domeniul cel mau discutat sub raportul posibilităților de influențare.

La baza obișnuințelor, mai ales a celor igienice, a practicilor de sănătate stau deprinderile. Pentru ca spălatul pe dinți să devină obișnuință, se impune în prealabil elaborarea unor deprinderi corecte privind tehnica periajului dentar, ceea ce nu este totdeauna ușor la vîrsta adultă. De aceea, formarea comportamentului, a obișnuințelor igienice și precedarea acestei acțiuni de cultivarea unor deprinderi corespunzătoare trebuie începute de la vîrsta cea mai fragedă [64, 92].

De regulă, a doua decadă a vieții oamenilor este și perioada în care se prefigurează și apoi se fixează toate comportamentele de bază, multe dintre ele – de afirmare și adaptare, altele – cu risc. Printre acestea din urmă, consumul de alcool, tutun și precocitatea și/sau dezordinea în viața sexuală se constituie ca riscuri cu efecte imediate, dar mai ales pe termen lung, la adresa sănătății oamenilor, în general, și a tinerilor, în special [64, 174].

Comportamentul este, de fapt, efectul cumulat al diferitelor tipuri de învățare, în care motivația personală, cel puțin în acest domeniu (consum de tutun, alcool etc.), nu pare a fi operantă. Cea mai directă consecință este slaba prezență a deciziei personale atunci cînd un adolescent este în situația de a fuma prima țigară obișnuită sau cu hașiș, de a refuza sau nu un pahar cu „tărie" ori de a accepta sau nu o posibilă relație sexuală, la care nu se gîndise. Această decizie este și mai greu de luat și de păstrat într-o lume cu valori fluide și saturată de mesajele unei mass-media pentru care viața și sănătatea tinerilor nu par să reprezinte obiectivele cele mai importante [64, 141, 165].

Esențialul în însușirea cunoștințelor privind sănătatea și în formarea obișnuințelor îl constituie motivația. Pentru copil sănătatea fiind o noțiune abstractă, rareori aceasta poate constitui o motivație. Motivația de a aplica regulile de igienă în scopul apărării sănătății trebuie evitată, deoarece tineretul, simțindu-se în plinătatea forțelor sale, este puțin dispus să adopte obișnuințe igienice sanogenice, în funcție de scopuri îndreptate, ca cel privind asigurarea sănătății. În schimb, ideea sănătății ca mijloc de a realiza anumite dorințe este inteligibilă pentru copii și dă rezultate. Tendințele și dorințele copiilor de a se juca, de a cîștiga în competiții sportive, de a fi acceptați social și de a fi capabili pot fi mai bine valorificate ca motivații, ele constituie „trambuline" de pe care se poate „sări" direct în studiul problemelor de sănătate [55].

La majoritatea adulților, „interesul pentru sănătate devine manifest doar atunci cînd echilibrul acesteia este tulburat" [55], constatare conform căreia sănătatea nu poate constitui motivație decît rareori.

Tineretul asociază problemele sănătății cu concepte, ca frumusețea, puterea, capacitatea de muncă. De aceea, în educația pentru sănătate a tineretului nu trebuie să se vorbească în exces nici despre boli, nici despre aspecte de anatomie și fiziologie, deoarece acestea fac să scadă interesul tînărului. Referirile la necesitatea și la modul de prevenire a bolilor trebuie să apeleze la dorința copiilor de a fi puternici, rezistenți, apți pentru practicarea sportului, ceea ce-i poate determina să însușească cunoștințele și să-și formeze obișnuințele necesare [55].

Pentru formarea modelelor comportamentale, *întăririle* au un rol esențial. În dinamica modificărilor comportamentale, conexiunea inversă (feetbackul) determină diversele forme de adoptare a unui comportament. În prezent nu dispunem încă de o teorie închegată a comportamentului uman. Aceasta se datorează, printre altele, și problemelor complexe și încă nelămurite privind motivațiile și comportamentele umane. Ceea ce se știe că acționează în domeniul comportamentului uman este așa-numitul principiu al „retransmiterii informațiilor", probabilitatea repetării unei anumite comportări crescînd odată cu numărul confirmărilor consecutive pozitive, și invers, probabilitatea repetării scăzînd în cazul în care nu au loc astfel de confirmări.

Deși întăririle pot asigura repetarea acțiunii și, în consecință, formarea comportamentului în domeniul sănătății, rezultatele bune ale modului de a acționa nu se manifestă imediat, evident și bine conturat, iar efectele educaționale nu pot fi sesizate de îndată ce se efectuează o acțiune. Așa, de pildă, abținerea de la fumat, de la consumul de alcool, respectarea unui regim corect de activitate și odihnă, aplicarea măsurilor de prevenire a bolilor nu sînt însoțite de un rezultat sau efect imediat și vizibil, ci, deși au urmări favorabile sănătății, se manifestă în mod lent și în timp. Aceasta creează adesea greutăți în repeterea și, deci, fixarea unor obișnuințe igienice, mai ales că uneori aplicarea acestora este însoțită, în cazul în care există deja formate obișnuințe contrarii,

de o stare neplăcută, de un sentiment de frustrare a individului, de plăceri subiective sau de ingerințe în comoditatea comportamentală existentă.

Un anumit comportament, ca, de pildă, fumatul, este o parte a sistemului comportamental general. Încercînd să modificăm un sector al sistemului comportamental general, obiceiul fumatului, de exemplu, oare nu trebuie să acționăm asupra întregului sistem comportamental? Fumatul, constituind în fapt o fațetă a unui comportament general deficitar (de obicei, este foarte probabil că cei ce fumează, în majoritatea cazurilor, nu respectă nici regulile de igienă privind alimentația rațională, consumul de alcool, folosirea corectă a timpului liber, regimului de muncă etc.), cu greu va putea fi modificat acționînd separat numai asupra lui, fără o influență generală a întregului complex comportamental, deficitar din punct de vedere igienic.

Unele obiceiuri neigienice au o anumită semnificație în sistemul de gîndire și în scara valorică a individului, raportată la modelele socioeconomice concrete, uneori chiar la modele și valori ale așa-numitei „subculturi". Obiceiul fumatului la tineri este raportat adesea la modele provenite din mediul înconjurător, la aprecierile valorice ale grupului, și numai prin modificarea opiniilor, concepțiilor și atitudinilor întregului grup se poate obține aderarea individului la adoptarea unor obiceiuri igienice devenite valori noi [55, 64].

Obiceiurile și practicile alimentare sînt puternic ancorate prin tradițiile culinare la scară națională, zonală sau locală și variază pe plan socioeconomic în raport cu modelele caracteristice de grup. Alcătuirea meniurilor și prepararea alimentelor conform unor modele transmise și învățate prin tradiții, în multe cazuri cu acțiune nocivă asupra sănătății, carențele frecvente în distribuirea rației alimentare, în ritmicitatea meselor, precum și în condițiile de servire a acestora constituie obstacole redutabile în introducerea unei alimentații raționale. Exceptînd factorul economic, numai modificarea opiniilor, atitudinilor, a concepției întregii colectivități poate determina adoptarea de către indivizi a unui model de alimentație rațională, a unui regim de cruțare. Cum altfel s-ar putea interveni eficient în reconsiderarea unor aspecte ale bucătăriei tradiționale, spre exemplu, alcătuite din multe bucate picante, dar și "agresive"? Sau cum s-ar putea modifica obiceiurile alimentare în acele zone ale țării în care se consumă grăsimi, dulciuri, făinoase în exces? [55, 64].

Așadar, comportamentul uman trebuie mereu raportat la mediul în care acționează subiectul, modificarea obișnuințelor igienice fiind condiționată de relațiile sociale, economice și psihologice. Acționînd astfel încît să formeze modele culturale din toate regulile de comportare igienică, educația pentru sănătate poate integra problemele de sănătate în opinia și comportamentul grupului. Aderarea individuală la aceste modele odată stabilite va obține aprobarea și recompensa din partea grupului sau, dimpotrivă, în caz de nepreluare – dezaprobarea și pedeapsa. Dacă, de pildă, un grup de elevi și-au

însuşit ca model cultural-sanitar regulile de igienă individuală, orice copil curat, ordonat va căpăta aprobarea grupului, în timp ce elevul certat cu curăţenia va fi respins de grup şi se va vedea izolat. Tot astfel, dacă într-o aşezare rurală acţiunile de igienizare, de salubrizare a gospodăriei au devenit modelul cultural-sanitar al comunităţii sociale respective, orice sătean care participă la acţiunile obşteşti de acest gen, introducînd, în acelaşi timp, ordinea şi curăţenia în propria-i gospodărie, va fi apreciat, aprobat de colectivitate, în timp ce cazurile de neglijare a acestor îndatoriri vor fi dezaprobate, izolate [55].

Prin urmare, componenţa socială asigură transmiterea modelelor comportamentale, printre care şi cele igienice, iar influenţa socială, inclusiv cea educativă, dirijează şi modelează formele comportamentale. Includerea regulilor privind păstrarea şi promovarea sănătăţii în cadrul componentelor sociale, al comportamentului constituie un mijloc, adesea destul de favorabil, pentru formarea comportamentului igienic.

„Materializarea" comportamentului are loc atunci cînd se aplică cunoştinţele şi atitudinile la o situaţie de viaţă. Sub acest aspect, putem vorbi despre: comportamente *observabile*, de pildă comportarea în ambianţa şcolară, aplicarea normelor de igienă şi de protecţie a muncii de către muncitori în procesul de producţie; comportamente *nonobservabile*, care nu pot fi urmărite şi decelate decît prin investigaţii (de exemplu, cînd şi cum se efectuează spălatul pe dinţi, dacă se respectă regimul igienic de muncă şi de odihnă); comportamente *amînate* (*întîrziate*), care nu vor fi şi nu pot fi practicate decît în anumite cazuri, şi numai atunci cînd persoana este pusă în faţa unei situaţii sau probleme în care trebuie să-şi asume responsabilităţi (de exemplu, apelarea la medic şi serviciile medicale în caz de boală, participarea la acţiunile de imunizare, testări biologice, igienizări etc.) [55].

1.7. Factorii educaţiei pentru sănătate privind influenţarea comportamentelor sănătoase

Noua practică a educaţiei pentru sănătate abordează trei tipuri de factori, care ar putea influenţa comportamentele sănătăţii şi care pot fi schimbate prin intervenţie educaţională. Cele trei feluri de factori clasificaţi în conformitate cu tipurile de intervenţie sau metode cerute să-i modifice sînt [82]:

- factorii de predispunere;
- factorii de posibilitate;
- factorii de întărire.

Factorii de predispunere includ ţinte tradiţionale de educaţie ce presupun cunoştinţe, atitudini şi încredere, care deseori se schimbă în răspuns la metode didactice şi comunicare de masă. Noile variabile din această catego-

rie includ valori și percepții care cer o comunicare mai interactivă, pentru a clarifica și a aranja inconsecvențele în valori și percepții greșite ale realității. Caracteristica hotărîtoare a factorilor de predispunere este forța lor de motivație înainte de a decide acțiunea dată de sănătate [82].

Factorii de posibilitate pot apela la careva educație pentru sănătate, educație în familie sau educație a personalului și dezvoltare organizațională în cadrul instituției de asistență primară, la locul de muncă sau la școală, pentru a se încredința că sursele necesare pacienților, lucrătorilor sau elevilor pentru îndeplinirea acțiunilor prescrise sînt accesibile. Accesibilitatea resurselor sau a facilităților în comunitate sau în instituție trebuie să-i îngrijoreze pe cei care recomandă practica de sănătate, aceasta fiind blocată de împrejurări. Atunci cînd forțele chemate să schimbe aceste împrejurări sau să mobilizeze resursele necesare pleacă în afara învățămîntului, sînt puse în aplicare strategiile din cadrul întreprinderilor largi, care se numesc promovare a sănătății, servicii medicale sau protejare [82].

Factorii de întărire devin tot mai dominanți în educația pentru sănătate, unde cauzele asumate ale comportamentului sînt sociale în mare măsură, de exemplu, influența semenilor. Acești factori pot include răsplăți simbolice (adică certificat de obținere) sau răsplăți clare (adică bani) pentru investigații reușite sau efectuări de test, dar factori mai importanți de întărire sînt acei asociați cu învățătura socială [82].

Una dintre direcțiile principale ale teoriei și cercetării în eforturile recente de educație pentru sănătate, orientate spre problemele fumatului, abuzului de droguri și sexualității adolescentine, are în vedere concepția înlăturării presiunii contra semenilor: copiii sînt învățați să demonstreze rezistență la oferta unei țigări sau la presiunea de a se angaja în activitatea sexuală împotriva voinței lor.

Cele mai efective programe de educație pentru sănătate combină experiența învățării, îndreptată spre toți cei trei factori care influențează comportarea, bazată pe diagnosticul educațional al variabilelor predominante în fiecare categorie. Orice fel de cercetare contemporană poate fi organizată în jurul acestor trei factori care influențează comportamentul [82].

1.8. Metode de educație pentru sănătate

Educația pentru sănătate nu se face la întîmplare. Pentru fiecare acțiune, problemă sau pentru fiecare grupă de populație, în funcție de nivelul cultural-sanitar, este necesar a se stabili o metodologie adecvată de educație pentru sănătate. Utilizarea mecanică a aceloraşi forme de educație – conferințe, lecții, convorbiri etc. – în acțiuni, probleme sau zone complet diferite, fără a ține sea-

ma ***unde, cînd, cui*** i se adresează, constituie un mod nerealist şi ineficient de a aborda culturalizarea sanitară a populaţiei [4, 5, 37, 55].

Înainte de a începe o acţiune, o campanie de educaţie pentru sănătate, trebuie elaborat un program care poate fi pe termen scurt, mediu sau lung.

Obiectivele programului definesc, în sens larg, intenţia acestuia. Următorul pas constă în transformarea obiectivelor programului în obiective ale campaniei de promovare a sănătăţii. Pentru realizarea obiectivelor propuse, trebuie să se ţină seama cărei grupe de populaţie i se adresează, care este nivelul de cultură sanitară al grupei respective, stabilindu-se strategiile cele mai bune [4, 5, 37, 55].

Metodele educaţiei pentru sănătate

1.8.1. *Metode de cercetare*

Abordarea ştiinţifică a educaţiei pentru sănătate nu poate fi concepută fără cercetare. Planificarea şi organizarea acţiunilor, alegerea şi aplicarea unor mijloace adecvate de influenţare, în vederea formării unei concepţii corecte în legătură cu problemele de sănătate şi boală, a unui mod (stil) de viaţă sănătos, a unui comportament igienic, sanogenetic corespunzător sînt condiţionate de o prealabilă cunoaştere a colectivităţii căreia ne adresăm. Fără a determina gradul de informare a populaţiei în problema respectivă, cunoştinţele, opiniile, deprinderile şi obişnuinţele, interesele, atitudinile, conduitele, tradiţiile, obiceiurile, superstiţiile, prejudecăţile şi practicile populaţiei în domeniul sănătăţii, precum şi fără evaluarea eficacităţii unor forme şi metode de educaţie pentru sănătate, acordîndu-se o atenţie sporită cercetărilor privind modificarea comportamentului igienic al diferitelor grupe populaţionale, educaţia pentru sănătate nu-şi va putea axa acţiunea pe elemente care să reuşească influenţarea grupei [4, 5, 37, 55, 56, 57, 59, 63, 69, 70, 72, 78, 86, 99, 100].

Estimarea modului în care populaţia simte şi gîndeşte în materie de sănătate, stabilirea a ceea ce crede şi face, a unei „diagnoze educaţionale" sînt indispensabile educaţiei pentru sănătate ştiinţifice. Orientarea ştiinţifică a oricăror măsuri de educaţie, stabilirea conţinutului, a problematicii de sănătate specifice anumitor grupe presupun o informare înainte de a acţiona, un „diagnostic" al stadiului cunoştinţelor sau al ignoranţei, o analiză a părerilor, atitudinilor şi comportamentului populaţiei în probleme de sănătate, precum şi determinarea cauzelor unei eventuale comportări greşite.

Transmiterea unor noţiuni utile, cu perspectivă de transpunere în practică mai eficientă, va fi posibilă, dacă se va cunoaşte, în prealabil, gradul de informare a grupei respective de populaţie, părerile greşite şi prejudecăţile existente, interesul sau, dimpotrivă, lipsa de interes ori „rezistenţa" faţă de anumite

acțiuni privind problemele de sănătate. Stabilirea gradului de ignoranță oferă posibilitatea elaborării unor programe axate anume pe înlăturarea lacunelor și carențelor depistate. Cunoscînd opiniile greșite și prejudecățile, acestea vor putea fi mai ușor combătute, iar acțiunile de influențare vor beneficia de motivări și date științifice [4, 5, 55].

Elementele de valoare ale medicinei populare, empirice, tradițiile pozitive pot constitui, de asemenea, pîrghii puternice pentru sprijinirea acțiunilor de educație pentru sănătate. În anumite domenii ale sănătății de însemnătate majoră, din partea populației, îndeosebi a tineretului, se constată uneori lipsă de interes, lipsa dorinței de informare. Determinînd ponderea intereselor față de problemele de sănătate, se poate direcționa tematica atît spre acele aspecte care preocupă subiecții, cît, mai ales, spre cele de interes minor pentru subiecți, dar de interes major pentru comunitate.

Determinarea opiniei în domeniul sănătății este, la fel, deosebit de utilă pentru stabilirea conținutului tematic și a metodelor apte să „zdruncine", atunci cînd este cazul, părerile și mentalitățile greșite, creînd condiții de maximă receptivitate din partea grupei pentru acceptarea cunoștințelor corecte [5, 37, 55].

În documentele OMS se relevă că „pentru succesul programelor de sănătate, cercetările în domeniul educației pentru sănătate sînt de o importanță capitală; numeroase programe eșuează sau nu au decît o eficiență redusă din cauza lacunelor de informare a populației pentru care aceste programe sînt elaborate [182]". Astfel, „este necesar să se întreprindă, fără întîrziere, evaluarea nivelului de cultură sanitară al populației, deoarece nimic nu se poate realiza solid fără adeziunea conștientă a acesteia la progresul care i se oferă" [188].

Studiile și cercetările de educație pentru sănătate atenționează asupra numeroaselor probleme, întrebări și greutăți existente. De exemplu, există o serie de variabile necontrolabile, care nu sînt incluse în experiment și care, totuși, sînt susceptibile de a-l influența, afectînd rezultatele. Variabile necontrolabile sînt, de pildă, particularitățile individuale ale subiecților sau unele caracteristici ale comunității.

Totodată, este cunoscut faptul că educația pentru sănătate nu dă rezultate imediate, ci în timp, după o perioadă îndelungată. Obișnuințele igienice trebuie urmărite în dinamica lor, uneori ani de-a rîndul, pentru a putea trage concluzii valabile asupra fixării, consolidării acestora. Educația este un proces de durată, de aceea urmărirea „produsului finit" este greu de realizat în cercetările educaționale. După cum se știe, domeniul formativ implică un cadru informativ larg (noțiuni, reguli, norme). Acestea, așa cum o dovedesc numeroase cercetări, se transmit și se însușesc relativ repede și ușor în domeniul sănătății. Dar o astfel de „zestre" cognitivă trebuie să treacă printr-un

proces intern, cu mult mai complicat, de integrare în scara valorilor acceptate, de integrare axiologică, metamorfozîndu-se treptat în sentimente şi experienţe proprii, în convingeri şi valori, ajungînd apoi să se manifeste în atitudini şi acte responsabile, în comportament. Urmărirea treptată a acestui proces necesită însă mult timp, de aceea realizarea ei practică este destul de dificilă. Din acest motiv, se impune uneori „comprimarea timpului", adică nu se cercetează procesul educativ în desfăşurarea sa progresivă, ci doar pînă la punctul în care se poate sesiza prezenţa unei „tendinţe stabile de progres", ceea ce constituie un criteriu de valabilitate a datelor cercetării [5, 37, 55].

Aceasta impune asigurarea calităţii datelor culese şi a gradului de interpretare a lor. Interpretarea semnificaţiei datelor obţinute este, în general, mai importantă decît rafinamentul statistic. De aceea, valoarea tehnicilor, a instrumentelor de investigaţie este în funcţie de măsura în care permit acumularea unor date reale, ce pot fi interpretate corect, care să ducă nu numai la concluzii semnificative, ci să aducă şi soluţii practice problemei studiate. Evaluarea cantitativă statistică, deşi de necontestată utilitate ştiinţifică, trebuie totdeauna asociată cu cea explicitară, care să analizeze calitativ diagnosticul [5, 55].

În cercetările de educaţie pentru sănătate, accentul trebuie să fie pus pe utilitatea practică. Nu trebuie efectuate cercetări numai pentru cunoaştere, pentru diagnosticare, ci cu un scop mai precis, în vederea desfăşurării unei acţiuni eficiente. Sub acest aspect, este eronată opinia potrivit căreia rezultatele educaţiei pentru sănătate, în sensul formării unui comportament igienic, pot fi aşteptate într-un timp relativ scurt. Este ştiut faptul că acţiunile de educaţie pentru sănătate sînt apreciate ca „investiţii în timp". Aceasta se explică prin necesitatea producerii unor schimbări pe plan conceptual şi al conduitei igienice, care, la rîndul lor, vor influenţa favorabil asupra incidenţei morbidităţii şi dinamicii accidentelor, asupra incapacităţii temporare de muncă, precum şi asupra atitudinii în solicitarea asistenţei medicale, a uzului de medicamente, droguri etc., aducînd astfel o contribuţie concretă la menţinerea şi promovarea stării de sănătate, la optimizarea sănătăţii populaţiei sănătoase, interesînd implicit sfera productivă [5, 37, 55].

Metodele de cercetare pot fi [5, 14, 55]:

a) *cantitative*:
- analiza datelor statistice existente;
- anchete prin chestionar;

b) *calitative*:
- metode rapide (RAP);
- observaţia (directă sau participativă);
- interviul (semistructurat, anamneza, în grup);
- conversaţia (individuală, grup-ţintă).

Cercetările privind educaţia pentru sănătate includ trei direcţii principale. *Prima direcţie* de cercetare vizează determinarea, testarea nivelului de

cultură sanitară, inclusiv depistarea eventualelor prejudecăți ale unor grupe de populație în diferite probleme de sănătate. *A doua direcție* de cercetare o constituie investigațiile privind metodica de educație pentru sănătate. Aceste studii pornesc de la stabilirea nivelului cultural-sanitar al unor grupe determinate de populație. Pe baza datelor obținute, prin corelare cu condițiile concrete economico-sociale și ale stării de sănătate a teritoriului, se elaborează sisteme educaționale complexe cumprinzînd obiectivele, organizarea, conținutul și mijloacele de educație pentru sănătate adecvate, care se aplică experimental și a căror eficiență se evaluează ulterior. *A treia direcție* de cercetare are ca obiectiv compararea eficacității diferitelor mijloace de educație pentru sănătate. Metodele și mijloacele de educație pentru sănătate au fiecare un rol specific, eficiența fiind în funcție de o serie de factori (conținut, adresabilitate, mod de aplicare etc.). De aceea, cercetările sînt orientate spre diferite variante ale unor anumite mijloace (de ex., variantele filmului sau afișului educativ-sanitar), căutînd să determine influența lor specifică asupra unor anumite grupe de populație. Totodată, aceste experimente stabilesc ponderea pe care o au anumite mijloace în cadrul unui complex de măsuri educativ-sanitare [4, 5, 37, 55].

Ancheta prin sondaj, urmărind descrierea sistematică, cantitativă și calitativă a caracteristicilor unei populații și a tendințelor ei, se aplică în mod curent în cercetările privind determinarea nivelului de cultură sanitară al unor grupe de populație în studiile de „diagnosticare", „descriptive" sau „constatative", cum se mai numesc. Acest tip de cercetare nu se rezumă însă doar la descrierea, la constatarea „situației" din domeniul culturii sanitare, ci urmărește și găsirea unor soluții instrumentale pentru problemele existente. În acest context se integrează și cercetările în educația pentru sănătate care urmăresc diagnosticarea nivelului de cultură sanitară, în scopul îmbunătățirii programelor de educație pentru sănătate [55, 60].

Anchetele sînt utile și în selecționarea canalelor de comunicație și activităților rețelelor instituționale care sînt preferate de grupurile-țintă și care au cea mai mare audiență.

De asemenea, folosirea anchetelor are o mare importanță în pretestarea materialelor educative, într-un grup dat de indivizi (focus-grup) selectați din grupul-țintă, înaintea difuzării lor largi. Este un mijloc ieftin de identificare a eventualelor greșeli din procesul de comunicare. Atenție însă: pretestarea poate fi un îndrumar util, dar nu poate prezice exact, nu poate garanta succesul deplin [55, 60].

Experimentul natural, prin faptul că provoacă fenomenul de studiat în contextul său obișnuit, urmărind modificarea unei variabile cu menținerea celorlalte condiții existente, este des folosit în cercetările educaționale [55, 60].

Ipoteza este, după cum se știe, o supoziție, presupunerea unei sau a unor cauze, anticiparea unor relații între fapte, procese sau fenomene. Orice cercetare, orice experiment pornește de la enunțarea ipotezei, care urmează a fi ve-

rificată prin cercetare, confirmată sau infirmată. Ipoteza, spunea Bacon, "este o întrebare adresată naturii, iar experimentul – arta de a interoga natura".

Ca metodă de cercetare, experimentul întruneşte o serie de caracteristici: provoacă fenomenul, are posibilitatea de repetare a producerii fenomenului sau procesului, poate determina variaţii sistematice ale condiţiilor de producere şi desfăşurare a experimentului. În orice experiment, esenţial este faptul că se modifică în mod sistematic unul dintre factori, un dat care formează obiectul cercetării, în timp ce toţi ceilalţi factori rămîn neschimbaţi. Deci, în experiment se pune în evidenţă acţiunea unui factor, urmărindu-se izolarea acestuia, pentru a stabili consecinţele pe care variaţia factorului studiat le are asupra fenomenului urmărit [55].

Metoda experimentului natural este frecvent folosită în cercetările de determinare a eficienţei unor mijloace sau a unor sisteme de educaţie pentru sănătate. În acest tip de cercetări se acţionează asupra variabilei independente şi se urmăresc rezultatele concretizate în variabila dependentă. În experimentele de educaţie pentru sănătate variabila independentă, adică factorul modificat de experimentator, este reprezentată de diferite forme, mijloace sau sisteme complexe de educaţie pentru sănătate, elaborate de cercetător. Variabila dependentă este concretizată prin modificările apărute ca urmare a schimbărilor aduse factorului experimental, prin mutaţiile produse în nivelul de cultură sanitară al subiecţilor [55].

Cercetările de acest tip se desfăşoară în sistemul denumit „înainte–după" sau „pretest–acţiune–posttest". Acesta presupune o pretestare a grupului experimental (înainte de experiment) şi o posttestare (după experiment), pentru verificarea influenţei mijloacelor studiate.

Aşadar, cercetările de acest tip se desfăşoară în trei etape: *etapa de pretest*, numită şi etapa constatativă; *etapa experimentală* propriu-zisă, cu caracter instructiv-educativ, concretizată în desfăşurarea unei acţiuni de influenţare, în aplicarea unor mijloace educativ-saintare, a unui sistem educaţional complex; *etapa de posttest*, de control [55, 60].

Verificarea eficienţei variabilei independente impune nu numai studierea modificărilor produse asupra variabilei dependente a nivelului cultural-sanitar în grupul experimental, ci şi a celor produse într-un grup de control (martor). De pildă, se verifică eficienţa unor metode noi sau a unui sistem de educaţie pentru sănătate prin compararea performanţelor obţinute de subiecţii expuşi acestora cu cele ale subiecţilor expuşi metodelor tradiţionale, de uz curent. În acest caz, ultimii reprezintă grupul de control [55, 60].

Etapa de *pretest*, constatativă, asigură eşantionarea, verifică echivalenţa eşantioanelor, a grupurilor paralele – experimental şi de control – şi înregistrează variabila dependentă, nivelul de cultură sanitară al grupurilor.

Etapa *experimentală propriu-zisă* organizează procesul de influențare, menit a produce anumite efecte care să confirme sau să infirme ipoteza cercetării privind eficiența noilor metode sau noului sistem, comparativ cu metodele curente folosite la grupul de control, precum și cu nivelul anterior de cultură sanitară al grupului experimental [55].

Etapa *posttest*, de verificare, urmărește efectul variabilei independente. Pentru ca măsurarea activității interpolate să se bazeze pe un sistem comun de referințe, etapa posttest cuprinde aceleași grupuri de cercetare paralele (experimental și control-martor) și aceiași subiecți din etapa pretestării [55].

Cercetările experimentale se pot confrunta cu numeroase variabile ascunse, necontrolabile, care să afecteze rezultatele. (De exemplu, efectul Hawthorne, care determină rezultatele pozitive sau negative independent de factorii experimentali, datorate efectului psihologic pe care îl exercită asupra subiecților faptul că sînt obiectul unei cercetări). În acest sens, literatura în domeniu insistă asupra necesității ca experimentatorul să se integreze în atmosfera locului ales pentru experiment, astfel încît el să nu fie privit de colectivitatea în care lucrează (comunitatea rurală, clasă școlară, atelier de întreprindere etc.) ca ceea ce este, adică subiecții să nu știe că ei formează obiectul unei cercetări și că sînt supuși unor experiențe. În acest scop, cercetătorul trebuie să găsească, în funcție de situație, explicații care să-i justifice prezența în colectivitatea respectivă și care să nu perturbe experimentul, să nu producă așa-numitele variabile necontrolabile [55].

1.8.2. *Eșantionarea*

Colectarea datelor privind anumite caracteristici ale unei grupe de populație, după cum se știe, nu se poate realiza în practică prin cuprinderea în cercetare a tuturor indivizilor. De aceea, în cercetările de teren se aplică metoda selectivă, constînd în extragerea unui anumit număr de indivizi din populația totală, ceea ce alcătuiește un eșantion. Pentru ca acest eșantion să fie reprezentativ, pentru asigurarea certitudinii virtuale a estimațiilor enunțurilor probabile ale datelor cercetării, pentru ca valoarea scontată să fie egală cu parametrul populației, adică valoarea statistică a variabilelor calculată în eșantion să fie aceeași cu valoarea variabilelor supusă estimării, se aplică diferite scheme de eșantionare, stabilite prin criterii științifice [55]

În cele ce urmează, ne vom rezuma la prezentarea tehnicii eșantionării în cercetările de educație pentru sănătate.

Cercetările „descriptive", „constatative" extensive privind educația pentru sănătate urmăresc estimarea unor atribute și a unor variabile ale populației, de aceea selecția eșantionului trebuie dirijată astfel încît proporția calculată a acestuia să fie un estimator nedistorsionat al parametrilor corespunzători din

populaţie. Cu alte cuvinte, estimarea unor anumiţi parametri, a unor variabile, a unor atribute specifice populaţiei, încă necunoscute, se face prin calcularea pe eşantion a valorilor statistice ale acestor parametri. Pentru ca valorile statistice ale eşantionului să reprezinte în mod real particularităţile întregii populaţii, se recomandă aşa-numita procedură de *eşantionare nedistorsionată*, prin care se asigură ca media estimaţiilor, obţinută pe eşantion, deci valorile statistice ale parametrilor eşantionului să fie proporţional egală cu parametrii corespunzători ai populaţiei în totalitatea sa [55]. Pentru aceasta, se aplică diverse tipuri de scheme de eşantionare şi proceduri de estimaţie.

Eşantionarea stratificată constituie una dintre schemele de eşantionare recomandabile cercetărilor în educaţia pentru sănătate. Ea constă în a diviza populaţia în subpopulaţii, în anumite straturi şi a alege un eşantion în interiorul fiecărui strat. Ansamblul acestor straturi formează totalitatea eşantionului, iar selecţia se efectuează pe fiecare strat în parte cu fracţii diferite de eşantionare (1/100, 5/100, 10/100). În cercetările de educaţie pentru sănătate extensive se aplică, în general, fracţia de eşantionare 1/100, pentru a asigura o stratificare proporţională, în care numărul elementelor fiecărui strat cuprins în eşantion să fie proporţional cu numărul elementelor din care se compune fiecare strat al populaţiei totale [55, 82] .

De regulă, stratificarea se efectuează anterior selecţiei, atunci cînd se cunoaşte distribuţia populaţiei în raport cu factorii de stratificare. Printre factorii de stratificare enumerăm: vîrsta, mediul, profesia, sexul etc. Factorii de stratificare trebuie aleşi astfel încît să se poată deosebi cît mai mult posibil unul de celălalt, iar populaţia din componenţa fiecărui strat să fie cît mai omogenă. În cadrul factorilor de stratificare se procedează, într-un al doilea stadiu, la o selecţie aleatorie [55, 60].

Selecţia aleatorie, adică extragerea la întîmplare, din cadrul populaţiei straturilor, a unui număr de indivizi pe baza fracţiei de eşantionare stabilită (de ex., 1/100), acordă fiecărui membru al populaţiei posibilităţi egale de a fi selectat în eşantion. Deoarece se recomandă ca populaţia stratificată să fie cît mai omogenă (stratificarea populaţiei şcolare pe anumite vîrste şi medii presupuse, de pildă, ca unul din straturi să fie populaţia şcolară a claselor a V-a, iar alt strat – această populaţie extrasă din şcolile mediului urban), alegerea aleatorie din cadrul straturilor se efectuează pe indivizi care, sub raportul unor anumite particularităţi (vîrstă, evoluţie psihofiziologică, pregătire culturală etc.), sînt relativ similari [55, 60].

Pentru evitarea oricărei intervenţii intenţionate a cercetătorilor, care poate fi influenţată de criterii subiective favorizînd cuprinderea în eşantion a anumitor indivizi, se procedează, în interiorul straturilor, la o selecţie aleatorie sau probabilistă. Asigurarea caracterului aleatoriu al acestei selecţii impune a se evita orice apreciere sau intervenţie a cercetătorului, folosindu-se procedee

ca, de pildă, metoda loteriei (extragerea la întîmplare dintr-o urnă a numărului de indivizi stabiliți prin fracția de eșantionare anterioară selecției, din numărul total al indivizilor întregii populații a stratului respectiv) sau metoda numerelor aleatorii (membrii populației sînt tabelați și numerotați de la 1 la n, iar eșantionul – *n* – este selectat prin aplicarea unui pas de numărătoare – pas de selecție, luîndu-se, de exemplu, fiecare al zecelea individ de pe tabel).

Procedura se numește *eșantionare stratificată aleatorie*, care, în esență, presupune ca, înainte de a avea loc o selecție, populația să fie împărțită într-un număr de straturi și apoi să se aleagă aleatoriu un anumit eșantion din interiorul fiecărui strat. Astfel se asigură reprezentarea mai exactă a diferitelor straturi ale populației (sex, vîrstă, mediu etc.), limitarea jocului hazardului și o mai mare precizie în colectarea datelor [55, 60].

Eșantionarea de grup constă într-o enumerare completă (100%) a membrilor unui grup selecționat aleatoriu în cadrul unui strat. De exemplu, după o stratificare pe vîrste și pe medii a populației școlare, în loc de a proceda la o extragere aleatorie a elevilor unei anumite grupe de vîrstă din mediul urban, de pildă, se extrag aleatoriu școlile și clasele care reprezintă grupa de vîrstă aleasă ca criteriu de stratificare. Apoi, clasele cuprinzînd subiecții selectați în eșantion sînt incluse sub forma eșantionării de grup, prin enumerarea completă a elevilor acestor clase [55].

Literatura indică și alte scheme de eșantionare. Practica cercetărilor de educație pentru sănătate din țara noastră a stabilit ca eficientă această schemă de eșantionare multistadială, stratificat-aleatorie, în anumite cazuri completată cu eșantionarea de grup [55].

Cercetările experimentale, de verificare a eficienței unor mijloace sau a unui sistem de educație pentru sănătate folosesc, după cum s-a arătat, grupuri experimentale și grupuri de control (martor). În aceste cazuri, ca o completare a eșantionării multistadiale stratificat-aleatorii, se aplică procedeul alegerii sistematice a eșantioanelor, pentru ca cele două grupuri să fie comparabile, echivalente. În cadrul alegerii sistematice a eșantioanelor experimentale și de control, se utilizează metoda eșantioanelor independente și cea a eșantioanelor corelate.

Eșantioanele independente presupun ca elementele grupurilor (volumul, compoziția din punctul de vedere al sexului, al condițiilor social-economice, al nivelului cultural general și sanitar) să fie alese întîmplător, cu ocazia grupării, fără o intervenție specială, pornindu-se de la o populație deja omogenă sub anumite aspecte (elevi din clase de același grad, din școli situate în aceleași medii și tipuri de cartiere, muncitori din secții similare sub raportul procesului tehnologic al unei și aceleiași întreprinderi, populație urbană sau rurală asemănătoare ca grad de cultură, zonare geoclimatică, vîrstă, profesiune,

stare de sănătate etc.). În aceste cazuri, diferenţele individuale inevitabile se compensează şi grupurile stabilite pot fi considerate practic omogene [55].

Eşantioanele corelate (grupate), în care elementele fiecărui grup de cercetare corespund cu ale celorlalte grupuri (număr egal de subiecţi, repartiţia proporţională a acestora privind sexul, nivelul cultural etc.), se folosesc ca sisteme de selecţie în unele experimente. Eşantioanele corelate – cu toate că au un grad mai mare de echivalenţă, fiind perfect comparabile – necesită modificarea condiţiilor naturale prin crearea unor eşantioane experimentale speciale. Astfel, de exemplu, pentru crearea unor eşantioane corelate de elevi, este necesară extragerea unui număr egal de subiecţi similari (sub raportul sexului, gradului de pregătire şcolară, randamentului la învăţătură, apartenenţei social-economice, stării de sănătate, dezvoltării psihofizice) din diferite clase sau şcoli. O astfel de intervenţie artificializează experimentul, perturbă procesul instructiv-educativ general, precum şi pe cel de influenţare de educaţie pentru sănătate [55].

Mărimea eşantionului constituie un aspect esenţial al eşantionării. În general, se consideră că, cu cît eşantionul este mai mare, cu atît datele vor suferi mai puţin de distorsiune. Cu toate acestea, deşi teoretic creşterea eşantionului măreşte precizia rezultatelor, în practica cercetărilor privind educaţia pentru sănătate s-a constatat fenomenul repetabilităţii, faptul că peste un anumit număr de subiecţi ai aceluiaşi eşantion nu mai apar elemente noi, ci repetări ale datelor culese, ceea ce nu mai aduce informaţie în plus.

Literatura oferă diferite formule pentru stabilirea mărimii eşantionului. În cercetările asupra educaţiei pentru sănătate, în general, se aplică principiul ca fracţia de eşantionare să se situeze în jurul valorii 1/100 pentru fiecare grup sau strat (în cazul investigaţiilor extensive). În cercetările experimentale, acest principiu nu se mai aplică, din considerente că, în condiţiile unor eşantioane independente, paralele, datele obţinute pot fi extinse ca valabile pe colectivităţi similare [55].

De obicei, scopul cercetării, intenţia cercetătorului, modul în care urmează a se analiza rezultatele decid în ultimă instanţă mărimea eşantionului. Totuşi, un număr insuficient de subiecţi (cazuri) poate să inducă în eroare cercetătorii, rezultatele fiind mai mult sau mai puţin îndepărtate de situaţia reală. De aceea, alegerea unui număr optim de cazuri este importantă sub aspectul eliminării sau reducerii erorilor [55, 60].

În continuare, sînt prezentate două formule de calculare a mărimii eşantionului [55]:

a) Pentru situaţiile în care trăsătura studiată este alternativă (posibilităţile sînt *da* sau *nu*, ştie sau nu ştie care sînt regulile de igienă într-o anumită problemă de sănătate, aplică sau nu aplică aceste reguli) se poate folosi formula:

$$n = \frac{t^2 p \times q}{\Delta x^2 \frac{t^2 p \times q}{N}}, \qquad (1.1)$$

în care: p = probabilitatea de aplicare
q = contraprobabilitatea
t = factorul de probabilitate
x = eroarea-limită de probabilitate
n = volumul eșantionului reprezentativ
N = volumul colectivității generale.

Presupunem că dorim să extragem un eșantion reprezentativ dintr-o colectivitate generală de 4.000 de persoane, cu o precizie (probabilitate) de 95% și cu o eroare-limită de 0,1.

Probabilității de 95% îi corespunde o valoare $t = 1,96$;
$N = 4.000$
$x = 0,1$
$t = 1,96$
$p = q = 0,5$ (adică probabilitatea de apariție a fenomenului este egală cu contraprobabilitatea).

Înlocuind în formula 1.1, se obține:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.25}{0.1^2 \frac{1.96^2 \times 0.25}{4000}} = 96$$

Rezultatul (96) reprezintă numărul necesar de subiecți, pentru ca eșantionul extras dintr-o colectivitate de 4000 persoane să fie reprezentativ.

b) Formula propusă de Taro Yamane în sondaje pentru proporții și procente este mai simplă:

$$n = \frac{N}{1 + e^2 \times N}, \qquad (2.1)$$

în care: n = eșantionul reprezentativ
N = volumul colectivității generale
E = eroarea de reprezentativitate.

Eroarea de reprezentativitate se stabilește de către cercetător între 5% și 10% (0,05—0,1), ceea ce înseamnă o probabilitate de 95%, respectiv 90%.

Spre exemplu, dintr-o colectivitate generală de 1.000 de persoane se alege un eșantion cu o eroare de 0,1. Înlocuind în formula 2.1, se obține un eșantion de 91 de persoane:

$$n = \frac{1000}{1 + 0,01 \times 1000} = \frac{1000}{1 + 10} = \frac{1000}{11} = 91.$$

1.8.3. *Tehnici investigative*

În cercetare se practică următoarele tehnici investigative [55]:
- Pentru determinarea cunoştinţelor şi atitudinilor;
- Pentru determinarea opiniilor şi intereselor;
- Pentru determinarea comportamentului.

Pentru determinarea cunoştinţelor şi atitudinilor se aplică:
- chestionarele şi testele;
- interviul.

a) **Chestionarele** şi **testele** cu o completare individuală în scris sînt cele mai frecvent folosite în practica cercetărilor din domeniul educaţiei pentru sănătate.

Testele şi chestionarele „creion–hîrtie" ocupă un loc esenţial în evaluarea nivelului de cultură sanitară şi constituie un instrument preţios de stabilire a eficienţei educaţiei pentru sănătate, în special în colectivităţile de copii şi tineri (şcoli, universităţi, cămine etc.), în care există condiţii optime pentru folosirea acestor instrumente de investigare.

Elevii obişnuiţi cu sistemul răspunsurilor în scris la întrebări (lucrări scrise, lucrări de control etc.) integrează solicitarea pentru completarea unor chestionare de anchetă în sarcinile curente ce le revin la şcoală. În plus, rapiditatea culegerii unor date pe un număr mare de subiecţi şi eliminarea riscului erorilor de anchetă şi înregistrare (datorită variabilităţii individuale în funcţie de persoana anchetatorului, care generează posibilităţi de distorsiune în cazul interviurilor), asigură operativitatea şi validitatea anchetelor [55].

Chestionarele şi testele cu o completare individuală în scris se pot aplica şi în colectivităţi de adulţi (muncitori în întreprinderi, în cămine etc.), numai că în practică, pentru investigaţiile la adulţi, se aplică, de preferinţă, sistemul interviurilor pe bază de chestionare.

Pentru a avea o valoare operaţională şi pentru a constitui instrumente utile în vederea planificării şi evaluării educaţiei pentru sănătate, chestionarele şi testele de educaţie pentru sănătate trebuie să se refere numai la cunoştinţe considerate indispensabile, fie pentru cultura generală, fie pentru adaptarea la viaţă.

Chestionarele de cunoştinţe pot fi cu întrebări deschise sau cu răspunsuri preformate [55].

Chestionarele cu întrebări deschise permit subiectului o mai mare libertate de exprimare, dar despuierea şi tabelarea sînt complicate, fiind necesară stabilirea unor calificative de codificare.

Chestionarele cu răspunsuri preformate sînt uşor de înregistrat statistic şi au avantajul colectării unor răspunsuri concise, dar prezintă riscul de a pierde nuanţele, pot sugera subiectului alegerea răspunsului la întîmplare sau o includere forţată a unor răspunsuri ale subiecţilor inexistente în chestionar, în cadrul răspunsurilor existente.

În practica cercetărilor de educație pentru sănătate, se folosesc cel mai frecvent întrebările cu răspunsuri preformate sau precodificate, numite și *întrebări cu răspunsuri de alegere multiplă*. Acestea sînt considerate de specialiști ca fiind cu atît mai puțin vulnerabile la „ghicitul" răspunsului, cu cît includ mai multe posibilități de alegere, ceea ce presupune discriminare și judecată din partea elevului, stimulîndu-i gîndirea logică [55].

De obicei, se folosesc întrebări cu 3 pînă la 5 răspunsuri preformate, dintre care unul este corect. Nu se recomandă a introduce răspunsuri evident incorecte, deoarece acestea slăbesc testul, reducînd numărul de răspunsuri posibile. Elevul trebuie să fie pus în situația de a alege și răspunsuri eronate, întrebările cu răspunsuri prea simple conducînd totdeauna la alegerea răspunsului corect. O întrebare cu răspunsuri preformate prea grele provoacă, în schimb, neînțelegerea și alegerea aleatorie a unuia dintre răspunsurile existente. De asemenea, este necesar ca răspunsurile preformate să aibă un caracter exhaustiv și să se excludă reciproc.

Cîmpul de folosire a chestionarelor cu multiple posibilități de alegere este deci destul de redus, mai ales că, adeseori, răspunsurile preformate pot avea rolul de *aide-memoire,* sugerînd alegerea răspunsului corect. Unii autori recomandă ca posibilitățile de răspuns să conțină la urmă indicația „altele" (pentru completare liberă de către subiecți), ceea ce permite obținerea și a altor răspunsuri decît cele preformate. Se menționează, totuși, că o proporție crescută de răspunsuri înregistrate la rubrica „altele" denotă o construire incorectă a răspunsurilor precodificate. Alți autori introduc în chestionare așanumitele *întrebări închise*, de tip dihotomic, de genul „*Da*", „*Nu*", avînd, de obicei, caracter factual [55].

De asemenea, se impune lărgirea gamei posibilităților de răspuns prin includerea, la fiecare întrebare, a formulării „*Nu știu, nu am nicio părere*", în vederea evitării includerii forțate de către subiecți a lipsei sale de cunoștințe în cadrul unui răspuns preformat, ales la întîmplare.

Așadar, întrebările de alegere multiplă, precodificate, deși oferă avantaje sub raportul prelucrării statistice, nu pot fi utilizate în exclusivitate pentru stabilirea cunoștințelor în probleme de sănătate. Ele sînt adecvate pentru a investiga opinii, atitudini, dorințe sau fapte, dar sînt mai puțin utile pentru a înregistra gradul de însușire a cunoștințelor, gîndirea științifică a elevilor privind noțiunile și problemele de sănătate.

Ca urmare, se recomandă folosirea ***chestionarelor combinate*** care, în funcție de natura și conținutul problemelor anchetate, pot cuprinde întrebări deschise, închise și precodificate. De exemplu [55]:

- Crezi că tuberculoza: este o boală care se moștenește; este o boală contagioasă datorită microbilor; este o boală care se datorește frigului și răcelii; nu știu.

- Crezi că antibioticele: vindecă orice boală; vindecă numai anumite boli; nu ştiu.

- Crezi că băuturile alcoolice: constituie un stimulent al poftei de mîncare; previn apariţia unor boli; constituie un remediu în unele boli; sînt dăunătoare sănătăţii; sînt necesare în creşterea randamentului în muncă; nu au niciun efect asupra organismului; nu ştiu.

- Crezi că fumatul: este dăunător sănătăţii; uneori este necesar (cînd eşti obosit, cînd munceşti mult, după masă etc.); nu are nicio influenţă, nici bună, nici rea; nu ştiu.

Iată şi cîteva întrebări deschise:

– *De ce crezi că se face control periodic populaţiei prin examen radiofotografic?*

– *De ce crezi că se recomandă spălarea pe dinţi?*

– *Ce este hemoragia?*

– *Care este primul ajutor elementar în caz de hemoragie?*

Pentru determinarea atitudinilor, cercetările de educaţie pentru sănătate utilizează îndeosebi *teste de completare* şi *teste asociative* [55].

Testele de completare conţin fragmente de frază la persoana I cu rol de stimul pentru reactualizarea cunoştinţelor. Ele permit estimarea unor atitudini în probleme de sănătate, precum şi a gradului de înţelegere de către subiecţi a unui proces, reprezentînd astfel un mijloc de apreciere a modului de a gîndi şi a judeca în domeniul sănătăţii (de ex., *„Dacă aş avea gripă ...”*).

Testele de acest gen urmăresc determinarea atitudinilor subiecţilor în funcţie de conţinutul igienic, sanogenetic al frazelor/propoziţiilor formate de elevi pe baza fragmentelor de fraze-stimul. În măsura în care elevii au atitudini igienice corecte, fragmentele de fraze le dau posibilitatea reactualizării, prin asociaţie, a cunoştinţelor şi experienţei anterioare, completînd frazele cu noţiunile corespunzătoare; în cazul lipsei unor atitudini corecte, formulările subiecţilor pot reflecta ignoranţa lor sau păreri greşite [55].

Testele asociative, aplicate pe colectivităţi de elevi, se bazează pe considerentul că fiecare individ are deja elaborate anterior anumite sisteme de legături temporale, în funcţie de volumul experienţei trecute, legături care pot fi reactualizate printr-un stimul verbal. În acest scop, se dau subiecţilor o serie de cuvinte-stimul cu implicaţii igienice (ca, de pildă, cele dintr-un test asociativ aplicat pe elevi ai claselor a III-a, şi anume: *mîini, dinţi, fructe, muscă, microbi, vaccinare, unghii, apă, recreaţie, bolnav*), solicitîndu-le să alcătuiască în scris propoziţii conţinînd aceste cuvinte. Complexele asociative elaborate de subiecţi pentru fiecare dintre cuvintele-stimuli pot fi apreciate ca reprezentînd cunoştinţele, concepţiile şi atitudinile acestora în problemele de sănătate, determinînd gradul în care diferiţii stimuli verbali au o semnificaţie igienică, sanogenetică.

Una dintre cerințele științifice ale cercetărilor moderne, de tip medico-social și educațional constă în folosirea unor tehnici cît mai variate, care să stabilească feluritele aspecte ale fenomenului studiat, folosirea unei așa-numite „baterii" de instrumente investigative. Aceasta deoarece rezultatele unui test nu au o semnificație veritabilă decît dacă se integrează într-un ansamblu de observații și reflecții.

Testele și chestionarele descrise fac parte din categoria acelora denumite *obiective*, *colective*, *nestandardizate*, cu timp nelimitat, recomandate pentru estimarea profunzimii cunoștințelor și atitudinilor. Pentru a obține – în aceleași condiții și în același timp – o măsurătoare pentru toți subiecții, ele se aplică în colectiv (clasă, internate etc.), urmînd a fi completate individual de către subiecți sub supraveghere.

Acest gen de chestionare și teste nu au o varietate limitativă, dezvoltarea cercetărilor medico-sociale și inițiativa creatoare putînd îmbogăți necontenit arsenalul investigațional. Astfel, pentru anumite situații se recomandă testele proiective prin adaptarea unor tehnici TAT (testul tematic aperceptiv). În acest sens, de exemplu, pentru cercetarea privind rolul educației pentru sănătate în promovarea sănătății mintale a preșcolarului în familie, în vederea relevării unor motivații interne, a unor aspecte de ordin afectiv mai dificil de pus în evidență prin alte metode, poate fi aplicat un test cu imagini inspirate din tehnica TAT, conținînd situații educaționale diverse, pe care subiecții trebuie să le aprecieze prin prisma propriei experiențe [55].

b) **Interviul**. O metodă frecvent folosită pentru măsurarea unor atribute sau variabile ale diverselor grupe de populație este cea a anchetei prin sondaj, efectuate, de obicei, sub forma interviului, care, deși prezintă cîteodată surse de eroare și distorsiune datorită particularităților individuale ale anchetatorului, este considerat cel mai potrivit procedeu de anchetă în rîndurile populației [55].

Interviurile sînt folosite și în cercetările de educație pentru sănătate, în cadrul anchetelor de teren, făcute pe eșantioane de populație adultă. Interviul constă, în esență, din discuții între anchetator și subiect și poate fi de două feluri: *formal* și *neformal*.

Interviul formal, numit și ***structurat***, ***inflexibil***, ***standardizat***, ***controlat*** sau ***direcționat***, se efectuează prin formularea de către anchetator a unor întrebări prestabilite, în ordinea înscrisă într-un chestionar, și înregistrarea răspunsurilor subiectului la chestionarul respectiv fie ca atare, fie prin încadrarea într-un cod.

Interviul neformal, numit și ***nestructurat***, ***flexibil***, ***nondirectiv*** sau ***nedirecționat***, constă dintr-o discuție liberă între anchetator și subiect, ultimul fiind stimulat să vorbească despre problema supusă discuției, fără ca anchetatorul să direcționeze discuția, pe baza unor întrebări prestabilite, și fără ca răspunsurile să fie înregistrate în vreun chestionar [55].

Interviul focalizat sau ***concentric*** este folosit îndeosebi pentru a se studia efectele psihologice şi sociale ale informaţiilor destinate unui public larg pe calea mass-mediei. Acest tip de interviu se caracterizează prin faptul că toţi subiecţii cărora se adresează au fost puşi ori s-au aflat în aceeaşi situaţie concretă (au mai fost supuşi cu toţii influenţei aceluiaşi mijloc de informare: acelaşi film, acelaşi program TV etc.). Discuţia are caracterul unui interviu neformal, nedirijat, anchetatorul avînd sarcina de a „focaliza" atenţia subiecţilor asupra problemei în discuţie, lăsînd acestora libertatea de a-şi expune părerile. În acest scop, se pun întrebări de genul: *Ce părere aveţi despre ... ? Ce impresie v-a făcut ... ?* Interviul focalizat are, aşadar, rolul de a stabili reacţiile, părerile, eficienţa informativă a unui anumit mijloc audiovizual, a unei campanii radiofonice, televizate etc. [55].

În scopul asigurării eficienţei investigaţiei, desfăşurarea interviurilor şi conduita anchetatorului impun respectarea unei serii de norme [55]. Dintre acestea, sinceritatea subiectului, dispoziţia sa de a accepta o intervenţie externă asupra propriei gîndiri şi opinii sînt frecvent abordate în literatură. Nu totdeauna cei în cauză sînt abordabili pentru etalarea în faţa cercetătorului a ceea ce ştiu şi ce cred, a ceea ce nu ştiu sau a ceea ce comportă dubii. Apar frecvent cazuri în care subiecţii dau răspunsuri corecte privind unele măsuri de profilaxie, fără însă a fi convinşi de utilitatea acestora. De aceea, se impune ca în tehnica anchetării investigatorul să dea dovadă de mult discernămînt, pentru a aprecia răspunsurile subiecţilor la justa lor valoare, să creeze un climat propice discuţiilor, pentru evitarea oricăror jene şi reticenţe ale subiectului, să găsească tonul optim şi să reuşească a antrena subiectul în discuţii, să-l convingă asupra faptului că ancheta nu are nicio înrîurire sau repercusiune asupra persoanei lui sub raport profesional, social, familial etc.

Aşadar, calificarea tehnică a celui care conduce ancheta reprezintă un factor de bază în asigurarea succesului, asemenea anchete neputînd fi efectuate fără o pregătire prealabilă tehnică şi documentară. Tehnica anchetelor presupune meticulozitate din partea investigatorului, crearea unei ambianţe propice discuţiilor, pentru ca cel ce răspunde să fie cît mai sincer şi dispus să-şi expună părerile. Trebuie evitată atmosfera rigidă, care inhibă subiectul sau modifică conţinutul răspunsurilor. Eficienţa interviului este asigurată prin eliminarea reţinerilor din partea subiectului, cointeresarea acestuia, precum şi prin convingerea lui că discuţia are drept scop îmbunătăţirea stării sale de sănătate [55].

Alegerea locului şi a condiţiilor în care are loc investigaţia este, de asemenea, deosebit de importantă pentru reuşită. Discuţia trebuie să se poarte în doi, şi nu în prezenţa altor persoane, subiectul să fie interogat în perioada cînd are timp la dispoziţie şi nu este grăbit, iar cel care chestionează, la rîndul său, să nu dea semne de nerăbdare şi să nu manifeste uimire, enervare ori ironiza-

re în fața răspunsurilor și părerilor considerate greșite. În acest sens, se pune problema evitării sub orice formă a influențării răspunsurilor, impunîndu-se obiectivitate, o atitudine adecvată față de răspunsul subiectului, de încurajare și stimulare a lui pentru a răspunde și, totodată, mult tact, delicatețe și sensibilitate.

Începutul, intrarea în problemă este adesea momentul cel mai greu, anchetatorul trebuind să se prezinte, să precizeze din capul locului cine este, precum și scopul interviului. O serie de întrebări introductive, formulate adecvat, cu tact, pot deschide cîmp larg discuțiilor, iar cele vagi, neclare, pot deruta subiectul, acesta neînțelegînd despre ce este vorba, ce scop se urmărește.

Cercetările în educația pentru sănătate folosesc preponderent interviul direcționat, pe bază de chestionare. Chestionarele pentru interviuri, precum și cele cu completare în scris, conțin aceleași tipuri de întrebări (deschise, precodificate, închise sau dihotomice) [55].

Iată un exemplu: *Cum putem preveni apariția bolilor de inimă? regim rațional de muncă și odihnă; călirea organismului; alimentația rațională; respectarea cerințelor de igienă a muncii; evitarea suprasolicitărilor; evitarea traumelor psihice și a enervărilor; control periodic; altele...* (Investigatorul subliniază acele răspunsuri din chestionar la care se referă subiectul în cadrul interviului).

Chestionarele pentru interviuri pot cuprinde și *întrebări-filtru*, care au rolul de a stabili, înainte de discutarea în detaliu a unei probleme, dacă subiectul este în situația de a se referi la aceasta, întrebările care urmează sînt în funcție de răspunsul la întrebarea de selecție, *filtru* [55].

De exemplu: *Credeți că problemele sexuale trebuie discutate cu copiii? Da (1), Indecizie (2), Nu știu (3), Nu (4).*

Dacă 1: *La ce vîrstă? (a); Ce anume trebuie discutat la această vîrstă? (b).*

Dacă 4: *De ce?*

1.8.3.1. *Tehnici investigative pentru determinarea opiniilor și intereselor*

a) **Testele cu afirmații „adevărat/fals"** sînt cele mai uzuale teste pentru depistarea opiniei, a părerilor greșite și a prejudecăților în probleme de sănătate [55].

Aceste teste conțin, de regulă, formulări factuale, de opinie, care solicită subiectului să afirme dacă subscrie sau nu subscrie la respectiva formulare, stabilindu-se astfel proporția celor care aderă la prejudecăți și păreri greșite. Unele teste conțin și o scală de intensitate a gradului de aderare, de subscriere la respectivele formulări. Se consideră că testele cu afirmații „adevărat/fals" sînt utile decelării unei componente a culturii sanitare – a opiniei, cu condiția

includerii în chestionar, în afara formulărilor corecte, a celor incorecte cu pondere marcată în rîndul prejudecăților existente în colectivitatea respectivă. În caz contrar, prin introducerea unor păreri greșite, construite arbitrar, se ivește riscul arătat mai înainte – alegerea la întîmplare, „pe ghicite", a răspunsurilor [55].

Iată cîteva dintre afirmațiile testului: *toate bolile sînt datorate microbilor; tuberculoza este o boală contagioasă; muștele pot transmite multe boli; tuberculoza se moștenește; toți microbii pot provoca maladii; băuturile alcoolice au un rol preventiv și chiar tămăduitor în unele boli; antibioticele pot vindeca toate bolile; băuturile alcoolice fac să dispară oboseala și să crească randamentul în muncă* [55].

Subiecții au sarcina de a-și preciza părerea privind corectitudinea sau falsitatea afirmațiilor prin notarea (cu semnul *x*) în dreptul fiecărei afirmații la rubrica „*Consider că e corect*" sau la cea „*Consider că este greșit*". Testul conține și o a treia rubrică – „*N-am nicio părere, nu știu*".

b) **Interviul cu întrebări de opinie**. Ancheta de opinie prin interviu direcționat pe bază de chestionar conține întrebări cu scalarea intensității aderării la o părere, la o situație, de obicei de natură factuală.

De exemplu: *Considerați că sînteți pregătit să faceți educația sexuală a copiilor și să discutați cu ei probleme sexuale? Da, categoric (1)* — (acord puternic). *Da, oarecum (2)* — (acord). *Incertitudine (3)* — (indecizie). *Nu știu (4)* — (ignorare). *Nu cred (5)* — (dezaprobare). *Nu, categoric (6)* — (dezaprobare totală).

Sau: *Considerați necesară educația sexuală a școlarului mic? Foarte necesară (1). Necesară (2). Indiferent (3). Nu știu (4). Nu cred că este necesară (5). Nu este necesară (6).*

Alcătuirea testelor și chestionarelor ridică problema validității și fidelității, considerînd un test valid atunci cînd acesta reușește să măsoare ceea ce și-a propus să măsoare, mai precis, să fie ceea ce își propune să fie, adică datele obținute prin testări individuale să reprezinte caracteristica fenomenului studiat. Prin „fidelitate" se înțelege consecvența unui test, adică să se obțină aceleași rezultate prin repetarea aplicării testului în condiții similare și constante.

În testele și chestionarele de educație pentru sănătate pot fi respectate unele cerințe de validitate și fidelitate, care reprezintă, de fapt, condițiile de întocmire corectă a unui chestionar: numărul, structura și complexitatea întrebărilor; ușurința aplicării; alcătuirea întrebărilor din punct de vedere tematic și al formulării, în funcție de vîrsta și profesiunea subiecților; combinarea întrebărilor deschise cu cele precodificate; formatul, hîrtia și literele chestionarului [55].

c) **Chestionarele de interese**. Se cunosc și se aplică două tipuri de asemenea chestionare [55]:

- *cu indicarea problemelor*, conținînd o listă cu diverse probleme de sănătate, subiectului revenindu-i sarcina de a sublinia sau de a indica prin alt procedeu (încercuirea numărului de ordine, notarea printr-un semn etc.) problema care-l interesează;
- *cu formularea unei solicitări*, urmînd ca subiectul să indice în scris problemele de interes major pentru el.

Tipul I prezintă dezavantajul că sugerează subiecților problemele, aceștia putînd indica la întîmplare pe cele care nu au fost prezente pînă atunci în sfera intereselor de cunoaștere, care nu au constituit a preocupare anterioară. Tipul al II-lea solicită subiectului să indice problemele ce-l interesează. Adesea însă, subiectul nu are prezente în memorie diferitele chestiuni referitoare la sănătate și boală, care au constituit eventuale interese anterioare sau chiar actuale. Tocmai acest aspect ar putea asigura obiectivitatea colectării datelor privind interesul, deoarece subiecții vor indica preocupările majore, nu cele întîmplătoare, acele interese în probleme de sănătate care s-au fixat în cîmpul preocupărilor cognitive.

Se mai cunosc așa-numitele *chestionare de stabilire a intensității interesului*. De exemplu: *Ce te interesează mai mult în următoarele domenii de sănătate?*, după care se enumera problemele, iar pentru fiecare dintre ele se cere subiecților să indice intensitatea interesului în dreptul unor coloane cu mențiunea: *interes prim*, *interes secund*, *interes terț*, *fără interes*, sau: *interesant*, *neinteresant*, *indiferent*, sau: *interes puternic*, *interes slab*, *lipsă de interes* [55].

1.8.3.2. *Tehnici investigative pentru determinarea comportamentului*

În general, comportamentul este investigat în cercetările de psihologie socială și de antropologie culturală prin metoda observației [55].

a) **Observația** poate fi *nesistematică*, *nestructurală*, *întîmplătoare* sau *participativă* [55].

Observația participativă este principala cale de acumulare a datelor în cercetarea fenomenelor sociale, dar o astfel de procedură este adesea greu de realizat. Integrarea perfectă a investigatorului în grupa socială supusă observației nu este complet posibilă, fie din cauza grupei însăși, care remarcă cu ușurință apariția unei persoane străine, fapt ce trezește suspiciune și reținere, fie din cauza investigatorului, care uneori începe să se identifice cu grupa și își pierde capacitatea de a efectua cercetări obiective. Dar mai totdeauna greutatea constă în bugetul de timp foarte crescut, necesar aplicării unei astfel de proceduri, ceea ce influențează asupra desfășurării cercetării.

Observația are, așadar, un cîmp de cuprindere destul de redus, fiind aplicabilă, cu precădere, pentru stabilirea comportamentului igienic la locul de

muncă. De exemplu, prin metoda observației se pot stabili indicatori de comportare igienică privind: respectarea măsurilor de igienă și protecție de către muncitori la locul de producție; modul în care elevii își petrec recreația, cum aplică regulile de igienă a mîinilor înainte de a-și lua gustarea la școală, dacă o transportă și o consumă igienic etc. Dar nu putem stabili comportarea igienică a unor grupe de populație la domiciliu sau în timpul liber privind, de exemplu, respectarea regulilor de igienă individuală, de odihnă, de alimentație rațională, decît prin propriile declarații sau prin declarațiile unor membri ai familiei (părinți, rude etc.).

Ca urmare, abordarea observațională este cu totul nepotrivită, iar date despre „frecvența" comportamentului pot fi obținute cu mare greutate prin observație. Numai observația participativă, utilizată prin integrarea cercetătorilor în cadrul comunității studiate (trăind și muncind la un loc) poate furniza date obiective.

În cercetările asupra educației pentru sănătate, observația poate fi *descriptivă*, *experimentală*, *comparativă* sau *documentară*, în funcție de natura problemei investigate.

De exemplu: observația descriptivă, cînd se descriu condițiile igienice ale unei locuințe care a format obiectul anchetei, trăgîndu-se concluzii asupra comportamentului igienic al familiei respective; observația experimentală, cînd subiecții se pun în condiții de laborator; observația comparativă, cînd se analizează pe grupuri comparabile, dar cu atribute diferite, variate aspecte comportamentale; observația documentară, rezultată din studii de materiale, date, documente, fapte relatate etc.

Observația comportamentului este însă relativ limitată în practica cercetărilor de educație pentru sănătate, cele mai multe aspecte de conduită fiind de-a dreptul neobservabile. De aceea, în mod curent se utilizează chestionarele comportamentale fie cu întrebări deschise, fie cu răspunsuri preformate. Dar și față de aplicarea acestora sînt exprimate unele rezerve. Cunoștințele igienice sînt adesea mult mai bune decît comportamentul respectiv. Aplicarea unor chestionare comportamentale poate determina subiecții să indice măsurile, regulile igienice corecte, chiar dacă în realitate nu le pun în aplicare.

Aceste rezerve sînt justificate la adolescenți și îndeosebi la adulți. Școlarilor mici și mijlocii, însă, li se pot aplica chestionare comportamentale, deoarece specificul vîrstei îi determină să fie mai sinceri, să spună ceea ce fac în realitate. La aceștia nu apare încă aspectul dorinței de perfecțiune a adolescentului, care tinde să-și asume calități pe care nu le are, care dorește să fie apreciat și să corespundă cerințelor, ceea ce îl determină uneori să inducă în eroare și să fie precaut în etalarea comportării sale, încoronînd-o uneori cu unele calități pozitive imaginare.

Într-o cercetare a nivelului cultural-sanitar al elevilor din țara noastră, a fost utilizat un tip de chestionar de alegere multiplă, prezentînd diferite situ-

ații comportamentale din domeniul sănătății, fiecare întrebare avînd înscrise mai multe răspunsuri preformate, reprezentînd alternative exhaustive și care se excludeau reciproc. Alternativele situațiilor comportamentale, urmărind să epuizeze posibilitățile subiecților, conțineau un răspuns corect, plasat la întîmplare în ceea ce privește ordinea printre răspunsurile incorecte. Subiecții erau rugați să sublinieze, pentru fiecare situație comportamentală, o singură alternativă care să reprezinte ceea ce fac de obicei, respectiv obișnuințele lor în problemele de sănătate. Conținutul chestionarului s-a referit la cîteva din principalele aspecte ale comportamentului igienic al școlarului, care puteau fi încadrate într-o serie de alternative, exprimate prin răspunsuri preformate, ilustrînd obișnuințele corecte și cele incorecte. De exemplu: *Îmi pregătesc lecțiile acasă de îndată ce vin de la școală; de obicei seara; la ore special destinate, în cursul zilei; la ore diferite, întîmplător, în cursul zilei. Seara obișnuiesc să mă culc: totdeauna la aceeași oră; uneori mă culc mai devreme, alteori, cînd sînt ocupat, mă culc tîrziu.*

Observațiile factuale. Aspectele comportamentale observabile se pot stabili indirect prin interviuri direcționale, concomitent cu observații factuale directe aplicate pe aceleași obiective la care se referă întrebările factuale ale interviului.

De exemplu, într-o investigație privind folosirea obiectelor de igienă bucodentară, interviul direcțional poate conține întrebări factuale de genul: *În familia Dvs. fiecare membru are periuță de dinți individuală ? Da — Nu — Unii da, alții nu.*

Indicațiile chestionarului solicită investigatorilor să verifice corespondența acestor declarații de fapt și, totodată, să califice starea periuțelor (*bună – mediocră – rea – unele bune, altele nu*).

Tot astfel, într-o cercetare privind, de exemplu, aprovizionarea cu apă potabilă, igiena locuinței sau igiena alimentului în mediul rural, interviul direcțional poate conține întrebări factuale, după cum urmează:

- În familia Dvs. luați măsuri pentru asigurarea unei ape de calitate? Da. Indecizie. Nu știu. Nu.

- Întrețineți fîntîna în condiții igienice? Da. Indecizie. Nu știu. Nu.

- Păstrați apa în mod igienic? Da. Indecizie. Nu știu. Nu.

- În locuința Dvs. luați măsuri de întreținere igienică a diferitelor încăperi? Da. Indecizie. Nu știu. Nu.

- Păstrați alimentele în condiții de igienă? Da. Indecizie. Nu știu. Nu.

Și în aceste cazuri, anchetatorii trebuie să verifice și să analizeze comparativ declarațiile cu situația de fapt, ceea ce oferă posibilitatea de a stabili măsura în care subiecții sînt conștienți de carențele igienice respective și de a aprofunda aspectele motivaționale care generează aceste carențe [55].

Observații factuale directe se pot aplica îndeosebi în școli, internate, tabere și în orice alte colective de elevi (pentru testarea comportamentului în probleme

privind igiena individuală şi cea colectivă, regimul raţional de învăţătură, odihna activă etc.), în industrie, pe şantierele de construcţii sau în muncile agricole specializate, la locul de muncă sau la grupul sanitar (privind folosirea corectă şi completă a echipamentului de protecţie de către muncitori, respectarea regulilor de igienă corporală – duş – şi vestimentară – schimbarea hainelor de protecţie cu haine de stradă la terminarea lucrului). Observaţia trebuie efectuată astfel încît să nu influenţeze subiectul, iar fenomenele observate să se poată repeta în condiţii naturale. Aceasta presupune să fie urmărit ceea ce se repetă în comportarea subiectului, nu fapte sau atitudini izolate ori întîmplătoare.

Observaţiile factuale directe se pot aplica şi pentru testarea condiţiilor de igienă personală, igiena mediului, întreţinerea locuinţei şi a gospodăriei, păstrarea alimentului etc., care pot servi pentru aprecierea indirectă a comportamentului subiecţilor. Atare observaţii se efectuează în cadrul unor controale sanitare şi se aplică în special la elevi, dar pot fi utilizate şi la tineri, şi la adulţi.

Aşadar, în cercetările privind educaţia pentru sănătate, observaţiile factuale directe, denumite şi *observaţii pe teren* (*field study*), urmăresc stabilirea unor aspecte comportamentale observabile sub raport igienic ale unor grupe de populaţie, în condiţiile lor naturale de muncă şi de viaţă. Dar, aşa cum s-a precizat anterior, prin specificul lor, unele aspecte ale comportamentului igienic presupun prezenţa cercetătorului pentru un timp mai îndelungat în colectivitatea de studiat, integrarea sa în viaţa cotidiană a acesteia şi chiar pătrunderea în intimitatea vieţii de familie a subiecţilor, ceea ce practic este greu de realizat. Utilizarea metodei observaţiei pentru determinarea comportamentului subiecţilor în aceste probleme, deci „imixtiunea" cercetătorului în viaţa intimă poate determina modificări comportamentale temporare, cauzate de însăşi prezenţa acestuia. De aceea, se impune ca, în raport cu obiectivele urmărite, în studiile comportamentale privind educaţia pentru sănătate să fie introduse metode şi tehnici cu aplicabilitate practică şi cu eficienţă crescută [55].

b) **Probele chimice, biochimice, bacteriologice, fiziologice, psihologice.** Un mijloc de apreciere a comportamentului igienic al unor grupe profesionale îl constituie determinările de laborator chimice, biochimice, bacteriologice [55].

Într-un studiu efectuat în rîndul muncitorilor fitosanitari, socotind că utilizarea unor astfel de metode poate aduce o contribuţie la obiectivizarea datelor cu privire la nivelul de cultură sanitară al loturilor experimentale, în special la comportamentul subiecţilor în problema profilaxiei intoxicaţiilor cu insectofungicide (în special, parathionul), pe lîngă indicatorii clasici — cunoştinţe şi obişnuinţe —, au fost introduşi ca adjuvanţi unii indicatori chimici şi biochimici, a căror dinamică se află, în cea mai mare parte, sub influenţa directă a nivelului de cultură sanitară al muncitorilor: activitatea cholinesterazică şi gradul de impurificare cu parathion.

Cercetarea a pus în evidență concordanța existentă între nivelul de cultură sanitară al subiecților, gradul de impurificare cu parathion și dinamica activității cholinesterazice.

Corelarea datelor de observație cu datele de laborator, înainte și după aplicarea sistemului experimental de educație pentru sănătate, demonstrează concordanța sus-menționată, interdependența existentă între diferitele valori exprimînd nivelul de cultură sanitară, impurificarea cu parathion și activitatea colinesterazică. Astfel, în pretestare, nivelul de cultură sanitară scăzut, ilustrat printr-o comportare necorespunzătoare la majoritatea subiecților (dintre toate regulile de igienă și protecția muncii urmărite, numai una este aplicată în proporție infimă — 2,8%), îi corespunde o impurificare în proporție de 100% și o inhibare accentuată a activității colinesterazice, majoritatea cazurilor fiind încadrate în zona ***absorbție ușoară*** și în zona ***hipersensibilitate***. Dimpotrivă, nivelului cultural sanitar crescut posttest, ilustrat printr-o comportare corectă în cazul majorității subiecților la toate regulile de igienă și de protecție a muncii urmărite, îi corespunde o impurificare parțială și o activitate colinesterazică, la majoritatea subiecților, în limitele zonei ***normale*** [55].

Datele confirmă, și după aplicarea sistemului experimental de măsuri de educație pentru sănătate, concordanța existentă între comportarea subiecților, gradul de impurificare a acestora cu parathion și dinamica activității colinesterazice.

Cercetările privind educația pentru sănătate pot utiliza și unii ***indicatori psihofiziologici***, aflați în directă interrelație cu comportamentul subiecților [55]. O cercetare referitoare la profilaxia accidentelor în munca agricolă mecanizată a beneficiat de aportul unor asemenea indicatori, folosind în cadrul metodelor de investigație un șir de probe psihologice și fiziologice, pentru determinarea stării de oboseală, considerată adjuvant obiectiv în aprecierea comportării subiecților.

După cum este știut, starea de oboseală nu poate fi identificată cu epuizarea capacității de muncă, ci constituie o scădere a acesteia, care apare ca un fenomen de prevenire a epuizării, înainte ca aceasta să se fi produs. Această reacție de apărare a organismului, instalarea oboselii, invită la repaus, fapt care recuperează deficitul rezultat din diminuarea capacității de muncă. Dacă oboseala nu a atins încă un grad foarte avansat, muncitorul reușește să activeze încă la un nivel superior, depunînd un efort mai mare (efort de compensare). Acest efort suplimentar prelungit are însă ecou pe plan fiziologic, producînd în final dereglări ce pot favoriza sau cauza accidentul de muncă. Rezultă că între comportamentul mecanizatorului agricol, instalarea oboselii și producerea accidentului de muncă există o corelație directă, ceea ce înseamnă că starea de oboseală poate fi un factor obiectiv pentru aprecierea nivelului de cultură sanitară, îndeosebi a comportamentului muncitorilor sub raportul introducerii unui regim rațional de activitate.

Pentru testarea stării de oboseală, pot fi utilizaţi indicatori obiectivi psihologici şi fiziologici – gradul de concentrare a atenţiei, reacţiile de coordonare, reacţiile cardiovasculare şi intensitatea efortului muscular.

Secţiile/cabinetele de educaţie pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă din centrele de sănătate publică municipale, raionale şi din instituţiile medico-sanitare publice municipale, raionale pot întocmi anchete privind această problemă, ale căror rezultate vor fi folosite pentru generalizarea şi întocmirea rapoartelor privind nivelul de cultură sanitară a populaţiei municipiului, raionului, cu referire la măsurile de educaţie pentru sănătate care trebuie aplicate.

De asemenea, pe baza rezultatelor anchetelor se va coordona activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă elaborînd programe, demarînd campanii de educaţie pentru sănătate, evaluînd obiectivele prioritare şi arătînd formele corespunzătoare de abordare a acestora [55].

1.8.4. *Metode de acţiune*

Metodele de acţiune constau din *sensibilizarea populaţiei* şi *penetrarea informaţiei în rîndurile populaţiei* [5, 37, 55].

Sensibilizarea se adresează unor mase largi de populaţie, pe un interval scurt de timp, şi are drept scop sporirea receptivităţii populaţiei asupra unor probleme de sănătate. Substratul acestei acţiuni este informarea şi implică furnizarea de date despre un subiect, fără a se asuma responsabilitatea modului în care oamenii se hotărăsc să folosească această informaţie.

Acţiunile de sensibilizare se pot realiza prin multiple modalităţi: postere, spoturi, conferinţe, sloganuri etc. Acestea au un caracter mobilizator şi reuşesc să creeze, în rîndurile populaţiei, un climat favorabil desfăşurării activităţilor ulterioare.

Tematica acţiunilor de sensibilizare poate să cuprindă o gamă variată de probleme de sănătate publică: afecţiuni sezoniere (viroze), epidemii, recrudescenţa unor boli (tuberculoza, sifilisul) sau apariţia unor afecţiuni necunoscute pînă acum la noi etc. [5, 37, 55].

Penetrarea informaţiei continuă sensibilizarea pe un interval de timp mai lung şi se adresează unei populaţii-ţintă. În acest caz, pe lîngă informare, se are în vedere educarea şi chiar consilierea, pentru a determina populaţia sau individul (după caz) să se comporte într-un anumit fel, deci să-şi modifice stilul de viaţă, luînd deciziile corespunzătoare privind problemele sale prioritare.

De exemplu, într-o comună cu un număr mare de avorturi, în acţiunea de sensibilizare, educatorul sanitar se va adresa întregii populaţii, pe cînd în cea de penetrare a informaţiei se va adresa femeilor fertile, cărora le va prezenta în amănunt mijloacele de contracepţie.

Acțiunile de educație pentru sănătate încep deci cu sensibilizarea publicului și se termină cu penetrarea informației în rîndurile lui.

1.8.5. *Metode de formare a cadrelor*

Cursurile de formare de educatori se adresează atît cadrelor medico-sanitare, cît și altor persoane care vor să desfășoare voluntar o activitate de educație pentru sănătate: cadre didactice, sociologi, psihologi sau alte persoane care au un anumit bagaj de cunoștințe de cultură generală, sau în domeniul respectiv, și care dovedesc aptitudini de predare [5, 37, 55, 60].

Aceste cursuri reprezintă o formă organizată a participării active a populației la rezolvarea propriilor ei probleme de sănătate. Scopul este de a forma educatori de sănătate care, după absolvirea acestor cursuri, să desfășoare o activitate eficientă de promovare a sănătății prin educația pentru sănătate.

Instruirea acestora, care se face de către educatori sanitari, de obicei este axată numai pe o singură problematică (SIDA, educație sexuală, planificare familială etc.). Ei pot fi formați și în cadrul unor asociații, ligi sau al altor organizații neguvernamentale și nonprofit, la care pot adera și sub auspiciile cărora își pot desfășura activitatea ulterior [5, 37, 55].

1.9. Mijloace și forme de educație pentru sănătate

1.9.1. *Mijloace și forme de educație pentru sănătate*

Aceste mijloace și forme urmăresc aprofundarea cunoștințelor populației, înțelegerea fenomenelor pe baza unor motivații științifice absolut necesare pentru formarea unor convingeri și obișnuințe igienice, pentru antrenarea maselor în acțiunile de menținere a sănătății.

Formele și mijloacele de instruire și educația pentru sănătate sînt foarte numeroase și pot fi clasificate în baza mai multor criterii. În mod obișnuit, este utilizată clasificarea în funcție de calea de transmitere, de comunicare a mesajului educațional, criteriu pe baza căruia pot fi împărțite în următoarele categorii [5, 55, 64, 222]:

- Forme auditive (verbale);
- Tipărituri;
- Forme imagistice (vizuale);
- Forme audiovizuale;
- Forme complexe (*figura 1.13*, p. 82) [56].

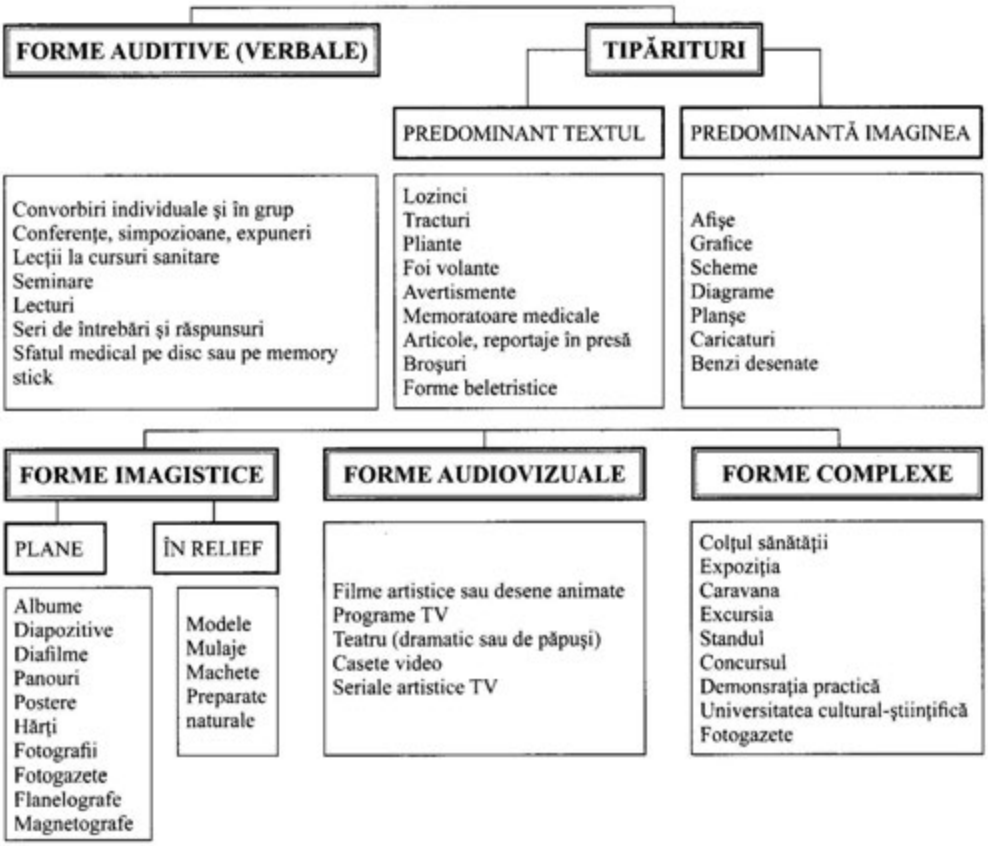

Figura 1.13. *Activitatea educaţională pentru sănătate. Metode şi forme (Duda R., 1996)*

În delimitarea mijloacelor de educaţie pentru sănătate, în considerare cu clasificarea mijloacelor de acţiune educativ-sanitară, literatura de specialitate adoptă variate *criterii* [5, 55, 64, 222] (*figura 1.14*):

- didactic;
- al adresabilităţii;
- al relaţiei emiţător–receptor;
- al căilor de comunicare (transmitere).



Figura 1.14. *Criteriile de clasificare a mijloacelor de educaţie pentru sănătate*

Criteriul didactic delimitează metodica generală și metodici specifice (*figura 1.15*).

„Ansamblul metodelor și mijloacelor de instruire și educare sanitară a populației, caracteristicile generale ale acestora și tehnica de utilizare eficientă a lor constituie ceea ce numim *metodică generală*". Imperativul diferențierii acțiunilor de educație pentru sănătate în probleme de sănătate, sectoare de activitate, medii de muncă și viață – grupe de populație alcătuite pe criterii diverse, a impus „înmănuncherea într-un tot a unor mijloace cu adresabilitate și cu trăsături tehnico-metodologice și de conținut adecvate, constituind, de obicei, sisteme complexe sau metodici specifice de educație pentru sănătate" [55].

Metodica generală și metodicile specifice alcătuiesc metodologia educației pentru sănătate, definită ca „disciplina, știința, arta de a folosi cu competență mijloacele educației pentru sănătate" (*figura 1.15*) [55].

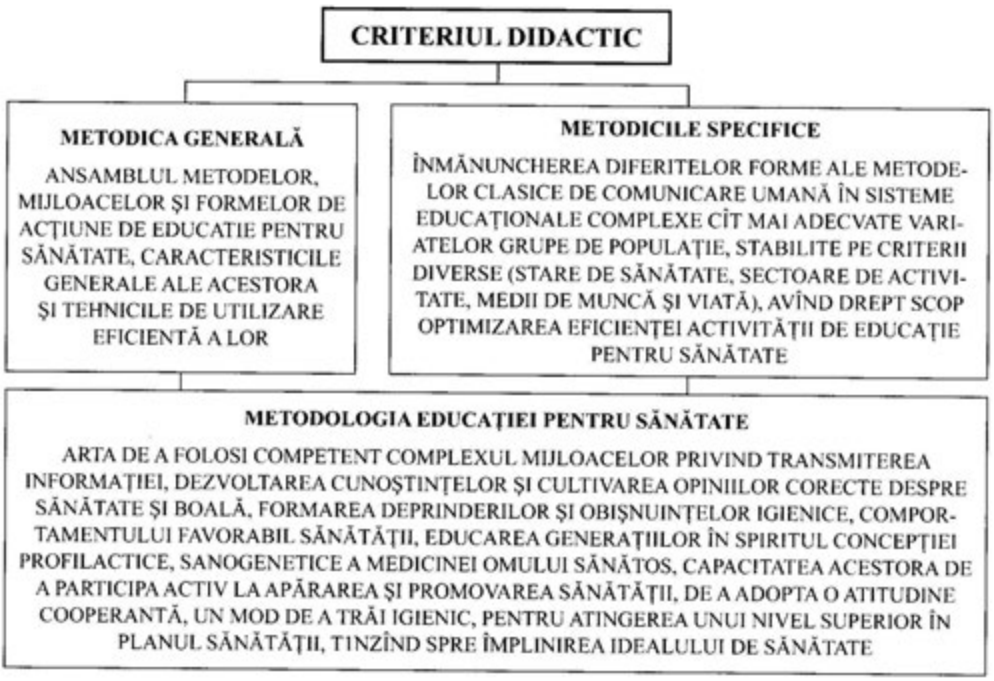

Figura 1.15. *Clasificarea mijloacelor educației pentru sănătate după criteriul didactic*

Criteriul adresabilității delimitează mijloace de educație pentru sănătate în funcție de adresabilitate. Se delimitează mijloace *individuale* (sfatul medical, consilierea, convorbirea medicului cu bolnavul sau cu omul sănătos), mijloace de *grup* (lecția, instructajul, convorbirea în grup, consultația profilactică pe grupuri omogene etc.) și mijloace de *largă informare*, ale comunicației în masă – mass-media (presa, imprimate de mare tiraj, filmul, radioteleemisiunile sanitare etc.) (*tabelul 1.5*, p. 84) [62, 64, 222].

Mijloacele individuale pot fi integrate în actele medicale adresate persoanelor bolnave, dar pot fi aplicate şi ca atare, atît indivizilor bolnavi, cît şi celor sănătoşi. Consilierea privind maladia HIV/SIDA, sfatul genetic sau consultaţia pe care o solicită un individ la un cabinet de planificare familială constituie astfel de mijloace de educaţie [62, 64].

Discuţia în grup este o modalitate de lucru în care educatorul, liderul sau moderatorul dialoghează cu participanţii sau participanţii conversează între ei. Liderul discuţiei îndeplineşte un rol direct în continuitatea şi orientarea acesteia.

Tabelul 1.5

Mijloacele de educaţie pentru sănătate în funcţie de adresabilitate (după Duma O., 1999)

Adresabilitate	Mijloace de educaţie pentru sănătate	
Individuală	• Sfatul medicului • Consilierea • Serviciul de hotline	
În grup	• Convorbirea în grup • Lecţia • Instructajul	
	Cu un grup omogen în raport cu pregătirea generală	• Elevi • Muncitori • Militari
	Cu un grup omogen în raport cu interesul faţă de subiect	• Bolnavi • Gravide • Mame
De largă informare	• Conferinţa • Filmul • Emisiune de radioteleviziune • Tipăriturile	

Pentru crearea unui climat de încredere şi a unei apropieri între comunicator şi grup, se pot lua în consideraţie cîteva repere [55, 64, 141]:

- grupul este de preferat a fi sub 15 persoane;
- grupul să fie cît mai omogen;
- reuniunile se vor ţine acolo unde oamenii se simt bine, în siguranţă şi intimitate, fără riscul de a fi întrerupţi;
- aşezarea să se facă astfel încît fiecare membru al grupului să se simtă egal, să aibă contact vizual cu ceilalţi şi să poată vorbi fără greutate (de exemplu, în cerc);

- să se pună întrebări deschise, care să stimuleze discuția;
- participarea la discuții nu trebuie forțată, dacă membrii grupului nu o doresc;
- se va încuraja punerea întrebărilor; nicio întrebare nu este „deplasată" și toate merită un răspuns;
- dreptul fiecăruia de a avea o opinie trebuie respectat, chiar dacă apar puncte de vedere diferite;
- asigurarea confidențialității discuțiilor, dacă e cazul.

Criteriul relației emițător – receptor. Mijloacele de educație pentru sănătate pot fi clasificate și după modul de realizare a contactului emițător – receptor (E – R), după natura directă sau indirectă a comunicării, respectiv a transmiterii mesajului. Aceste criterii oferă posibilitatea clasificării mijloacelor de educație pentru sănătate după cum urmează: mijloace *directe*, care cuprind gama largă de forme ale comunicației nemijlocite, și mijloace *indirecte*, bazate, în general, pe tehnicile moderne ale comunicației de masă (*figura 1.16*) [64].

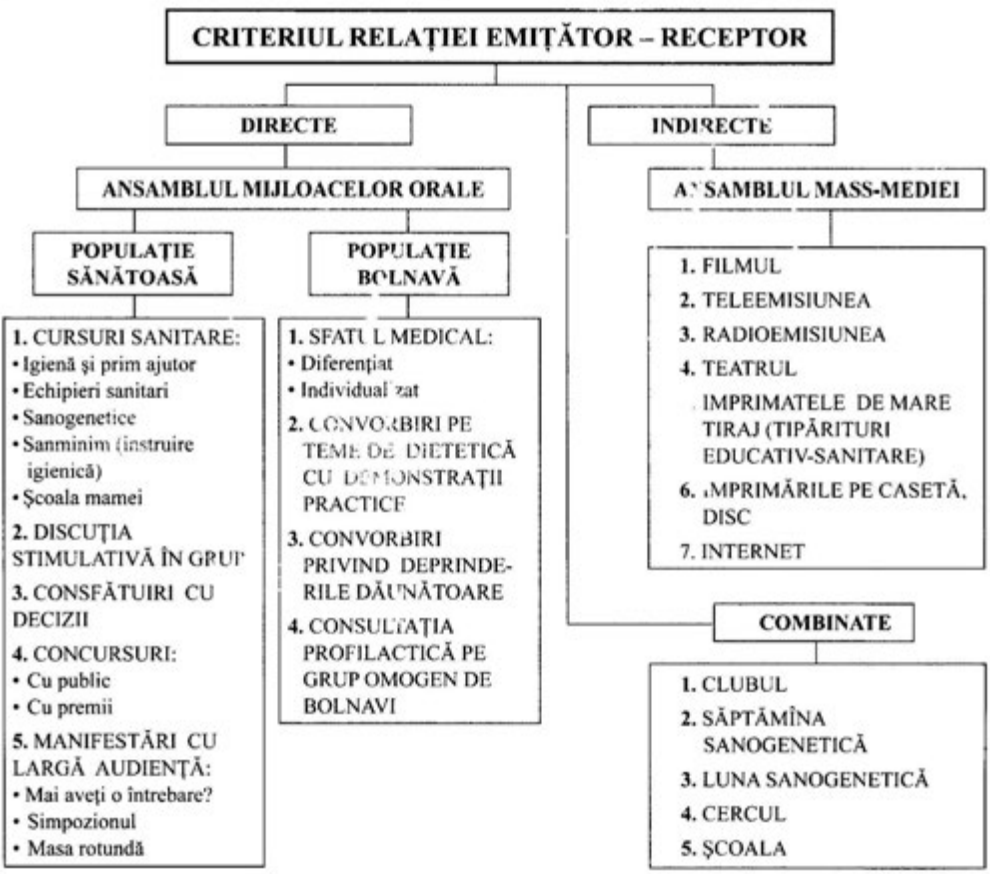

Figura 1.16. *Clasificarea mijloacelor educației pentru sănătate după criteriul relației emițător – receptor*

Criteriul căilor de comunicare (transmitere) a mesajului educativ în rîndurile populaţiei integrează mijloacele educaţiei pentru sănătate în următoarele metode: *verbală* (*auditivă*), *vizuală* şi *audiovizuală*, înţelegînd prin metode procesele, formele utilizate pentru instruire şi educaţie (*tabelul 1.6*) [55, 64].

Tabelul 1.6

Mijloacele de educaţie pentru sănătate în funcţie de calea de tansmitere (după Duma O., 1999)

Calea de transmitere	Mijloace de educaţie pentru sănătate	
Auditivă (verbală)	• Convorbirea individuală • Convorbirea în grup • Conferinţa • Radioemisiunea • Lecţia • Simpozionul educativ-sanitar	
Vizuală	Cu rol dominant textul	• Lozinca • Articolul • Broşura • Formele beletristice • Timbrele
	Cu rol dominant imaginea	• Afişul • Pliantul • Diapozitivul • Macheta • Expoziţia • Posterul • Harta
Audiovizuală	• Filmul • Emisiunea TV • Teatrul • Jocul de rol • Demonstraţia practică	

1.9.1.1. *Forme auditive (verbale – metoda cuvîntului vorbit)*

Cunoscută şi sub numele de metoda *orală* sau *verbală*, este cea mai accesibilă şi mai răspîndilă metodă a educaţiei pentru sănătate. Ea include: conferinţe, simpozioane, expuneri, lecţii, convorbiri individuale şi în grup, lecţii la cursuri sanitare, seminare, lecturi, seri de întrebări şi răspunsuri, sfatul medical pe disc sau pe memory stick, radioemisiunea.

Pentru a avea succesul scontat, trebuie ca tema prezentată să fie una de interes pentru auditoriu. Apoi, conținutul și modul de prezentare a problemelor trebuie să fie de așa manieră, încît să capteze atenția. De asemenea, limbajul folosit va ține seama de capacitatea de înțelegere a auditoriului.

Un element important îl reprezintă comunicatorul, atît prin aspectul fizic, cît și prin atitudinea din timpul comunicării: să aibă o ținută decentă, să-i privească în față pe cei cărora le vorbește, să zîmbească cît mai mult – mimica, gestica și intonația vocii să capteze atenția, să reziste la distragerea atenției, să fie maleabil și să știe să fie și un bun ascultător.

Realizarea acestor sarcini nu necesită un buget special, ceea ce permite utilizarea lor în toate ocaziile. Prin cuvîntul vorbit se oferă condiții optime de individualizare a sfatului medical, în concordanță cu starea celui care a solicitat consultația și cu particularitățile morfofiziologice, neuropsihice, de vîrstă, sex sau profesiune (*figura 1.17*).

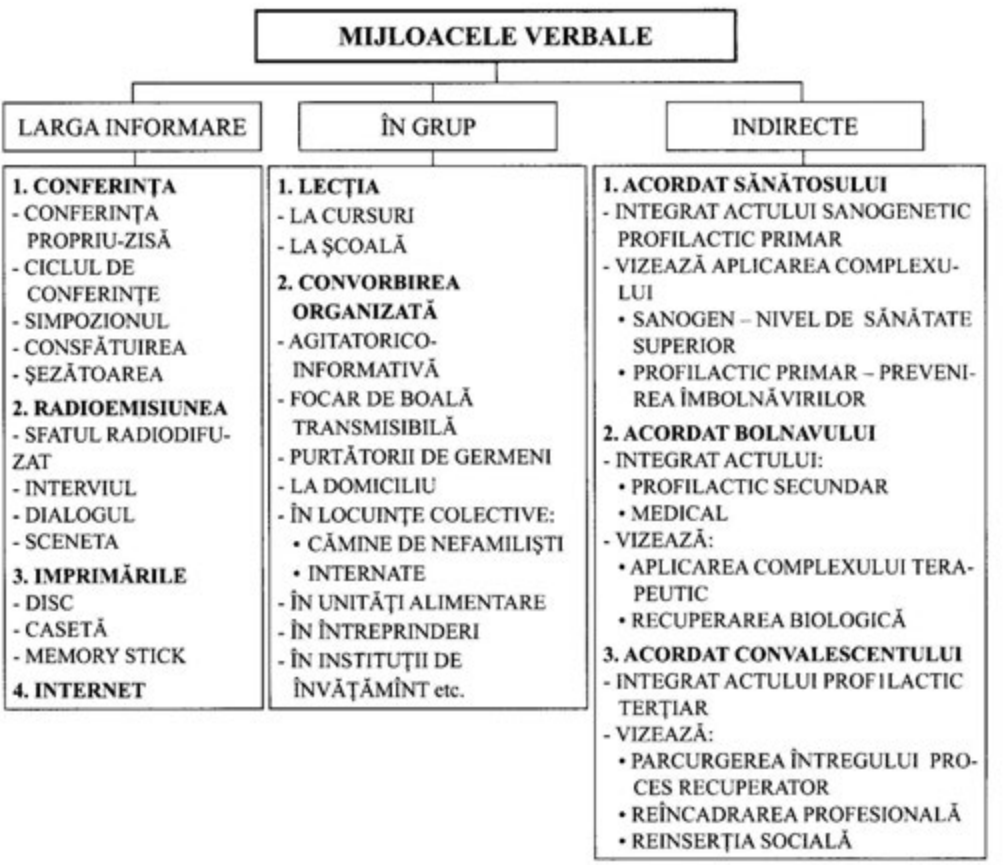

Figura 1.17. *Clasificarea mijloacelor verbale*

Metoda verbală permite lectorului modificarea conținutului și formei de expunere în raport cu reacția auditorului. Cea mai mare parte a mijloacelor

verbale creează o legătură vie între lector şi auditoriu, prin aceea că lectorul, avînd posibilitatea de a sesiza manifestările ascultătorului (interes, plictiseală, nedumerire sau neînţelegere a problemei, reacţia pozitivă de acceptare şi convingere), poate să-şi modifice maniera de a expune, intonaţia, limbajul folosit, conţinutul expunerii, argumentele etc. [5, 37, 55, 64].

Pe lîngă toate aceste trăsături pozitive, metoda orală nu este însă lipsită de unele inconveniente, în comparaţie cu celelalte metode ale educaţiei pentru sănătate. Astfel, contactul lectorului cu auditoriul rămîne limitat la durata expunerii, pe cînd o broşură se poate reciti oricînd, iar un afiş şi o expoziţie pot fi revăzute. De asemenea, formele metodei orale au putere de cuprindere a publicului mai redusă, în comparaţie cu cele tipărite, vizuale şi audiovizuale. De aceea, îmbinarea diferitelor mijloace educaţionale, folosirea lor în cadrul unor acţiuni şi sisteme complexe de influenţare constituie un bun mijloc de eliminare a dezavantajelor proprii fiecărei metode [5, 37, 55, 59, 62, 64].

Indiferent de mijlocul folosit, trebuie să se ţină cont de cîteva aspecte importante, pentru a realiza o bună comunicare.

Conferinţa de educaţie pentru sănătate depinde, în primul rînd, de interesul publicului pentru tema abordată, de noutatea problemei, de utilitatea ei practică, apoi de materialul demonstrativ prezentat de conferenţiar şi de calitatea prezentării.

Pregătirea conferinţei cere multă atenţie şi seriozitate. Expunerea va ţine seamă de capacitatea de înţelegere a auditoriului. Limbajul folosit trebuie să fie viu, cu o intonaţie adecvată, iar prin gesturi şi mimică educatorul sanitar va trebui să menţină atenţia auditoriului.

Se cunosc diferite varietăţi de conferinţe :

a) Conferinţe de educaţie pentru sănătate, organizate în săli publice şi axate pe diverse teme medicale. Expunerea trebuie să fie clară. Aceste conferinţe constau dintr-o expunere de aproximativ 30 de minute, cu prezentarea materialului demonstrativ (diafilme, mulaje, scheme, planşe) în faţa unui auditoriu, după care se pun întrebări, iar educatorul răspunde la ele.

b) Cicluri de conferinţe, care constau din expuneri „în serial". Adică abordarea aceleiaşi probleme în mai multe etape succesive, expunerea în mod succesiv, în cadrul mai multor conferinţe, a diferitelor teme ale uneia şi aceleiaşi probleme, de exemplu, „Hipertensiunea arterială", „Bolile inimii" etc.

c) Seara cultural-sanitară, ce se axează pe o anumită temă de sănătate publică (de exemplu, „Sănătatea şi alcoolismul", „Alimentaţia raţională" etc.). La aceste seri cultural-sanitare participă în mod activ 2–3 medici şi alţi specialişti (profesori, ingineri, juristi), fiecare dintre ei avînd la dispoziţie 10-15 minute. Se pun întrebări, se răspunde; se proiectează filme cu caracter educativ-sanitar sau se prezintă un program artistic, urmat de dans sau manifestări cu caracter sanitar şi cultural.

Lecţia consta în transmiterea, după un plan anumit, a unor cunoştinţe igienico-sanitare în cadrul şcolilor sau al diferitelor cursuri sanitare de masă. Ea are, în general, următoarea structură:

- Recapitularea cunoştinţelor din lecţia precedentă (5-10 minute).
- Expunerea noilor cunoştinţe în mod sistematic (30-40 minute). Predarea noţiunilor teoretice va fi asociată cu prezentarea unui bogat material didactico-demonstrativ (mulaje, planşe, diapozitive, schiţe), eventual demonstraţii practice la microscop. Expunerea trebuie să fie accesibilă cursanţilor, în acest scop se vor evita formulările prea tehnice, în care să abunde termenii medicali, greu de înţeles.
- Recapitularea şi fixarea cunoştinţelor prin întrebări sau prin reluarea şi clarificarea unor aspecte nelămurite în totalitate (5-10 minute).

Convorbirea urmăreşte lămurirea unor probleme neclare, prea puţin cunoscute sau necunoscute. Ea constă dintr-o expunere a educatorului sanitar de 3-5 minute, urmată de discuţii, în cadrul cărora cel care a făcut expunerea respectivă răspunde la întrebările apărute.

Acest tip de comunicare se poate face:

a) de la individ la individ, putîndu-se realiza la iniţiativa educatorului sau a persoanei care solicită informaţia sau sfatul educatorului;

b) locul de desfăşurare poate fi: dispensarul medical, cabinetul particular, cabinete cu activitate specifică de consiliere sau la domiciliu, în cadrul vizitelor efectuate periodic sau la solicitarea pacientului;

c) convorbiri în cadrul grupului.

Discuţia în grup este o modalitate de lucru în care educatorul (liderul, consilierul) dialoghează cu participanţii sau participanţii dialoghează între ei. Liderul discuţiei îndeplineşte un rol direct în continuitatea şi orientarea discuţiei.

Grupurile cărora li se adresează această formă de educaţie pot fi din cele mai variate: cu aceeaşi afecţiune, cu aceleaşi preocupări la locul de muncă sau în timpul liber (asociaţii, ligi etc.), grupuri de tineri sau de vîrstnici, de femei sau de bărbaţi etc.

Un aspect particular îl constituie convorbirile realizate în focare de boli transmisibile ce nu necesită internare obligatorie în spital, sau în focare parazitare, unde este important ca familia să fie bine informată asupra situaţiei respective şi să conştientizeze rolul care îi revine.

Cele mai frecvente forme de convorbiri sînt:

- ***Convorbirea individuală***, care se caracterizează prin sfaturi diferenţiate şi individualizate, în raport cu starea de sănătate şi nivelul de cultură sanitară a individului, şi este ţinută de educatorul sanitar la dispensar, la casa de naştere, la şcoală sau la locul de muncă, fie cu un bolnav, cu un elev, cu o lăuză etc., cărora li se vorbeşte despre problemele medicale sau sanitare specifice lor şi li se oferă recomandările necesare pentru un comportament igienic adecvat.

• ***Convorbirea în grup*** se poate organiza în sala de aşteptare a instituţiei medico-sanitare publice, la domiciliul unei persoane, în staţionarul spitalului, în obiective alimentare, colectivităţi de copii sau tineri şi în alte locuri.

În sala de aşteptare a centrului medicilor de familie, dispensarului, convorbirea capătă un caracter agitatoric-informativ printr-o scurtă discuţie; de exemplu, asupra începerii unei campanii de vaccinare, comunicînd celor prezenţi, în mod succint, data, tehnica şi importanţa vaccinării, mobilizîndu-i să se prezinte pentru a fi vaccinaţi.

Discuţia stimulativă în grup are drept scop esenţial modificarea atitudinilor şi comportamentului prin înlocuirea părerilor şi obişnuinţelor greşite cu motivări corecte. Grupurile cărora li se adresează această modalitate de lucru pot fi dintr-un loc de muncă comun (secţie, atelier), dintr-o asociaţie sau un club (de femei, de tineret etc.), în general oamenii care au ceva în comun.

În timpul desfăşurării acestor discuţii, liderul grupului trebuie să aibă în vedere cîteva reguli importante:

- fiecare participant să aibă posibilitatea să ia cuvîntul (chiar şi cei mai timizi);
- să folosească metoda ascultării active şi întrebările deschise;
- să stimuleze ideile noi;
- să dea informaţii clare, relevante;
- să axeze discuţia pe teme majore şi să ajute grupul să cadă de acord asupra priorităţilor;
- să rezume şi să sublinieze concluziile discuţiilor.

• ***Convorbirile la domiciliu*** au o valoare deosebită, mai ales în mediul rural, oferind posibilitatea ca într-un moment psihologic propice să se fixeze o serie de elemente de amănunt în stabilirea cu cetăţeanul a problemelor privind igiena în gospodărie, îngrijirea şi regimul igienico-dietetic pentru un bolnav din familie, respectarea măsurilor de izolare în familie a unui membru cu o boală transmisibilă, care nu trebuie internat în mod obligatoriu în spital, etc.

Deosebit de importante sînt convorbirile în focarele de parazitism şi cu purtătorii de bacili de tifos şi dizenterie.

1.9.1.2. *Mijloace scrise sau tipărite*

Acestea sînt unele dintre cele mai des utilizate forme de influenţare a nivelului de cultură sanitară a populaţiei. Alcătuind ceea ce se numeşte *literatura de educaţie pentru sănătate*, ele oferă posibilitatea unei largi cuprinderi de masă, mijloacele speciale putînd fi difuzate în tiraje de zeci şi sute de mii de exemplare. Prezentarea poate fi sub formă de foaie volantă, fluturaş, pliant ilustrat, care au un caracter mai mult informativ, pînă la broşura sau cartea cu un caracter educativ.

Principalele criterii de elaborare a materialelor de educaţie pentru sănătate scrise şi tipărite sînt adresabilitatea şi accesibilitatea. Acestea, în raport

cu preocupările diferitelor grupe de cititori și cu tradițiile locale, determină eficiența și eficacitatea mijloacelor de acest tip. Accesibilitatea este legată, pe de o parte, de procurarea materialelor tipărite, iar pe de altă parte – de utilizarea unui limbaj adecvat.

Coperta poate contribui la captarea interesului pentru tema respectivă, prin titlul ales și cromatică. De asemenea, ilustrațiile adecvat amplasate și tipul de caractere utilizate la tehnoredactare facilitează asimilarea unor mesaje noi în materie de sănătate [5, 37, 55, 59, 62, 64].

Utilizarea cuvîntului scris impune actualizarea datelor științifice în problema dezbătută, lipsa acestora putînd influența negativ atitudinea cititorilor față de literatura de educație pentru sănătate.

Articolul, reportajul, interviul cu un conținut educativ-sanitar și publicat în presă constituie un mijloc de informare a populației asupra unor probleme de sănătate publică. În aceleași articole publicitare se pot da răspunsuri la întrebările cititorilor, ținînd cont de faptul că sînt persoane mai timide și care doresc să clarifice anumite probleme.

Memoratorul medical se adresează convalescentului ce părăsește staționarul sau bolnavului cronic dispensarizat ce urmează un tratament ambulatoriu.

Acesta cuprinde o serie de informații utile privind regimul igienico-etic, orarul controalelor pe care trebuie să le respecte bolnavul. Principalul avantaj al memoratorului constă în faptul că sfatul medical este individualizat și adaptat la particularitățile bolnavului.

1.9.1.3. *Mijloace vizuale*

Aceste mijloace se clasifică în:

a) *forme plane*: afișul, graficul, panoul, fotografia, planșa, diapozitivul, diafilmul, timbrele, bilboardul;
b) *tridimensionale*: modelul, macheta, mulajul, preparatul natural, articole cu inscripții (tricouri, fulare, sacoșe, cutii de chibrituri etc.);
c) *forme combinate*: colțul sănătății, expoziția.

Proiectorul are o deosebită utilitate în cadrul lecțiilor și conferințelor, făcîndu-le mult mai atractive [5, 37, 55, 64]. În realizarea mijloacelor vizuale, trebuie să se țină seama de cîteva momente:

- să nu fie prea încărcate;
- să fie clare;
- informația să fie corectă;
- textul, dacă există, să fie scurt, concis, țintit.

Unele mijloace, cum sînt diapozitivul educativ-sanitar, colțul sanitar și expoziția de educație pentru sănătate – forme combinate și complexe de educație a populației –, trebuie amplasate strategic în școli, cluburi, săli de așteptare ale centrelor medicilor de familie, centrelor de sănătate, dispensarelor

sau în alte locuri frecventate de un număr mare de persoane. Ele pot avea un caracter temporar sau permanent, cu schimbarea şi reactualizarea unor părţi, pentru a capta în permanenţă atenţia.

Mijloacele vizuale, dacă sînt bine realizate, pot transmite mesajul mult mai uşor şi mai eficient decît alte mijloace, mai ales spre categoria de populaţie cu un grad scăzut de şcolarizare.

1.9.1.4. *Mijloace audiovizuale*

În cadrul mijloacelor audiovizuale se disting: *filmul*, *televiziunea*, *internetul* şi *reprezentările scenice* [5, 37, 55, 59, 62, 64]. Ele constituie mijloace pe cît de utile, pe atît de interesante în munca de difuzare a informaţiilor şi mesajelor cu caracter educativ-sanitar către toate păturile sociale. Reprezintă totodată mijloace cu mare audienţă şi receptivitate crescută la cea mai mare parte a populaţiei [5, 37, 55, 64].

Reprezentările scenice, sub forma monologului, scenetei, scheciului satiric, pot fi folosite cu succes în ridicarea nivelului de cultură sanitară a populaţiei.

Pentru preşcolari şi şcolari, se poate folosi cu succes teatrul de păpuşi şi de marionete. Utilizarea acestor mijloace este mai dificilă, deoarece implică colaborarea cu instituţiile respective şi este condiţionată de receptivitatea acestora.

Filmul educativ-sanitar este o componentă importantă a muncii de educaţie din mai multe motive:

- folosind mijloace artistice şi tehnice de exprimare, este foarte agreat de public;
- se poate difuza înaintea unor filme artistice, adresîndu-se unui număr mare de spectatori;
- filmele înregistrate pe videocasete, discuri sau memory stickuri sînt mai uşor de prezentat şi de mînuit, ele fiind extrem de utile în cadrul expunerilor;
- prin film mesajul poate fi transmis mult mai uşor.

Televiziunea poate fi un factor decisiv în transmiterea unor mesaje, ţinînd cont că este accesibilă milioanelor de telespectatori. Modalităţile de folosire a televiziunii sînt multiple:

- difuzarea repetată a unor spoturi educative la orele de maximă audienţă;
- realizarea de emisiuni cu invitaţi (personalităţi) care să prezinte anumite probleme sau/şi să răspundă la întrebările telespectatorilor;
- emisiuni pentru copii cu scenete, teatru de păpuşi sau marionete, desene animate;
- prezentarea de filme documentare cu un caracter instructiv-educativ.

Radioul, de asemenea, prin realizarea unor emisiuni de profil educativ-sanitar, difuzate la ore de maximă audiență, poate fi un factor esențial în ridicarea nivelului de cultură sanitară a populației. Aceste emisiuni pot fi sub forma unor expuneri scurte, sfaturi medicale, răspunsuri la întrebări pe teme medicale sau concursuri. Ele se pot adresa populației sănătoase sau diferitelor categorii de bolnavi.

1.9.1.5. *Concursuri*

Ca să fie cît mai atractive, să solicite interesul și să beneficieze de o participare cît mai numeroasă, se recomandă ca acestea să se finalizeze cu premierea cîștigătorilor.

Concursurile se pot organiza în diferite moduri. De exemplu, se stabilește o temă, un termen de înscriere, data și locul desfășurării (o întreprindere, o școală, un club etc.), precum și bibliografia.

O altă formă este cea care folosește presa, radioul sau televiziunea, prin care se lansează întrebări și se așteaptă – într-un termen bine stabilit – răspunsurile populației. După expirarea termenului stabilit, odată cu popularizarea și premierea cîștigătorului, se oferă și răspunsul corect. Premierea se poate face după fiecare întrebare sau după un șir de întrebări, în funcție de regula stabilită înainte de începerea concursului. Scopul acestor acțiuni este de informare și educare a populației prin participarea activă a acesteia.

Prezentarea de pînă acum a mijloacelor și formelor de educație pentru sănătate are un caracter didactic, pentru că în realitate munca aceasta, care are drept scop creșterea nivelului de cultură sanitară, îmbină două, trei sau mai multe mijloace.

Vom prezenta în continuare și alte forme de educație adresate populației.

1.9.2. *Instruirea igienică*

Prin instruire igienică se înțelege acumularea cunoștințelor și a deprinderilor profesionale, în scopul asigurării siguranței și securității produselor și serviciilor în cadrul activităților profesionale.

Instruirea igienică a angajaților

Desfășurarea măsurilor profilactice nu este posibilă fără instruirea și educația igienică a populației, inclusiv a unor categorii de angajați.

Scopul principal al instruirii sanitaro-igienice introductive este de a da persoanei angajate la serviciu cunoștințe despre igiena muncii, igiena produselor alimentare și igiena personală, despre sănătatea publică, regulile sanitare în raport cu profesia și locul de muncă, cu acțiunile de menținere a situației sanitaro-epidemiologice favorabile privind morbiditatea prin boli infecțioase

şi neinfecţioase, recrudescenţelor infecţiilor intestinale acute şi intoxicaţiilor alimentare în masă, micşorarea frecvenţei bolilor cronice şi a traumatismului, ce impun pierderea temporară a capacităţii de muncă, despre responsabilitatea personală pentru îndeplinirea normelor şi regulilor sanitare în procesul de activitate, despre sistemul examinărilor profilactice obligatorii şi sistemul de pregătire igienică a angajaţilor.

Tabelul 1.7

Lista întreprinderilor, instituţiilor, obiectivelor şi profesiilor, salariaţii cărora sînt obligaţi să urmeze instruirea igienică

Nr. d/o	Întreprinderi/instituţii, profesii etc.	Periodicitatea istruirii igienice	Ore de instruire
1.	Salariaţii tuturor întreprinderilor din sectorul alimentar, care contactează cu produsele alimentare în procesele de fabricare, manipulare, transportare, depozitare, desfacere, inclusiv persoanele implicate în tratarea sanitară şi reparaţia utilajelor şi inventarului. Însoţitorii de bort de la toate tipurile de transport (auto, fluvial, maritim, aerian, feroviar etc.).	La angajare şi 1 dată la 2 ani	8 ore
2.	Elevii şi studenţii înainte şi în decursul practicii în unităţile economice menţionate la punctul 1.	La angajare şi 1 dată la 2 ani	8 ore
3.	Salariaţii din instituţiile instructiv-educative: şcoli-internat, instituţii de învăţămînt preuniversitar (şcoli primare, gimnazii, licee), instituţii preşcolare, case de copii, colegii, şcoli profesionale, şcoli de meserii etc.	La angajare şi 1 dată la 2 ani	6 ore
4.	Salariaţii instituţiilor de întremare temporară a sănătăţii copiilor (taberele de odihnă, asociaţiile de muncă, sanatoriile pentru copii etc.).	La angajare	6 ore
5.	Salariaţii din magazinele specializate pentru copii, secţiile pentru copii din alte tipuri de magazine şi secţiile nealimentare.	La angajare şi 1 dată la 2 ani	6 ore
6.	Salariaţii din instituţiile extraşcolare (centre/palate de creaţie; staţii pentru tinerii tehnicieni, naturalişti şi turişti; teatre, cinematografe, biblioteci, grădini şi parcuri publice, cluburi, cercuri pentru copii).	La angajare şi 1 dată la 2 ani	6 ore
7.	Salariaţii din întreprinderile de deservire socială (publice sau private) a populaţiei (frizeri, cosmetologi, manichiuriste, pedichiuriste, personalul băilor/saunelor).	La angajare şi 1 dată la 2 ani	6 ore
8.	Antrenorii, instructorii de înot, salvatorii, personalul bazinelor de înot şi cabinetelor de proceduri cu aplicarea băilor de tratament.	La angajare şi 1 dată la 2 ani	6 ore

9.	Salariații de la stațiile de tratare a apei, instalațiile de apeduct, care au atribuția nemijlocită de tratare și dezinfecție a apei, și persoanele ce deservesc rețelele de apeduct.	La angajare și 1 dată la 2 ani	6 ore
10.	Cameristele, femeile de serviciu și administratorii de etaje din hotel, cămine, precum și intendenții și educatorii căminelor, însoțitorii de vagon la trenurile de pasageri de cursă lungă.	La angajare și 1 dată la 2 ani	6 ore
11.	Salariații de la instalațiile de asenizare, gunoiștilor și cei implicați la evacuarea gunoiului menajer și deșeurilor industriale; persoanele de serviciu în closetele publice; salariații stațiilor de epurare a apelor reziduale.	La angajare și 1 dată la 2 ani	6 ore
12.	Salariații din biblioteci, cinematografe, teatre și alte instituții de menire culturală; din satele de odihnă; unitățile de comercializare a produselor nealimentare.	La angajare și 1 dată la 2 ani	4 ore
13.	Salariații din farmacii, depozite pentru medicamente și instrumente medicale.	La angajare și 1 dată la 2 ani	6 ore
14.	Mecanizatorii din gospodăriile agricole.	La angajare	14 ore
15	Salariații de la întreprinderile zootehnice.	La angajare și 1 dată la 2 ani	7 ore
16.	Salariații din laboratoarele zonale de diagnosticare SIDA, lucrătorii medicali din instituțiile de tratament, deservire și dispensarizare a persoanelor infectate cu HIV și a bolnavilor de SIDA.	La angajare și 1 dată în an	6 ore
17.	Salariații din întreprinderile de prelucrare a tutunului.	La angajare și 1 dată la 2 ani	4 ore
18.	Salariații din întreprinderile industriale și obiectivele de chimizare din economia națională și în condiții de muncă nocive.	La angajare și 1 dată la 2 ani	6 ore

Instruirea igienică se efectuează pentru persoanele noi încadrate și periodic, cu scopul de a avertiza angajații asupra unor eventuale riscuri prezente la respectivul loc de muncă și de a-i instrui în ceea ce privește normele de igienă și tehnica securității muncii, pentru a preveni și combate accidentele sau îmbolnăvirile profesionale. Instruirea igienică este obligatorie pentru contingentele tuturor întreprinderilor și instituțiilor, indiferent de apartenență și forma de proprietate, pentru angajații din întreprinderile sectorului alimentar, din instituțiile preșcolare, cele de învățământ preuniversitar și superior, instituțiile de asanare

pentru copii, angajaţii întreprinderilor industriale, care lucrează în condiţii de muncă nocive, celor comunale, de deservire socială, din agricultură.

Instruirea igienică a angajaţilor din industrie, construcţii, transport, agricultură etc. este una dintre sarcinile prioritare în ocrotirea sănătăţii populaţiei, pentru diminuarea nivelului de răspîndire a bolilor infecţioase şi neinfecţioase, neadmiterea recrudescenţelor infecţiilor intestinale acute şi intoxicaţiilor alimentare în masă, pentru micşorarea frecvenţei bolilor cronice şi a traumatismelor, ce pot duce la pierderea temporară a capacităţii de muncă şi la invaliditate. Instruirea contingentului de lucrători este organizată la angajare şi, repetat, nu mai rar decît o dată la doi ani, iar în cazul unor anumite categorii de angajaţi – nu mai rar decît o dată în an. În intervalele dintre ciclurile de instruire igienică se organizează seminare şi instructaje cu diferite teme.

În instruirea igienică a angajaţilor se utilizează programe speciale, elaborate de specialiştii Centrului Naţional de Sănătate Publică, iar în cazul în care în teritoriul dat există întreprinderi cu un proces de producţie specific şi unic, pentru instruirea igienică a salariaţilor cărora nu există programe-tip de instruire, le vor elabora ţinînd cont de specificul activităţii întreprinderii date, aprobîndu-le în modul stabilit.

În cazul absenţei programelor-tip necesare instruirii igienice a unor contingente speciale de lucrători, se pot utiliza temporar, pînă la elaborarea acestora, indicaţiile şi reglementările de igienă generală. Persoanele ce urmează ciclurile de instruire igienică sînt repartizate în grupuri a cîte 10-20 de persoane.

În cazul în care la întreprindere sînt mai puţin de 10 angajaţi ce urmează a fi instruiţi, ei sînt pregătiţi împreună cu angajaţii altor întreprinderi de acelaşi profil.

Instruirea igienică la angajare are în principal ca tematică: caracteristicile locului de muncă, existenţa noxelor profesionale, pericolul accidentelor, importanţa măsurilor de profilaxie etc. Este indicat ca aceste cunoştinţe să fie reîmprospătate prin instructaje periodice.

Cursurile de instruire igienică

Cursurile de instruire igienică se organizează pe profiluri de activităţi, avînd ca scop pregătirea cursanţilor pentru păstrarea şi promovarea sănătăţii lor şi a celor cu care intră în contact sau pe care îi deservesc în cursul activităţilor efectuate.

Aceste cursuri se desfăşoară sub formă de lecţii cu un conţinut teoretic şi practic care urmăreşte consolidarea cunoştinţelor pe care participanţii le au deja, dar şi asimilarea altora noi, precum şi formarea unor deprinderi igienice corecte.

Cursurile de sanminim (minimul de reguli sanitare), în raport cu profilul sectorului de activitate în care se organizează, implică probleme şi tematici

de predare diferite. Redăm mai jos cîteva tipuri de cursuri legate de anumite sectoare de activitate, din care foarte important este cel al serviciilor.

Cursurile de instruire igienică pentru personalul din unitățile de găzduire publică prevăd, în principiu, 3-4 lecții teoretice, cu 2 demonstrații practice.

Lecțiile teoretice au drept scop acumularea unor noțiuni igienico-sanitare specifice unităților în care lucrează. Demonstrațiile practice trebuie să fie axate pe prezentarea concretă a diferitelor operațiuni de efectuare igienică a curățeniei curente, a spălatului instalațiilor sanitare, precum și a dezinfecției și dezinsecției.

Cursurile de instruire igienică pentru personalul băilor publice, piscinelor constau din 2-3 lecții teoretice, al căror conținut va fi axat pe probleme specifice: folosirea apei potabile pentru baie, asigurarea unui microclimat corespunzător, atît în vestiare, cît și în încăperile cu bazine, asigurarea unei temperaturi constante a apei, evacuarea corectă a apelor reziduale, întreținerea igienică a bazinelor și a celorlalte dotări. În cazul piscinelor, traseul de intrare și ieșire din bazin va cuprinde obligatoriu trecerea pe la duș. Lenjeria care se închiriază va fi spălată și călcată.

Demonstrațiile practice vor urmări prezentarea la fața locului a măsurilor de întreținere, curățenie, dezinfecție a bazinelor, căzilor și a celorlalte dotări existente.

Cursurile de instruire igienică a personalului din unitățile de deservire socială (publice sau private) a populației (frizeri, cosmetologi, manichiuriste, pedichiuriste, personalul băilor/saunelor). Pe durata a 2-3 lecții teoretice, se vor trata teme comune tuturor acestor categorii privind: igiena personală și controlul medical periodic, igiena localului, curățarea și dezinfectarea instrumentelor de lucru, folosirea corectă a șervetelor numai pentru o singură persoană, atitudinea față de clienții care prezintă anumite afecțiuni (dermatoze, micoze, parazitoze etc.), pentru a le deosebi pe cele transmisibile de cele netransmisibile și a acționa corespunzător.

Separat se vor aborda probleme specifice fiecărei profesii, cu incidentele și accidentele ce pot să apară și cu demonstrații practice privind măsurile ce se vor lua în situațiile respective. Acestea urmăresc atît protejarea lucrătorului, cît și a clientului.

Cursurile de instruire igienică în unitățile de deservire comunală se organizează cu populația activă din mediul rural. Lecțiile teoretice urmăresc abordarea unor teme specifice pentru locuitorii comunelor/satelor privind: sursele de apă potabilă (fîntîni, izvoare etc.), amplasarea latrinelor, îndepărtarea și neutralizarea reziduurilor, igiena locuinței și gospodăriei, toate avînd drept scop formarea unor deprinderi corecte, pentru un trai igienic, civilizat. Se pot face și demonstrații practice privind curățirea și întreținerea fîntînilor, dezinfecția latrinelor etc.

Cursurile de instruire igienică a muncitorilor din sectorul fitosanitar au o importanţă deosebită prin faptul că aceştia manipulează o gamă tot mai mare de substanţe cu grade diferite de toxicitate. Scopul cursurilor este de a elucida riscurile pe care le prezintă aceste substanţe şi modul lor de acţiune (asupra aparatului respirator, celui digestiv, sistemelor nervos, cutanat etc.), precum şi prezentarea eventualelor substanţe-antidot şi a modului de folosire a acestora.

Demonstraţiile practice se vor axa pe folosirea corectă a echipamentului de protecţie, pe mînuirea corectă a substanţelor şi pe igiena individuală la terminarea lucrului cu aceste substanţe.

Cursurile de instruire igienică din sectorul alimentar se adresează tuturor persoanelor care manipulează alimente, fie că le prepară, le transportă sau le desfac. Cursurile se vor organiza pe aceste profiluri şi trebuie să abordeze următoarele teme:

a) Alimentaţia raţională: principalii factori nutritivi necesari organismului şi rolul lor în organism (proteine, glucide, lipide, vitamine, săruri minerale).
b) Noţiuni de microbiologie privind condiţiile necesare dezvoltării şi multiplicării germenilor, precum şi modalităţile de distrugere a acestora.
c) Bolile transmisibile prin apă şi alimente; toxiinfecţiile alimentare; lanţul epidemiologic (sursă, vectori, receptor).
d) Rolul insectelor şi al animalelor (rozătoare în special) în transmiterea unor boli şi măsurile de prevenire.
e) Circuitul igienic al alimentelor: prepararea şi păstrarea corectă a acestora.
f) Examenul organoleptic şi caracteristicile diverselor alimente proaspete.
g) Normele igienico-sanitare privind buna funcţionare a unităţilor cu profil alimentar.
h) Igiena individuală a persoanelor care lucrează în sectorul alimentar (mîinile, îmbrăcămintea, echipamentul de protecţie etc.).
i) Noţiuni de imunitate şi profilaxie prin vaccinări.
j) Importanţa efectuării examenelor medicale la angajare şi apoi periodic, în conformitate cu normativele în vigoare.

1.9.3. *Educaţia pentru sănătate în instituţiile preuniversitare*

Dreptul la sănătate, la dezvoltare fizică şi psihică armonioasă constituie unul dintre drepturile fundamentale înscrise în Convenţia cu privire la Drepturile Copiilor, adoptată de Adunarea Generală a ONU la data de 29 noiembrie 1989.

Educația pentru sănătate trebuie să fie începută de personalul din grădiniță, apoi continuată în școală, în colegiu prin aplicarea programelor de educație pentru sănătate, pentru a dezvolta motivația și deprinderile necesare elevilor ca să facă față problemelor (cerințelor) de sănătate și să construiască fundamentul cunoștințelor pentru un comportament benefic sănătății. Integrarea în sistemul educației și învățămîntului a unor noțiuni elementare de igienă și sanogeneză corespunzătoare vîrstei, orientate conform specificului variatelor profiluri școlare și adaptate la diferitele trepte de învățămînt, constituie o preocupare de mare importanță. Educația pentru sănătate trebuie să cuprindă o gamă de obiective care să contribuie la formarea cunoștințelor, la acceptarea și respectarea comportamentelor în domeniul igienei personale, colective și comunitare, al nutriției și alimentației raționale, al educației fizice, sănătății mintale, sexuale și planificării familiale, al oncologiei, sănătății orale, prevenirii diabetului, profilaxiei și combaterii deprinderilor dăunătoare (fumatul, consumul de alcool și droguri) [82]. Fiecare domeniu poate fi privit ca subiect în educația pentru sănătate școlară independent de cadru, funcție sau populația-țintă.

Școlile, prin aplicarea programelor de educație pentru sănătate și a serviciilor preventive, pot obține rezultatele medicale așteptate (adică reducerea morbidității și a mortalității). Cu regret, sarcinile la o vîrstă timpurie și bolile cu transmitere sexuală au crescut, iar traumatismele din cauza accidentelor rutiere și violența rămîn a fi cele mai înalte în această grupă de vîrstă – 7-19 ani [82, 201, 214].

Cadrul general de organizare și desfășurare a procesului instructiv-educativ din școli, factorii educaționali multipli care contribuie la instruirea și educarea elevilor în aceste instituții – mediul fizic și social, activitatea pedagogică complexă și variată, unitatea influențelor exercitate în instituție și familie – toate acestea trebuie să asigure condiții optime, necesare educării copiilor și adolescenților în spiritul unei riguroase respectări a regulilor de igienă, în vederea formării deprinderilor igienice și transformării acestora în obișnuințe, pentru formarea comportamentului civilizat al adultului de mîine.

Serviciile de sănătate, așa cum le cunoaștem astăzi, nu sînt în stare să prevină aceste probleme mai mult decît le-ar fi putut preveni singură educația de sănătate. Un parteneriat real între serviciile de sănătate și instituțiile sociale și educaționale ale comunității va conduce la rezultate benefice reciproce, care vor corespunde mai mult cu modelele educaționale, decît cu cele ale medicinei și ale sănătății publice [82, 201, 214].

Modele de sănătate publică și educație pentru sănătate pentru aplicare în instituțiile preuniversitare

Majoritatea programelor de sănătate aplicate pînă nu demult au avut o utilizare marginală, din cauza că n-au abordat una dintre funcțiile primare ale

şcolilor – cea de educaţie pentru sănătate. Serviciile de sănătate din şcoli şi programele de studii au fost sprijinite sau acceptate de instituţia de învăţămînt numai în măsura în care rezultatele medicale erau considerate utile pentru menţinerea şi întărirea sănătăţii personale la momentul studiilor şi pentru întărirea misiunii educaţionale a şcolii.

În cadrul dezvoltării sănătăţii publice, s-au cerut modele mai complexe de educaţie pentru sănătate şi de testare, pentru asigurarea legăturilor necesare cognitive, de mediu şi de modificare a comportamentului. Un model generic de educaţie pentru sănătate este acela care conţine, prin definiţie, o combinare de intervenţii legate de predispunere, de permisiune şi de reîntărire a adoptării benevole a comportamentului care conduce la o sănătate trainică (*figura 1.18*) [82]:

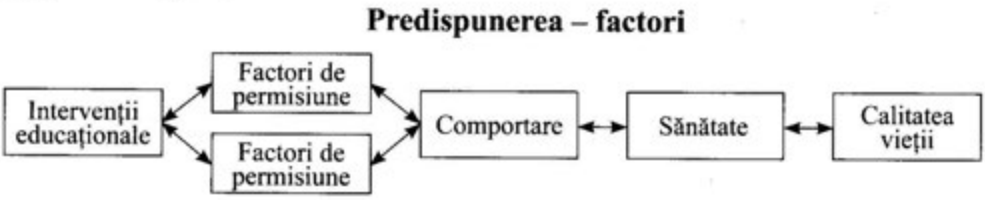

Figura 1.18. *Intervenţii legate de predispunere, permisiune şi reîntărire a adoptării benevole a comportamentului care conduce la sănătate*

În ultimii ani, a fost acumulat un volum enorm de impresii privind impactul educaţiei pentru sănătate în şcoală asupra sănătăţii. Cel mai puternic este impactul ce contribuie la îmbunătăţirea cunoştinţelor, atitudinilor şi deprinderilor de viaţă, care să conducă la dezvoltarea ulterioară a unui comportament pentru asigurarea sănătăţii. În această ierarhie cu efecte succesive se impune un model de educaţie pentru sănătate prin aplicarea unui curriculum, prin activităţi şcolare şi extraşcolare (*figura 1.19*) [82]:

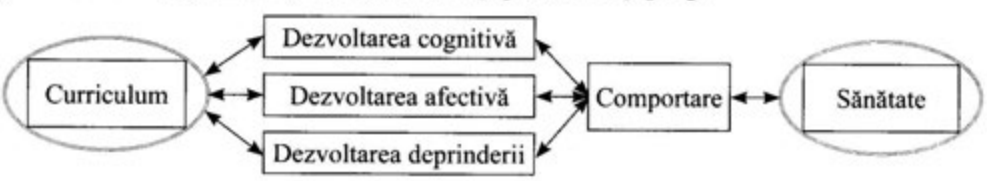

Figura 1.19. Model de educaţie şcolară pentru sănătate

Acest model, care derivă din modelul de educaţie pentru sănătate publică, pune accentul pe importanţa sănătăţii şi pe comportamentele necesare pentru a o obţine. Problema constă în faptul că şcolile nu sînt nici instituţii medicale, nici instituţii de sănătate publică şi niciodată n-au adoptat aceleaşi scopuri sau misiuni. Educatorii pentru sănătate din şcoală au muncit enorm pentru a corespunde aşteptărilor colegilor din educaţia pentru sănătate publică. Şcolile, avînd o importanţă majoră în conştientizarea de către elevi a importanţei sănătăţii pentru om, pentru societate, nu pot fi responsabile de

toate problemele de sănătate a tinerilor și de soluționarea lor. Totodată, este necesar de a dezvolta continuu misiunea educațională primară a instituțiilor preuniversitare pentru ridicarea nivelului culturii sanitare, care este un aspect al culturii generale.[82].

În asigurarea sănătății generațiilor în creștere, în formarea deprinderilor trainice și a unui comportament sanogen, un rol primordial ar putea fi atribuit unui **program-model complet de educație pentru sănătate în școli**.

Trebuie de recunoscut că sala de clasă nu poate să asigure formarea unor comportamente corecte pentru sănătate. Aceasta a condus la necesitatea de a se întoarce la modelul de bază al programelor de sănătate școlară, unul care nu a fost derivat din educația de sănătate publică, ci se baza mai mult pe procesul educativ. Modelul generic de promovare a sănătății în școală combină predarea educației pentru sănătate cu serviciile de sănătate ale comunității, cu intervențiile în mediul școlar și al comunității, pentru a ajunge la acele rezultate care ar garanta că elevii înșiși pot învăța efectiv în școală, pentru a deveni responsabili de sănătatea individuală și cea comunitară. Cele două deosebiri importante ale acestui model de modelele precedente sînt: (1) combinarea educației cu serviciile comunității și cu intervențiile de mediu pentru a promova sănătatea și (2) accentul pe sănătate ca mijloc pentru finalizarea educației în școală, ceea ce înseamnă culturalizarea igienico-sanitară a copiilor și tinerilor în vederea formării unui mod de viață sănătos.

Programul-model complet de educație pentru sănătate în școli ar fi următorul (*figura 1.20*) [82]:

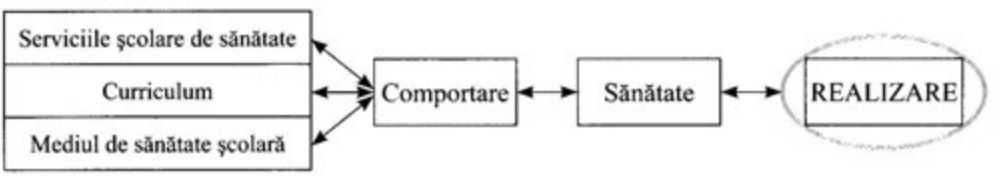

Figura 1.20. *Factorii care influențează sănătatea*

Cultura sănătății, ca o secvență a culturii generale, mai este considerată și azi o activitate obligatorie a serviciilor de sănătate, în loc să fie apreciată ca o noțiune de educație permanentă în procesul de instruire continuă în mediul școlii generale. Educația pentru sănătate devine, astfel, direcția principală pe care trebuie să acționeze serviciile de sănătate și cele educaționale pentru a obține rezultate bune, pe termen scurt și pe termen lung, privind îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

În ultimii ani, tot mai mulți specialiști din domeniul promovării sănătății sînt preocupați de elaborarea unor modele noi, de alternativă la modelul biomedical care domină încă în sănătatea publică.

Convergența acestor tendințe presupune o argumentare nouă pentru educația sanitară în școli, unde schimbările de comportament sînt atîntite spre rezultate pe termen scurt (*figura 1.21*, p. 102) [82]:

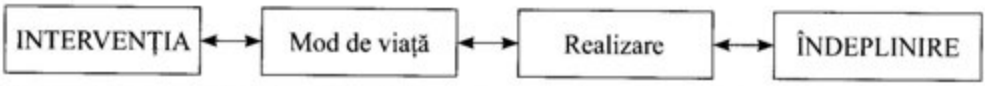

Figura 1.21.*Tendințele educației pentru sănătate în școli pentru schimbarea comportamentului cu rezultate pe termen scurt*

Legătura educației cu sănătatea se explică mai bine în termeni de comportare, deși factorii genetici și economici influențează atît realizarea educației, cît și comportamentul privind sănătatea copiilor și a părinților lor. Evidența legăturii cauzale dintre educație și comportamentul sănătos este consecventă, dar nu este experimentală. În mod similar, legătura dintre comportarea sănătoasă și starea de sănătate pe termen lung este documentată pe larg și acceptată, dar aproape este imposibil de a fi stabilită experimental.

Din aceste considerente, modelul următor ar părea să plaseze educația pentru sănătate (curriculum) mai potrivit în cadrul școlilor (*figura 1.22*) [82]:

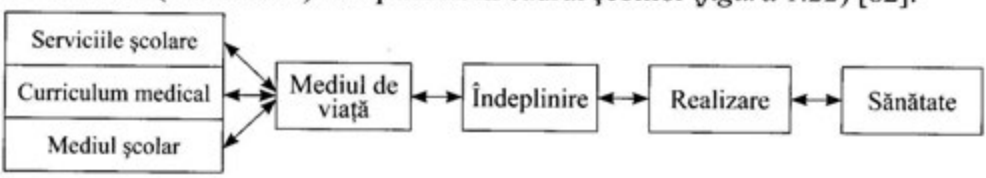

Figura 1.22. *Modelul educației pentru sănătate în cadrul școlilor care promovează sănătatea*

Din acest model simplificat se înțelege, lăsînd la o parte influențele altor aspecte ale curricumului, importanța factorilor deosebiți de îndeplinire și realizare și a factorilor din afară școlii, inclusiv serviciile medicale și eforturile comunității de promovare a sănătății pentru obținerea rezultatelor. Scopul acestui model este de a specifica elementele esențiale ce leagă educația sanitară în școli și intervențiile legate de rezultatele sănătății într-un lanț cauzal care recunoaște și dă întîietate rezultatelor educaționale, care sînt principalele obiective ale școlii [82, 83, 85].

1.9.4. Promovarea sănătății în comunitate

Ca sistem ce include conștiința stării de sănătate, procesul de predare/învățare și educația pentru sănătate a generației tinere au drept scop creșterea nivelului de cunoștințe medicale în domeniile sanogenezei, prevenirii îmbolnăvirilor și protecției mediului. Scopul general al unei instituții de învățămînt preuniversitar este de a deveni o așezare, un spațiu sănătos pentru viață, învățătură și muncă, printr-un proces de orientare spre îmbunătățirea stării de sănătate a copiilor și adolescenților.

Prevalența în creștere a maladiilor legate de stilul de viață necesită desfășurarea unor activități sistematice, cum ar fi educația privind tratamentul, comunicarea eficientă, pentru a determina pacienții să se implice în managementul bolilor cronice sau pentru consiliere motivațională.

Sînt bine documentate studiile privind consilierea preoperatorie pentru îmbunătăţirea rezultatelor postoperatorii şi educaţia pacienţilor cu scopul de a abandona diferite vicii.

Pacienţii au nevoie de ajutor pentru păstrarea sănătăţii lor proprii şi supravegherea bolii.

Sporirea prevalenţei bolilor cronice şi degenerative, majorarea cheltuielilor de asistenţă medicală creşte importanţa comportamentului pacientului ca o determinantă a sănătăţii. Aceasta a dus la necesitatea măririi atenţiei acordate autoeducării în îngrijire, ca o componentă a prevenţiei secundare.

Activităţile de educaţie a pacientului

Sfatul medicului diferenţiat şi individualizat. Practica a demonstrat că eficienţa tratamentului unui bolnav creşte atunci cînd atît el, cît şi familia sa sînt instruiţi de către cadrele medico-sanitare în ceea ce priveşte respectarea indicaţiilor de tratament propriu-zis, în privinţa regimului igienico-dietetic şi îngrijirea corectă a celui bolnav.

Sfatul diferenţiat se realizează prin convorbiri individuale cu bolnavul şi cu membrii de familie, după care li se oferă un memorator medical. Acest fel de convorbire este deosebit de util, mai ales pentru bolnavii cu afecţiuni cronice (ulcer gastroduodenal, boală hipertonică, diabet, afecţiuni cardiovasculare etc.).

Convorbirile pe teme de dietetică, urmate sau asociate cu demonstraţii practice, au drept scop înlăturarea tendinţei bolnavului de a se limita numai la tratamentul medicamentos, neglijînd regimul dietetic. Această formă de educaţie se adresează, în egală măsură, celor care îngrijesc bolnavii respectivi şi celor care le prepară mîncarea. Trebuie să fie cunoscute exact atît alimentele indicate, cît şi cele contraindicate, precum şi prepararea şi păstrarea corectă a acestora.

Consultaţia profilactică pe grupuri omogene de bolnavi poate fi realizată la nivelul instituţiei medico-sanitare de ambulator, cu bolnavii cronici dispensarizaţi sau în secţiile de spital. Se recomandă ca grupul să nu fie prea mare (8-10 persoane) şi să cuprindă bolnavi cu aceeaşi afecţiune.

Este de preferat ca această modalitate de educaţie să fie realizată de către un medic, care va face o prezentare succintă a bolii, a complicaţiilor ce pot surveni, dacă nu se respectă întocmai recomandările, şi va răspunde la eventualele întrebări care i se pun de către bolnavi.

Expunerea este mai eficientă dacă este însoţită de imagini (planşe, postere, filme, spoturi publicitare, broşuri etc.). În final, se va înmîna fiecărui participant un memorator cu sfaturi şi indicaţii individualizate, eventual se pot purta şi convorbiri individuale, axate pe probleme specifice ale fiecărui bolnav.

Această acţiune se pregăteşte cu cîteva zile înainte şi se repetă trimestrial sau semestrial, în funcţie de afecţiunea respectivă.

Rolul instituției clinice

Admițînd faptul că autoeducarea şi autoîngrijirea sînt totuşi necesare, se pune întrebarea dacă lucrătorii medicali din instituțiile clinice trebuie să-şi asume responsabilitatea pentru ele. Unii cercetători susțin că autoeducarea nu se referă la sectorul medical, că instituțiile nemedicale o pot furniza la un preț mai jos, cu mai puține conflicte de interes şi cu un sacrificiu mai mic din partea serviciilor medicale. Acesta este un argument puternic în privința problemelor prevenției primare sau ale promovării sănătății, unde „ispita" de a medicaliza elementele modului de viață îl trece pe lucrătorul medical în unele zone complexe sociale, economice şi etice. Oare cît de departe ar trebui să meargă un medic sau o asistentă medicală, de exemplu, pentru a presa pacienții să se lase de fumat sau să-şi schimbe deprinderile alimentare, care sînt strîns legate de familie, profesie sau etică? Trebuie doctorii să extindă domeniul practicii lor, pentru a interveni în mod efectiv asupra consumului de alcool, în managementul stresului şi în sănătatea fizică? [55, 82, 139].

Aceste întrebări îi fac pe unii clinicieni să se rețină în entuziasmul lor de a-i sfătui pe bolnavi, iar pe unii pacienți – să evite un medic care-i recomandă schimbări în comportamentul lor legat de sănătate, fără a ține cont de alte dimensiuni sau circumstanțe de viață.

Instituția clinică totuşi este un loc ideal de a oferi pacienților un şir de reîntăriri pozitive, precum ar fi stimulările inițiale, un raționament medical de a-i ajuta să înțeleagă beneficiile schimbării comportamentului, credibilitatea experienței medicale privind aplicarea schimbării. Medicii mai pot, de asemenea, stimula sprijinul social pentru pacienții lor, îndemnîndu-i pe membrii familiei să intre în contact cu pacienții pentru educarea lor, tratînd familia ca pe o unitate, şi în felul acesta medicii pot să folosească poziția lor în comunitate pentru a coordona modificarea stilului de viață al pacienților, cu oferirea unor tipuri de educație pentru sănătate şi sprijin social şi economic efectiv.

În cadrul prevenției secundare, sarcina este de a reacționa la timp şi eficient la semne sau simptome de boală. Atunci autoeducarea reprezintă o posibilitate mai mare pentru un rol efectiv şi economic în instituția clinică. Cercetările în acest aspect confirmă că educația pacientului deține potențial de economisire şi reducere a cheltuielilor de asistență medicală, de vizite în cabinete de urgență, spitalizare, absenteizm, zile de invaliditate (certificate de boală) şi decese premature şi conduce la sporirea calității vieții bolnavilor cu afecțiuni cronice şi la creşterea satisfacției pacienților. Acestea şi alte beneficii sînt obținute prin sporirea înțelegerii din partea pacientului, participării lui la desfăşurarea tratamentului şi prin respectarea regimului prescris. Cheltuielile pentru autoeducare a pacienților, a specialiştilor din asistența primară includ timpul şi cheltuielile posibile ale medicului şi ale altui personal, care

ar fi putut să se dedice unor activități medicale mai lucrative, cheltuielile de producere și cumpărare a materialelor educaționale, independența sporită a pacienților, care vizitează mai rar cabinetul etc. Controlul acestor cheltuieli și riscurile potențiale sînt discutate pe paginile ce urmează [55, 82, 139].

Implementarea educației pacientului

Un obstacol în calea implementării autoeducației în asistența primară este frica că ea ar putea deveni o „groapă fără fund" de consiliere pe un tip de probleme psihologice și sociale. Cea mai bună metodă de a învinge această barieră este de a clarifica problemele majore și necesitățile pacienților pe categorii, care sînt îndeajuns de largi pentru a permite o clasificare inițială a pacienților în cîteva categorii de tratament educațional, pentru fiecare boală sau sarcină de autoîngrijire. Aceasta va facilita controlul timpului de lucru. Pentru a controla acest aspect, este nevoie de o concepție bine determinată pentru fiecare grup ales [55, 82, 139]. Aceste două strategii aplicate în succesiune pot reduce cheltuielile și pot maximiza beneficiile autoeducației de îngrijire.

Una dintre concepțiile clasificării este de a identifica ce sursă de suport lipsește pentru comportarea prescrisă. Acest diagnostic educațional clasifică pacienții în trei grupuri în care:

1) lipsește motivația personală;
2) există o motivație, dar lipsește iscusința de autoîngrijire;
3) sînt prezente motivația personală și iscusința, dar suportul pentru pacienți la domiciliu, la serviciu sau la școală este insuficient sau lipsește.

Pentru prima categorie de pacienți, educația în formă de comunicare directă poate fi aplicată pentru a schimba încrederea, atitudinea și percepțiile. Consultîndu-i pe pacienți în aceste trei cerințe de sănătate, în particular s-ar putea asigura cea mai bună temelie motivațională pentru a-i predispune să-și asume un rol mai activ în autoîngrijire [55, 82]:

1) încrederea că recomandările medicilor corespund regimului precis de autoîngrijire;
2) credința că urmările ar putea fi severe;
3) încrederea că beneficiile metodelor de autoîngrijire recomandate depășesc cheltuielile și inconvenienta.

Al doilea grup de pacienți se confruntă cu factori de permisiune, de iscusință sau resurse, ca un obstacol primar în practica autoîngrijirii. Acești pacienți sînt argumentați, dar ei vor fi frustrați dacă va trebui să efectueze proceduri complicate și scumpe de autoîngrijire, fără forme specifice de ajutor. Elementele esențiale de responsabilitate inițială a lucrătorului medical față de acești pacienți sînt instruirea de bază și trainingul de formare a deprinderilor necesare, combinate cu un plan adecvat de plată sau cu o trimitere la o sursă specifică de echipament sau fonduri a comunității.

Cel de al treilea grup de pacienți are factori de predispunere și permisiune deja, dar practica lor continuă de comportament recomandat este amenințată de unul sau mai mulți factori sociali sau de mediu (ambianță), acasă sau la locul de muncă. Acești factori vor avea impact asupra autoîngrijirii, astfel că cheltuielile sociale și inconvenienta comportării vor întrece cele mai îndepărtate avantaje medicale. Cel mai bun antidot educațional pentru pacienții din acest grup este ca medicul să invite membrii familiei pentru a discuta căile prin care ar putea sprijini pacienții să urmeze regimul de autoîngrijire.

O alternativă (pentru acest grup sau altele) este de a forma grupuri de pacienți care să se întîlnească periodic, pentru a face schimb de experiență privind autoîngrijirea și a-și asigura sprijin reciproc și întărire [55, 82, 139].

Această metodă este mai economicoasă și asigură celei de a treia categorii de pacienți o formă de înlocuire a integrării sociale pentru autoîngrijire, atunci cînd nu poate fi schimbat mediul casnic sau cel de lucru.

Medicii pot trimite pacienții la organizații ale comunității sau de resurse, așa ca grupuri de ajutor reciproc, programe de control al greutății, asociații benevole sau centre de educație pentru sănătate. Aceste resurse pot asigura educație suplimentară de sănătate, training, facilități și sprijin social, necesare pentru predispunere, permisiune sau întărire a practicii de autoîngrijire. Examinările reluate ale pacienților după trimitere pot asigura realizarea recomandărilor și ajutorul social necesar și pot stabili dacă este primit într-o formă consecventă cu indicațiile medicale pentru autoîngrijirea recomandată. Un control repetat îl asigură pe pacient cu un stimul suplimentar de a îndeplini recomandația de autoîngrijire. Controlul la întîlnirea repetată cu medicul identifică posibilitățile și implicarea organizațiilor comunității în asigurarea educației și sprijinul autoîngrijirii. Atunci medicul poate participa mai efectiv, ca membru profesional al comunității, cu recomandare pentru corectarea neajunsurilor și identificarea resurselor pentru serviciile de educație pentru sănătate [55, 82, 139].

Monitoringul educației pacientului

Vizita de control la medic este metoda-standard de verificare a diagnosticului, de evaluare a progresului tratamentului și de corecție a regimului recomandat. Același principiu se aplică și în autoîngrijire, dar el trebuie să ia în considerație complexitatea mai mare și durata regimului obișnuit de autoîngrijire în prevenția secundară (de ex., controlul tensiuniii, greutății, înghițirea sodiului). Se recomandă o concepție de îngrijire pe etape, pentru transferul sistematic al responsabilității către pacienți și pentru monitoringul responsabil al practicii de autoîngrijire [55, 82, 139].

Concepția de îngrijire măsurată înaintează de la metoda de transfer a pacienților din grupul 1 în grupul 2 și din gr. 2 în gr. 3. Cînd pacienții primesc sprijinul social și de mediu necesar pentru practica de autoîngrijire recomandată, următorul pas îi poate scoate de sub supravegherea medicală profesională. Acest pas poate fi îndeplinit cu minimum de risc numai dacă pacienții învață a respecta aceleași semnale primare pe care medicii și alți specialiști le folosesc la depistarea unei neregularități în rezultatele autoîngrijirii (la controlul presiunii arteriale a sîngelui, a zahărului la pacienții cu diabet).

Automonitoringul funcției poate deveni o sursă majoră de reîntărire a aptitudinilor într-un cerc continuu de feedback. Acest lucru îi poate face pe pacienți mai puțin dependenți de doctor în evaluarea stării de sănătate, precum și mai puțin dependenți de familie și prieteni pentru reîntărirea practicii de autoîngrijire.

Ultimul pas în programul de asistență treptată în autoeducație stabilește o legătură de colaborare adevărată între specialistul din sistemul de sănătate și pacient pentru tratare și monitoring. Lucrătorul medical apreciază calitatea autoasistenței și reduce frecvența vizitelor la cabinetul medical, în conformitate cu validarea autoaprecierilor pacientului. Vizitele de control pot fi mai dese, dacă bolnavii se confruntă cu mulți factori de risc medicali, sociali sau cu unele probleme economice. În protocolul de automonitoring pentru pacient trebuie să fie incluse unele semnale de protecție, pentru a se asigura că acesta răspunde la unele simptome. Se cere o trimitere periodică a înregistrărilor de automonitoring medicului, care să-i încredințeze pe pacienți că ei nu sînt uitați.

În general, procedura de inițiere a unei asistențe treptate ar trebui să prevadă repartizarea celor mai mulți pacienți în grupa 2 de training al iscusinței, dacă ei nu sînt clar motivați sau dacă sînt deja pregătiți pentru autotratament. Bolnavii care au puțin interes sau motivație pentru autotratament vor fi repartizați în grupa 1 pentru educație privind cele trei probleme de sănătate. Acei care au pregătirea și resursele necesare de a îndeplini și respecta regimul recomandat pot fi avansați în grupul 3.

Chiar fără instrumentele standardizate de selectare educațională, specialistul în asistența medicală poate face aprecieri rezonabile și repartizări, punînd pacienților un șir de întrebări: *Ce știți despre boala Dvs.? Aveți o frică specifică de ea sau de consecințele ei? Care sînt cunoștințele Dvs. despre regimul precis de tratament? Descrieți cum veți respecta autotratamentul. Credeți că veți avea unele probleme cu familia, prietenii sau patronii la efectuarea acestor proceduri?*

În sumar, cele două condiții garantează că beneficiile educației de autoasistență în instituțiile clinice vor depăși cheltuielile. Dacă comportamentul în cauză este legat de starea medicală diagnosticată mai degrabă decît de un

obicei inadecvat sănătății în modul de viață al pacienților și dacă barierele de predispunere și de permitere pentru pacienți nu sînt atît de mari, ca să le facă inefective în încercarea de a practica autoasistența recomandată, atunci medicul poate juca un rol de valoare.

Chiar și în prevenția primară lucrătorii medicali în instituțiile clinice îi pot stimula pe pacienți să prezinte date privind beneficiile care sînt așteptate de la schimbarea comportamentului, să examineze cheltuielile în tentativa de schimbare a comportării, să ofere strategii pentru minimizarea acestor cheltuieli, să-i trimită pe pacienți la resursele și programele comunității și să controleze progresul pe care l-au făcut aceștia în realizarea recomandărilor și în autoeducare [55, 82, 139].

1.9.5. *Difuziunea și evoluția modificărilor comportamentale în populație*

Una dintre problemele cu care se confruntă educatorii de sănătate este că dobîndirea unor cunoștințe nu conduce totdeauna la adoptarea unui comportament favorabil sănătății. Strategiile de modificare comportamentală se bazează pe cunoașterea [44, 55, 56, 57, 64]:

- eficacității canalelor de comunicație într-o anumită populație;
- etapelor psihologice parcurse în adoptarea unei schimbări în stilul de viață;
- istoriei naturale a difuziunii și evoluției modificărilor comportamentale într-o populație.

În programele educaționale destinate unor grupuri mari (populația generală, elevi, anumite categorii profesionale) și dispersate pe o mare suprafață, cele mai eficace canale de comunicație prin care poate să fie transmis un anumit mesaj sînt: televiziunea, radioul și tipăriturile.

Pentru populația cu statut socioeconomic este scăzut, rămîn în principal radioul și canalele de televiziune centrale [22, 24-27, 29, 64, 79].

Într-o comunitate închisă, adeseori clar delimitată geografic sau prin particularități de ordin etic, cultural, religios etc., canalele interpersonale au o eficacitate dovedită. Acestea depind de interacțiunea dintre două sau mai multe persoane în procesul de transmitere a mesajelor. Canalele interpersonale includ contactul de la persoană la persoană, dintre lucrătorii din sfera socială și cea a sănătății, dintre profesori, conferențiari, formatori, conducători de grup, consilieri și alte surse care oferă informații în cadrul ședințelor de antrenament, al discuțiilor în grup, cursurilor sau vizitelor la domiciliu și receptorii mesajului [48, 64].

Canalele interpersonale:

- oferă informații care presupun interacțiunea cu o persoană ca sursă de informație demnă de încredere;

- facilitează discutarea unor probleme pe care oamenii le consideră mai delicate sau personale;
- ajută oamenii în adoptarea unor practici noi;
- contribuie la crearea de grupuri omogene și la obținerea sprijinului comunitar pentru idei și conduite noi.

În înțelegerea ratei de difuziune a schimbărilor privind practicile de sănătate într-o populație, este important să ne concentrăm pe ceea ce caracterizează comportamentul primilor adoptanți și al adoptanților tardivi [64, 82].

În *figura 1.23* este prezentată incidența adoptanților sau distribuția normală a adoptării în timp, curba este divizată în deviații-standard, plecînd de la punctul care marchează modulul, mediana și media în procesul respectiv. Pe axa verticală a curbei este fixat numărul de subiecți sau organizații care au adoptat o idee, o practică sau au acceptat un program la un moment dat [64, 82].

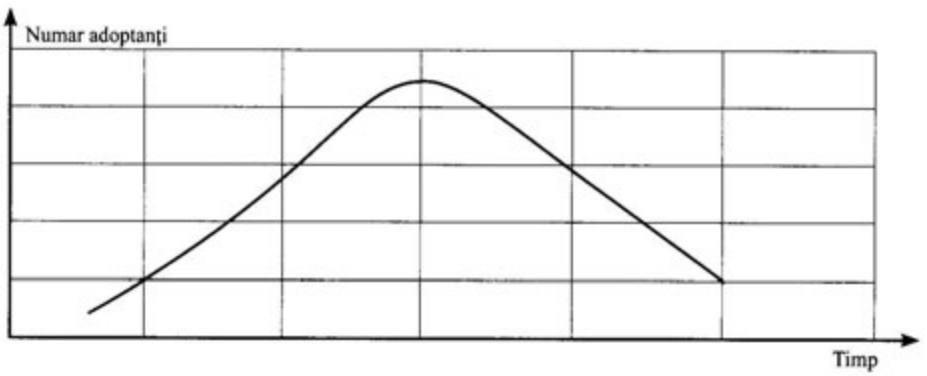

Figura 1.23. *Evoluția în timp a schimbărilor în stilul de viață (după Green L, 1992, Duma O., 1999)*

Același fenomen poate fi reprezentat ca o curbă a prevalenței adoptanților, indicînd cifra cumulativă a acestora la un anumit moment *(figura 1.24)* [64, 82].

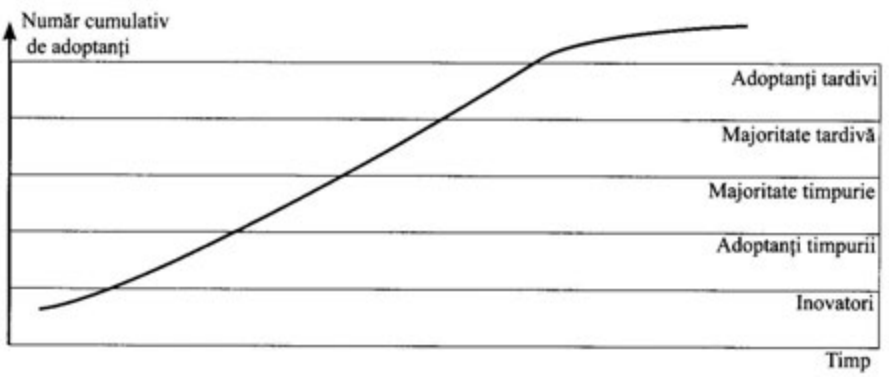

Figura 1.24. *Incidența cumulativă a persoanelor care adoptă schimbări în stilul de viață (după Green L, 1992; Duma O. 1999)*

Foarte puține programe guvernamentale pot declara cu onestitate că au apărut la momentul zero pe curba difuziunii la care doresc să contribuie; de obicei ele intră la o etapă ulterioară.

Inovatorii mai ales, dar și adoptanții timpurii sau primii adoptanți sînt indivizi educați care au acces la mass-media de la nivelul național. Adesea ei sînt locuitori ai marilor orașe, dețin cunoștințe privind păstrarea sănătății și își pot permite chiar servicii private de sănătate. Ei constituie modele sociale pentru majoritatea populației.

Adoptanții timpuri, ca și o parte din cei tardivi, sînt persoane care au un acces mai mare la media locală decît la cea națională și sînt mai receptivi la influența interpersonală, decît la mijloacele de informare în masă. Iată de ce programele pe scară mare trebuie să pună accent pe implicarea mass-medici și a organizaților locale drept canale de comunicație, decît pe rețelele mari de radio, televiziune sau pe publicații naționale.

Adoptanții tardivi, numiți și „greu accesibili", sînt cei evident dezavantajați socioeconomic, adesea izolați social, manifestînd suspiciune față de organizația care încearcă să-i abordeze. Ei ar trebui să constituie obiectivul principal al campaniilor de sănătate populațională, mai ales în serviciile de prevenție, cum ar fi imunizările, sănătatea mamei și a copilului, planificarea familială, sănătatea ocupațională, prevenția HIV/SIDA. Ei pot să utilizeze mijloacele de comunicare în masă, dar în scop exclusiv de divertisment, iar numărul acestora e mic față de cel al adoptanților timpurii. Accesul la aceste grupuri populaționale solicită cheltuieli și eforturi mari, ei fiind însă indivizii cu risc înalt, rapoartele cost–eficacitate și cost–beneficiu sînt favorabile, pentru că investiția se limitează doar la persoanele cu risc înalt și pentru că sînt supuși eventualelor efecte secundare numai cei identificați, nu și restul populației.

Recunoscînd că multe dintre forțele ce stimulează sau inhibă difuziunea și procesul de adoptare nu sînt de ordin strict cognitiv sau motivațional, programele de promovare a sănătății urmăresc să mobilizeze resursele organizaționale, economice și de mediu pentru influențarea comportamentului.

Prin intermediul relațiilor interpersonale, se pot promova metode noi în educația pentru sănătate, mai ales în rîndul grupelor cu risc crescut.

În general, educatorii pentru sănătate utilizează combinarea a cel puțin două canale de comunicație: celea interpersonală și mass-media. Mass-media are o arie de cuprindere foarte mare, cu posibilitate de transmitere rapidă și repetată a informațiilor noi.

Adoptarea unui mod (stil) de viață sănătos implică modificări comportamentale treptate, care se extind la cît mai mulți membri ai comunității. Aceștia vor adopta – mai devreme sau mai tîrziu – o schimbare în modul de viață individual și de grup.

Difuziunea unui nou program depinde atît de influența pozitivă a participanților de tip „early adopters" (indivizii care adoptă de la început o schimbare privind sănătatea), cît și de durata și locul intervenției, conform etapelor din istoria naturală a procesului de difuziune.

Specialiști în psihologie socială au constatat că în adoptarea unui nou comportament față de propria sănătate, un individ traversează următoarele etape psihologice [64, 145, 147]:

a) expunere la un anumit mesaj;
b) atenție;
c) înțelegere;
d) părere, convingere;
e) decizia de a acționa conform mesajului;
f) acțiune;
g) confirmare/repetare.

După criteriul adresabilității, deosebim: *mijloace individuale*, *mijloace de grup* (microgrup) și *mijloace de comunicare în masă* (mass-media). Tematica diferă foarte mult de la o formă la alta, fiind strict particularizată la formele individuale, mai largă la formele de grup și foarte largă la formele de comunicare în masă. Dacă formele individuale și de grup (de preferință omogen) abordează tematici specifice, adaptate strict caracteristicilor persoanelor cărora li se adresează mesajul educațional, în formele de masă, de largă informare, adresate întregii populații, se tratează teme de interes personal educațional, în formele de masă, de largă informare, adresate întregii populații, se abordează teme de interes general.

În practica activităților de educație pentru sănătate, pot fi utilizate o multitudine de forme și mijloace. Chiar pentru aceeași acțiune medicală (de ex., organizarea unei dispensarizări), pot fi utilizate mai multe forme și metode (conferințe, convorbiri în grup, lecții, proiecții de filme etc.).

Educația pentru sănătate se poate diferenția după mediul social (urban, rural), după vîrsta și sexul participanților, după tipul de colectivitate (școală, grădiniță, întreprindere, șantier, instituție, cămin de nefamiliști, instituții de cultură, cartier, domiciliu), după nivelul de instruire și interesele de educație pentru sănătate ale beneficiarilor. După categoria de persoane cărora li se adresează formele educaționale, mai deosebim educația pentru sănătate a persoanelor sănătoase și cea a diferitor categorii de bolnavi (de boli acute sau cronice, infecțioase sau neinfecțioase). Educația persoanelor sănătoase utilizează, de regulă, mijloacele informării largi a populației, precum și instruirea diferențiată a unor grupe populaționale, categorii profesionale sau formațiuni sanitare. În cadrul acestei forme, deosebim educația pentru sănătate a mamei și copilului, a tineretului și tinerelor familii, educația pentru sănătate în învățămîntul preșcolar, școlar și universitar, educația muncitorilor la locul de muncă ș.a.

Familia constituie un factor esenţial în asigurarea şi promovarea sănătăţii. De aceea, ea trebuie corect informată asupra problematicii sănătăţii, pentru a încorpora aceste informaţii în sistemele ei de valori şi a le utiliza în comportamentul ei general.

Fiecărei familii îi sînt proprii o serie de practici şi de atitudini faţă de sănătate, de care fiecare membru este puternic influenţat în cursul întregii sale existenţe. Familia trebuie să meargă mînă în mînă cu şcoala în complexul proces de formare şi educare multilaterală a copilului şi tînărului. Numai astfel poate fi concepută funcţia educativă a familiei, în care mama joacă un rol primordial [40, 56, 100].

Nivelul de cultură şi instruire al părinţilor are o mare importanţă şi influenţă asupra modelării caracterului copilului, în formarea lui pentru viaţă şi societate. De asemenea, relaţiile dintre părinţi, climatul familial au o însemnătate covîrşitoare pentru dezvoltarea somatică şi neuropsihică a copilului, pentru formarea lui ca om şi cetăţean.

1.10. Marketingul social – model de promovare a sănătăţii în comunitate

În 1971, Kotler P. şi Zaltman G. [62, 108], elaborînd conceptul de „marketing social", se referă la folosirea principiilor şi tehnicilor din marketing, pentru a se realiza o cauză socială, o idee sau un comportament în soluţionarea problemelor sociale şi de sănătate publică.

Educaţia pentru sănătate tradiţională s-a bazat pe ideea că dacă oamenilor li se oferă informaţii, va urma o modificare la nivel cognitiv, iar ulterior – în atitudine şi comportament *(figura 1.25.)* [64, 167, 168]. Problema în educaţia pentru sănătate nu este ignoranţa, ci nevoia de a avea o motivaţie pentru schimbare.

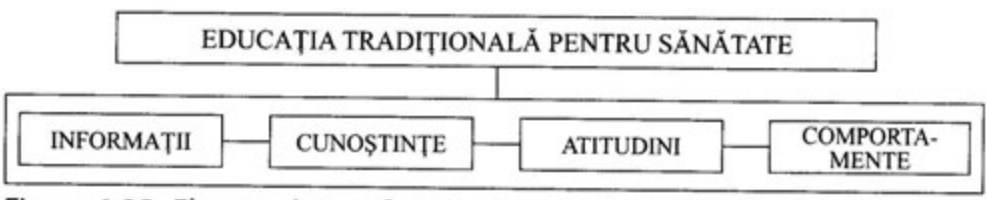

Figura 1.25. *Elementele spicifice educaţiei pentru sănătate (Tannahill, 1985; Duma O.)*

Marketingul social s-a dezvoltat tocmai pe baza faptului că, adesea, campaniile de informare publică privind sănătatea înregistrau eşecuri, în timp ce o serie de campanii publicitare, chiar pentru produse cunoscute ca nocive, aveau frecvent succes. Lefebre şi Flora [62, 64, 111] consideră că motivul eşecului primelor ar putea fi argumentat astfel:

- există un segment numeros de „ignoranți cronici", la care accesul prin campanii publice de informare este limitat și, ca atare, nu poate fi influențat;
- probabilitatea ca un subiect deja informat să răspundă la un program este proporțională cu interesul pentru problema respectivă;
- oamenii sînt mai interesanți de informațiile noi atunci cînd acestea sînt în acord cu atitudinile lor, existînd tendința de a nu asculta o informație cu caracter neplăcut;
- oamenii recepționează diferit mesajul din informații, în funcție de opiniile personale, de propriul sistem de valori, deci vor răspunde diferit la aceleași informații.

Marketingul social a apărut din necesitățile consumatorului, accentul fiind pus pe ceea ce dorește acesta și pe intenția de a veni în întîmpinarea dorințelor sale. Promotorii de sănătate au realizat că publicitatea pentru unele produse, chiar nocive (țigări, de exemplu), sporește comercializarea lor, deci marketingul are succes în vînzarea produselor. La un moment dat, promovarea sănătății trebuia să intre în competiție cu marketingul (de tip comercial), atunci cînd se făcea reclamă la unele produse nocive (alcool, tutun). A apărut astfel nevoia de a prezenta informații diferite despre unul și același produs (pro și contra).

Deosebirile dintre cele două forme de marketing sînt [62, 64, 108]:

1. Marketingul social nu are ca scop final profitul material.
2. Mecanismul de schimb, în cazul marketingului social, nu este financiar (nu trebuie să-mi plătești pentru a renunța la fumat sau la consumul excesiv de cafea).
3. Produsul în marketingul social adesea nu este tangibil, poate fi o atitudine sau un comportament.
4. Produsul în marketingul social poate fi contradictoriu, nu toată populația recepționează la fel același mesaj.
5. Mesajul nu e valid, decît dacă-l legăm de nivelul cognitiv al individului la un anumit moment.

Produsul în marketingul social poate fi o idee, o practică sau un obiect concret tangibil, cu impact pozitiv asupra sănătății prin intermediul primelor două *(figura 1.26*, p. 114*)* [64, 111].

Deși marketingul social nu este nici rapid, nici ieftin, dacă e bine conceput și aplicat, poate avea un mare succes. Cunoașterea și neutralizarea unor posibile puncte slabe ale sale, cum ar fi, de pildă, competitivitatea cu televiziunea, mai ales pentru produsele nocive; statutul socieconomic precar al unei grupe populaționale „țintă", care face dificil accesul către aceasta, lipsa asentimentului unor organizații guvernamentale (ca Ministerul Sănătății) pentru „vînzarea" unei idei privind sănătatea, pot înlesni aplicarea acestui model de promovare a sănătății în programele comunitare [63, 64].



Figura 1.26. *Produsul în marketingul social (după Lefebre R., Flora J.)*

Conform lui MacFadyen L. şi coaut., [238], multe dintre problemele sociale şi de sănătate publică au şi cauze comportamentale, iar marketingul social oferă un mecanism pentru abordarea acestor probleme prin influenţarea indivizilor în sensul adoptării unor noi comportamente şi a unui nou stil de viaţă considerat mai sănătos. Marketingul social poate fi utilizat pentru a influenţa nu numai comportamentul indivizilor, văzuţi în rolul lor de simpli cetăţeni dintr-o anumită populaţie, dar şi pentru a influenţa comportamentul celor care decid politicile publice şi al celor care fac parte din diferite grupuri de interese [238].

Keller şi Strohschein, în 2001, în difiniţie stipulează că „marketingul social utilizează principiile şi tehnologiile marketingului comercial pentru programe gîndite (proiectate) să influenţeze cunoştinţele, atitudinile, valorile, credinţele, comportamentele şi practicile unei populaţii faţă de care avem un anumit interes" [244].

Marketingul social „reprezintă utilizarea principiilor şi tehnicilor marketingului pentru a influenţa o audienţă-ţintă (engl. *target audience*), astfel încît, în mod voluntar, să accepte, (sau) să respingă, (sau) să modifice sau să abandoneze un comportament, în beneficiul indivizilor, al grupurilor sau al societăţii ca întreg" [108].

Pentru a sublinia, încă de la început, caracteristicile specifice ale marketingului social, vom prezenta (fără a intra în detalii) cîteva dintre acestea. Astfel, MacFadyen şi coaut. precizează următoarele diferenţe dintre marketingul comercial şi marketingul social [238]:

a) produsele marketingului social sînt caracterizate de o complexitate mult mai mare, comparativ cu produsele marketingului comercial;
b) cererea pentru produse este mult mai variată în cazul marketingului social; grupele-ţintă sînt mult mai greu de „atins" în cazul marketingului social;
c) implicarea consumatorului este mult mai mare în cazul marketingului social;
d) competiţia este mai subtilă şi mai variată în cazul marketingului social.

Marketingul social urmărește să influențeze nu doar comportamentul anumitor indivizi izolați, ci chiar comportamentul unor grupuri de indivizi, al unor organizații sau chiar al unei întregi societăți [238-241]. În acest sens, precizăm faptul că S.J. Levy și G. Zaltman au propus, în anul 1975, o modalitate de clasificare a tipurilor de schimbare socială care pot fi introduse prin marketingul social [242]. Această schemă de clasificare ține cont de două dimensiuni, și anume de o dimensiune temporală (schimbări pe termen scurt sau schimbări pe termen lung) și o dimensiune care precizează nivelul social la care se dorește schimbarea (la nivel individual, la nivel de grup sau la nivel de societate) [238]. Astfel că, prin utilizarea acestor două dimensiuni, pot fi gîndite șase tipuri de schimbare socială care pot fi produse prin marketingul social *(tabelul 1.8)*.

Tabelul 1.8

Șase tipuri de schimbare socială (după MacFadyen et al., 1999).

Felul schimbării	**Schimbare la nivelul individului**	**Schimbare la nivelul grupului de indivizi**	**Schimbare la nivelul societății**
Schimbare pe termen scurt	Schimbarea comportamentului individului	Schimbări ale normelor Schimbări administrative	Schimbări ale politicilor publice
Schimbare pe termen lung	Schimbarea stilului de viață	Schimbări organizaționale	"Evoluție socioculturală"

În cazul marketingului social, marketerul ca agent al schimbării urmărește să determine audiența-țintă să facă unul din următoarele lucruri [108]:

- acceptarea unui comportament nou;
- respingerea unui comportament potențial;
- modificarea unui comportament actual;
- abandonarea unui comportament vechi.

În marketingul social se urmărește schimbarea unui comportament, de aceea schimbarea credințelor, informarea și educarea unei audiențe-țințe nu sînt scopuri în sine, ci doar modalități de a facilita schimbarea comportamentală. Trebuie să subliniem faptul că schimbarea propusă în marketingul social este o schimbare voluntară. De asemenea, produsul marketingului social include și orice obiecte tangibile și servicii dezvoltate, pentru a susține și a facilita schimbarea comportamentului audienței-țintă [108].

Au fost descrise trei tipuri de produse utilizate în marketingul social [111]:

- Produsele informaționale;
- Produsele tangibile;
- Serviciile.

Produsele informaționale sînt reprezentate de mesajele sau informațiile care sînt comunicate cu intenția de a influența atenția, cunoștințele, motivația și comportamentul audienței-țintă.

Produsele tangibile sînt foarte variate [111]:

- Prezervative
- Curriculum școlar de educație pentru sănătate
- Materiale (în format tipărit, electronic sau video) de autoajutorare, utilizate, de exemplu, de cei care doresc să renunțe la fumat.

Serviciile includ [111]:

- Screening
- Consiliere
- Educația pentru adulți
- Linii telefonice speciale de ajutor
- Grupuri de autoajutorare.

Campaniile de marketing social au trei tipuri de obiective [108]:

- obiective în domeniul *comportamentului*: se referă la comportamentul specific pe care marketerul dorește să-l schimbe în audiența-țintă;
- obiective în domeniul *cunoașterii* sau al cunoștințelor: se referă la ceea ce dorim ca audiența-țintă să cunoască despre un anumit subiect;
- obiective în domeniul *credințelor*: se referă la ceea ce dorim ca audiența-țintă să creadă despre un anumit subiect.

Obiective primare ale unei campanii de marketing social sînt întotdeauna obiectivele din domeniul comportamentului *(tabelul 1.9.)* [108].

Tabelul 1.9

Exemple de obiective comportamentale pentru campanii de marketing social, realizate pentru probleme specifice (după Kotler și coaut., 2002)

Problema	Obiectivul comportamental
Fumatul	Să nu se apuce de fumat
Consumul de alcool	Să consume alcool cu moderație
Consumul de alcool în timpul sarcinii	Să nu consume alcool în timpul sarcinii
Sarcinile nedorite la adolescente	Să aleagă abstinența sexuală Să utilizeze prezervativul
Bolile cu transmitere sexuală	Să aleagă abstinența sexuală Să utilizeze prezervativul
Consumul de legume și fructe	Să consume cel puțin cinci porții de legume și fructe zilnic
Cancerul de sîn	Să se prezinte la medicul de familie pentru o examinare anuală a sînilor
Cancerul de prostată	Să se prezinte la medicul de familie pentru o examinare anuală a prostatei

În cazul marketingului social, accentul se pune pe comportamentul voluntar al audienței-țintă și marketerul trebuie să ofere ceva ce oamenii își doresc cu adevărat, astfel încît să se realizeze schimbul voluntar între părțile implicate [238].

Tabelul 1.10

Exemple privind cele trei niveluri ale produsului în marketingul social

Produsul de bază sau nucleul produsului (Beneficiile)	**Produsul efectiv (Comportamentul)**	**Produsul îmbunătățit (Obiecte tangibile sau servicii)**
O viață mai lungă și sănătoasă	Renunțarea la fumat	Linie telefonică de ajutor pentru cei care vor să renunțe la fumat Gumă de mestecat specială pentru fumători
Prevenirea sarcinilor nedorite și a bolilor cu transmitere sexuală	Utilizarea prezervativului	Prezervative sigure
Protecție a copiilor față de bolile care pot fi prevenite prin vaccinare	Imunizarea copiilor	Carnetul imunizării copiilor
Prevenirea cariei dentare și a afecțiunilor gingivale	Spălarea pe dinți și a cavității bucale	Tub cu pastă de dinți Ață dentară Sticlă cu apă pentru clătirea gurii
Reducerea riscului de angină pectorală	Monitorizarea cu regularitate a tensiunii arteriale	Echipament care poate fi folosit la domiciliu pentru monitorizarea tensiunii arteriale
Prevenirea înecului	Purtarea unei veste de salvare	Vestă de salvare
Prevenirea violului	Deplasarea în grup a elevelor după orele de clasă	Serviciu de pază pentru studente după orele de curs
Prevenirea suicidului	Să știe cînd să intervină și ce să spună	Training pentru profesori Consiliere psihologică
Îmbunătățirea stării generale de sănătate	Consumul a cel puțin doi litri de lichide zilnic	Pahare de plastic de unică folosință
Salvarea unei vieți omenești	Înscrierea ca donator de organe	Cardul de donator
Protecție față de abuzurile fizice domestice	A cere ajutor în caz de abuz domestic	Linie telefonică de ajutor pentru persoanele care sînt victime ale abuzului

Produsele marketingului social sînt mai complexe decît produsele marketingului comercial, pentru că includ nu doar obiecte tangibile, servicii şi idei, ci şi comportamente [238].

În marketingul social sînt utilizate următoarele tipuri de servicii care sînt promovate împreună cu un comportament pe care dorim să-l adopte audienţa-ţintă [108]:

- servicii educaţionale;
- servicii personale;
- servicii de consiliere;
- servicii clinice;
- servicii comunitare.

Conceptele şi principiile marketingului pot să fie aplicate pentru a fi realizate oricare dintre următoarele **obiective comportamentale**, prin influenţarea unor grupe sau persoane faţă de care există un anumit interes privind schimbarea comportamentului [235]:

- Cumpărarea de produse şi servicii;
- Renunţarea la comportamente considerate periculoase pentru individ şi societate;
- Adoptarea unor comportamente considerate benefice pentru individ şi societate;
- Participarea voluntară la anumite acţiuni cu impact pozitiv asupra societăţii;
- Donarea de bani în scopuri caritabile;
- Oferirea gratuită de resurse necesare pentru anumite acţiuni (timp, disponibilitate psihologică, sală de curs etc.).

Marketingul social nu este un demers de marketing care să vizeze intervenţii nediferenţiate asupra unor populaţii compacte şi de mari dimensiuni, ci aproape întotdeauna implică segmentarea audienţei [237].

În marketingul social **segmentarea audienţei-ţintă** sau, simplu spus, **segmentarea** reprezintă împărţirea în submulţimi/grupuri, care se exclud reciproc, ale populaţiei (indivizii, gospodăriile, comunităţile etc.) asupra căreia dorim să intervenim [236].

Scopul segmentării audienţei este de a identifica grupuri distincte de persoane care, probabil, vor răspunde în mod similar la un anumit mesaj al unui program de marketing social [243]. Presupoziţia care stă la baza segmentării este că persoanele dintr-un segment sînt suficient de similare între ele, dar sînt suficient de diferite de persoanele din alte segmente, astfel încît să presupunem că vor reacţiona într-un mod previzibil la anumite mesaje sau situaţii.

Segmentarea audienţei, adică împărţirea populaţiei în subpopulaţii, se poate face în funcţie de diferiţi factori [243]:

- geografici;
- demografici;
- medicali;
- psihografici;
- atitudinali;
- comportamentali *(tabelul 1.11)*:

Tabelul 1.11

Factorii în funcție de care se poate realiza segmentarea audienței în marketingul social

Factori în funcție de care se poate realiza segmentarea	**Exemple**
Factori geografici	– Mărimea comunității – Densitatea populației – Clima
Factori demografici	– Vîrsta – Sexul – Venitul – Ocupația – Nivelul de educație – Numărul de copii – Limba maternă – Etnia
Factori medicali	– Istoricul medical – Istoricul medical familial – Starea de sănătate – Factori de risc – Boli cronice
Factori psihografici	– Stil de viață – Caracteristici ale personalității – Valori adoptate – Norme sociale respectate
Factori atitudinali	– Atitudini – Opinii – Credințe – Judecăți
Factori comportamentali	– Utilizarea unor anumite produse – Frecvența unor comportamente – Ocazii de a utiliza anumite produse – Obiceiuri de utilizare a mass-mediei

Segmentarea demografică împarte audiența în segmente diferite în funcție de variabile demografice cum ar fi vîrsta, sexul, mărimea familiei, venitul, ocu-

paţia, educaţia, religia, naţionalitatea [235]. Acest tip de segmentare este foarte frecvent folosit, pentru că informaţiile necesare sînt relativ uşor de obţinut.

Segmentarea geografică împarte audienţa în funcţie de entităţi geografice cum ar fi state, regiuni, comunităţi, zone, cartiere, loc de muncă, mijloace de transport în comun utilizate [108, 235]. Segmentarea geografică este utilă, pentru că de multe ori există diferenţe foarte mari între comunităţi din zone geografice diferite cu privire la accesul la anumite servicii sau produse. De exemplu, există diferenţe clare în R.Moldova între comunităţile urbane şi cele rurale cu privire la accesul potenţial la servicii de planificare familială. De asemenea, există diferenţe între comunităţi cu privire la accesul la televiziunea prin cablu.

Segmentarea psihografică împarte audienţa în funcţie de clasa socială, stilul de viaţă, valorile şi caracteristicile personalităţii (Kotler şi coaut., 2002). Pentru a se obţine o segmentare psihografică, este nevoie de o cercetare laborioasă, de lungă durată şi costisitoare. Dacă s-au obţinut astfel de date, atunci se pot elabora strategii de marketing de succes, care vor ţine cont de valorile respectate de cei care fac parte dintr-un anumit segment. Segmentarea psihografică în funcţie de stilul de viaţă ar putea obţine aceste segmente ale unei populaţii de adolescente: adolescente care au un stil de viaţă conservator; cele care au un stil de viaţă libertin; adolescente care au un stil de viaţă periculos, prin căutarea de experienţe extreme etc.

Segmentarea psihografică în funcţie de stilul de viaţă a fost utilizată în campaniile de marketing social legate de prevenirea bolilor cu transmitere sexuală şi în campaniile de prevenire a consumului de droguri.

Segmentarea comportamentală împarte audienţa în funcţie de cunoştinţele, atitudinile şi comportamentele faţă de produsul promovat [108]. Astfel, în cazul unui program de marketing social cu privire la bolile cu transmitere sexuală, se pot obţine următoarele segmente ale populaţiei de elevi de 14-18 ani: elevi care nu au cunoştinţe despre aceste boli; elevi care au cunoştinţe corecte, dar reduse; elevi care au cunoştinţe corecte şi de detaliu; elevi care au unele cunoştinţe corecte, dar au şi multe cunoştinţe greşite etc. În cazul unui program de marketing social privind utilizarea prezervativului, se pot obţine următoarele segmente: cei care vor să folosească prezervativul, cei care se ruşinează să folosească prezervativul, cei care resping categoric folosirea prezervativului etc.

În istoria marketingului social au fost utilizate, la început, modele simple de segmentare, în funcţie de cîte o singură variabilă. Astfel, se realiza fie segmentarea în funcţie de sex, fie segmentarea în funcţie de vîrstă ş.a.m.d. Ulterior, au apărut modele complexe de segmentare, care ţin cont de aspecte complexe sau care combină mai multe variabile.

Marketingul social utilizează două modele complexe pentru segmentare [108]:

- Modelul de segmentare care utilizează stadiile schimbării comportamentale;
- Modelul segmentării prin utilizarea mai multor variabile de segmentare.

Segmentarea este un proces complex care implică atît știință, cît și artă. Ea nu se poate face la întîmplare, ci trebuie să se cîntărească foarte bine argumentele *pro* și cele *contra* unei anumite strategii de segmentare.

Astfel, cu privire la procesul de segmentare trebuie să se ia trei tipuri de decizii [235]:

- Decizii *cantitative* (Care este ponderea din totalul resurselor organizației a resurselor alocate pentru fiecare segment?);
- Decizii *calitative* (Care sînt strategiile diverse cu privire la preț pentru segmentele diferite identificate? Care este produsul oferit fiecărui segment?);
- Decizii *cu privire la aspecte temporale* (Trebuie abordate toate segmentele în același timp? Trebuie abordat un anumit segment la un moment dat, iar alt segment trebuie abordat ulterior sau anterior aceluia?).

În literatura de specialitate sînt numeroase exemple de programe de marketing social care au avut succes, ca urmare a unei segmentări adecvate. De asemenea, sînt prezentate eșecuri cauzate de o segmentare necorespunzătoare sau de absența segmentării. Se poate spune, fără îndoială, că utilizarea segmentării nu garantează succesul, dar că absența acesteia determină aproape sigur eșecul.

Utilizarea segmentării în procesul de marketing social poate aduce următoarele beneficii [108]:

- Creșterea eficacității intervențiilor de marketing social;
- Creșterea eficienței utilizării resurselor;
- Alocare adecvată a resurselor;
- Dezvoltarea unor strategii de marketing eficiente.

În pofida beneficiilor dovedite aduse de segmentare, se constată o utilizare limitată a acestei metode. Absența utilizării sistematice a segmentării în programele de marketing social a fost atribuită următoarelor bariere [236]:

- Lipsa de înțelegere a aspectelor practice ale segmentării;
- Credința că finanțatorii programului de marketing social se vor opune segmentării;
- Lipsa de conștientizare a faptului că această metodă poate să conducă la creșterea impactului programului și la reducerea costurilor programului;
- Credința că uniformitatea programului (prin absența segmentării) contribuie la consistența mesajului programului și la reducerea costurilor;

- Lipsa informațiilor relevante pentru realizarea unei strategii adecvate de segmentare;
- Lipsa voinței cu privire la colectarea de date noi pentru realizarea segmentării.

Problematica actuală a educației pentru sănătate cuprinde următoarele articole importante: sănătatea familiei, inclusiv planificarea familială; sănătatea mamei și a copilului; educația tineretului, inclusiv educația sexuală; sănătatea mintală; educația pentru sănătate în întreprinderile industriale și meșteșugărești; în mediul rural; în bolile infecțioase (inclusiv SIDA) și în bolile neinfecțioase; în combaterea unor noxe ale vieții moderne (supraalimentația, sedentarismul, stresul, alcoolismul, tabagismul, polipragmazia); educația geronto-geriatrică; educația ecologică; educația rutieră; utilizarea rațională a timpului liber și a factorilor naturali etc. Sănătatea populației este dependentă, în ultima instanță, de măsură în care toți membrii societății o integrează în preocupările lor, atît pe plan individual, cît și pe plan colectiv. „Orice ființă umană are dreptul și datoria de a participa, individual și colectiv, la planificarea și aplicarea îngrijirilor adresate sănătății, care-i sînt adresate", prevede Declarația de la Alma-Ata, adoptată de Conferința internațională pentru îngrijirile primare de sănătate (1978) [178]. În vederea îndeplinirii importantelor obiective de sănătate stabilite de OMS pe plan mondial, trebuie utilizate toate resursele, existente sau care pot fi create, capabile a contribui la îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

1.11. Comunicarea în educația pentru sănătate

Elementul fundamental în educația pentru sănătate este comunicarea.

În înțelesul său fundamental, comunicarea este un transfer de informații, atitudini, idei sau emoții între două părți participante la actul comunicării, un emițător (individ/grup) și un receptor (alt individ/grup), în urma căruia informația transmisă și captată este înțeleasă și interpretată în același mod de către cele două părți [57, 64, 162, 163].

Astfel, comunicarea este arta de expunere și schimb de opinii, idei în mod verbal sau scris.

Multă vreme a fost reținută o definiție ceva mai unidirecționala a comunicării (de la sursă la un receptor). Definiția actuala pune accentul pe împărtășirea de percepții comune.

1.11.1. *Scopurile comunicării și modele de comunicare*

Comunicarea include următoarele ***scopuri***:

- Primirea și oferirea de informații;
- Trecerea la acțiune;
- Asigurarea înțelegerii;
- Convingerea;
- Schimbarea comportamentului *(figura 1.27).*

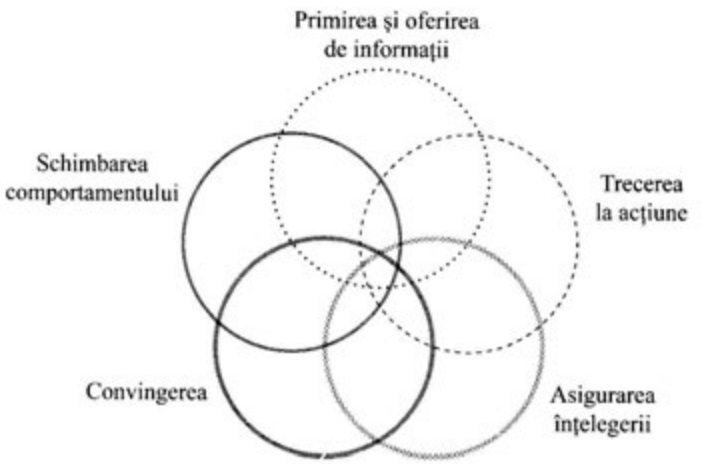

Figura 1.27. *Scopurile comunicării*

Modele de comunicare. Un model simplificat al comunicării, aplicabil și în domeniul educației pentru sănătate, arată că aceasta se înscrie ca o relație în binom, stabilită între cei doi parteneri, unul fiind emițătorul *(E)* și celălalt – receptorul *(R)* [57, 64]. Între aceștia doi poli informația circulă codificată într-un mesaj *(M) (figura 1.28).*

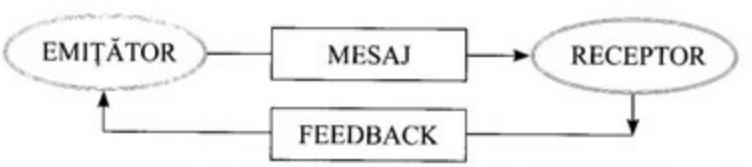

Figura 1.28. *Model de comunicare (Duda R., 1993; Duma O., 1999)*

Acesta este modelul tradițional, în care comunicarea este văzută ca un transfer de informații și unde se presupune că emițătorul este învestit cu o anumită autoritate, comparativ cu cel ce primește masajul – receptorul. Acest model nu se aplică perfect canalelor interpersonale (grupurile de egali – *peer groups*), unde comunicarea este exprimată sintetic ca o convergență de idei între parteneri și unde eventualul receptor formal este mai mult un facilitator [162].

Comunicarea se bazează pe înţelesuri comune, determinate de contextul cultural *(figura 1.29).*

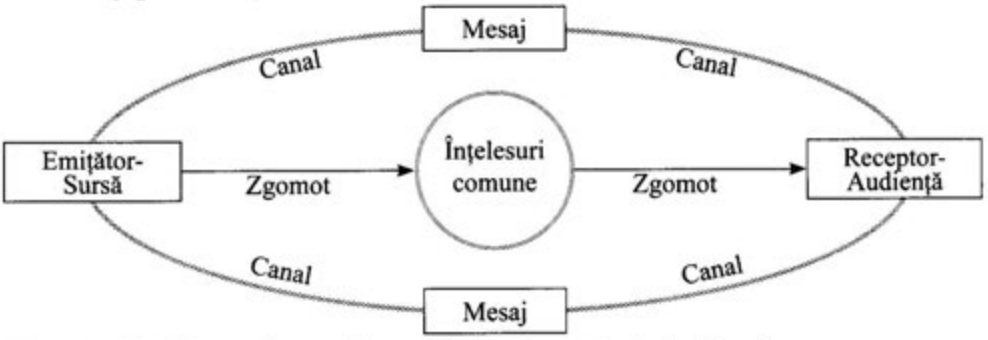

Figura 1.29. *Comunicarea determinată de contextul cultural*

Comunicarea se produce într-un context determinat de:

- limbaj;
- situaţie (petrecere între prieteni, ceremonie oficială, activitate profesională);
- instituţie (şcoală, spital);
- participanţi (comportament, statut, rol);
- relaţie între interlocutori (ierarhică, intimă, de familie).

Clasificare:

În funcţie de modalitatea sau tehnica de transmitere a mesajului:

- Comunicarea directă – mijloace primare: cuvînt, gest, mimică;
- Comunicarea indirectă – tehnici secundare: scriere, tipăritură, unde hertziene, cabluri, sisteme grafice;
- Comunicarea imprimată (presă, carte, afiş etc.);
- Comunicare înregistrată (film, disc, memory stick etc.);
- Comunicare prin fir (telefon, telegraf, prin cablu, fibre optice);
- Comunicare radiofonică (radio, TV).

În funcţie de modul în care individul/indivizii participă la comunicare:

- Comunicarea intrapersonală (realizată de fiecare individ în forul său interior);
- Comunicarea interpersonală: între două persoane, de grup, publică;
- Comunicarea de masă (prin instituţii specializate, cu adresabilitate generală).

În funcţie de limbaj:

- Comunicarea verbală (scrisă, orală);
- Comunicarea nonverbală (limbajul corpului, al timpului, al lucrurilor);
- Comunicarea paraverbală (forma vocală de limbaj nonverbal: tonalitatea şi inflexiunea vocii, ritmul vorbirii, modul de accentuare a cuvintelor, pauzele dintre cuvinte, ticurile verbale).

1.11.2. *Comunicarea în domeniul sănătății*

Comunicarea în domeniul sănătății constă esențial în difuzarea unor mesaje bine constituite către grupe-țintă, în scopul provocării unor schimbări atitudinale/comportamentale.

Eficacitatea comunicării este mult mai mare atunci cînd se realizează în dublu sens (emițător – receptor și receptor – emițător), prin feedback emițătorul putînd adapta permanent mesajul.

Mesajul este constituit din simboluri imagistice, lingvistice, gestuale [57, 64]. Stimularea interesului pentru problemele de sănătate se poate face utilizînd o gamă cît mai variată de simboluri. Mesajele trebuie să se bazeze pe valorile culturale și tradițiile locale. Caracterul concis, clar și repetabilitatea (fără riscul de a plictisi) pot asigura validitatea mesajului.

Mesajele negative, care induc teamă, au fost utilizate în campaniile de educație pentru sănătate vreme îndelungată, dar impactul lor global este încă incert. Asemenea mesaje pot spori gradul individual de conștientizare, implicarea socială a individului și abordarea sau preocuparea pentru problema în cauză. Astfel, în ciuda acestor mesaje, adeseori individul va continua să creadă că maladia HIV/SIDA, cancerul bronhopulmonar sau boala coronariană sînt probleme altora și nu l-ar putea afecta, iar modificările comportamentale vor fi minime [62,171].

Îmbinarea elementelor de teamă cu cele preponderent optimiste are șansa cea mai mare de a fi recepționate corect, analizate și apoi încorporate în atitudini și comportamente favorabile sănătății. Educația pentru sănătate a parcurs o etapă de tranziție de la un model de „învinovățire a victimei", care punea accentul pe frică prin mesaje negative, la un model bazat pe „capacitarea" sau „acreditarea" persoanei în domeniul sănătății. Modelul din urmă presupune promovarea încrederii în sine prin mesaje pozitive, optimiste, care favorizează asumarea unor modificări voluntare ale comportamentului:

- să fim receptați (auziți sau citiți);
- să fim înțeleși;
- să fim acceptați;
- să provocăm o reacție, o schimbare atitudinală sau comportamentală.

Dacă nu se atinge niciunul dintre aceste obiective, înseamnă că procesul de comunicare a eșuat.

Barierele în comunicație pot ține de [69, 174]:

- deosebirea socioculturală dintre educator și auditoriu;
- receptivitatea scăzută a audientului (handicap mintal, bolnav, obosit, lipsa de valoare pe care o dă pacientul sănătății, fiind preocupat de alte valori pe care le consideră mai importante);
- atitudinea negativă față de personalul medical (experiență anterioară negativă, exemplu prost dat de medic, nu vrea să afle ce spune medicul, nu are încredere în instituția respectivă);

- înțelegere limitată (dificultăți de limbă, utilizarea de jargoane etc.);
- mesaje contradictorii (ce îi spune educatorul este diferit de ceea ce știe de la familie, școală; educătorul își schimbă opinia pentru că citește lucruri noi etc.).

Cum se pot depăși barierele [69, 174]:

- Educatorul să vorbească clar și rar;
- Să repete noțiunile importante asupra cărora are dubii în legătură cu înțelegerea lor de către auditor;
- Să folosească cuvinte și propoziții simple;
- Într-o ședință numărul de informații să nu fie prea mare;
- Să fie transmise informațiile într-o succesiune logică;
- Utilizarea de tehnici pedagogice adecvate;
- Atitudinea, mimica, gesturile educatorului participă la transmiterea informațiilor.

Important:

- Există și comunicație nonverbală.
- Există doi poli: educator și ascultător, dar și educatorul trebuie să știe să asculte;
- Educatorul trebuie să accepte sentimentele altor persoane;
- Educatorul trebuie să știe cum să stimuleze discuția în cazul unei comvorbiri cu un grup mic.

În practica medicală, foarte frecvent se folosesc grupurile mici care pot fi omogene (cel mai eficace) sau neomogene.

Obiectivele comunicației în grupuri mici:

- Conștientizarea participanților privind importanțe sănătății;
- Explorarea valorilor și a atitudinilor lor cu privire la sănătate;
- Să fie ajutați să decidă singuri;
- Să fie ajutați să-și schimbe comportamentul.

Pentru a aborda domeniul comunicării, trebuie să luăm în considerație caracteristicile celor trei stiluri principale ale acesteia: stilul *pasiv*, stilul *afirmativ-pozitiv*, stilul *agresiv (tabelul 1.12)* [64, 163].

Tabelul 1.12

Stiluri de comunicare (după Stanton N., 1995; Duma O., 1999)

Stil	Descriere	Rezultate
Pasiv	„Tu ai dreptate" „Eu n-am dreptate"	Pierdere – pierdere
Afirmativ-pozitiv	„Eu am dreptate" „Tu ai dreptate"	Cîștig – cîștig
Agresiv	„Eu am dreptate" „Tu n-ai dreptate"	Cîștig – pierdere

Considerînd comunicarea ca un continuum în care comportamentele afirmativ-pozitive sînt situate în zona centrală, iar cele pasiv și agresiv sînt extremele, atunci devine evident că abordarea afirmativ-pozitivă este cea care duce la ceea ce s-ar putea numi rezultate „cîștig – cîștig" pentru cei care o adoptă (64,162).

1.11.3. *Tehnici utilizate în comunicare*

Principalele tehnici utilizate pentru transmiterea activă în cadrul grupului de lucru (informare/educație și culegere de date) sînt: tehnica brainstormingului, tehnica brainwritingului, focus-grupul, interpretarea unor roluri.

Tehnica brainstormingului, numită și „asalt de idei", a fost elaborată în anul 1953 de către psihologul Alexander Osborn [143]. La baza teoretică a acestei metode stă găsirea unui număr cît mai mare de soluții alternative și variate pentru rezolvarea unei probleme. Soluția se obține nu prin eliminarea succesivă a ideilor, ci prin creșterea numărului de propuneri. Tehnica are un caracter de provocare/incitare la gîndire și urmărește mobilizarea participanților pentru găsirea unor soluții, pentru identificarea unor nevoi.

Această producție de idei nu este lipsită de legități, ci se supune logicii demersului asociativ, potrivit căruia nicio asociație de idei, de structuri sau acțiuni nu se produce prin hazard. Brainstormingul satisface două cerințe principale în educație: înlăturarea sau neutralizarea blocajelor și stimularea ideilor originale, valoroase.

Principalele etape ale brainstormingului sînt [54, 69]:

1. Stabilirea problemei și formularea ei de către un moderator; acesta va evita cenzura de orice fel, chiar autocritica, încurajînd exprimarea liberă, spontană a ideilor;
2. Formularea și consemnarea tuturor soluțiilor; are un caracter oarecum ludic;
3. Etapa a doua se caracterizează printr-o producție cantitativă de idei și respectă principiul „cantitatea generează calitatea";
4. Evaluarea fiecărei date în parte, cu validarea celor mai bune.

Tehnicii de brainstorming îi este caracteristică asociația grefată pe ideile celuilalt (demersul asociativ).

Tehnica brainwritingului: fiecare persoană este pusă să-și exprime în scris și cît mai concis posibil ideile care se referă la nevoile educative într-o problemă definită sau căile pentru a modifica un comportament; ideile consemnate se triază și se aduc la cunoștință grupului [64, 69].

Tehnica grupului nominal – fiecare persoană își exprimă cîte o părere în legătură cu o problemă, iar educatorul grupează ideile comune.

Tehnica Delphi, care nu este folosită în educaţia pentru sănătate (mai multe runde de întrebări cu prelucrarea şi sinteza răspunsurilor; această sinteză se va trimite fiecărei persoane anchetate după fiecare rundă) [64, 69].

Tehnica de focus-grup a fost definită ca un ansamblu de interviuri de grup, care se bazează pe interacţiunile din cadrul acestuia [14, 72].

Numărul de participanţi este limitat (7-9) şi aceştia au, în general, caracteristici demografice (sex, vîrstă), ocupaţie sau interese comune. Liderul grupului joacă rol de moderator şi el va expune clar problema ce va fi discutată, cerînd de la început consimţămîntul membrilor de a fi înregistrată întreaga discuţie. Durata interviului variază de la 30 de minute la două ore; acesta se poate desfăşura în mai multe etape [78].

Interacţiunea de grup se utilizează pentru a obţine date privind nivelul de informare, atitudinile şi/sau practicile în relaţie cu starea de sănătate, informaţii care ar fi mai greu sesizabile fără interacţiune. De asemenea, prin focus-grup se pot analiza critic diferite miloace de educaţie pentru sănătate (scrise, verbele), eficienţa şi eficacitatea lor, sau se pot discuta căile şi modalităţile prin care se promovează un stil de viaţă sănătos.

După interviu, moderatorul transcrie înregistrarea, analizează şi ia în consideraţie sugestiile valoroase. El va prezenta membrilor grupului un raport scris bazat pe datele obţinute.

În **interpretarea de roluri** participanţii sînt încurajaţi să-şi asume un rol, altul decît rolul propriu, în virtutea căruia să reacţioneze la o anumită situaţie de viaţă. Fiecare rol durează cîteva minute, pînă cînd „actorii" găsesc o varietate de căi prin care situaţia respectivă poate fi rezolvată. Deoarece membrii grupului nu îşi exprimă în mod obligatoriu propriile idei, aceasta este o cale sigură de a analiza unele situaţii foarte dificile.

Acest exerciţiu ajută la explorarea propriilor sentimente, gînduri şi acţiuni într-o ambianţă imaginară, lipsită de risc. Participanţii trebuie să aibă posibilitatea să se ofere ca voluntari pentru acest joc. Uneori ei pot uita personajul pe care-l întruchipează şi ajung să exprime ceea ce simt în acel moment. Participanţii pot cere schimbarea rolului cu colegii lor, pentru a da noi perspective aceleiaşi situaţii [64, 169].

Jocul de rol are ca temă, de regulă o situaţie generatoare de conflict: consumul abuziv de alcool la unul din membrii unei familii şi relaţiile dintre ei; diagnosticarea unei persoane ca seropozitivă, drama pe care o trăieşte şi relaţiile cu cei din jur; capacitatea adolescentului de a rezista presiunii anturajului şi de a nu fuma [64].

Jocul de rol furnizează un amplu material de discuţie şi poate fi uneori distractiv.

1.11.4. *Canale de comunicaţie, reţele de instituţii*

Canalele de comunicaţie, reţelele de instituţii şi programele de activităţi constituie elemente ale unei strategii concepute pentru influenţarea şi antrenarea grupelor-ţintă. Motivele care stau la baza selecţionării unor canale de comunicaţie, reţele şi activităţi sînt comentate în continuare.

Metodele de lucru şi sursele de comunicaţii nu se bucură de aceeaşi receptivitate din partea grupurilor-ţintă. Oamenii, în general, deosebesc o anumită înclinaţie pentru reţelele de instituţii care intră în interesul lor, cum sînt unităţile de învăţămînt, organizaţiile religioase, cluburile sportive sau discotecile, şi preferă sursele informaţionale cu care sînt obişnuiţi, cum sînt posturile de radio, internetul, ziarele, sau în problemele de sănătate – medicul de familie [37, 82, 86, 88].

Preferinţele de acest fel ale grupelor-ţintă trebuie identificate, pentru a le putea folosi în scopul urmărit. Strategiile unui plan includ şi această operaţie de identificare a canalelor şi instituţiilor preferate şi modul în care pot fi combinate, pentru a fi cît mai eficiente.

Datele privind canalele de informaţie şi instituţiile de interes vor cuprinde şi detalii referitoare la orientarea influenţei lor asupra unor grupe. Informaţiile privind aceste grupe pot fi furnizate de unele instituţii. Redacţiile de ziare, posturile de radio şi televiziune, instituţiile specializate în efectuarea de sondaje vă pot oferi date despre orele de audienţă şi vizionare maximă.

Uneori se instalează o impresie generală asupra unor succese sau slăbiciuni specifice diferitelor canale de comunicaţie, însă generalizarea, de exemplu, a succeselor unui canal poate fi adesea derutantă. Se impune o apreciere atentă a canalelor de comunicaţie în comparaţie cu alţi factori de influenţă, caracteristici culturii locale sau regionale specifice. Un număr mare de lucrători din domeniul promovării sănătăţii preferă folosirea mai multor canale de informaţie, oricum mai eficiente decît unul singur [37, 82].

• **Canalele interperesonale** depind de interacţiunea dintre două sau mai multe persoane în procesul de transmitere a mesajelor. Aceste canale includ contactul de la persoană la persoană, dintre lucrătorii din sfera socială şi cea a sănătăţii, dintre profesori, conferenţiari, formatori, conducători de grup, consilieri şi alte surse, care oferă informaţii în cadrul şedinţelor de antrenament, al discuţiilor în grup, cursurilor sau vizitelor la domiciliu, şi receptorii mesajului [37, 82, 86, 88].

Canalele interpersonale:

- oferă informaţii care presupun interacţiunea cu o persoană, ca sursă de informaţie demnă de încredere;
- facilitează discutarea unor probleme pe care oamenii le consideră mai delicate sau personale;

- ajută oamenii în adoptarea unor practici noi;
- contribuie la crearea unor grupuri omogene şi la obţinerea sprijinului comunitar pentru idei şi conduite noi.

Prin intermediul relaţiilor interpersonale se pot promova metode noi în educaţia pentru sănătate. Astfel, educatorii de sănătate cu o pregătire specifică pot organiza dezbateri libere în clinicile de dermatovenerologie privind bolile cu transmitere sexuală. O parte din participanţi, care manifestă un interes mai mare şi sînt cunoscuţi ca făcînd parte din grupe cu risc crescut (prostituate, homosexuali, chiar dacă la noi nu au încă statut legal), pot fi recrutaţi şi instruiţi ca educatori pentru difuzarea cunoştinţelor despre bolile cu transmitere sexuală şi prevenirea lor în grupa din care fac parte [37, 82, 86, 88].

• **Mijloacele de informare în masă** cuprind: radioul, televiziunea, internetul, ziarele, revistele şi filmele, mass-media [5, 37, 55, 82, 88], avînd următoarele sarcini:

- reuşesc să transmită rapid informaţii noi, repetate şi pentru o bună parte din ansamblul populaţiei;
- contribuie la legitimarea dezbaterii problemelor de interes public şi creează sprijinul necesar desfăşurării unor programe şi activităţi;
- consolidează cunoştinţele şi conduitele noi însuşite.

• **Mijloace informative de format mic**: pliante, fluturaşi, afişe, casete video, diapozitive, benzi sonore, expoziţii, machete şi articole cu inscripţii (tricouri, fulare, sacoşe, tocuri etc.) – au următoarele obiective [5, 37, 55, 82]:

- informează şi reiterează unele teme legate de scopul urmărit;
- oferă informaţii mai amănunţite decît mass-media sau scurtele contacte interpersonale;
- sprijină activităţile întreprinse prin informaţii asupra orei, locului, numerelor de telefon etc.

1.11.5. *Tipuri de comunicare*

În munca de educaţie pentru sănătate, trebuie alese mijloacele cele mai adecvate scopului urmărit, particularităţilor problemei şi grupei de populaţie-ţintă [37, 82].

Astfel, la grupa de populaţie sănătoasă se urmăreşte o largă informare prin mass-media în probleme antiepidemice, interesarea populaţiei pentru cunoaşterea măsurilor de apărare a propriei sănătăţi. În funcţie de morbiditatea specifică de sezon, de grupele de populaţie care au un rol în profilaxia anumitor boli transmisibile (mame, persoane cuprinse în activităţi din sectorul alimentar etc.), se organizează diferite forme de transmitere de cunoştinţe, care să determine formarea unei opinii favorabile punerii în practică a măsurilor antiepidemice [5, 37, 55, 82, 88].

În situaţii epidemiologice, este necesar ca acţiunea de educaţie pentru sănătate să fie corect şi la timp planificată. Precederea acţiunilor antiepidemice de acţiuni educativ-informative convingătoare contribuie, în mare măsură, la succesul celor dintîi, prin faptul că se creează o opinie favorabilă şi o participare conştientă a populaţiei la aplicarea măsurilor profilactice [37, 55, 82, 88].

Populaţia trebuie stimulată şi antrenată în unele situaţii pentru sprijinirea directă a măsurilor antiepidemice, prin participarea la acţiuni de salubrizare, de igienizare a unor obiective (locuinţă, fîntînă, curte etc.).

• **Comunicarea în grup**. În planificarea acţiunilor de educaţie pentru sănătate pe probleme antiepidemice se vor cuprinde:

1. *Grupe mari de populaţie* sănătoasă cu forme de largă informare [37, 55, 82].

2. *Grupe limitate de populaţie*, direct interesate într-o anumită problemă antiepidemică (purtători de germeni patogeni infectaţi HIV sau bolnavi SIDA etc.), se organizează acţiuni de educaţie pentru sănătate specifice, folosindu-se următoarele forme: instructaje privind căile de transmitere a infecţiei şi mijloacele de prevenire a transmiterii acesteia; convorbiri în focar, demonstraţii practice în focar (dezinfecţie); convorbiri la domiciliu, atît cu bolnavii sau cu purtătorii de germeni, cît şi cu familiile acestora; conversaţie cu bolnavii în spital; înmînarea de memoratoare la externare [37, 55, 82].

3. *Grupe profesionale*, care prin specificul activităţii lor au rol important în prevenirea unor boli transmisibile (sectorul alimentar, sectorul serviciilor: frizerie şi coafură, unităţi de găzduire etc.) şi care trebuie să urmeze cursurile de sanminim de profil [5, 37, 55, 82].

• **Comunicarea interpersonală** este o formă de comunicare ce permite educatorului un contact de la persoană la persoană, creînd o atmosferă de intimitate şi confidenţialitate sporită.

Se poate utiliza în spitale, policlinici, dar şi la cabinetele cu profil de consiliere. Are o eficienţă deosebită, în special atunci cînd este vorba de boli cu transmitere sexuală, „boli ruşinoase", cum sînt categorisite de multe persoane. Este foarte important de explicat celor care suferă de aceste afecţiuni care sînt căile de transmitere, manifestările şi modalităţile de prevenire.

Persoanele infectate HIV prezintă probleme deosebite cu privire la depistarea şi integrarea lor în societate, pentru că pe lîngă problemele medicale şi antiepidemice se ridică şi cele de ordin psihologic.

În toate situaţiile, indiferent de forma folosită în educaţia pentru sănătate, eficienţa creşte dacă se folosesc mijloace combinate, punîndu-se accent pe cele audiovizuale, cu exemple reale din viaţa cotidiană [5, 37, 55, 82].

1.11.6. *Reţele de instituţii*

Reţelele de instituţii includ ministerele: sănătăţii; educaţiei; muncii, protecţiei sociale şi familiei; tineretului şi sportului; culturii; tehnologiei, informaţiei şi comunicaţiilor; afacerilor interne; apărării naţionale; mediului etc. şi subunităţile lor; de exemplu: spitalele, şcolile, armata, poliţia, organizaţiile religioase, asociaţiile voluntare, organizaţiile neguvernamentale, sindicatele, cercurile financiare şi industriale, asociaţiile profesionale şi grupurile comunitare (cluburi feminine, de tineret etc.) [5, 37, 55, 82].

Activitatea de promovare a sănătăţii va include [5, 37, 55, 82]:

- utilizarea canalelor diferitelor reţele de comunicaţii deja existente pentru difuzarea mesajelor privind prevenirea sau combaterea unor maladii, vicii etc.;
- obţinerea accesului la grupele-ţintă, deja incluse în reţelele instituţionale şi în structurile, serviciile şi programele acestora;
- folosirea experienţei personalului şi a voluntarilor din reţele;
- integrarea mesajelor în activităţile de informare, educare şi servicii ale reţelelor cooperante, potenţînd astfel efectele iniţiativelor de promovare a sănătăţii.

O parte din aceste instituţii, ca armata sau marile întreprinderi, au posibilitatea să finanţeze şi să aplice elementele esenţiale din planul de promovare a sănătăţii în cadrul propriilor lor instituţii, incluzînd, de exemplu, manifestări de genul: "Ziua Mondială fără Tutun", consacrată combaterii fumatului, sau ziua consacrată discuţiilor despre SIDA; înfiinţarea unui grup permanent de instruire şi iniţierea unor programe de consiliere individuală.

Sistemele de acordare a serviciilor care răspund de punerea la dispoziţie a articolelor şi serviciilor ce sînt promovate prin programe au rol hotărîtor în susţinerea activităţilor de instruire, educare şi comunicare.

Oamenii nu vor adopta un produs nou, oricît de bine ar fi susţinut prin mass-media, dacă nu şi-l pot permite sau nu există pe piaţă, şi nu vor accepta un serviciu care nu are credibilitate, dacă nu le este oferit printr-o manieră competentă şi eficace.

- **Antrenarea grupelor-ţintă**. Pentru stabilirea unei comunicări eficiente care să ducă la o interacţiune productivă, se impune implicarea populaţiei în planificarea, proiectarea şi aplicarea programelor. Populaţia vizată poate fi imediat antrenată în planificarea şi desfăşurarea acţiunilor locale de promovare a sănătăţii pentru sine şi pentru alţii. Ea poate fi încurajată să aibă diferite iniţiative, astfel încît proiectele la care participă să îi aparţină cu adevărat şi să capete, în acest fel, maximum de eficienţă [5, 37, 55, 82, 88].

Acțiunile principale pentru obținerea colaborării populației includ:

- vizite și consiliere a indivizilor: acasă și la locul de muncă, în centre de sănătate, în grupuri întîmplătoare;
- întîlniri, discuții (în grup);
- orientare/pregătire (prin seminare, cursuri, ateliere);
- manifestări publice/culturale (teatre, spectacole muzicale, sărbători tradiționale, festivaluri, aniversări, spectacole sportive, concursuri);
- programe de autoajutoare (acțiuni locale de grup, cu participarea în activități de planificare, aplicare și evaluare) [5, 37, 55, 82].

• **Conlucrarea canalelor de comunicare cu rețelele instituționale**. Pentru sporirea eficienței, fiecare canal de comunicație presupune diferite abilități, contacte cu instituții, inițiative luate în scopul producerii de materiale și al creării unor condiții favorabile [37, 82]:

Eficiența activității unui singur canal de comunicație sau a unei rețele instituționale este sporită prin coordonarea cu toate celelalte unități strategice. Prin urmare, se impune punerea la punct a unei strategii globale.

Pentru selecționarea canalelor de comunicație și a activităților rețelelor instituționale și pentru realizarea interacțiunii lor, este necesară cunoașterea datelor privind preferințele grupelor de populație. Informațiile necesare pot fi culese cu prilejul studiilor preliminare de evaluare [37, 55, 82].

• **Strategia integrată**. Elaborarea strategiei trebuie să țină seama de interacțiunea diferitor factori [37, 82]:

- caracteristicile și necesitățile grupelor-țintă;
- obiectivele și performanțele pe care și le propune un program;
- natura mesajelor;
- activități, canale de comunicații, rețele instituționale prevăzute într-un program.

O strategie integrată de promovare a sănătății trebuie să folosească mesajele, activitățile, canalele de comunicație și rețelele instituționale într-o îmbinare care să se dovedească cea mai adecvată specificului categoriilor de populație vizate și condițiilor în care acestea trăiesc [37, 82].

Capitolul II

SĂNĂTATEA POPULAŢIEI REPUBLICII MOLDOVA ÎN CONDIŢII SOCIOECONOMICE NOI

2.1. Dinamica indicatorilor demografici

Constatarea crizei continue, în ultimul deceniu al secolului XX, în toate structurile economice, politice, atît de stat, cît şi regionale, a lăsat în afara atenţiei analiştilor deteriorarea indicilor ce caracterizează sănătatea publică. Primele semne că în acest sistem ceva nu este în regulă s-au ivit încă în perioada aşa-numitei "Perestroici" (*Restructurării*). Cu toate că sporul natural al populaţiei era încă pozitiv, creştea natalitatea şi se micşora mortalitatea generală şi cea infantilă, în R. Moldova se acumulau deja unele tendinţe negative ale sănătăţii populaţiei: cronicizarea maladiilor şi creşterea invalidităţii generale şi celei infantile, sporirea numărului de patologii congenitale, a sindroamelor dezadaptive şi alţi indicatori sensibili ce caracterizează dinamica negativă a reproducerii populaţiei.

Ca urmare, situaţia medico-demografică în Republica Moldova continuă să fie nesatisfăcătoare şi rămîne una dintre cele mai joase în regiunea europeană. Astfel, durata speranţei de viaţă în Moldova este una dintre cele mai scurte în Europa *(tabelele 2.1, 2.2, figura 2.1)*.

Tabelul 2.1

Durata medie a speranţei de viaţă la naştere (ani)

Sexul	2008	2009	2010	2011	2012
Ambele sexe	69,4	69,3	69,1	71,0	71,0
Bărbaţi	65,6	65,3	65,0	67,1	67,1
Femei	73,2	73,4	73,4	75,0	74,9

Tabelul 2.2

Speranţa de viaţă

Anii	la 55 ani			la 60 ani		
	amb. sexe	bărbaţi	femei	amb. sexe	bărbaţi	femei
2008	20,18	17,95	22,09	16,89	15,08	18,34
2009	20,15	17,77	22,21	16,78	14,84	18,35
2010	20,03	17,70	22,15	16,64	14,80	18,24
2011	21,09	18,88	23,18	17,49	15,70	19,13
2012	21,04	18,49	23,22	17,45	15,31	19,17

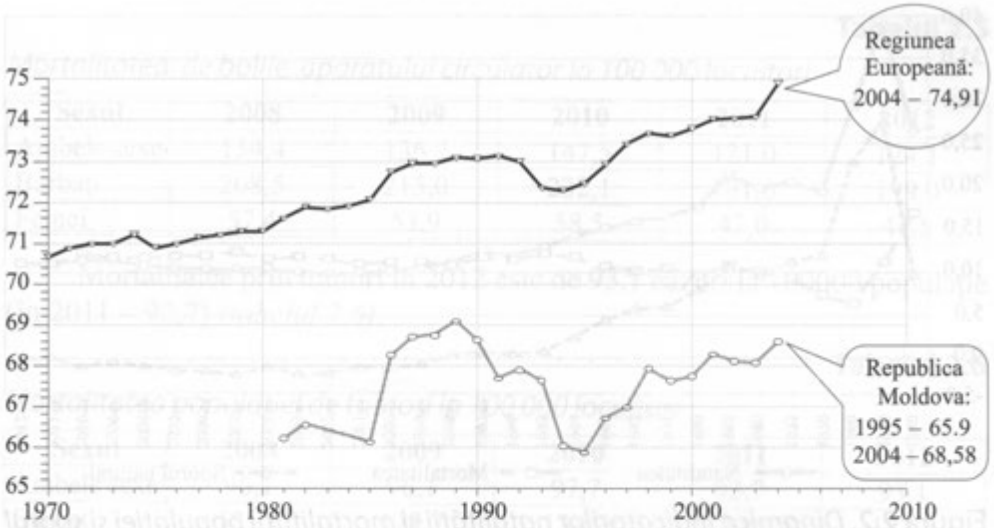

Figura 2.1. *Speranța de viață la naștere în R.Moldova, comparativ cu Regiunea Europeană*

Sursa: Baza de date europeană „Sănătate pentru Toți", OMS, 2006.

Una dintre cele mai îngrijorătoare manifestări ale dezvoltării demografice nefavorabile din republică este nivelul înalt al mortalității populației, în 2012 rata mortalității fiind de 1111,4 (în 2011 – 1102,5) cazuri la 100000 locuitori *(tabelul 2.3)*.

Tabelul 2.3

Mortalitatea generală a populației la 100 000 locuitori

Sexul	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ambele sexe	1156,4	1243,2	1203,2	1203,6	1175,0	1181,8	1224,9	1102,5	1111,4
Bărbați	1261,6	1368,2	1317,2	1297,6	1274,2	1300,5	1355,2	1207,0	1217,7
Femei	1059,6	1139,1	1098,4	1116,5	1083,2	1071,9	1104,2	1005,8	1012,9

Numărul decedaților a depășit numărul celor născuți cu 125 de oameni, sporul în anul 2012 fiind 0,0. Indicele sporului natural negativ este influențat de continuarea scăderii natalității și de nivelul înalt al mortalității generale (*figura 2.2*, p. 136).

Structura mortalității pe cauze de deces în anul 2012 relevă că cele mai multe decese sînt cauzate de bolile aparatului circulator, urmate de tumorile maligne, bolile aparatului digestiv, accidentele, otrăvirile și traumatismele, maladiile aparatului respirator. De remarcat faptul că, în același timp, incidența cazurilor fatale printre bărbați este mai frecventă decît printre femei (*figura 2.3*, p. 136).

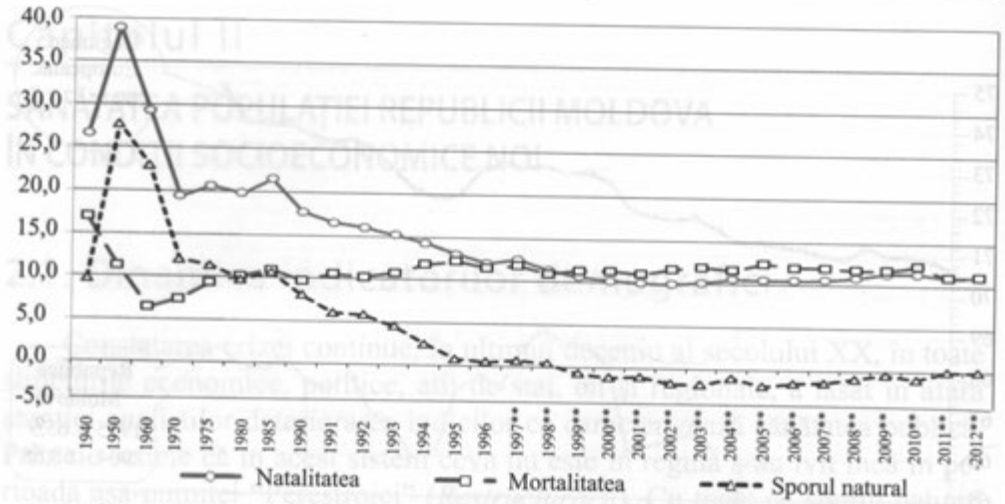

Figura 2.2. *Dinamica indicatorilor natalităţii şi mortalităţii populaţiei şi sporul natural al populaţiei la 1000 locuitori în perioada 1940-2012*

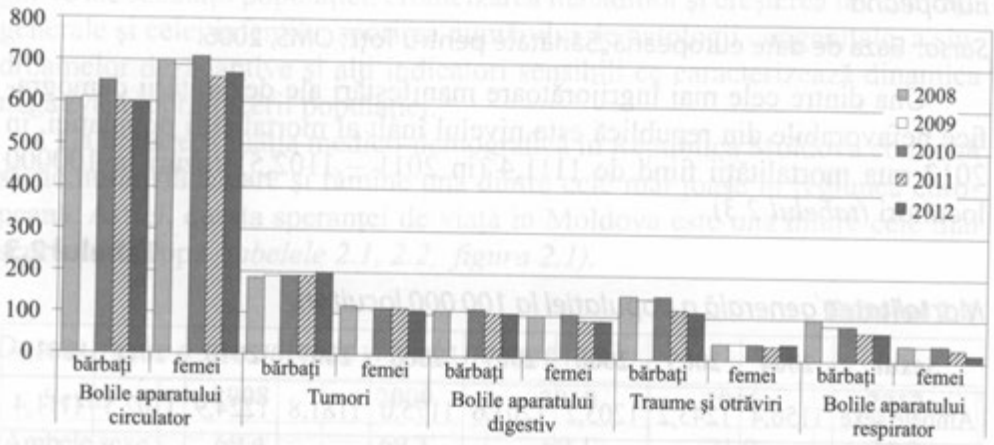

Figura 2.3. *Mortalitatea populaţiei pe cauze de deces la 100 000 locuitori*

Destul de alarmantă este rata înaltă a mortalităţii în rîndurile populaţiei economic active *(tabelul 2.4)*.

Tabelul 2.4

Mortalitatea la bărbaţi de vîrsta 16-61 de ani, femei – 16-56 de ani la 100 000 locuitori

Sexul	2008	2009	2010	2011	2012
Ambele sexe	523,0	527,4	558,0	456,9	456,2
Bărbaţi	780,4	793,4	850,5	697,5	696,4
Femei	255,9	249,4	250,3	202,6	201,0

Se menţine o rată înaltă a mortalităţii cauzate de bolile aparatului circulator, constituind, în 2012, 124,1 cazuri la 100 000 populaţie (*tabelul 2.5*, p. 137).

Tabelul 2.5

Mortalitatea de bolile aparatului circulator la 100 000 locuitori

Sexul	2008	2009	2010	2011	2012
Ambele sexe	134,4	136,2	147,5	121,0	124,1
Bărbați	208,5	215,0	232,1	191,0	199,0
Femei	57,4	53,9	58,5	47,0	44,5

Mortalitatea prin tumori în 2012 este de 93.1 cazuri la 100000 populație (în 2011 – 92,7) *(tabelul 2.6)*.

Tabelul 2.6

Mortalitatea populației de tumori la 100 000 locuitori

Sexul	2008	2009	2010	2011	2012
Ambele sexe	96,1	96,1	97,7	92,7	93,1
Bărbați	121,9	129,7	134,7	123,5	127,5
Femei	69,3	61,1	58,7	60,1	56,5

Tabelul 2.7

Mortalitatea populației de bolile aparatului respirator la 100 000 locuitori

Sexul	2008	2009	2010	2011	2012
Ambele sexe	38,1	34,3	37,4	25,7	25,2
Bărbați	64,2	57,0	61,1	43,0	43,0
Femei	11,0	10,5	12,5	7,5	6,3

O situație alarmantă s-a creat în privința mortalității populației, cauzate de traume și otrăviri *(tabelele 2.8, 2,9)*.

Tabelul 2.8

Mortalitatea populației cauzată de traume și otrăviri

Sexul	2008	2009	2010	2011	2012
Ambele sexe	38,1	34,3	37,4	25,7	25,2
Bărbați	64,2	57,0	61,1	43,0	43,0
Femei	11,0	10,5	12,5	7,5	6,3

Tabelul 2.9

Structura mortalității populației, cauzate de traume și otrăviri

Cauze	2008	2012
Traume și otrăviri	**100,0**	**100,0**
Suicid	17,5	18,5
Accidente de circulație	16,0	16,2
Expunere la frig extrem de origine naturală	6,1	8,1
Înecul accidental	7,0	6,9
Obstrucția căilor respiratorii cu un corp străin	7,5	5,7

Intoxicaţii cu monoxid de carbon	7,2	7,2
Agresiune	7,4	6,7
Intoxicaţii cu alcool	4,6	5,7
Alte cauze	26,8	25,0

Mortalitatea populaţiei cauzată de fumat şi de consumul abuziv de alcool este la un nivel înalt, care depăşeşte cu mult mortalitatea cauzată de aceste vicii în Regiunea Europeană *(figurile 2.4, 2.5)*.

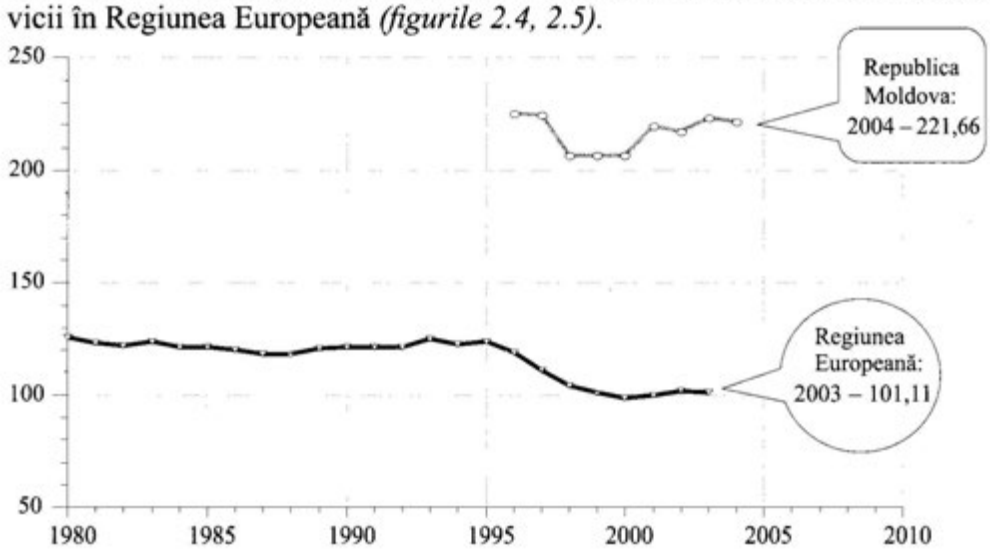

Figura 2.4. *Rata-standard a mortalităţii la 100000 populaţie, cauze selectate atribuite consumului excesiv de alcool în R. Moldova, comparativ cu Regiunea Europeană*

Sursa: Baza de date europeană „Sănătate Pentru Toţi", OMS, 2006

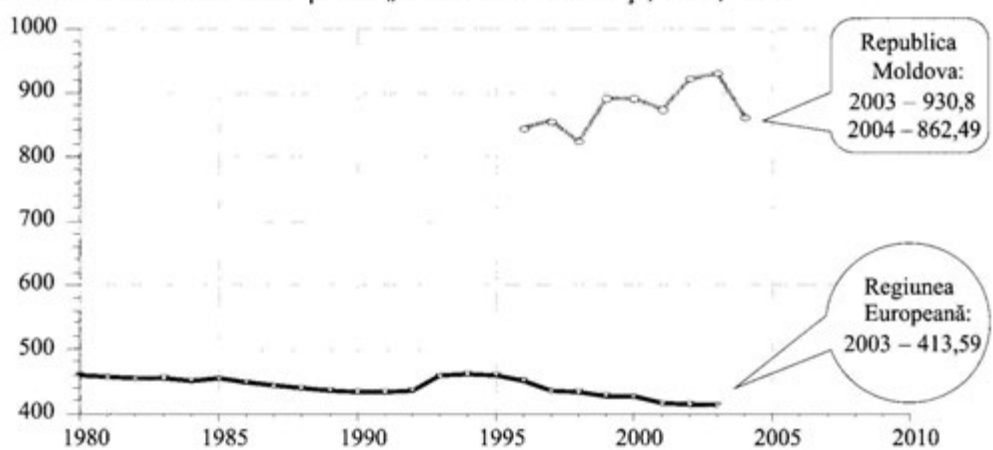

Figura 2.5. *Rata-standard a mortalităţii la 100000 populaţie, cauze selectate atribuite fumatului în R. Moldova, comparativ cu Regiunea Europeană*

Sursa: Baza de date europeană „Sănătate Pentru Toţi", OMS, 2006

Analizînd tendințele existente ale dezvoltării medico-demografice, constatăm apariția unor modificări structurale nefavorabile în componența generală de vîrstă a populației: numărul copiilor și adolescenților scade, iar cel al persoanelor de vîrstă avansată și inapte de muncă se majorează.

2.2. Situația privind morbiditatea și invaliditatea populației

Procesul de trecere la economia de piață, după proclamarea independenței, a cauzat în Republica Moldova schimbări esențiale de ordin politic, instabilitate economică și socială cu un caracter de avalanșă, care au condus la înrăutățirea sănătății populației, indicatorii de bază ce caracterizează starea sănătății populației din Republica Moldova fiind cei mai mici în Regiunea Europeană. Starea precară a sănătății este, în mare măsură, determinată de prevalența factorilor de risc în modul de viață și în mediul înconjurător, precum și de absența unor măsuri de profilaxie eficiente.

Astfel, incidența în rîndurile populației pe parcursul mai multor ani se menține la un nivel înalt, cu o diminuare nesemnificativă *(tabelul 2.10)*.

Tabelul 2.10

Incidența generală la 10 000 locuitori

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Incidența generală	3523,3	3611,7	3604,7	3667,4	3344,0	3254,6	3232,8	3612,8	3468,5	3537,9	3309,8

Sînt răspîndite mai frecvent astfel de maladii, ca: maladiile cardiovasculare, care determină 54-55% din mortalitatea generală a populației; bolile psihice, endocrine, alergice; tumorile maligne; infarctul miocardic; ulcerul stomacal și duodenal; afecțiunile ficatului, rinichilor; maladiile organelor respiratorii etc.

O tendință nefavorabilă se observă în dinamica invalidității populației apte de muncă și a copiilor *(tabelele 2.11, 2.12)*.

Tabelul 2.11

Invaliditatea primară (caz nou) a populației RM în anii 2003-2012, la 100 000 locuitori

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recunoscuți invalizi (caz nou), total	-	-	-	13700	13779	14021	14127	13275	12690	12582
Rata invalidității primare la 100 000 locuitori	299,0	319,8	372,1	382,1	385,2	392,7	396,2	372,7	356,5	353,5

Tabelul 2.12

Invaliditatea primară a copiilor RM în anii 2006-2012, la 1000 copii pînă la 15, 17 ani

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Invaliditatea copiilor în vîrsta 0-15 ani 11 luni 29 zile	18,5	18,3	18,5	18,8	...	...	...
Invaliditatea copiilor în vîrsta 0-17 ani 11 luni 29 zile	...	...	19,1	20,3	20,3	20,2	20,4

Este în creştere morbiditatea determinată, în mare măsură, de factorii comportamentali ai populaţiei: bolile aparatului circulator, aparatului digestiv, diabetul zaharat *(tabelul 2.13)*.

Tabelul 2.13

Incidenţa prin boli ale aparatului circulator, diabet zaharat şi maladii ale aparatului degestiv la 10000 locuitori

Boli	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aparatul circulator	142,6	184,3	242,9	212,5	197,2	169,2	167,8	154,1	169,2	194,2
Diabet zaharat	8,9	10,6	15,0	16,7	19,3	17,7	19,8	21.7	25,7	25,2
Aparatul digestiv	208,7	194,0	206,1	199,1	221,1	193,0	196,7	236,9	261,7	224,1

Reprezintă un mare pericol creşterea numărului pacienţilor cu boli cardiovasculare, ictus, reumatism, diabet zaharat şi alte maladii cronice, îndeosebi printre cei tineri – copii şi adolescenţi. Iar incidenţa maladiilor gastrointestinale este cea mai înalta din Europa.

Incidenţa prin tumori este în permanentă creştere şi a constituit 209,3 cazuri în anul 2011 la 10 000 locuitori, faţă de 148,1 în 2003 *(tabelul 2.14)*.

Tabelul 2.14

Incidenţa prin tumori maligne la 100 000 locuitori

2003	2004	2005	2006	2007	2009	2010	2011	2011	2012
148,1	158,8	163,1	167,7	177,6	190,1	193,4	204,8	205,3	209,3

A „întinerit" brusc boala hipertensivă. Incidenţa înregistrată prin dereglări psihice în Moldova, în anul 2006, a alcătuit 349,1 la 100 mii populaţie şi a crescut, în comparaţie cu 1998, cu 10,85%.

O situaţie alarmantă s-a creat în ceea ce priveşte răspîndirea maladiilor social-condiţionate: infecţia HIV/SIDA, infecţiile cu transmitere sexuală, alcoolismul, narcomania, tuberculoza rămîn probleme prioritare de sănătate publică. Probleme majore sociale sînt alcoolismul şi psihozele alcoolice. Incidenţa prin alcoolism şi psihoze alcoolice este la un nivel înalt şi a constituit 90,8 cazuri la 100 000 populaţie în 2012, a psihozelor alcoolice – 15,7 cazuri

la 100 000 populație în 2012 *(tabelul 2.15)*. În prezent, sînt în evidență peste 46800 de persoane (1311,1 cazuri la 100 000 populație) afectate de alcoolism cronic, dintre care peste 7032 sînt femei.

Tabelul 2.15

Incidența prin unele nosologii și deprinderi dăunătoare la 100 000 locuitori

Maladii, vicii	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sifilis	66,4	74,4	67,6	67,3	68,6	61,5	62,5
Gonoree	49,9	47,6	45,0	42,0	35,5	33,7	31,5
Maladii psihice	391,8	391,6	376,1	381,1	393,5	382,3	360,5
Alcoolism	106,8	111,4	111,1	129,2	120,9	95,8	90,8
inclusiv psihoze alcoolice	20,8	23,0	21,8	22,3	23,0	17,9	15,7
Narcomanie	28,1	28,5	31,3	35,2	36,6	27,2	23,0

Situația reală e mult mai gravă, fiindcă alcoolismul comunal, cu un nivel înalt al consumului de alcool în rîndurile populației rurale și tineretului nu se înregistrează. Este regretabil faptul că ramîne înaltă ponderea femeilor alcoolice, luate primar în evidență. Actualmente, peste 17% din elevi consumă băuturi alcoolice permanent.

O problemă alarmantă este răspîndirea fumatului. Actualmente, fumează 46% din populația adultă și 15-18% din copiii de vîrstă școlară (13-18 ani). Creşte numărul fetelor și femeilor care inițiază fumatul.

În R. Moldova se înregistrează o situație alarmantă privind morbiditatea prin tuberculoză. Incidența prin tuberculoză activă a atins un nivel înalt – 85,6 cazuri la 100000 populație. Incidența prin tuberculoză la 100000 populație în Republica Moldova depășește de 3 ori incidența din Regiunea Europeană *(tabelul 2.16, figura 2.6)*.

Tabelul 2.16

Incidența și prevalența prin tuberculoză activă la 100 000 locuitori

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Incidența	79,5	83,0	96,5	93,9	92,5	88,1	87,1	83,7	87,1	85,6
Prevalența	105,4	121,5	132,5	133,6	116,1	123,8	133,0	132,5	129,8	120,2

Figura 2.6. *Incidența prin tuberculoză la 100 000 populație în R. Moldova, comparativ cu Regiunea Europeană*

Sursa: Baza de date europeană „Sănătate pentru Toți", OMS, 2006.

Dacă în perioada 1978-1996, în R. Moldova au fost înregistrate doar 67 de persoane contaminate cu virusul HIV, apoi numai în anul 2012 – 483 cazuri, numărul fiind în permenentă creștere și atingînd cifra de 5161 persoane depistate cumulativ infectate cu virusul HIV în anii 1997-2012 (fără regiunea transnistreană) de la apariția primului caz, cu antrenarea în procesul epidemic

a tuturor teritoriilor administrative. Calea predominantă de transmitere, în ultimii 5 ani, este prin relaţii sexuale, spre deosebire de anii precedenţi, cînd calea de transmitere, în peste 80% de cazuri, era parenterală, prin utilizarea injectabila a drogurilor *(tabelul 2.17)*.

Tabelul 2.17

Bolnavi de SIDA şi purtători ai infecţiei HIV

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Purtători ai infecţiei HIV: TOTAL	196	288	336	398	437	422	444	494	483
Număr cazuri cumulative de persoane infectate cu virusul HIV din anul 1987 (malul drept al Nistrului)				2881	3318	3740	4184	4678	5161

Morbiditatea prin infecţiile cu transmitere sexuală se menţine la un nivel înalt şi depăşeşte indicii înregistraţi în Regiunea Europeană *(figura 2.7)*.

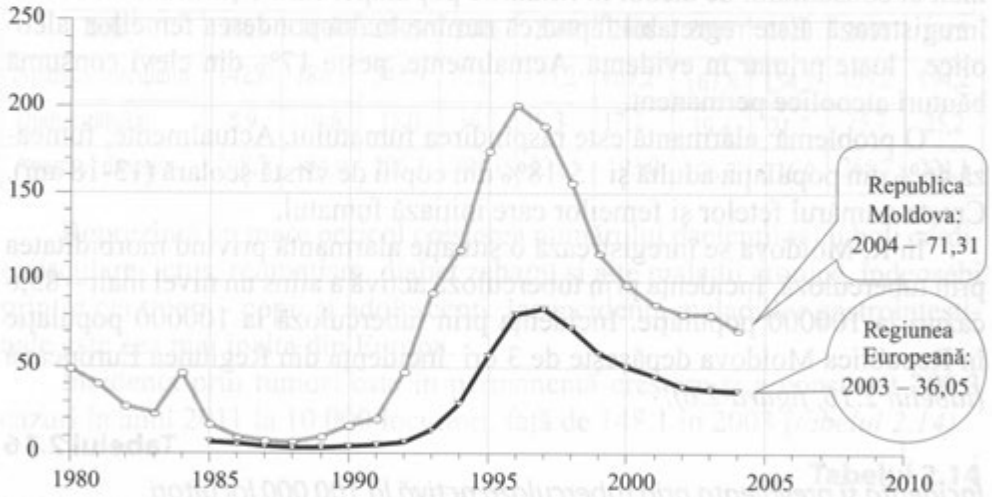

Figura 2.7. *Incidenţa prin sifilis în R. Moldova, comparativ cu Regiunea Europeană*

Sursa: Baza de date europeană „Sănătate pentru Toţi", OMS, 2006.

Morbiditatea prin psihoze alcoolice, alcoolism, maladii psihice şi narcomanie este în permanentă creştere *(tabelul 2.18)*.

Tabelul 2.18

Incidenţa prin psihoze alcoolice, alcoolism, maladii psihice şi narcomanie

Boli, vicii	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maladii psihice	2538,7	2548,9	2610,5	2652,4	2658,8	2655,5	2634,0
Alcoolism	1279,4	1297,6	1291,3	1299,1	1310,5	1303,3	1311,3
Psihoze alcoolice	24,9	26,4	28,2	28,3	27,3	21,7	18,0

Este în creştere numărul de persoane suferinde de narcomanie. Numărul narcomanilor luaţi la evidenţă creşte, în medie, cu 30% anual *(tabelul 2.19).*

Tabelul 2.19

Incidenţa şi prevalenţa prin narcomanie

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Incidenţa	32,1	33,9	22,0	28,5	28,1	28,5	31,3	35,2	36,6	27,2	23,0
Prevalenţa	140,3	167,8	176,4	192,3	206,4	216,6	231,1	243,0	251,5	259,1	271,2

Anumite stări morbide sînt determinate de factori precum: poluarea mediului, creşterea tensiunii neuropsihologice, nivelul scăzut al culturii generale şi al culturii sanitare a populaţiei, mai ales a tinerilor; stresul socioeconomic, alimentaţia nerațională, deprinderile dăunătoare, sedentarismul; incompetenţa în probleme de profilaxie, planificare familială, atitudinea neglijentă şi iresponsabilă faţă de propria sănătate etc.

În situaţia epidemiologică creată – lipsa mijloacelor specifice pentru prevenirea maladiei SIDA şi pentru tratarea narcomaniei, nivelul înalt al morbidităţii prin maladii infecţioase şi cronice neinfecţioase, răspîndirea în rîndurile populaţiei, mai ales la copii şi tineret, a deprinderilor dăunătoare (fumatul, narcomania, consumul excesiv de alcool) –, se cere intensificarea măsurilor de profilaxie şi, în primul rînd, de mobilizare socială a populaţiei prin realizarea măsurilor de educaţie pentru sănătate, prin organizarea diverselor acţiuni de promovare a modului sănătos de viaţă şi ridicare a nivelului de cultură sanitară a populaţiei. Aceasta va contribui esenţial la cultivarea unui comportament conştient şi responsabil, care va conduce la stabilirea echilibrului biologic, psihic, cultural şi spiritual al omului şi, ca urmare, la menţinerea şi fortificarea sănătăţii şi recuperarea capacităţii de muncă, la evitarea traumatismului, violenţei şi accidentelor, renunţarea la deprinderile dăunătoare şi la prelungirea duratei active a vieţii.

Starea precară a sănătăţii populaţiei din Republica Moldova este determinată de absenţa unei profilaxii eficiente şi de nivelul scăzut al serviciilor medicale. Situaţia nu este corectată de programele deja elaborate, din cauza finanţării insuficiente.

Cele menţionate confirmă necesitatea de a acţiona asupra determinanţilor stării de sănătate prin investiţii şi activităţi, pentru a crea cele mai mari cîştiguri pentru sănătatea oamenilor, pentru asigurarea respectării drepturilor umane, pentru a crea un capital social şi demografic.

Modificarea compartamentelor şi atitudinilor este însă un proces de durată, implicînd un demers educativ valoros. Obişnuinţele comportamentale (de alimentaţie, igienice, de viaţa sexuală etc.) trebuie urmărire în dinamica

lor, uneori ani de-a rîndul, pentru a se putea trage concluzii valabile în privinţa formării, fixării şi consolidării acestora. Eficienţa educaţiei pentru sănătate se materializează treptat, cu o cadenţă mai îndepărtată. Investiţiile în acest domeniu sînt, însă, deosebit de rentabile, ele fiind incomparabil mai reduse şi totodată mai utile decît cheltuielile efectuate în alte scopuri. Nivelul înalt de instruire şi cultură sanitară a populaţiei se impune ca un imperativ actual şi prevede un ansamblu de măsuri organizatorice, metodologice şi tehnice, care au drept scopuri: însuşirea de către populaţie a cunoştinţelor necesare în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului, igienei individuale, igienei alimentaţiei, prevenirii îmbolnăvirilor; evitarea abuzului de medicamente şi alcool, abandonarea drogurilor; cunoaşterea şi depistarea timpurie a principalelor semne de boală; crearea unei poziţii active faţă de sănătatea individuală şi cea colectivă.

Angajaţii serviciilor de asistenţă medicală joacă un rol-cheie în sănătatea publică, datorită competenţei lor specifice, cunoştinţelor vaste, autorităţii şi relaţiilor reciproce cu populaţia. Pentru a fortifica sănătatea populaţiei, asistenţa medicală trebuie să fie orientată de la o politică de tratament către o politică de promovare a sănătăţii şi prevenire a maladiilor [75, 83, 178, 182, 184, 186, 193].

O asemenea schimbare în serviciile de asistenţă medicală ar îmbunătăţi eficienţa şi calitatea lor. Este necesar de creat un sistem de sănătate bazat pe principii de echitate şi angajamente solidare de ocrotire a sănătăţii din partea statului, comunităţii şi a individului, cu o promovare mai bună a sănătăţii, receptive la necesităţile şi aspiraţiile populaţiei.

Ca exemplu poate servi aprobarea Politicii Naţionale de Sănătate, aprobarea şi aplicarea Legii privind supravegherea de stat a sănătăţii publice nr. 10-XVI din 02.02.2009, Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă, Programelor naţionale specific cu compartimente de măsuri de educaţie pentru sănătate (controlul tutunului, controlul alcoolului, narcomaniei, profilaxia HIV/SIDA, a maladiilor cardiovasculare, maladiilor oncologice, de sănătate mintală, măsuri de combatere a tuberculozei etc.), Strategiei naţionale de prevenire şi control al bolilor netransmisibile pe anii 2012-2013, Strategiei Naţionale de Sănătate Publică, rezultatele studiilor medico-demografice din Republica Moldova etc.

Capitolul III

CUNOŞTINŢE ŞI OPŢIUNI ÎN ACTIVITĂŢILE DE EDUCAŢIE PENTRU SĂNĂTATE

1.1. Evaluarea nivelului de cunoştinţe medico-igienice şi de realizare a activităţilor de educaţie pentru sănătate în rîndurile populaţiei mature

Educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă constituie o problemă actuală a ocrotirii sănătăţii şi a ştiinţei medicale. Acest fapt este condiţionat de modificările defavorabile în sănătatea populaţiei, determinate şi de elementele negative în formarea modului de viaţă, de prevalenţa înaltă a deprinderilor nocive. Trecerea la relaţii economice noi, noile condiţii de muncă ce implică o mare responsabilitate şi contacte interpersonale multiple şi variate, scăderea drastică a gradului de activitate fizică, prevalenţa înaltă a unor deprinderi dăunătoare (fumat, consum excesiv de alcool, utilizarea drogurilor), creşterea răspîndirii maladiilor cu transmitere sexuală, a numărului de infectaţi cu HIV, modificarea profundă a modului de alimentaţie conduc la o tendinţă negativă a indicilor sănătăţii populaţiei, la micşorarea treptată a duratei medii de viaţă, la creşterea mortalităţii în vîrsta tînără din cauza maladiilor cronice, la reducerea sporului natural, sporirea morbidităţii generale şi a mortalităţii populaţiei de vîrstă aptă de muncă. Se află în creştere indicii invalidităţii copiilor.

Analizînd tendinţele existente ale dezvoltării medico-demografice, constatăm apariţia unor modificări structurale nefavorabile în componenţa generală de vîrstă a populaţiei: numărul copiilor şi adolescenţilor scade, iar cel al persoanelor de vîrstă avansată şi inapte de muncă se majorează. Majoritatea bolilor cronice de astăzi sînt consecinţa condiţiilor de viaţă din tinereţe şi sînt influenţate de circumstanţele modului de viaţă.

În structura factorilor ce influenţează sănătatea, modul de viaţă constituie 50-55%, iar potenţialul comportamental determină 50-80% din prevenirea îmbolnăvirilor. Astfel, formarea şi dezvoltarea unor deprinderi corecte care să promoveze sănătatea, crearea unei poziţii active faţă de sănătatea proprie şi faţă de problemele sănătăţii publice pot contribui la ameliorarea stării de sănătate a populaţiei. Acceptarea şi realizarea perseverentă a activităţilor preventive sînt determinate de atitudinea fiecărui individ faţă de sănătate, de nivelul de cunoştinţe medicale în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului şi

prevenţiei bolilor, de autoritatea şi competenţa educatorilor, de unii factori sociali şi culturali.

În scopul studierii informării populaţiei despre principiile de bază ale modului sănătos de viaţă, al determinării importanţei diferitelor surse de informare şi prevalenţei viciilor nocive (tabagism şi abuz de alcool), în anii 2003-2004 am efectuat, cu participarea lucrătorilor secţiilor şi cabinetelor de educaţie pentru sănătate, instruiţi preventiv, o anchetare conform unui chestionar special elaborat, a 6807 persoane (2920 bărbaţi şi 3887 femei), cu vîrste între 18 şi 69 de ani din trei raioane rurale şi două municipii ale Republicii Moldova.

Analizînd aspectele de bază ale modului sănătos de viaţă, la care doresc să apeleze persoanele investigate şi care formează necesitatea în informaţie, am constatat că cele mai semnificative sînt: igiena personală (99,3%), alimentaţia raţională (99,0%), mediul ambiant şi sănătatea (99,0%), relaţiile reciproce în colectivul de muncă şi în familie (98,3%), educaţia fizică şi sportul (98,0%), combaterea fumatului (96,9%), profilaxia SIDA (96,8%), profilaxia alcoolismului (96,7%), profilaxia narcomaniei (96,5%).

Nu s-au constatat diferenţe semnificative în funcţie de sex în informarea despre aspectele esenţiale ale modului sănătos de viaţă. Astfel, printre bărbaţi cele mai semnificative sînt: igiena personală (99,2%), alimentaţia raţională (99,0%), mediul ambiant şi sănătatea (99,0%), relaţiile reciproce în colectivul de muncă şi în familie (98,5%), educaţia fizică şi sportul (98,0%), profilaxia SIDA (97,3%), combaterea fumatului (97,0%), profilaxia alcoolismului (96,9%), profilaxia narcomaniei (96,9%) *(tabelul 3.1)*.

Tabelul 3.1

Necesitatea populaţiei în informarea despre aspectele esenţiale ale modului sănătos de viaţă în funcţie de sex

Aspectul modului de viaţă	Bărbaţi	Femei	Total
Igiena personală	99,2%	99,4%	99,3%
Alimentaţia raţională	99,0%	99,0%	99,0%
Mediul ambiant şi sănătatea	99,0%	99,0%	99,0%
Relaţiile în colectivul de muncă şi în familie	98,5%	98,1%	98,3%
Educaţia fizică şi sportul	98,0%	97,9%	97,9%
Profilaxia fumatului	97,0%	96,8%	96,9%
Profilaxia SIDA şi MTS	97,3%	96,4%	96,8%
Profilaxia alcoolismului	96,9%	96,5%	96,7%
Profilaxia narcomaniei	96,9%	96,2%	96,5%

Printre femei, cele mai semnificative aspecte ale modului sănătos de viaţă sînt: igiena personală (99,4%), alimentaţia raţională (99,0%), mediul ambiant şi sănătatea (99,0%), relaţiile reciproce în colectivul de muncă şi

în familie (98,1%), educaţia fizică şi sportul (97,9%), combaterea fumatului (96,8%), profilaxia SIDA (96,4%), profilaxia alcoolismului (96,5%), profilaxia narcomaniei (96,2%).

Populaţia obţine frecvent informaţia medico-sanitară necesară de la medici (68,4%), din emisiunile televizate republicane (49,0%), convorbirile cu asistentele medicale (46,2%), emisiunile radiofonice republicane (28,6%), emisiunile televizate locale (27,4%) *(tabelul 3.2)*. Mai rar informaţia despre educaţia pentru sănătate este obţinută din publicaţiile în presa republicană (21,4%), emisiunile radiofonice locale (15,4%), publicaţiile din presa locală (13,0%), din buletinele sanitare (12,7%), broşurile ştiinţifico-populare (12,1%), revistele ştiinţifico-populare (12,1%), prelegeri (8,6%), seratele tematice sau de întrebări şi răspunsuri (8,0%), expoziţii şi afişe (6,0%), cinematograf (6,0%), din agende şi foi volante (5,9%), panouri de întrebări şi răspunsuri (4,4%), lecţii în cadrul cursurilor privind promovarea sănătăţii (3,6%).

Tabelul 3.2

Popularitatea (%) surselor de informare despre problemele educaţiei pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă

Surse	Primesc informaţia	Eficienţa surselor
Convorbiri cu medicii	68,4%	66,7%
Emisiuni televizate republicane	49,0%	45,5%
Convorbiri cu asisentele medicale	46,2%	39,5%
Emisiuni radiofonice republicane	28,6%	28,0%
Emisiuni televizate locale	27,4%	26,6%
Publicaţii din presa republicană	21,4%	19,3%
Emisiuni radiofonice locale	15,4%	14,8%
Publicaţii din presa locală	13,0%	14,8%
Reviste ştiinţifico-populare	12,1%	11,6%
Buletine sanitare	12,7%	11,0%
Broşuri ştiinţifico-populare	12,1%	9,6%
Prelegeri	8,6%	7,4%
Serate (tematice şi de întrebări şi răspunsuri)	8,0%	7,2%
Cinematograf	6,0%	7,1%
Expoziţii sau afişe	6,0%	5,8%
Agende sau foi volante	5,9%	5,1%
Panouri de întrebări şi răspunsuri	4,4%	4,2%
Cursuri privind promovarea sănătăţii	3,6%	3,7%

Cele mai eficiente surse de informare, conform opiniei populaţiei, sînt convorbirile cu medicii (66,7%), emisiunile televizate republicane (45,5%), convorbirile cu asistentele medicale (39,5%), emisiunile radiofonice republicane (28,0%), emisiunile televizate locale (26,6%).

Mai rar servesc ca surse de informare publicaţiile din presa republicană (19,3%), emisiunile radiofonice locale (14,8%), publicaţiile din presa locală (14,8%), revistele ştiinţifico-populare (11,6%) şi buletinele sanitare (11,0%). Pe ultimul loc sînt plasate broşurile ştiinţifico-populare (9,6%), prelegerile (7,4%), seratele tematice sau de întrebări şi răspunsuri (7,2%), cinematograful (7,1%), expoziţiile şi afişele (5,8%), agendele şi foile volante (5,1%), panourile de întrebări şi răspunsuri (4,2%), cursurile privind promovarea sănătăţii (3,7%).

Aşadar, analiza surselor de informare privind educaţia pentru sănătate demonstrează importanţa primordială a convorbirilor cu lucrătorii medicali si implicarea tot mai efectivă în acest proces a mijloacelor mass-mediei. Rolul redus al agendelor, foilor volante, expoziţiilor şi afişelor este determinat, probabil, de finanţarea insuficientă, de imposibilitatea prezentării corespunzătoare şi multiplicării acestora.

Promovarea eficientă a modului sănătos de viaţă şi profilaxia maladiilor sînt imposibile fără prevenirea şi combaterea viciilor nocive, în primul rînd, a tabagismului şi abuzului de alcool. În pofida unui nivel înalt de cunoştinţe al populaţiei despre efectele dezastruoase ale tabagismului (84,8% bărbaţi şi 90,0% femei), 46,2±0,9 bărbaţi şi 6,2±0,4 femei fumează în prezent *(figura 3.1)*. În trecut au fumat 7,8% bărbaţi şi 1,5% femei, nu au fumat niciodată 46,0% bărbaţi şi 92,3% femei.

La vîrsta de 18–29 de ani, fumează 42,2% din bărbaţi şi 6,8% din femei, la 30–39 de ani – 51,6% şi, respectiv, 6,0%, la 40–49 de ani – 47,7% şi 6,9%, la 50–59 de ani – 43,0% şi 4,0%, la 60–69 de ani – 44,7% şi, respectiv, 2,1%. Majoritatea persoanelor fumătoare (77,3% bărbaţi şi 84,6% femei) preferă ţigări cu filtru, 21,0% bărbaţi şi 11,9% femei consumă ţigări fără filtru sau pipă, iar 1,7% bărbaţi şi 3,5% femei nu au preferinţe în acest sens (*tabelul 3.3*, p. 149).

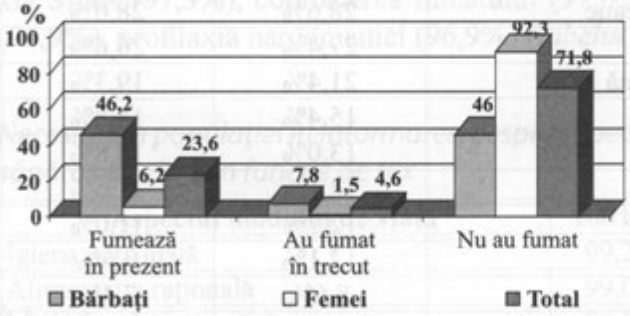

Figura 3.1. *Prevalenţa fumatului în populaţia matură din Republica Moldova în funcţie de sex*

De la 1 la 10 ţigări zilnic fumează 52,6% persoane, de la 11 la 20 ţigări – 40,2% şi mai mult de 20 de ţigări – 7,2% persoane. Bărbaţii fumează mai frecvent peste 10 ţigări pe zi, iar femeile – mai frecvent pînă la 10 ţigări zilnic. Astfel, 50,4% bărbaţi fumează 1-10 ţigări zilnic, 41,4% – 11-20 ţigări

şi 8,1% – mai mult de 20 de ţigări. 66,8% femei fumează 1-10 ţigări zilnic, 32,1% – 11-20 ţigări şi 1,0% – mai mult de 20 de ţigări.

Tabelul 3.3

Prevalenţa fumatului la populaţia matură din Republica Moldova în funcţie de vîrstă şi sex

Vîrsta (ani)	Bărbaţi			Femei		
	Total	Fumează		Total	Fumează	
	abs.	abs.	%	abs.	abs.	%
18 – 29	782	330	42,2	1319	90	6,8
30 – 39	653	337	51,6	1033	62	6,0
40 – 49	815	389	47,7	881	61	6,9
50 – 59	416	179	43,0	329	13	4,0
60 – 69	190	85	44,7	142	3	2,1
18 – 69	2856	1320	46,2±0,9	3704	229	6,2±0,4
$\chi^2 = 26,1$; $P<0,01$						

Din persoanele care fumează la momentul actual, au început să fumeze pînă la vîrsta de 18 ani 66,7% din bărbaţi şi 53,9% din femei, după vîrsta de 18 ani – 33,3% din bărbaţi şi 46,1% din femei *(figura 3.2)*.

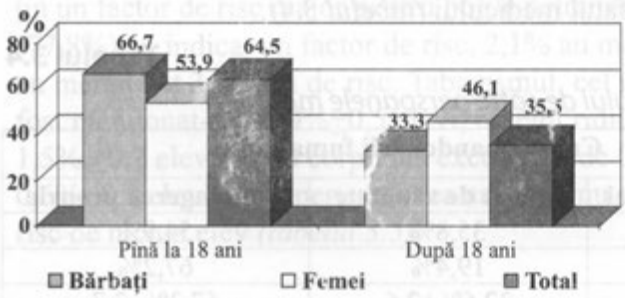

Figura 3.2. *Vîrsta de iniţiere a fumatului la populaţia matură în funcţie de sex*

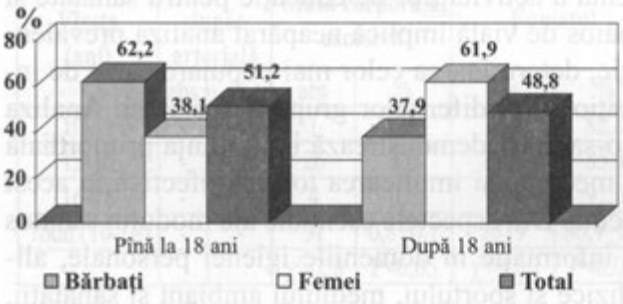

Figura 3.3. *Prevalenţa utilizării băuturilor alcoolice în populaţia matură din Republica Moldova în funcţie de sex*

Din persoanele anchetate, 74,0%±0,8 bărbaţi şi 49,0%±0,8 femei consumă băuturi alcoolice, 21,2%±0,8 bărbaţi şi 48,2%±0,8 femei nu consumă băuturi alcoolice şi, respectiv, 4,8%±0,4 şi 2,9%±0,3 au consumat alcool în trecut *(figura 3.3)*.

Analizând frecvenţa utilizării băuturilor alcoolice, am constatat că de cîteva ori pe an, dar nu lunar, consumă băuturi alcoolice 22,2% persoane anchetate (14,6% bărbaţi şi 31,2% femei), o dată în lună – 22,9% persoane (20,7% bărbaţi şi 25,4% femei), o dată în săptămînă – 23,8% persoane (25,7% bărbaţi

şi 21,5% femei), de cîteva ori pe săptămînă, dar nu zilnic – 22,2% persoane (25,9% bărbaţi şi 17,7% femei) şi zilnic – 9,0% ±0,4 persoane (13,0% ±0,7 bărbaţi şi 4,2% ±0,5 femei).

La vîrsta de pînă la 18 ani au iniţiat consumul de băuturi alcoolice 51,2% din persoanele anchetate, 62,2% bărbaţi şi 38,1% femei, după vîrsta de 18 ani – 48,8% persoane, 37,9% bărbaţi şi 61,9% femei *(figura 3.4)*.

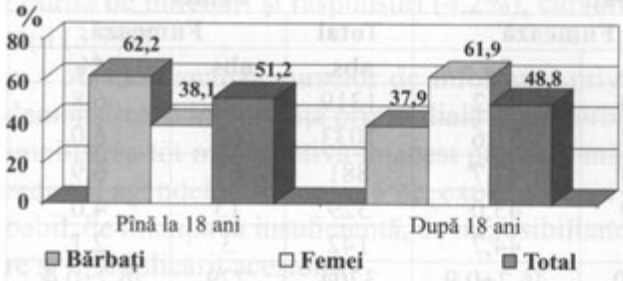

Figura 3.4. *Vîrsta de iniţiere a utilizării băuturilor alcoolice la populaţia matură în funcţie de sex*

Concomitent cu prevalenţa înaltă a deprinderilor nocive, s-au determinat şi premise favorabile în modificarea modului sănătos de viaţă. Astfel, 61,6% din bărbaţi şi 51,3% din femei doresc să reducă considerabil consumul de băuturi alcoolice. Printre fumători, 70,8% bărbaţi şi 64,8% femei intenţionează să abandoneze acest viciu. În 57,3%±2,7 cazuri, motivul dezicerii de fumat este convingerea proprie, în 32,6%±2,6 – starea de sănătate şi în 10,1%±1,6 – sfatul medicului *(tabelul 3.4)*.

Tabelul 3.4

Cauzele abandonării fumatului de către persoanele mature

Sex	Cauza abandonării fumatului		
	Sfatul medicului	Starea de sănătate	Convingerea proprie
Bărbaţi	9,3%	35,8%	54,9%
Femei	13,4%	19,4%	67,2%
Total	10,1%±1,6	32,6%±2,6	57,3%±2,7
$\chi^2 = 6,7$; $P<0,05$			

Aşadar, realizarea eficientă a activităţilor de educaţie pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă implică neapărat analiza prevalenţei viciilor nocive în populaţie, determinarea celor mai populare surse de informare şi necesarul informaţional al diferitelor grupe de cetăţeni. Analiza surselor de informare medico-sanitară demonstrează importanţa primordială a convorbirilor cu lucrătorii medicali şi implicarea tot mai efectivă în acest proces a mijloacelor mass-media. Din aspectele esenţiale ale modului sănătos de viaţă, populaţia necesită informaţie în domeniile igienei personale, alimentaţiei raţionale, culturii fizice şi sportului, mediului ambiant şi sănătăţii, relaţiilor în colectivul de muncă şi în familie.

Concomitent cu prevalenţa înaltă a tabagismului şi a consumului de băuturi alcoolice în populaţie, particularitate nefavorabilă a ţării noastre, s-au

determinat şi premise care pot contribui la modificarea avantajoasă a modului sănătos de viaţă.

Informarea corectă şi diferenţiată a publicului este elementul esenţial pentru crearea acelei motivaţii profunde, fără de care ar fi iluzoriu să credem că omul ar fi dispus să-şi modifice actualul mod de viaţă.

3.2. Evaluarea nivelului de cunoştinţe medico-igienice şi de realizare a activităţilor de educaţie pentru sănătate printre elevi

În scopul studierii nivelului de informare a elevilor despre principiile de bază ale modului sănătos de viaţă, determinării importanţei diferitor surse de informare şi prevalenţei viciilor nocive (tabagism şi abuz de alcool), în anul 2000-2002 am efectuat, conform unui chestionar special elaborat, anchetarea a 4167 elevi (1872 băieţi şi 2295 fete), cu vîrste între 10 şi 18 ani, din 3 judeţe (Edineţ, Orhei, Cahul) şi două municipii (Chişinău şi Bălţi) ale Republicii Moldova.

Conform rezultatelor anchetării, 80,0% din respondenţi au numit cel puţin un factor de risc major pentru bolile netransmisibile. Majoritatea dintre ei (77,8%) au indicat un factor de risc, 2,1% au marcat 2 factori de risc şi 0,1% au menţionat 3 factori de risc. Tabagismul, cel mai cunoscut factor de risc, a fost menţionat de 86,9%±0,5 elevi, nivelul ridicat de colesterol sangvin – de 1,5% ±0,2 elevi, masa corporală excesivă – de 0,8%±0,1, sedentarismul – de 0,6%±0,1 elevi, iar hipertensiunea arterială nu a fost menţionată ca factor de risc de niciun elev *(tabelul 3.5)*.

Tabelul 3.5

Informarea elevilor despre factorii de risc ai bolilor cardiovasculare

Vîrsta (ani)	Hipertensiunea arterială		Masa corporală excesivă		Fumatul		Sedentarismul		Hipercolesterol-emia	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
10-11	-	-	1	0,3	264	82,8	-	-	1	0,3
12-15	-	-	26	1,0	2305	85,9	16	0,6	41	1,5
16-18	-	-	4	0,5	750	92,0	5	0,6	17	2,1
Total (10-18)	-	-	31	0,8±0,1	3319	86,9±0,5	21	0,6±0,1	59	1,5±0,2
			χ^2=2,8	P<0,05	χ^2=26,1	P<0,001	χ^2=1,9	P<0,05	χ^2=4,8	P<0,05

Nu s-a constatat diferenţă semnificativă în funcţie de sex în informarea elevilor despre factorii de risc. Tabagismul a fost menţionat de 87,7% băieţi şi, respectiv, 86,3% fete, nivelul ridicat de colesterol sangvin – de 1,6% şi,

respectiv, 1,5%, masa corporala excesivă – de 0,5% şi 1,0%, sedentarismul – de 0,2% şi 0,8%.

Un rol deosebit în informarea elevilor privind problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă li se atribuie surselor de informare şi popularităţii acestora printre diferite grupe de populaţie. Elevii frecvent obţin informaţia despre factorii de risc ai bolilor necontagioase din emisiunile televizate (84,9%), de la părinţi şi rude (65,6%), de la profesorii din şcoală (56,2%), de la lucrătorii medicali (53,9%), din emisiunile radiofonice (48,8%), din publicaţiile periodice (39,7%) şi de la prieteni (37,3%) *(tabelul 3.6)*.

Tabelul 3.6

Sursele de informare despre factorii de risc ai bolilor necontagioase

Sursele de informare	Despre factorii de risc	Despre pericolul fumatului	Despre riscul abuzului de alcool
Televiziune	84,9%	85,0%	80,5%
Părinţi şi rude	65,6%	71,9%	72,8%
Profesorii din şcoală	56,2%	64,0%	60,3%
Lucrătorii medicali	53,9%	58,3%	56,7%
Radio	48,8%	47,4%	47,2%
Presă	39,7%	39,4%	37,6%
Prieteni	37,3%	39,0%	36,4%

Informaţia despre pericolul fumatului şi riscurile abuzului de alcool este obţinută din emisiunile televizate (85,0% şi 80,5%), de la părinţi şi rude (71,9% şi 72,8%), de la profesorii din şcoală (64,0% şi 60,3%), de la lucrătorii medicali (58,3% şi 56,7%), din emisiunile radiofonice (47,4% şi 47,2%), din publicaţiile periodice (39,4% şi 37,6%) şi de la prieteni (39,0% şi 36,4%) (*tabelul 3.6*).

Printre deprinderile defavorabile sănătăţii, pe primul loc se plasează tabagismul şi consumul excesiv de alcool. Prevalenţa fumătorilor printre elevii de vîrsta 10-18 ani constituie 7,0%±0,4. Băieţii fumează statistic semnificativ mai frecvent (11,6%±0,8), comparativ cu fetele (3,2%±0,4; P<0,001). La vîrsta de 10-11 ani nu fumează nici băieţii, nici fetele. La vîrsta 12-15 ani, consumă tutun 8,5% băieţi şi 2,4% fete, iar la vîrsta 16-18 ani – 27,0% şi, respectiv, 7,0% *(figura 3.5)*.

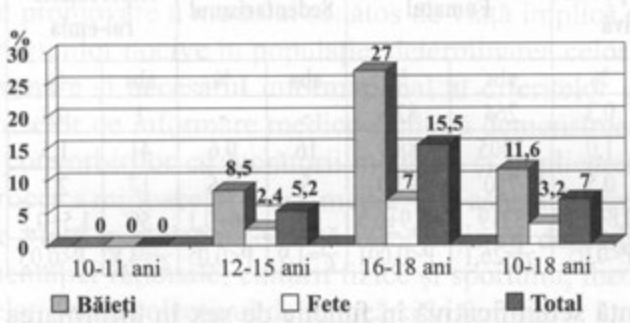

Figura 3.5. *Prevalenţa fumatului printre elevii cu vîrste cuprinse între 10 şi 18 ani, în funcţie de sex*

Prevalenţa fumătorilor în funcţie de clasă este următoarea: în clasa 5 fumează 0,5% elevi (0,3% băieţi şi 0,6% fete), în clasa 6 – 0,6% elevi (1,5% băieţi şi 0% fete), în clasa 7 – 3,9% elevi (6,8% băieţi şi 1,0% fete), în clasa 8 – 4,6% elevi (6,8% băieţi şi 2,9% fete), în clasa 9 – 11,7% elevi (19,4% băieţi şi 5,2% fete), în clasa 10 – 6,8% elevi (11,9% băieţi şi 3,9% fete), în clasa 11 – 17,0% elevi (29,8% băieţi şi 7,5% fete), în clasa 12 – 13,7% elevi (15,4% băieţi şi 13,2% fete) *(tabelul 3.7)*.

Tabelul 3.7

Prevalenţa fumatului la elevi în funcţie de clasă

Sexul	Clasa							
	5	6	7	8	9	10	11	12
Băieţi	0,3%	1,5%	6,8%	6,8%	19,4%	11,9%	29,8%	15,4%
Fete	0,6%	-	1,0%	2,9%	5,2%	3,9%	7,5%	13,2%
Total	0,5%	0,6%	3,9%	4,6%	11,7%	6,8%	17,0%	13,7%
$\chi^2 = 192,9$; $P<0,001$								

Una sau mai multe ţigări zilnic fumează 53,1% elevi (55,3% băieţi şi 46,0% fete), mai mult de 1 ţigară pe săptămînă, dar nu zilnic – 25,4% elevi (24,9% băieţi şi 27,0% fete) şi o ţigară pe săptămînă – 21,5% elevi (19,8% băieţi şi 27,0% fete). 21,4% elevi au fumat doar pe parcursul unui an de zile, 28,4% elevi – 2 ani, 17,4% elevi – 3 ani, 12,9% elevi – 4 ani şi 19,9% elevi – 5-14 ani.

Cauzele care favorizează iniţierea şi persistenţa fumatului la copiii din Republica Moldova sînt următoarele: fumează prietenii (46,3%), fumatul relaxează (28,9%), fumatul este o plăcere (26,3%), pentru a arăta "matur" (13,3%), pentru a nu se îngrăşa (12,0%).

Concomitent cu consumul frecvent de tutun, printre elevii de 10-18 ani există şi unele premise favorabile privind combaterea acestei deprinderi dăunătoare. Din totalul elevilor care fumează în prezent, au intenţii de a abandona fumatul 74,1%±2,7 elevi (74,4% băieţi şi 73,4% fete), nu doresc să abandoneze acest viciu 25,9±2,7. La vîrsta 12-15 ani doresc să abandoneze fumatul 75,2% elevi şi la vîrsta 16-18 ani – 73,1% elevi (*tabelul 3.8*).

Tabelul 3.8

Intenţia de abandonare a fumatului la elevii cu vîrste între 10 şi 18 ani

Vîrsta (ani)	Doresc să abandoneze fumatul		Nu doresc să abandoneze fumatul		Total	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
10–11	-	-	-	-	-	-
12–15	100	75,2	33	24,8	133	100,0
16–18	95	73,1	35	26,9	130	100,0
Total (10-18)	195	74,1±2,7	68	25,9±2,7	263	100,0
$\chi^2 = 0,02$; $P<0,05$						

Practic toți elevii (93,4%±0,4) cred că fumatul este dăunător pentru sănătate, nu-l consideră dăunător doar 3,7%±0,3 elevi și nu știu dacă fumatul este sau nu dăunător 2,9%±0,3 elevi *(tabelul 3.9)*. Despre efectele dezastruoase ale tabagismului sînt informați 93,9% elevi de vîrsta 10-11 ani, 92,6% elevi de vîrsta 12-15 ani și 95,7% de vîrsta 16-18 ani. Nu consideră fumatul dăunător 3,2% elevi de vîrsta 10-11 ani, 4,3% elevi de 12-15 ani și 2,1% de vîrsta 16-18 ani. Nu sînt informați despre dauna fumatului 2,9% elevi de vîrsta 10-11 ani, 3,1% de vîrsta 12-15 ani și 2,2% elevi de 16-18 ani.

Tabelul 3.9

Informarea elevilor despre dauna fumatului în funcție de vîrstă

Vîrsta (ani)	Fumatul este dăunător pentru sănătate?			Total
	Da	Nu	Nu știu	
10-11	325 (93,9%)	11 (3,2%)	10 (2,9%)	346
12-15	2588 (92,6%)	119 (4,3%)	87 (3,1%)	2794
16-18	808 (95,6%)	18 (2,1%)	19 (2,2%)	845
Total (10-18)	3721 (93,4%±0,4)	148 (3,7%±0,3)	116 (2,9%±0,3)	3985
$\chi^2 = 10,5$; P<0,05				

O altă premisă favorabilă în combaterea tabagismului este și încercarea de a abandona fumatul. Astfel, de 1-5 ori au încercat să abandoneze fumatul 71,6%, iar de 6-10 ori – 28,4% din elevii care fumează în prezent.

Conform rezultatelor chestionării, 30,1%±0,7 elevi consumă băuturi alcoolice (33,5%±1,1 băieți și 27,3%±0,9 fete), inclusiv 3,3%±0,5 consumă băuturi alcoolice de cîteva ori pe săptămînă sau zilnic, adică sistematic *(tabelul 3.10, figura 3.6)*.

Tabelul 3.10

Consumul băuturilor alcoolice (%) printre elevii de 10-18 ani

Sexul	Vîrsta (ani)			
	10-11	12-15	16-18	10-18
Băieți	13,5%	31,3%	50,1%	33,5%±1,1
Fete	20,2%	26,3%	32,9%	27,3%±0,9
Total	17,1%±2,0	28,6±0,9	40,1%±1,7	30,1%±0,7
$\chi^2 = 72,6$; P<0,001				

La vîrsta de 10-11 ani consumă băuturi alcoolice 17,1% elevi (13,5% băieți și 20,2% fete), la vîrsta de 12-15 ani – 28,6% elevi (31,3% băieți și 26,3% fete) și la 16-19 ani – 40,1% elevi (50,1% băieți și 32,9% fete).

Analizînd frecvența utilizării băuturilor alcoolice, am constatat că de cîteva ori pe an, dar nu lunar, consumă băuturi alcoolice 53,7% elevi (45,0% băieți și 62,2% fete), o dată în lună – 22,9% (26,9% băieți și 19,0% fete), o dată în săptămînă – 12,2% elevi (15,6% băieți și 8,8% fete), de cîteva ori pe

săptămînă, dar nu zilnic – 7,0% elevi (6,8% băieţi şi 7,3% fete) şi zilnic – 4,2% elevi (5,7% băieţi şi 2,7% fete).

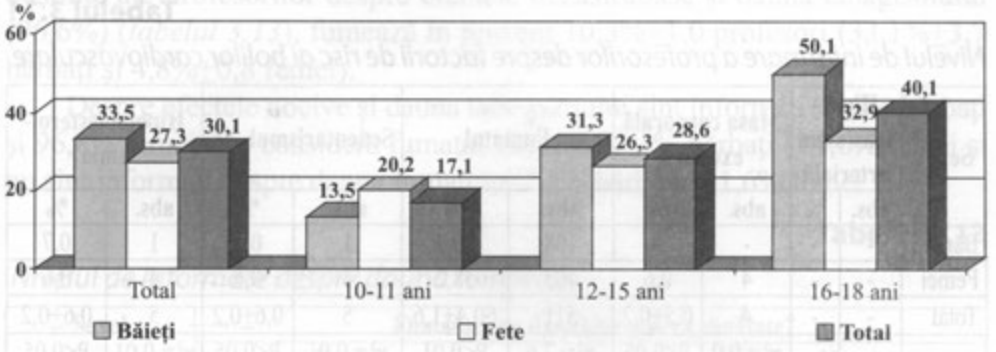

Figura 3.6. *Prevalenţa utilizării băuturilor alcoolice printre elevii cu vîrsta între 10 şi 18 ani în funcţie de sex*

Aşadar, elevii de 10-18 ani nu cunosc îndeajuns factorii de risc ai bolilor necontagioase. Analiza surselor de informare medico-sanitară demonstrează importanţa primordială a mijloacelor mass-media, a convorbirilor cu părinţii, rudele şi profesorii. Prevalenţa tabagismului şi consumului de băuturi alcoolice printre elevi este înaltă şi creşte concomitent cu vîrsta. Totodată, s-au determinat şi premise favorabile pentru formarea unui mod sănătos de viaţă.

3.3. Evaluarea nivelului de cunoştinţe medico-igienice şi de realizare a activităţilor de educaţie pentru sănătate al profesorilor din şcoli

Analiza informării profesorilor din şcoli despre principiile de bază ale modului sănătos de viaţă, determinării importanţei pentru ei a diferitor surse de informare şi prevalenţei viciilor nocive a fost efectuată în anul 2000-2001 printre 905 profesori (169 bărbaţi şi 736 femei), în vîrstă de 20–69 de ani, din 3 judeţe (Edineţ, Orhei, Cahul) şi două municipii (Chişinău, Bălţi) ale Republicii Moldova.

Dintre factorii de risc ai bolilor cronice netransmisibile, hipertensiunea arteriala nu a fost menţionată de niciun profesor. Masa corporală excesivă a fost numită de 0,5%±0,2 profesori, fumatul – de 60,4%±1,6 profesori, sedentarismul – de 0,6%±0,2 şi hipercolesterolemia – de 0,6%±0,2 profesori. Bărbaţii au numit fumatul ca factor de risc în 70,1% cazuri, sedentarismul – în 0,7% cazuri şi hipercolesterolemia – în 0,7% cazuri. Masa corporală excesivă nu a fost indicată de bărbaţi. Femeile au numit masa corporală excesivă ca

factor de risc în 0,6% cazuri, tabagismul – în 58,2% cazuri, sedentarismul – în 0,6% şi hipercolesterolemia – în 0,6% cazuri *(tabelul 3.11)*.

Tabelul 3.11

Nivelul de informare a profesorilor despre factorii de risc ai bolilor cardiovasculare

Sexul	Hipertensiunea arterială		Masa corporală excesivă		Fumatul		Sedentarismul		Hipercolesterolemia	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Bărbaţi	-	-	-	-	108	70,1	1	0,7	1	0,7
Femei	-	-	4	0,6	403	58,2	4	0,6	4	0,6
Total	-	-	4	0,5±0,2	511	60,4±1,6	5	0,6±0,2	5	0,6±0,2
			$\chi^2 = 0,9$	P<0,05	$\chi^2 = 7,6$	P<0,01	$\chi^2 = 0,01$	P<0,05	$\chi^2 = 0,01$	P<0,05

Un rol important în informarea privind problemele educaţiei pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă li se atribuie surselor de informare şi popularităţii acestora printre diferite grupei de populaţie. Profesorii din şcoli frecvent obţin informaţia despre factorii de risc ai bolilor cardiovasculare din emisiunile televizate (83,7%), din emisiunile radiofonice (60,6%), din publicaţiile periodice (67,0%), de la lucrători medicali (51,7%) şi, mai rar, de la colegii de serviciu (25,7%), părinţi şi rude (25,0%) şi de la prieteni (30,6%) *(tabelul 3.12)*.

Tabelul 3.12

Popularitatea surselor de informare privind problemele educaţiei pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă printre profesorii din şcolile medii

Sursa	Despre factorii de risc	Despre pericolul fumatului	Despre abuzul de alcool
Televiziune	83,7	86,3	85,3
Radio	60,6	60,1	61,4
Presă	67,0	67,9	70,3
Lucrători medicali	51,7	52,3	50,8
Colegi de serviciu	25,7	28,5	24,7
Părinţi şi rude	25,0	30,5	30,5
Prieteni	30,6	30,3	28,7

Profesorii din şcoli obţin informaţia despre dauna tabagismului din emisiunile televizate (86,3%), din emisiunile radiofonice (60,1%), din publicaţiile periodice (67,9%), de la lucrători medicali (52,3%) şi, mai rar, de la colegii de serviciu (28,5%), părinţi şi rude (30,5%) şi de la prieteni (30,3%) *(tabelul 3.12)*. Informaţia despre riscurile abuzului de băuturi alcoolice este obţinută din emisiunile televizate (85,3%), din cele radiofonice (61,4%), din publicaţiile periodice (70,3%), de la lucrători medicali (50,8%) şi, mai rar, de la colegii de serviciu (24,7%), părinţi şi rude (30,5%) şi de la prieteni (28,7%) *(tabelul 3.12)*.

Printre deprinderile defavorabile sănătăţii, pe primul loc se plasează tabagismul şi consumul excesiv de alcool. În pofida unui nivel înalt de cunoştinţe ale profesorilor despre efectele dezastruoase şi dauna tabagismului (96,6%) (*tabelul 3.13*), fumează în prezent 10,3%±1,0 profesori (33,1%±3,7 bărbaţi şi 4,8%±0,8 femei).

Despre efectele nocive şi dauna tabagismului sînt informaţi 95,8% bărbaţi şi 96,8% femei. Nu consideră fumatul dăunător 2,1% bărbaţi şi 1,6% femei şi nu sînt informaţi despre dauna fumatului 2,1% bărbaţi şi 1,6% femei.

Tabelul 3.13

Nivelul de informare despre dauna fumatului

Sexul	Fumatul este dăunător pentru sănătate?		
	Da	Nu	Nu ştiu
Bărbaţi	138 (95,8%)	3 (2,1%)	3 (2,1%)
Femei	537 (96,8%)	9 (1,6%)	9 (1,6%)
Total	675 (96,6%)	12 (1,7%)	12 (1,7%)
$\chi^2 = 0,3$; $P<0,05$			

O altă premisă favorabilă în combaterea fumatului este încercarea de a abandona acest viciu. Astfel, de 1-5 ori au încercat să abandoneze fumatul 77,1% (73,7% bărbaţi şi 84,6% femei), iar de 6-10 ori – 22,9% (26,3% bărbaţi şi 15,4% femei) dintre profesorii care fumează în prezent.

La vîrsta de 18–29 de ani fumează 12,5% profesori, la vîrsta de 30–39 de ani – 10,6% profesori, la 40–49 de ani – 7,5% profesori, la 50–59 de ani – 11,7% şi la vîrsta de 60–69 de ani – 6,7% profesori *(figura 3.7)*.

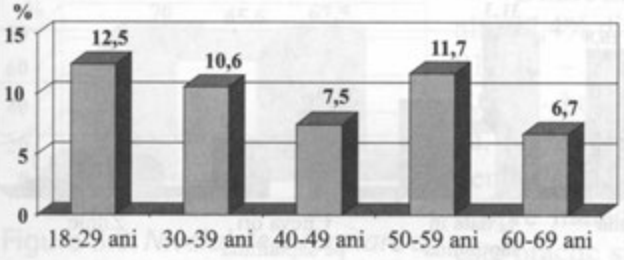

Figura 3.7. *Prevalenţa fumatului printre profesorii din şcoli în funcţie de vîrstă*

Au iniţiat fumatul la vîrsta de 5-10 ani 9,2% profesori, la 11-20 de ani – 73,4% şi la vîrsta de 21 de ani – 17,4% profesori.

Una sau mai multe ţigări zilnic fumează 63,0% profesori (82,4% bărbaţi şi 30,0% femei), mai mult de 1 ţigară pe săptămînă, dar nu zilnic – 16,0% (11,8% bărbaţi şi 23,3% femei) şi o ţigară pe săptămînă – 21,0% (5,9% bărbaţi şi 46,7% femei).

Totodată, sînt constatate şi premise favorabile pentru combaterea acestei deprinderi dăunătoare. Doresc să abandoneze fumatul 85,5% profesori care

fumează în prezent (88,5% bărbaţi şi 80,8% femei), nu doresc să abandoneze acest viciu 14,5% profesori (11,5% bărbaţi şi 19,4% femei) *(tabelul 3.14)*.

Tabelul 3.14

Intenţia de a abandona fumatul printre profesorii din şcolile medii care fumează în prezent

Sexul	Doresc să abandoneze fumatul		Nu doresc să abandoneze fumatul	
	abs.	%	abs.	%
Bărbaţi	46	88,5	6	11,5
Femei	25	80,8	6	19,4
Total	71	85,5	12	14,5

Consumă băuturi alcoolice 55,1%±1,8 profesori din şcoală (66,2%±3,9 bărbaţi şi 52,4±2,0 femei). Consumul de băuturi alcoolice variază de la 52,7% la 57,0%, în funcţie de vîrstă.

Analizînd frecvenţa utilizării băuturilor alcoolice, am constatat că de cîteva ori pe an, dar nu lunar, consumă băuturi alcoolice 45,3% profesori (28,1% bărbaţi şi 50,6% femei), o dată în lună – 26,8% profesori (19,8% bărbaţi şi 29,0% femei), o dată în săptămînă – 17,0% (31,3% bărbaţi şi 12,6% femei), de cîteva ori pe săptămînă, dar nu zilnic – 9,1% profesori (14,6% bărbaţi şi 7,4% femei) şi zilnic – 1,7% profesori (6,3% bărbaţi şi 0,3% femei) *(figura 3.8)*.

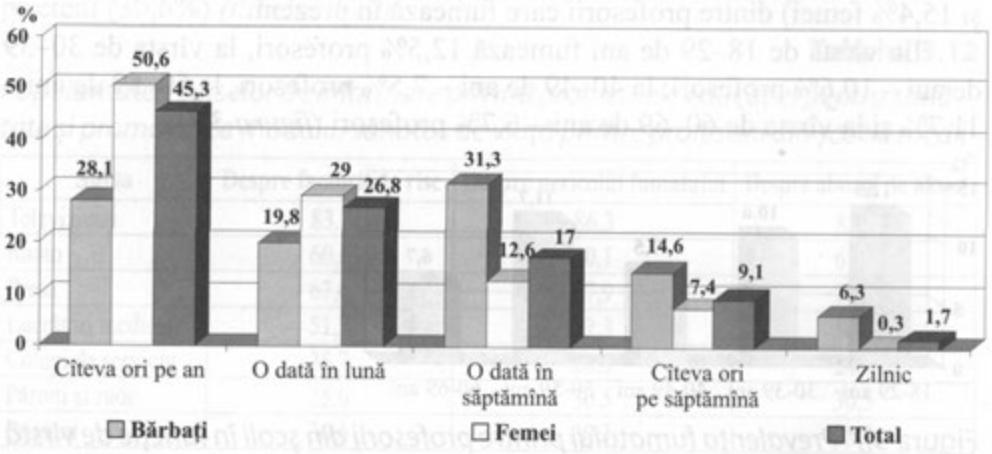

Figura 3.8. *Prevalenţa utilizării băuturilor alcoolice printre profesorii din şcolile medii, în funcţie de sex*

Putem concluziona că profesorii din şcoli nu cunosc îndeajuns factorii de risc ai bolilor necontagioase (cu excepţia tabagismului, care a fost menţionat de 60,4% profesori). Analiza surselor de informare medico-sanitară demonstrează importanţa primordială a mass-mediei şi a convorbirilor cu lucrătorii medicali. Printre profesori fumează 33,1 bărbaţi şi 4,8% femei, consumă băuturi alcoolice 66,2% bărbaţi şi 52,4% femei. Concomitent cu prevalenţa înaltă

a deprinderilor nocive, s-au determinat şi premise favorabile pentru formarea unui mod sănătos de viaţă.

3.4. Evaluarea nivelului de cunoştinţe al elevilor în vîrstă de 12–18 ani privind problemele educaţiei sexuale, profilaxiei bolilor cu transmitere sexuală şi narcomaniei

Adolescenţa este o perioadă critică în dezvoltarea fizică şi mintală a viitorului individ. Numeroase tipuri de comportamente, stilul de viaţă şi practicile însuşite în această perioadă influenţează, pentru tot restul vieţii, sănătatea proprie şi cea a familiei individului. Adolescenţa reprezintă o perioadă crucială pentru tineri, cînd ei au cea mai mare nevoie de sprijin şi de educaţie.

Evaluarea nivelului de cunoştinţe al elevilor privind educaţia sexuală, profilaxia bolilor cu transmitere sexuală şi utilizarea drogurilor, determinarea principalelor surse la care apelează pentru a se informa în legătură cu contracepţia, bolile cu transmitere sexuală şi măsurile de protecţie împotriva acestora au fost realizate în anul 2002, pe un eşantion de 2380 de elevi (709 băieţi şi 1671 fete), cu vîrste între 12 şi 18 ani, din 2 municipii şi 3 judeţe din Republica Moldova (selecţie în cuiburi). Despre problemele educaţiei sexuale, căsătoriei şi familiei, relaţiilor dintre bărbat şi femeie sînt informaţi în cadrul orelor şcolare 67,5% de elevii intervievaţi, 70,0% băieţi şi 65,6% fete *(figura 3.9)*.

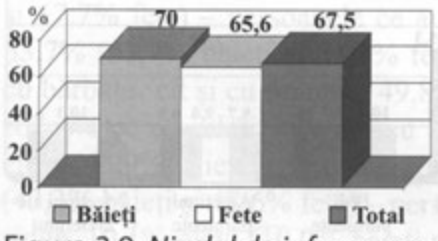

Figura 3.9. *Nivelul de informare a elevilor privind problemele educaţiei sexuale, căsătoriei, şi familiei, relaţiilor dintre bărbat şi femeie*

Dintre maladiile cu transmitere sexuală, 97,4% din respondenţi cunosc SIDA, 81,7% – sifilisul, 52,8% – gonoreea, 6,6% – hepatita B, 10,4% – trihomonaza, 1,7% – candidozele, 2,2% – herpesul genital şi 0,5% – clamidioza. Informarea despre maladiile cu transmitere sexuală este practic similară printre băieţi şi fete. Astfel, printre băieţi 97,7% cunosc SIDA, 79,8% – sifilisul, 48,5% – gonoreea, 6,4% – hepatita B, 11,3% – tricomonaza, 1,3% – candidozele, 2,1% – herpesul genital şi 0,2% – clamidioza. Printre fete 97,2% cunosc SIDA, 83,3% – sifilisul, 56,3% – gonoreea, 6,7% – hepatita B, 9,8% – tricomonaza, 2,1% – candidozele, 2,3% – herpesul genital şi 0,7% – clamidioza (*figura 3.10*, p. 160).

Elevii în 84,4% cazuri (82,4% băieţi şi 86,0% fete) consideră SIDA o maladie infecţioasă, 77,1% din ei (75,0% băieţi şi 78,8% fete) cred că este pro-

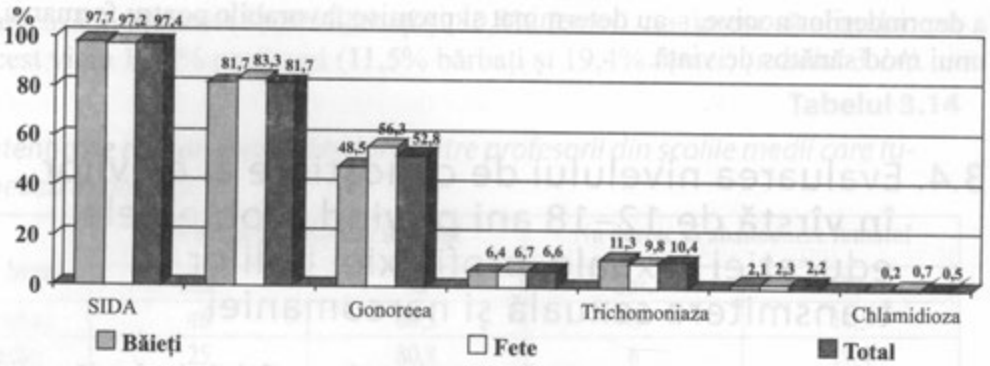

Figura 3.10. *Nivelul de informare a elevilor despre maladiile cu transmitere sexuală în funcţie de sex*

vocată de virusul HIV/SIDA, 86,5% (87,5% băieţi şi 85,8% fete) consideră că e posibilă infectarea în urma unui singur contact sexual, în absenta protejării. Majoritatea persoanelor anchetate cunosc căile principale de transmitere a acestei afecţiuni: sexuală – 90,3% (89,0% băieţi şi 91,4% fete), prin sînge – 80,0% (78,1% băieţi şi 81,5% fete), de la mamă la făt – 70,2% (64,1% băieţi şi 75,1% fete), prin utilizarea drogurilor cu seringi comune – 70,9% *(figura 3.11)*.

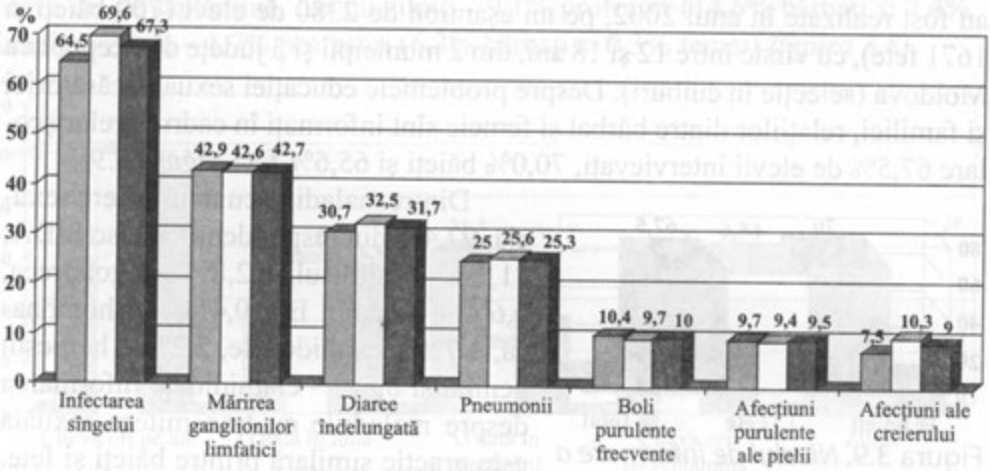

Figura 3.11. *Nivelul de informare a elevilor, în funcţie de sex, despre căile principale de transmitere a maladiei SIDA*

Conform opiniei elevilor, simptomele îmbolnăvirii cu SIDA sînt: infectarea sîngelui – 67,3% din elevi (64,5% băieţi şi 69,6% fete), mărirea ganglionilor limfatici – 42,7% (42,9% băieţi şi 42,6% fete), diareea de lungă durată – 31,7% elevi (30,7% băieţi şi 32,5% fete), pneumoniile –25,3% (25,0% băieţi şi 25,6% fete), bolile purulente frecvente –10,0% (10,4% băieţi şi 9,7% fete), afecţiunile inflamatorii ale pielii – 9,5% elevi (9,7% băieţi şi 9,4% fete) şi afecţiunile creierului – 9,0% (7,5% băieţi şi 10,3% fete) (*figura 3.12*).

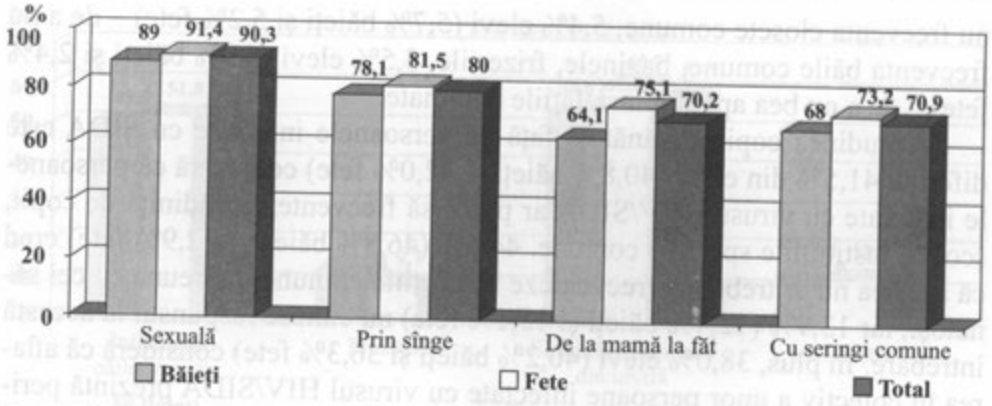

Figura 3.12. *Nivelul de informare a elevilor despre simptomele îmbolnăvirii cu SIDA*

Majoritatea elevilor (97,5% - 96,4% băieţi şi 98,4% fete) consideră că pentru a determina dacă o persoană este infectată cu SIDA este necesar de a efectua analiza sîngelui. 6,8% elevi (6,3% băieţi şi 7,2% fete) cred că pentru diagnostic este necesară analiza urinei; 2,6% elevi (3,4% băieţii şi 1,9% fete) au menţionat analiza lichidului cefalorahidian, 1,7% (1,7% băieţi şi 1,7% fete) – analiza maselor fecale; 4,5% elevi (4,4% băieţi şi 4,7% fete) nu cunosc ce este necesar pentru diagnosticarea SIDA.

Elevii sînt informaţi despre pericolul şi măsurile de evitare a infectării cu SIDA. Astfel, 86,2% din ei (82,3% băieţi şi 89,4% fete) consideră că prostituatele sînt expuse mai uşor infectării cu SIDA, 69,6% elevi (67,9% băieţi şi 70,9% fete) – narcomanii ce îşi injectează droguri, 62,9% elevi (56,9% băieţi şi 67,7% fete) – persoanele ce au contact sexual cu persoane necunoscute, 53,7% (53,4% băieţi şi 53,8% fete) – bărbaţii care duc o viaţă sexuală atît cu bărbaţii, cît şi cu femeile; 49,8% elevi (49,3% băieţi şi 50,1% fete) – persoanele ce au relaţii sexuale cu parteneri din ţările de peste hotare, 48,3% elevi (48,9% băieţi şi 47,8% fete) au menţionat bărbaţii homosexuali, 46,2% (43,3% băieţi şi 48,6% fete) – persoanele cărora li se face deseori perfuzie de sînge, 10,1% elevi (10,0% băieţi şi 10,1% fete) – oamenii care frecventează deseori frizeria, 3,2% elevi (3,6% băieţi şi 2,9% fete) – persoanele ce frecventează adesea băile comune şi bazinele de înot, 2,6% elevi (3,5% băieţi şi 1,8% fete) – persoanele ce iau masa în locurile comune.

Totodată, 76,9% din elevi (72,2% băieţi şi 80,6% fete) consideră că pentru a evita infectarea cu SIDA este necesar de a nu folosi repetat seringile la injectarea drogurilor, 75,5% elevi (74,1% băieţi şi 76,5% fete) – de a avea relaţii sexuale doar cu un partener permanent, 48,3% (45,1% băieţi şi 50,8% fete) – de a nu apela la serviciile unor persoane particulare pentru efectuarea manipulaţiilor (injecţii, tatuaje, chiuretaje etc.), 26,4% elevi (25,7% băieţi şi 27,0% fete) – de a nu săruta pe oricine, 5,7% (5,6% băieţi şi 5,7% fete) – de a

nu frecventa closete comune, 5,4% elevi (5,7% băieţi şi 5,2% fete) – de a nu frecventa băile comune, bazinele, frizeriile, 3,5% elevi (4,9% băieţi şi 2,4% fete) – de a nu bea apă din instalaţiile automate.

Atitudinea copiilor sănătoşi faţă de persoanele infectate cu SIDA este diferită: 41,5% din elevi (40,8% băieţi şi 42,0% fete) consideră că persoanele infectate cu virusul HIV/SIDA ar putea să frecventeze grădiniţa de copii, şcoala, instituţiile sportive comune. 44,6% (46,8% băieţi şi 42,9% fete) cred că acestea nu ar trebui să frecventeze instituţiile comune împreună cu cei sănătoşi, iar 13,9% (12,4% băieţi şi 15,1% fete) nu cunosc răspunsul la această întrebare. În plus, 38,0% elevi (40,2% băieţi şi 36,3% fete) consideră că aflarea în colectiv a unor persoane infectate cu virusul HIV/SIDA prezintă pericol, 50,4% (49,5% băieţi şi 51,1% fete) cred că nu prezintă pericol şi 11,6% (10,4% băieţi şi 12,6% fete) nu au nicio părere.

Conform rezultatelor chestionării, elevii sînt bine informaţi despre simptomele principale ale sifilisului şi gonoreei. Astfel, drept simptome principale ale sifilisului 45,3% din elevi (46,2% băieţi şi 44,6% fete) au menţionat eroziunile şi rănile pe torace, mîini şi organele genitale, 17,8% din elevi (20,2% băieţi şi 15,8% fete) – căderea părului, 17,5% (16,8% băieţi şi 18,1% fete) – apariţia petelor de diferite culori (albe, roşii, cafenii) pe pielea corpului şi 13,2% din elevi (15,0% băieţi şi 11,8% fete) au menţionat impotenţa (*figura 3.13*), iar 38,0% din elevi (36,5% băieţi şi 39,3% fete) nu cunosc simptomele sifilisului.

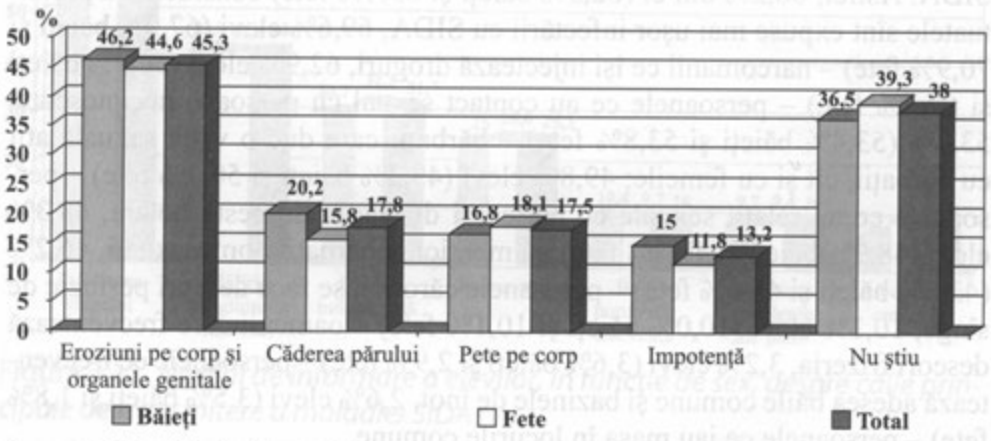

Figura 3.13. *Nivelul de informare a elevilor despre simptomele principale ale sifilisului*

Simptomele principale ale gonoreei sînt cunoscute mai bine de elevi: 50,9% (49,9% băieţi şi 51,8% fete) au indicat inflamaţia căilor urinare, 11,7% elevi (14,0% băieţi şi 9,7% fete) au menţionat prostatita, 57,9% (54,6% băieţi şi 60,7% fete) – eliminările purulente din uretră, iar 13,2% elevi (13,8% băieţi şi 12,7% fete) nu cunosc simptomele gonoreei (*figura 3.14*).

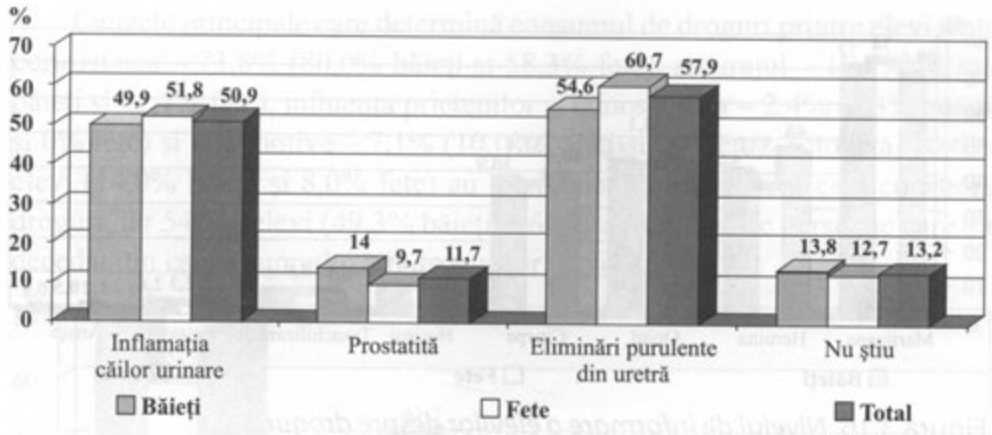

Figura 3.14. *Nivelul de informare a elevilor despre simptomele principale ale gonoreei*

Circa ¾ (73,2%, 71,2% băieţi şi 74,8% fete) consideră bine-venite cabinetele de examinare anonimă privind SIDA, sifilisul, gonoreea şi alte boli cu transmitere sexuală. Majoritatea elevilor au auzit de cel puţin una dintre metodele moderne de prevenire a răspîndirii maladiilor cu transmitere sexuală *(figura 3.15)*.

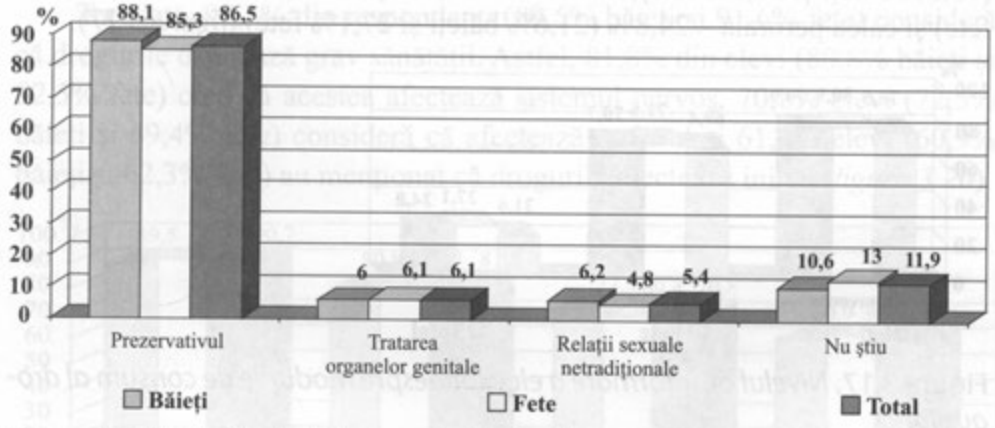

Figura 3.15. *Nivelul de informare a elevilor despre metodele moderne de prevenire a răspîndirii bolilor cu transmitere sexuală*

Doar 11,9% din elevi (10,6% băieţi şi 13,0% fete) nu cunosc astfel de metode. Cea mai cunoscută metodă este prezervativul – 86,5% (88,1% printre băieţi şi 85,3% printre fete), urmată de tratarea organelor genitale – 6,1% (6,0% printre băieţi şi 6,1% printre fete) şi relaţii sexuale netradiţionale – 5,4% (6,2% băieţi şi 4,8% fete).

Studiul nostru a constatat că elevii cunosc multe denumiri de droguri şi modurile de consum al acestora (*figura 3.16*, p. 164).

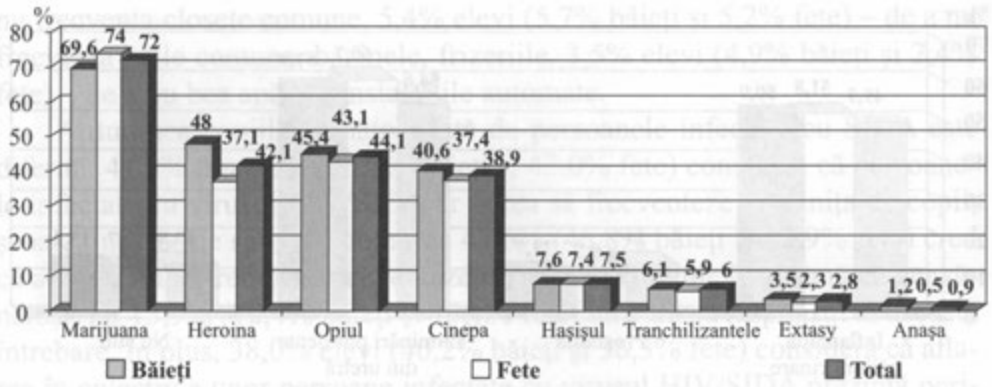

Figura 3.16. *Nivelul de informare a elevilor despre droguri*

Astfel, 72,0% din respondenţi (69,6% băieţi şi 74,0% fete) au numit marijuana, 58,4% elevi (60,9% băieţi şi 56,3% fete) – cocaina, 42,1% (48,0% băieţi şi 37,1% fete) – heroina, 44,1% elevi (45,4% băieţi şi 43,1% fete) – opiul, 38,9% (40,6% băieţi şi 37,4% fete) – cînepa, 7,5% elevi (7,6% băieţi şi 7,4% fete) – haşişul, 6,0% (6,1% băieţi şi 5,9% fete) – tranchilizantele, 2,8% (3,5% băieţi şi 2,3% fete) – extasy şi 0,9% (1,2% băieţi şi 0,5% fete) – anaşaua.

Calea de introducere intravenoasă a drogurilor au menţionat-o 79,9% elevi (78,5% băieţi şi 80,9% fete), inhalarea – 70,7% şcolari (69,4% băieţi şi 71,6% fete) şi calea peroralĕ – 24,8% (21,6% băieţi şi 27,1% fete) (*figura 3.17*).

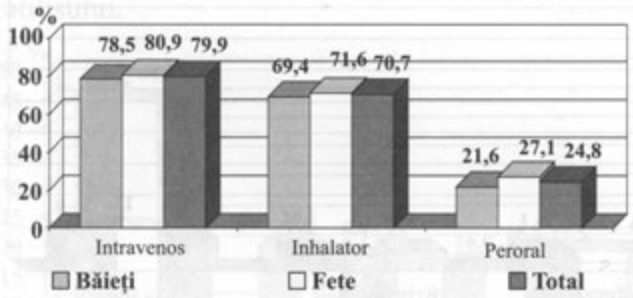

Figura 3.17. *Nivelul de informare a elevilor despre modurile de consum al drogurilor*

Conform datelor intervievării, 4,9%±0,7 băieţi şi 2,3%±0,4 fete au confirmat utilizarea în prezent a drogurilor (*figura 3.18*).

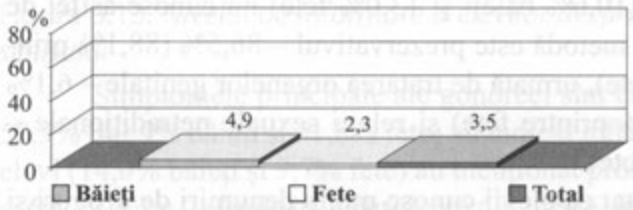

Figura 3.18. *Utilizarea drogurilor printre elevii cu vîrste între 12 şi 18 ani*

Cauzele principale care determină consumul de droguri printre elevi sînt: curiozitatea – 73,8% (80,0% băieţi şi 58,3% fete), anturajul – 16,7% (6,7% băieţi şi 41,7% fete), influenţa prietenilor şi cunoscuţilor – 2,4% (3,3% băieţi şi 0% fete) şi alte motive – 7,1% (10,0% băieţi şi 0% fete). Totodată, 10,6% elevi (14,0% băieţi şi 8,0% fete) au menţionat că au prieteni care consumă droguri, iar 54,5% elevi (49,3% băieţi şi 60,2% fete) cunosc persoane care au decedat din cauza supradozării drogurilor (*figura 3.19*).

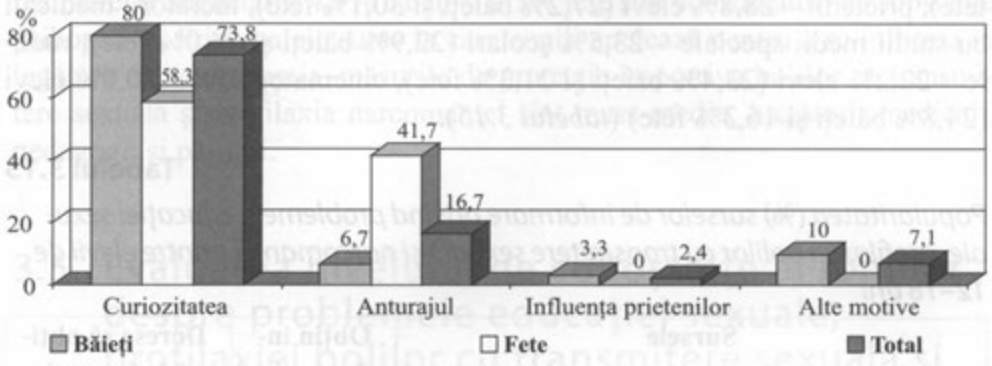

Figura 3.19. *Cauzele principale care determină consumul de droguri printre elevii de 12–18 ani*

Totodată, 90,7% din respondenţi (89,5% băieţi şi 91,6% fete) consideră că drogurile dăunează grav sănătăţii. Astfel, 81,8% din elevi (80,8% băieţi şi 82,5% fete) cred că acestea afectează sistemul nervos, 70,8% elevi (72,5% băieţi şi 69,4% fete) consideră că afectează creierul şi 61,6% elevi (60,9% băieţi şi 62,3% fete) au menţionat că drogurile afectează inima (*figura 3.20*).

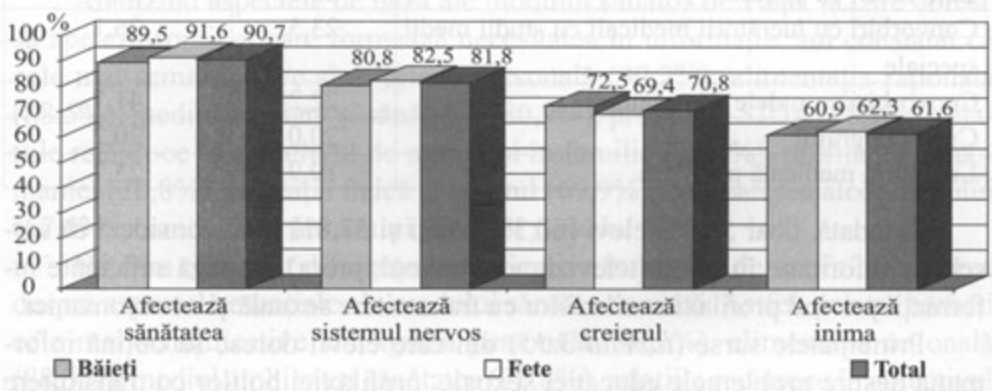

Figura 3.20. *Nivelul de informare a elevilor despre dauna consumului de droguri*

Un rol deosebit în informarea populaţiei despre problemele educaţiei pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă li se atribuie surselor de informare şi popularităţii acestora printre diferite grupe de populaţie.

Principalele surse din care elevii obţin informaţia privind educaţia sexuală, profilaxia bolilor cu transmitere sexuală şi utilizarea drogurilor sînt: emisiunile radiofonice – 58,1% elevi (58,9% băieţi şi 57,4% fete), medicii – 53,6% (50,9% băieţi şi 55,9% fete), presa – 49,3% şcolari (50,4% băieţi şi 48,4% fete), pedagogii – 45,3% elevi (42,6% băieţi şi 47,4% fete), emisiunile televizate – 45,1% elevi (38,6% băieţi şi 50,2% fete), părinţii – 40,2% (37,1% băieţi şi 42,7% fete), lecţiile publice – 37,4% (37,3% băieţi şi 37,6% fete), prietenii – 28,8% elevi (27,2% băieţi şi 30,1% fete), lucrătorii medicali cu studii medii speciale – 23,5% şcolari (22,9% băieţi şi 24,0% fete), rudele – 22,2% elevi (23,4% băieţi şi 21,3% fete), cinematograful – 20,0% elevi (24,8% băieţi şi 16,3% fete) (*tabelul 3.15*).

Tabelul 3.15

Popularitatea (%) surselor de informare privind problemele educaţiei sexuale, profilaxiei bolilor cu transmitere sexuală şi narcomaniei printre elevii de 12–18 ani

Sursele	Obţin informaţia	Doresc să obţină informaţia
Emisiuni radiofonice	58,1	23,7
Convorbiri cu medicii	53,6	42,6
Publicaţii în presă	49,3	29,1
Convorbiri cu pedagogii	45,3	41,0
Emisiuni televizate	45,1	45,2
Convorbiri cu părinţii	40,2	41,7
Lecţii publice	37,4	60,3
Convorbiri cu prietenii	28,8	41,7
Convorbiri cu lucrătorii medicali cu studii medii speciale	23,5	26,1
Convorbiri cu rudele apropiate	22,2	41,7
Cinematograful	20,0	20,2
Literatura medicală populară	19,9	23,7

Totodată, doar 58,9% elevi (60,3% băieţi şi 57,8% fete) consideră că sursele de informare în masă (televiziunea, radioul, presa) propagă suficiente informaţii privind profilaxia maladiilor cu transmitere sexuală şi a narcomaniei.

Principalele surse (*tabelul 3.15*) din care elevii doresc să obţină informaţia despre problemele educaţiei sexuale, profilaxiei bolilor cu transmitere sexuală şi narcomaniei sînt: lecţiile publice – 60,3% elevi (55,5% băieţi şi 64,0% fete), emisiunile televizate – 45,2% (46,5% băieţi şi 44,1% fete), medicii – 42,6% elevi (39,2% băieţi şi 45,2% fete), părinţii – 41,7% elevi (39,6% băieţi şi 43,4% fete), prietenii – 41,7% (39,6% băieţi şi 43,4% fete), rudele – 41,7% şcolari (39,6% băieţi şi 43,4% fete), pedagogii – 41,0% (39,9% băieţi

şi 41,8% fete), presa – 29,1% (31,4% băieţi şi 27,3% fete), lucrătorii medicali cu studii medii speciale – 26,1% (26,0% băieţi şi 26,2% fete), literatura medicală populară – 23,7% (23,5% băieţi şi 23,8% fete), emisiunile radiofonice – 21,3% (23,6% băieţi şi 19,4% fete), cinematograful – 20,0% elevi (24,8% băieţi şi 16,3% fete).

Aşadar, informarea elevilor de 12–18 ani despre infecţiile cu transmitere sexuală şi metodele de prevenire a acestora este insuficientă. Conform rezultatelor anchetării, 4,9% băieţi şi 2,3% fete sînt consumatori de substanţe psihoactive. Principalele surse la care copiii apelează pentru a se informa în legătură cu contracepţia, măsurile de protecţie împotriva bolilor cu transmitere sexuală şi profilaxia narcomaniei sînt mass-media, lucrătorii medicali, pedagogii şi părinţii.

3.5. Evaluarea nivelului de cunoştinţe al romilor despre problemele educaţiei sexuale, profilaxiei bolilor cu transmitere sexuală şi narcomaniei

În scopul evaluării nivelului de cunoştinţe şi a informării romilor din Republica Moldova în problemele promovării preceptelor modului sănătos de viaţă, importanţei diferitelor surse de informare şi prevalenţei deprinderilor nocive, în anul 2002 a fost efectuată anchetarea unui lot alcătuit din 892 de romi, din municipiul Bălţi, raioanele Soroca şi Ungheni.

Analizînd aspectele de bază ale modului sănătos de viaţă, la care doresc să apeleze romii şi care formează necesitatea în informaţie, am constatat că cele mai semnificative sînt: igiena personală (90,2%), alimentaţia raţională (88,5%), mediul ambiant şi sănătatea (80,9%), profilaxia SIDA (78,1%), relaţiile reciproce în colectivul de muncă şi în familie (73,4%), profilaxia narcomaniei (70,8%), educaţia fizică şi sportul (69,9%), combaterea alcoolismului (67,4%), combaterea fumatului (66,7%) (*tabelul 3.16*, p. 168).

Nu s-au constatat diferenţe semnificative în funcţie de sex în informarea despre aspectele esenţiale ale modului sănătos de viaţă. Astfel, printre bărbaţi cele mai semnificative sînt igiena personală (90,2%), alimentaţia raţională (88,3%), mediul ambiant şi sănătatea (78,8%), relaţiile reciproce în colectivul de muncă şi în familie (71,0%), educaţia fizică şi sportul (73,0%), profilaxia SIDA (77,8%), combaterea fumatului (65,7%), a alcoolismului (66,6%), profilaxia narcomaniei (70,5%).

Printre femei cele mai semnificative aspecte ale modului sănătos de viaţă sînt: igiena personală (90,3%), alimentaţia raţională (88,8%), mediul ambiant

şi sănătatea (83,5%), relaţiile reciproce în colectivul de muncă şi în familie (76,0%), educaţia fizică şi sportul (65,6%), combaterea fumatului (67,9%), profilaxia SIDA (78,5%), profilaxia alcoolismului (68,3%), combaterea narcomaniei (71,2%) *(tabelul 3.16)*.

Tabelul 3.16

Necesitatea populaţiei de romi în informaţii despre aspectele esenţiale ale modului sănătos de viaţă, în funcţie de sex

Aspectul modului de viaţă	Bărbaţi	Femei	Total
Igiena personală	90,2%	90,3%	90,2%
Alimentaţia raţională	88,3%	88,8%	88,5%
Mediul ambiant şi sănătatea	78,8%	83,5%	80,9%
Profilaxia SIDA şi MTS	77,8%	78,5%	78,1%
Relaţiile în colectivul de muncă şi în familie	71,0%	76,0%	73,4%
Profilaxia narcomaniei	70,5%	71,2%	70,8%
Educaţia fizică şi sportul	73,0%	65,6%	69,9%
Combaterea alcoolismului	66,6%	68,3%	67,4%
Combaterea fumatului	65,7%	67,9%	66,7%

Populaţia de romi obţine informaţia medico-sanitară preponderent din emisiunile televizate (81,8%), de la lucrătorii medicali (55,6%), din emisiunile radiofonice (47,2%) *(tabelul 3.17)*.

Tabelul 3.17

Popularitatea (%) surselor de informare privind problemele educaţiei pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă la romi

Sursele	Obţin informaţie
Emisiuni televizate	81,8%
Convorbiri cu lucrătorii medicali	55,6%
Emisiuni radiofonice	47,2%
Publicaţii în presă	23,9%
Buletine sanitare	6,9%
Broşuri ştiinţifico-populare	4,0%
Expoziţii sau afişe	4,0%
Reviste ştiinţifico-populare	3,6%
Panouri de întrebări şi răspunsuri	3,6%
Serate (tematice şi de întrebări şi răspunsuri)	3,0%
Cinematograf	2,4%
Prelegeri	2,0%
Agende, foi volante	1,1%

Informaţia despre educaţia pentru sănătate este obţinută mai rar din publicaţiile din presă (23,9%), buletinele sanitare (6,9%), broşurile ştiinţifico-populare (4,0%), expoziţii şi afişe (4,0%), din revistele ştiinţifico-populare (3,6%), panourile de întrebări şi răspunsuri (3,6%), seratele tematice sau de întrebări şi răspunsuri (3,0%), cinematograf (2,4%), prelegeri (2,0%), din agende şi foi volante (1,1%).

Aşadar, analiza surselor de informare privind educaţia pentru sănătate demonstrează importanţa primordială pentru populaţia de romi a mijloacelor mass-media şi a convorbirilor cu lucrătorii medicali. Rolul redus al buletinelor sanitare, broşurilor şi revistelor ştiinţifico-populare, expoziţiilor sau afişelor, panourilor de întrebări şi răspunsuri, agendelor şi foilor volante este determinat, probabil, de finanţarea insuficientă, imposibilitatea prezentării corespunzătoare şi multiplicării acestora.

După cum am menţionat anterior, promovarea eficientă a modului sănătos de viaţă şi a profilaxiei maladiilor este imposibilă fără prevenirea şi combaterea factorilor de risc, în primul rînd, a tabagismului şi a abuzului de alcool. În pofida unui nivel înalt de cunoştinţe ale romilor despre efectele dezastruoase şi dauna tabagismului (80,0%, 74,9% bărbaţi si 86,2% femei), în prezent fumează 54,3% bărbaţi şi 19,1% femei *(figura 3.21)*. La vîrsta de 10–15 ani fumează 9,2% romi, la 16–17 ani – 25,6%, la 18–29 de ani – 40,7%, la 30–39 de ani – 53,6%, la 40–49 de ani – 51,4%, la 50–59 de ani – 46,0% şi la vîrsta de 60 de ani sau mai mult – 30,8% romi.

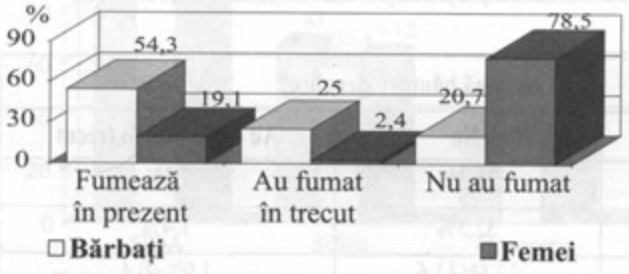

Figura 3.21. Tabagismul printre populaţia de romi din Republica Moldova

De la 1 la 10 ţigări zilnic fumează 54,7% din persoanele de etnie romi, de la 11 la 20 de ţigări – 38,2% şi mai mult de 20 de ţigări – 7,1%. Astfel, de la 1 la 10 ţigări zilnic fumează 49,7% bărbaţi şi 68,3% femei de etnie romi, de la 11 la 20 de ţigări – 42,1% şi 29,1% şi mai mult de 20 de ţigări – 8,2% şi, respectiv, 2,6%. Bărbaţii fumează mai frecvent peste 10 ţigări pe zi, iar femeile – mai frecvent pînă la 10 ţigări zilnic. Totodată, majoritatea celor anchetaţi au menţionat că ar dori să abandoneze acest viciu.

Dintre persoanele care fumează la momentul actual, au început să fumeze pînă la vîrsta de 18 ani 44,7% din bărbaţi şi 49,4% din femei, după vîrsta de 18 ani – 55,3% din bărbaţi şi 50,6% din femei (*figura 3.22*, p. 165).

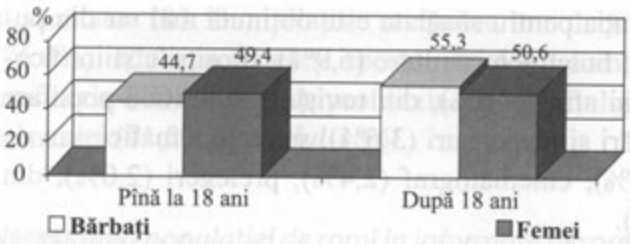

Figura 3.22. *Vîrsta de iniţiere a fumatului în rîndurile populaţiei de romi, în funcţie de sex*

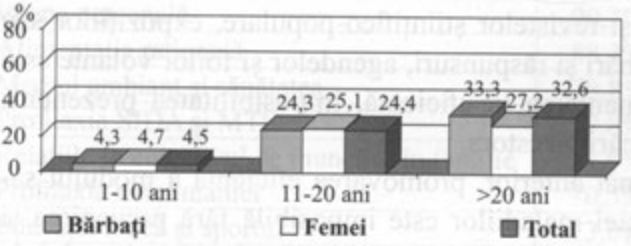

Figura 3.23. *Perioada tabagismului la populaţia de romi în funcţie de sex*

O perioadă de pînă la 10 ani fumează 4,5% persoane de etnie romi *(figura 3.23)*, o perioadă de la 11 pînă la 20 de ani – 24,4% şi mai mult de 20 de ani – 32,6%. 4,3% bărbaţi şi 4,7% femei de etnie romi fumează de la 1 la 10 ani, respectiv, 24,3% şi 25,1% – de la 11 la 20 de ani şi 33,3% şi 27,2% – mai mult de 20 de ani.

În rîndurile populaţiei de romi, consumă băuturi alcoolice 60,7±1,6% (72,4% bărbaţi şi 46,1% femei), nu consumă alcool 37,5±1,6% (25,3% bărbaţi şi 52,5%) femei şi au consumat băuturi alcoolice doar în trecut 1,9±0,4% (2,3% bărbaţi şi 1,4% femei) *(tabelul 3.18)*.

Tabelul 3.18

Consumul băuturilor alcoolice de către populaţia de romi din Republica Moldova

Sex	Consumă băuturi alcoolice?		
	Da	Nu	Au consumat în trecut
Bărbaţi	72,4%	25,3%	2,3%
Femei	46,1%	52,5%	1,4%
Total	60,7%±1,6	37,5%±1,6	1,9%±0,4
$\chi^2 = 74,3,3$; P<0,001			

Prin analiza frecvenţei utilizării băuturilor alcoolice, am constatat că de cîteva ori pe an, dar nu lunar, consumă băuturi alcoolice 21,0% din persoanele anchetate (12,7% bărbaţi şi 36,8% femei), o dată în lună – 15,8% persoane (14,5% bărbaţi şi 18,4% femei), o dată în săptămînă – 20,1% (21,5% bărbaţi şi 17,4% femei), de cîteva ori pe săptămînă, dar nu zilnic – 33,7% (39,4% bărbaţi şi 22,9% femei) şi zilnic – 9,4% persoane (11,9% bărbaţi şi 4,5% femei). Aşadar, sistematic – de cîteva ori pe săptămînă sau zilnic – consumă alcool 43,1% persoane (51,3% bărbaţi şi 27,4% femei).

Au iniţiat consumul de băuturi alcoolice la vîrsta de pînă la 18 ani 67,0%±2,0 din persoanele anchetate (69,8±2,4% bărbaţi şi 63,2±3,5% femei), după vîrsta de 18 ani – 33,0±2,0% persoane (30,2±2,4% bărbaţi şi 36,8%±3,5 femei) (*figura 3.24*).

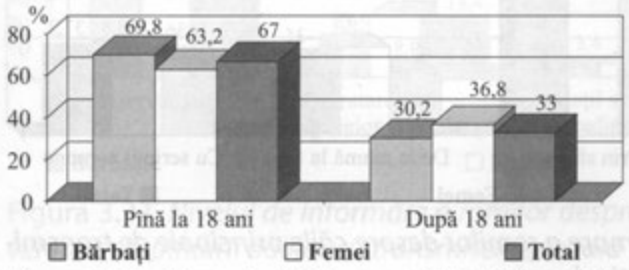

Figura 3.24. *Vîrsta de iniţiere a utilizării băuturilor alcoolice la populaţia de romi în funcţie de sex*

Concomitent cu prevalenţa înaltă a deprinderilor nocive, în populaţia de romi din Republica Moldova au fost determinate şi premise favorabile de modificare a modului sănătos de viaţă. Astfel, 45,2% din bărbaţi şi 51,5% din femei doresc să reducă considerabil consumul de băuturi alcoolice. Printre fumători, 45,9% bărbaţi şi 48,6% femei doresc să abandoneze acest viciu periculos pentru sănătate.

Dintre maladiile cu transmitere sexuală 82,3% din respondenţi cunosc SIDA, 63,2% – sifilisul, 30,2% – gonoreea, 2,7% – tricomonaza şi 2,1% – clamidioza. Gradul de informare despre maladiile cu transmitere sexuală este practic acelaşi printre bărbaţi şi femei *(figura 3.25)*.

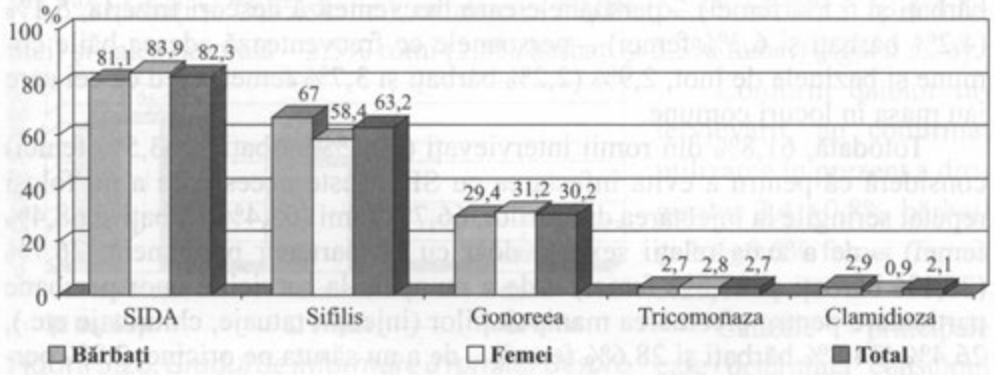

Figura 3.25. *Gradul de informare a romilor despre maladiile cu transmitere sexuală, în funcţie de sex*

Printre bărbaţi, 81,1% cunosc SIDA, 67,0% – sifilisul, 29,4% – gonoreea, 2,7% – tricomonaza şi 2,9% – clamidioza. Printre femei, 83,9% cunosc SIDA, 58,4% – sifilisul, 31,2% – gonoreea, 2,8% – tricomonaza şi 0,9% – clamidioza.

Romii, în 80,3% cazuri (80,6% băieţi şi 79,9% fete), consideră SIDA o maladie contagioasă. Majoritatea persoanelor anchetate cunosc căile principale de transmitere a acestei afecţiuni: sexuală – 88,7% (89,3% bărbaţi şi 87,9% femei), prin sînge – 67,4% (67,0% bărbaţi şi 67,8% femei), de la mamă la făt

– 35,0% (29,8% bărbaţi şi 42,0% femei), prin utilizarea drogurilor cu seringi comune – 37,2% (36,0% bărbaţi şi 38,8% femei) (*figura 3.26*).

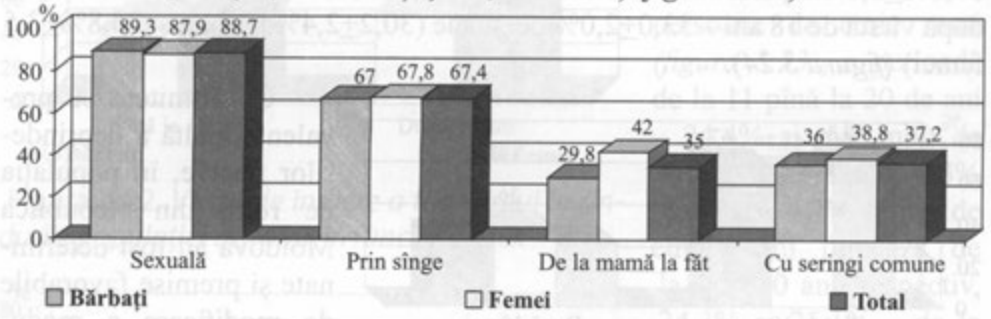

Figura 3.26. *Gradul de informare a romilor despre căile principale de transmitere a maladiei SIDA, în funcţie de sex*

Romii sînt informaţi despre pericolul şi măsurile de evitare a infectării cu SIDA. Astfel, 66,8% persoane (67,5% bărbaţi şi 65,9% femei) consideră că sînt expuse mai uşor infectării cu SIDA prostituatele, 43,8% persoane (40,1% bărbaţi şi 48,6% femei) cred că narcomanii ce îşi injectează drogurile, 41,0% (38,7% bărbaţi şi 44,1% femei) cred că cei care au contact sexual cu persoane necunoscute, 41,6% (41,7% bărbaţi şi 41,5% femei) – bărbaţii ce au relaţii sexuale atît cu bărbaţii, cît şi cu femeile, 42,2% persoane (42,3% bărbaţi şi 42,0% femei) – oamenii cu parteneri sexuali din ţările de peste hotare, 29,0% persoane (28,2% bărbaţi şi 29,9% femei) – bărbaţii homosexuali, 5,9% (6,3% bărbaţi şi 5,5% femei) – persoanele care frecventează deseori frizeria, 5,1% (4,2% bărbaţi şi 6,3% femei) – persoanele ce frecventează adesea băile comune şi bazinele de înot, 2,9% (2,2% bărbaţi şi 3,7% femei) cred că cei care iau masa în locuri comune.

Totodată, 61,8% din romii intervievaţi (60,5% bărbaţi şi 63,5% femei) consideră că pentru a evita infectarea cu SIDA este necesar de a nu folosi repetat seringile la injectarea drogurilor, 66,7% romi (65,4% bărbaţi şi 68,4% femei) – de a avea relaţii sexuale doar cu un partener permanent, 26,7% (26,1% bărbaţi şi 27,5% femei) – de a nu apela la serviciile unor persoane particulare pentru efectuarea manipulaţiilor (injecţii, tatuaje, chiuretaje etc.), 26,4% (24,8% bărbaţi şi 28,6% femei) – de a nu săruta pe oricine, 2,0% persoane (2,0% bărbaţi şi 1,9% femei) – de a nu frecventa closete comune, 7,4% (7,1% bărbaţi şi 7,7% femei) – de a nu frecventa băile comune, bazinele, 4,4% persoane (3,9% bărbaţi şi 5,2% femei) – de a nu bea apă din instalaţiile automate.

Majoritatea romilor cunosc cel puţin una dintre metodele moderne de prevenire a răspîndirii bolilor cu transmitere sexuală. Doar 22,2% persoane (16,8% bărbaţi şi 28,9% femei) nu cunosc astfel de metode. Cea mai cunoscută metodă este prezervativul – 71,7% (80,4% bărbaţi şi 60,7% femei), urmată de tratarea organelor genitale – 18,4% (13,5% bărbaţi şi 24,7% femei) şi relaţiile sexuale netradiţionale – 4,1% persoane (3,4% bărbaţi şi 5,0% femei) (*figura 3.27*).

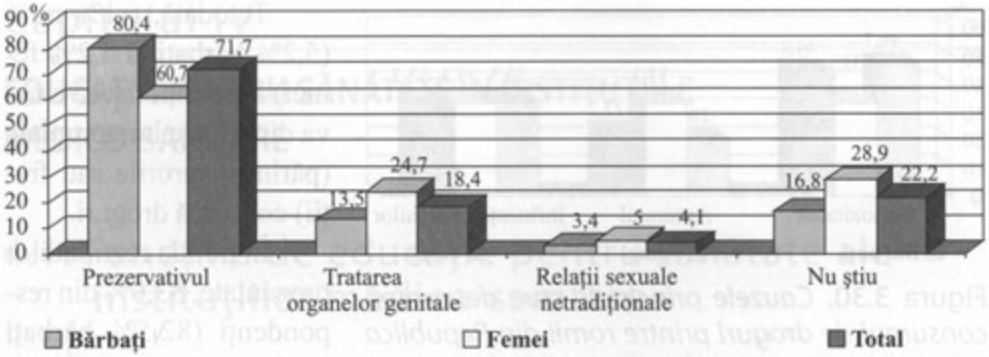

Figura 3.27. *Nivelul de informare a romilor despre metodele moderne de prevenire a răspîndirii bolilor cu transmitere sexuală*

Populaţia de romi este informată despre droguri şi modurile de consum al acestora. 64,2% din respondenţi (60,9% bărbaţi şi 69,5% femei) au numit macul, 48,5% romi (45,3% bărbaţi şi 53,7% femei) – cînepa, 22,6% (22,6% bărbaţi şi 22,7% femei) – cocaina, 22,6% romi (22,6% bărbaţi şi 22,7% femei) – heroina, 15,8% (11,6% bărbaţi şi 22,7% femei) – marijuana, 5,7% romi (7,6% bărbaţi şi 2,5% femei) – anaşaua, 4,5% (5,8% bărbaţi şi 2,5% femei) – morfina, 2,6% (2,8% bărbaţi şi 2,5% femei) – tranchilizantele şi 0,4% romi (0% bărbaţi şi 1,0% femei) – haşişul.

Calea de introducere intravenoasă a drogurilor au menţionat-o 74,3% romi (73,5% bărbaţi şi 75,7% femei), inhalarea – 59,0% (62,3% bărbaţi şi 53,4% femei) şi calea perorală – 3,5% romi (2,5% bărbaţi şi 5,3% femei) (*figura 3.28*).

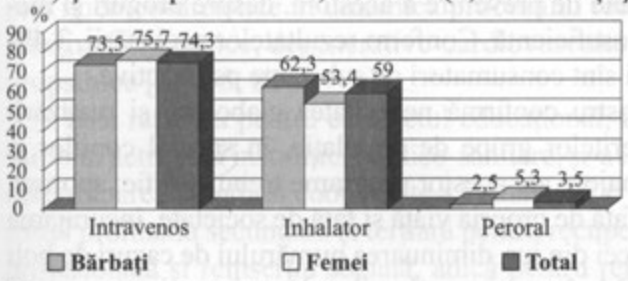

Figura 3.28. *Gradul de informare a romilor despre modurile de consum al drogurilor*

Conform datelor intervievării, au confirmat utilizarea în prezent a drogurilor 3,4 ±0,8% bărbaţi şi 1,4±0,6% femei (*figura 3.29*).

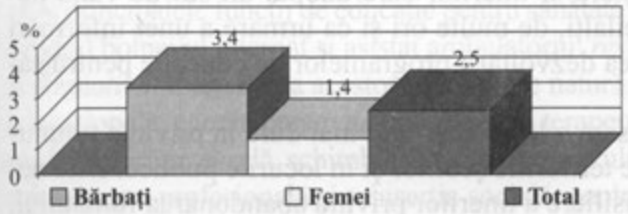

Figura 3.29. *Utilizarea drogurilor printre romi în prezent*

Cauzele principale care determină consumul de droguri sînt: curiozitatea – 44,4% romi (46,7% bărbaţi şi 33,3% femei), anturajul – 22,2% (20,0% bărbaţi şi 33,3% femei) şi influenţa prietenilor şi cunoscuţilor – 33,3% romi (33,3% bărbaţi şi 33,3% femei) (*figura 3.30*, p. 174).

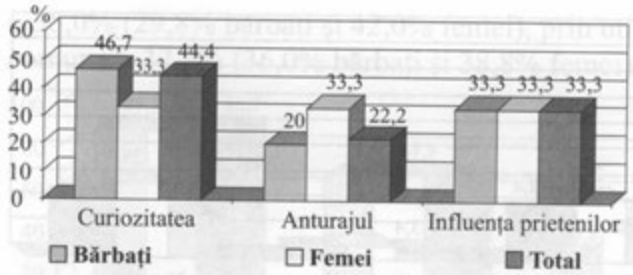

Figura 3.30. *Cauzele principale care determină consumul de droguri printre romii din Republica Moldova*

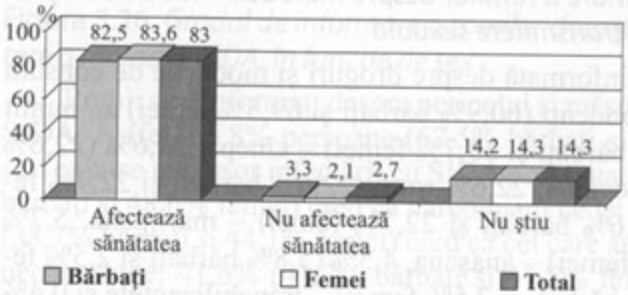

Figura 3.31. *Gradul de informare a romilor despre dauna consumului de droguri*

Totodată, 6,1% romi (5,2% bărbaţi şi 7,2% femei) au menţionat că cineva din rudele lor apropiate (părinţii, surorile sau fraţii) consumă droguri.

În pofida rezultatelor prezentate, 83,0% din respondenţi (82,5% bărbaţi şi 83,6% femei) consideră că drogurile dăunează grav sănătăţii, 2,7% romi (3,3% bărbaţi şi 2,1% femei) cred că drogurile nu dăunează sănătăţii şi 14,3% din respondenţi (14,2% bărbaţi şi 14,3% femei) nu sînt informaţi despre dauna acestor substanţe pentru sănătate (*figura 3.31*).

Aşadar, informarea romilor din Republica Moldova despre infecţiile cu transmitere sexuală şi metodele de prevenire a acestora, despre droguri şi metodele de utilizare a lor este insuficientă. Conform rezultatelor anchetării, 3,4% din bărbaţi şi 1,4% din femei sînt consumatori de substanţe psihoactive.

Rezultatele studiului nostru confirmă necesitatea elaborării şi realizării unor programe adresate diferitelor grupe de populaţie, în special copiilor şi adolescenţilor. Obiectivele majore ale acestor programe trebuie să fie: sporirea gradului de responsabilitate faţă de propria viaţă şi faţă de societate, încurajarea respectului de sine şi faţă de cei din jur, diminuarea numărului de cazuri de boli cu transmitere sexuală şi SIDA, încurajarea tinerilor de a-şi exprima propriile valori şi atitudinea faţă de relaţiile interumane, sex, droguri, alcool, fumat.

Numărul mereu în creştere al tinerilor care adoptă un stil de viaţă nesănătos ei înşişi şi pentru ceilalţi, de multe ori şi ca urmare a unei informări deficitare, a impus necesitatea dezvoltării programelor de educaţie pentru sănătate în şcoli şi licee.

Concomitent, este necesară o legislaţie mult mai dură în privinţa tutunului, interzicerea fumatului pe teritoriile şcolilor şi în locurile publice. Este necesar de a crea centre de consiliere a tinerilor privind abandonarea fumatului, asigurînd confidenţialitatea şi intimitatea, a interzice publicitatea produselor de tutungerie, a reduce accesul tinerilor la produsele de tutun.

Capitolul IV

EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE ÎN INSTITUŢIILE MEDICO-SANITARE

4.1. Funcţiile de educaţie pentru sănătate ale instituţiilor medico-sanitare

În concepţia modernă, cuprinzînd sfera profilactică, sanogenetică a medicinei omului sănătos, instituţia medico-sanitară capătă, pe lîngă atribuţiile sale bine delimitate de unitate cu profil mono- sau polivalent, specializată în acordarea asistenţei medicale, şi atribuţii de aşezămînt de cultură sanitară, ce derivă din rolul său în „restitutiae ad integrum" a bolnavului internat sau ambulatoriu şi în optimizarea sănătăţii populaţiei sănătoase [37, 55, 82].

Atribuţia de restituţie a bolnavului

Actualmente se pune accentul pe inestimabila valoare a cooperării pacientului în aplicarea complexului terapeutic, astfel asistăm la zdruncinarea concepţiei extremist-curativiste de supraestimare a terapiei medicamentoase şi la instaurarea efectivă a concepţiei profilactice. Tot mai numeroase personalităţi medicale cu renume mondial evidenţiază rolul frecvent decisiv al terapiei igienico-dietetice în dinamica procesului recuperator în cazul majorităţii afecţiunilor cronice, degenerative-cardiovasculare, digestive, metabolice, neuropsihice [37, 55, 82].

Este raţiunea pentru care actul educaţional, tot mai deplin integrat în ansamblul activităţii instituţiei medico-sanitare, şi-a înscris printre obiectivele sale determinarea atitudinii cooperante a bolnavului şi convalescentului, interferînd astfel profilaxia secundară şi terţiară pentru recuperarea biologică, reîncadrarea profesională şi reinserţia socială, adică pentru reluarea de către pacient a ansamblului activităţilor temporar abandonate din cauza bolii [55, 82].

În baza acestor atribuţii şi în contextul obiectivelor menţionate, se conturează şi principalele funcţii de educaţie pentru sănătate ale instituţiei medico-sanitare privind bolnavul internat şi asistat ambulatoriu: *restrictivă, corectivă, instructivă* şi *formativă*. Exercitarea acestor funcţii e de natură să asigure o veritabilă terapie educaţională, care în contextul complexului terapeutic poate determina recuperarea biologică integrală, schimbînd statusul bolnavului în convalescent şi urmărind reintegrarea profesională şi reinserţia socială, pentru care instituţia medico-sanitară va solicita în continuare nu numai atitudinea cooperantă a fostului bolnav, ci şi a familiei acestuia, a microgrupurilor profesionale şi simpatetice, a organelor

administrative şi obşteşti, chemate să faciliteze prin cooperarea lor procesul readaptării, reintegrării, reinserţiei – al restituţiei „ad integrum" prin plasarea într-o muncă corespunzătoare noii sale condiţii fizice, prin crearea unui climat reconfortant, de încredere în forţele proprii [55, 82].

Exercitarea fiecăreia dintre cele patru funcţii presupune o anumită etapă a procesului recuperator [55, 82].

Funcţia restrictivă, de pildă, se exercită în prima etapă de spitalizare, cînd bolnavul, în special suferindul cronic, confruntat cu rigorile complexului terapeutic, solicitat să adopte conduita igienico-dietetică specifică evoluţiei afecţiunii sale, poate manifesta tendinţe comportamentale negative, de ignorare a prescripţiilor, mai ales în cazurile cu afecţiuni incipiente, subclinice, cînd, datorită debutului lent, insidios, bolnavul subapreciază valoarea acestor prescripţii, expunîndu-se în continuare acţiunii unor factori de risc comportamentali, împotriva recomandărilor care vizează tocmai anularea sau atenuarea efectelor nocive ale acestor factori.

Funcţia corectivă se exercită într-un stadiu imediat următor, cînd eventualele carenţe comportamentale vor fi abordate de pe alte poziţii, urmărindu-se nu interdicţia, ci corectarea lor, ca factori de risc, momentul marcînd debutul procesului educaţional.

Disponibilităţile acestor două funcţii ale unităţii sanitare în domeniul educaţiei pentru sănătate sînt însă limitate, alte funcţii la care ne vom referi fiind chemate să completeze demersurile restrictive şi corective.

Corelarea datelor privind nivelul de cultură sanitară cu cele rezultate din anamneze şi din foile de observaţie ale unor subiecţi cu afecţiuni incipiente, subclinice, pune în evidenţă rolul factorilor de risc comportamentali (alimentaţie neraţională, abuz de lipide animale, alcoolism, tabagism, sedentarism, viaţă stresantă, folosirea neraţională a timpului liber) în apariţia acestor afecţiuni, în favorizarea unor predispoziţii morbide ereditare sau de altă factură [55, 82].

Un număr mare dintre subiecţii care enunţă rolul factorilor de risc comportamentali în etiologia bolilor cronice consideră aceşti factori independenţi de comportamentul individului, ca elemente exogene inerente vieţii, ineluctabile, asupra cărora nu se poate interveni, deci, prin conduita umană. Rezultă clar de ce, într-un atare context cultural-sanitar, funcţiile instituţiei medicosanitare de restricţie şi corectare impun completarea cu alte funcţii apte să determine convertirea motivaţiilor menţionate şi, implicit, modificările comportamentale necesare [55, 82].

Acestea sînt funcţiile *instructivă* şi *formativă* [55, 82].

Funcţia instructivă fundamentează atitudinea cooperantă prin îmbogăţirea arsenalului informaţional al bolnavului, punîndu-l în situaţia de a delibera, de a decide asupra conduitei în perioada de boală.

Funcţia instructivă realizează, deci, momentele cognitiv şi axiologic ale procesului de făurire a culturii sanitare, graţie cărora etapele de interdicţie şi corectare, deja depăşite, sînt succedate de etapa explicitării şi integrării noilor concepte în propriile criterii de valoare. Odată înţelese mecanismele acţionării factorilor de risc şi efectele lor nocive, tentativa de eludare a terapiei igienico-dietetice dispare, devine teoretic posibil actul decizional, de acceptare a acesteia, de eliminare a factorilor de risc comportamentali.

Funcţia formativă se exercită tocmai în scopul înfăptuirii acestor deziderate, al obţinerii atitudinii cooperante, a capacităţii bolnavului de a adera la regimul de cruţare prescris. Este etapa în care se realizează momentul creativităţii, al acţiunii conştiente, în concordanţă cu noile concepte însuşite în folosul sănătăţii proprii, etapa trecerii de la actul de cunoaştere la cel de cultură propriu-zis, cînd nu restricţia, nu corectarea, ci instrucţia şi educaţia devin fapt împlinit, care dirijează bolnavul internat spre conduite de recuperare [55, 82].

În acest context, este de presupus că, în cadrul complexului terapeutic aplicat, odată cu recuperarea biologică, fostul bolnav/convalescentul este şi beneficiarul unui anumit grad de cultură sanitară, servind drept potenţial adaptativ în dinamica procesului restitutiv.

Se consideră însă că pentru „resitutiae ad integrum" este necesară o activă cooperare a tuturor factorilor menţionaţi, care reclamă ca unitatea sanitară să acorde asistenţă educaţională activă, în rîndul tuturor acestora, realizînd convergenţa de acţiune a lor, imperios resimţită de fostul bolnav în procesul readaptării, reintegrării, reinserţiei [55, 82].

Este etapa în care se consumă momentul praxiologic – treaptă superioară a procesului educaţional, cînd are loc difuzarea şi asimilarea valorilor în societate, cu integrarea lor în totalitatea practicilor sociale şi cu stimularea iniţiativei creatoare a maselor.

Această etapă depăşeşte însă funcţiile educaţionale ale instituţiei medico-sanitare; ea constituie ţelul acţiunilor ansamblului factorilor chemaţi să concure la educaţia pentru sănătate a populaţiei, în cadrul cărora reţeaua sanitară, în general, îşi are locul său bine delimitat şi funcţiile sale clar prezentate [55, 82].

Atribuţia de optimizare a sănătăţii populaţiei sănătoase

Intrarea populaţiei sănătoase în sfera de activitate a instituţiei medico-sanitare lărgeşte cîmpul de acţiune al acesteia, obligînd personalul aferent să-şi extindă activitatea, să iasă din unitate în teritoriu, să abandoneze concepţia care limitează prestaţiile de educaţie pentru sănătate la bolnav şi să cuprindă tot mai stăruitor populaţia sănătoasă. Aceasta înseamnă să activeze, deci, funcţiile sale preventivă şi sanogenetică, să reducă treptat asistenţa

educaţională pasivă, acordată la cerere în cadrul actului medical consumat în unitate şi să-şi amplifice asistenţa educaţională activă, acordată în cadrul actului profilactic primar, preventiv, sanogenetic, ce se cere a fi înfăptuit în teritoriu prin prestigioase şi eficiente manifestări de educaţie pentru sănătate, cu o cuprindere de masă [55, 82].

Funcţia preventivă vizează, aşadar, capacitarea populaţiei sănătoase şi a persoanelor „cu risc" de a adera la măsurile de profilaxie primară, astfel încît prin adoptarea unui comportament de cruţare să contribuie la apărarea propriei sănătăţi, să anuleze sau să atenueze efectele factorilor de risc nocivi sau cu potenţial nociv, să împiedice declanşarea bolii, să o prevină.

Funcţia sanogenetică vizează optimizarea sănătăţii personale şi a stării de sănătate comunitare, împlinirea idealului de sănătate, educaţia profilîndu-se ca o componentă a medicinei omului sănătos, al cărui principal obiectiv este promovarea sănătăţii populaţiei sănătoase. În acest scop, tinde să elimine ideea adaptării organismului la condiţiile de mediu fizic şi social, militează pentru proiectarea şi structurarea unor tipuri ambientale potrivite naturii umane capabile să promoveze efectiv sănătatea, urmăreşte să creeze un mediu de viaţă sanogen, să influenţeze individul şi comunitatea pentru adoptarea, pentru integrarea în sistemul propriu de valori a unui mod de trai superior, a unor conduite raţionale, igienice, sanogenetice.

În lumina acestor funcţii, se deschide o nouă perspectivă activităţii de educaţie pentru sănătate, desfăşurate de instituţiile medico-sanitare.

Ceea ce se impune a fi reţinut ca esenţial, însă, este optica noastră, mentalitatea privind actul educaţional, concepţia despre conceptul ca atare *educaţia pentru sănătate*, care trebuie abordată cu tehnicitatea, competenţa şi cu interesul ce i se cuvin acordate, la fel ca oricărui alt act [55, 82].

4.2. Educaţia pentru sănătate în centrul medicilor de familie/dispensar

Centrul medicilor de familie/dispensarul şi centrele de sănătate asigură educaţia pentru sănătate a bolnavilor asistaţi ambulatoriu de pe teritoriul arondat. Toate centrele medicilor de familie, centrele de sănătate şi unităţile medicale de întreprindere au atribuţii în domeniul educaţiei pentru sănătate [55, 82].

Activitatea de educaţie pentru sănătate se organizează şi se planifică pe centrul medicilor de familie (CMF) şi centrele de sănătate, considerată în ansamblul său, pe cabinetele de specialitate şi pe structura de cadre.

Atribuţii. Centrul medicilor de familie, ca instituţie medico-sanitară publică de asistenţă ambulatorie de nivel superior, are în domeniul educaţiei

pentru sănătate atribuţii distincte ca unitate de prestaţii şi ca for de îndrumare tehnică, exercitate prin intermediul cabinetelor de consultaţii medicale de specialitate [5, 37, 55, 82].

a) *Ca unitate de prestaţie* – desfăşurarea activităţii de educaţie pentru sănătate, conform planului propriu, cu:

- populaţia sănătoasă şi persoanele „cu risc" din teritoriul arondat sau din întreprinderea asistată, în cabinetul de specialitate;
- efectuarea activităţii de educaţie pentru sănătate, organizate de factorii participanţi la realizarea planului unic cu populaţia sănătoasă şi persoanele „cu risc", în teritoriul arondat sau în întreprinderea asistată;
- efectuarea unor investigaţii de profil pentru testarea, determinarea culturii sanitare a bolnavilor şi a populaţiei sănătoase din teritoriul arondat.

b) *Ca for de îndrumare tehnică*:

- îndrumarea tehnico-metodologică a activităţii de educaţie pentru sănătate, pe profilul cabinetului, în unităţile sanitare din teritoriul arondat;
- optimizarea calităţii prestaţiilor de educaţie pentru sănătate;
- perfecţionarea personalului propriu şi al unităţilor din teritoriul arondat în metodologia de educaţie pentru sănătate;
- analiza periodică a asistenţei de educaţie pentru sănătate acordate populaţiei în unitate şi în teritoriu, pe profilul cabinetului.

Cabinetele medicale „de specialitate" din centrele medicilor de familie au, în principal, următoarele atribuţii [5, 37, 55, 82]:

- Asigurarea asistenţei de educaţie pentru sănătate de specialitate pentru bolnavii asistaţi ambulatoriu, la nivelul policlinicii prin mijloace şi tehnici complexe de acţiune.
- Programarea şi desfăşurarea unor ample acţiuni şi manifestări de educaţie pentru sănătate de specialitate, cu largă cuprindere de masă, în cadrul măsurilor specifice de prevenire şi combatere a bolilor cronice, degenerative.
- Lărgirea activităţii de educaţie pentru sănătate de specialitate în cadrul măsurilor de depistare activă, de prevenire şi combatere a tuberculozei, a bolilor venerice şi a infecţiei HIV/SIDA, a tulburărilor şi bolilor neuropsihice etc.
- Desfăşurarea activităţii de educaţie pentru sănătate de specialitate în rîndurile diferitelor categorii de bolnavi dispensarizaţi şi ale persoanelor sănătoase, supuse riscului de îmbolnăvire.
- Asigurarea prestaţiilor de educaţie pentru sănătate de specialitate în cadrul efectuării tratamentelor medicale pentru adulţi şi copii, la domiciliul bolnavilor.
- Efectuarea prestaţiilor de educaţie pentru sănătate de specialitate în cadrul aplicării măsurilor de recuperare a capacităţii de muncă pentru adulţi şi copii.

- Efectuarea instructajului sanitar de specialitate în cadrul examenului medical la angajare şi al controlului medical periodic al unor categorii de angajaţi.
- Testarea nivelului de cultură sanitară al populaţiei din teritoriul arondat, determinarea gradului educativ-sanitar şi orientarea acţiunilor necesare în raport cu lacunele.
- Dezvoltarea unor manifestări de educaţie pentru sănătate de specialitate pentru formarea unor comportamente sanogenetice, în cadrul acţiunilor generale de profilaxie şi al măsurilor de prevenire, depistare şi combatere a diferitelor infecţii de focar: dentare, amigdaliene, genito-urinare etc.
- Dezvoltarea în rîndul populaţiei sănătoase a unor acţiuni de educaţie pentru sănătate cu largă cuprindere, în scopul obţinerii unei atitudini cooperante, pentru participarea activă la înfăptuirea măsurilor de ocrotire a sănătăţii proprii şi a celei comunitare.

Unităţile medicale din întreprinderi au următoarele atribuţii în plus [55, 82]:

- asigurarea asistenţei de educaţie pentru sănătate a oamenilor muncii din întreprinderea deservită, prin mijloace şi forme complexe de acţiune;
- efectuarea unor ample acţiuni şi manifestări de educaţie pentru sănătate în cadrul măsurilor generale de prevenire şi combatere a îmbolnăvirilor profesionale, diferenţiative pe procese tehnologice şi condiţii de muncă cu potenţial nociv, stresant, specifice întreprinderii;
- asigurarea instructajelor sanitare în cadrul instructajelor tehnice şi al examenelor medicale la angajare şi celor periodice;
- asigurarea activităţii de educaţie pentru sănătate în şcolile profesionale tutelate de întreprinderea respectivă, potrivit reglementărilor în vigoare;
- asigurarea asistenţei de educaţie pentru sănătate a bolnavilor dispensarizaţi cu boli profesionale şi a bolnavilor cronici;
- coordonarea, îndrumarea şi controlul activităţii de educaţie pentru sănătate a medicilor din întreprinderi, urmărind îmbunătăţirea permanentă a acesteia, introducerea în activitatea curentă a unor mijloace şi forme cu eficacitate crescută.

Unităţile medicale în domeniul culturii fizice au următoarele atribuţii în plus [55, 82]:

- asigurarea asistenţei de educaţie pentru sănătate acordate sportivilor legitimaţi din cluburile şi asociaţiile sportive, elevilor din şcolile sportive şi liceele cu program de educaţie fizică, precum şi studenţilor care practică educaţia fizică şi sportul;
- dezvoltarea unor ample acţiuni de educaţie pentru sănătate în cadrul măsurilor generale de menţinere şi promovare a sănătăţii, antrenarea unui număr cît mai mare de tineri în mişcarea sportivă de masă din ţara noastră;
- asigurarea asistenţei de educaţie pentru sănătate pentru sportivii bolnavi şi pentru cazurile-problemă dispensarizate;

– desfăşurarea unor acţiuni de educaţie pentru sănătate diferenţiative, individualizate în rîndul sportivilor traumatizaţi, integrate în complexul măsurilor de recuperare funcţională.

Sarcinile personalului medico-sanitar din centrele medicilor de familie şi centrele de sănătate în domeniul educaţiei pentru sănătate sînt diferenţiate pe cabinete, profiluri, specialităţi şi trepte ierarhice profesionale, fiind subordonate exercitării acestor atribuţii şi realizării unor obiective distincte.

Obiective. Noile orientări şi concepţii moderne dirijează, din ce în ce mai mult, activitatea centrelor medicilor de familie şi centrelor de sănătate spre populaţia sănătoasă, militînd pentru traducerea în fapt a medicinei preventive, a medicinei omului sănătos, fără a neglija asistenţa medicală propriu-zisă, acordată populaţiei bolnave în cadrul asistenţei ambulatorii [5, 37, 55, 82].

În acest sens, primul obiectiv al educaţiei pentru sănătate în CMF vizează „optimizarea sănătăţii populaţiei sănătoase", promovarea sănătăţii personale şi a stării de sănătate comunitare, urmărind – în spiritul funcţiei sanogenetice – realizarea unui nivel de sănătate superior (ca element calitativ) şi înfăptuirea sănătăţii de masă „pentru toţi" (ca element cantitativ), ceea ce echivalează cu împlinirea idealului de sănătate [55, 82].

În acelaşi timp, însă, recuperarea biologică, psihologică, medicală a bolnavului şi readaptarea sa, reintegrarea profesională şi socială, ca obiective generale ale centrului medicilor de familie, definesc în continuare, în spiritul profilaxiei secundare şi celei terţiare, obiectivele (al II-lea şi al III-lea) educaţiei pentru sănătate, şi anume: „capacitarea bolnavului de a adera la măsurile de profilaxie secundară" şi, respectiv, „cultivarea încrederii convalescentului în posibilitatea reinserţiei în ansamblul activităţilor temporar abandonate din cauza bolii" [55, 82].

Detaliile referitoare la obiectivele educaţiei pentru sănătate în spital dobîndesc, în cazul centrului medicilor de familie, o valoare deosebită, derivînd din contactul mai accentuat pe care personalul medico-sanitar îl poate stabili, prin definiţie, cu populaţia sănătoasă şi cu cea bolnavă din teritoriul arondat, asistînd-o educaţional, fie pe traiectoria optimizării sănătăţii, fie pe cea a desăvîrşirii restituţiei [55, 82].

Conţinut. În esenţă, conţinutul activităţii de educaţie pentru sănătate în centrul medicilor de familie vizează şi trebuie să fie axat pe înfăptuirea obiectivelor menţionate, ceea ce impune diferenţierea acestuia pentru populaţia sănătoasă, pentru bolnavi, convalescenţi şi familiile lor.

Ansamblul elementelor de conţinut, dezvoltate în cadrul spitalului, este valabil şi pentru CMF. O menţiune se impune, totuşi: pentru populaţia sănătoasă, CMF va trebui să abordeze, în plus, „teme interesînd problemele majore de sănătate din teritoriu" şi „teme reflectînd cerinţele sanitaro-antiepidemice de actualitate" [55, 82].

Mijloace de educaţie pentru sănătate. Ca şi în cadrul spitalului, asistenţa educaţională în centrul medicilor de familie se acordă diferenţiativ: populaţiei sănătoase – în cadrul asistenţei medicale active; populaţiei bolnave, la cererea acesteia – în cadrul asistenţei medicale pasive. Datorită acestei departajări, s-a impus diferenţierea obiectivelor şi conţinutului educaţiei pentru sănătate şi, evident, este necesară diversificarea distinctă a mijloacelor pentru cei sănătoşi şi pentru cei bolnavi [5, 37, 55, 82].

A. Pentru populaţia sănătoasă

Distingem un şir de mijloace „curente", utilizabile cotidian, în mod disparat, izolat, fără a se urmări programatic un scop anume realizabil, într-un interval de timp dat, sau seria de sisteme educaţionale complexe, constituite pe criteriile clasice, cunoscute: probleme de sănătate, sectoare de activitate, medii de muncă şi medii de viaţă.

Mijloace curente. Principalele mijloace curente interesînd populaţia sănătoasă, abordabile prioritar în teritoriu, dar şi în centrul medicilor de familie, sînt:

- conferinţele şi ciclurile de conferinţe;
- proiecţiile de filme;
- simpozioanele şi mesele rotunde;
- concursurile cu public;
- convorbirile cu microgrupuri diverse, constituite pe criteriile: profesional, de vîrstă, sex, stare civilă, comportament demografic, dimensiunea familiei, stadiul de maternitate etc.;
- mijloace vizuale variate, tipărite sau/şi realizate pe plan local, o gamă largă de tipărituri de educaţie pentru sănătate.

Sisteme educaţionale complexe. Elaborate în raport cu criteriile discutate, sistemele educaţionale complexe antrenează personalul medical şi cel sanitar mediu de profil de la diferitele eşaloane, inclusiv cabinetele de specialitate din centrul medicilor de familie. Ele vizează o serie de obiective precise, pentru a căror atingere structurează conţinutul şi înmănunchează mijloacele necesare.

În consecinţă, medicii de familie, specialiştii de la nivelul cabinetelor de specialitate, precum şi personalul sanitar mediu aferent sînt solicitaţi să înscrie în planurile proprii, în programele cabinetelor şi ale unităţii, în general, conlucrarea pentru integrarea în activitatea practică a unor aşa sisteme, cum sînt cele implementate recent în cadrul Planului operativ de educaţie pentru sănătate al Ministerului Sănătăţii (sistemele educaţionale complexe în: probleme de demografie şi ocrotirea mamei, copilului şi tinerilor (OMCT), profilaxia bolilor cronice degenerative, profilaxia intoxicaţiilor şi a îmbolnăvirilor profesionale etc.).

B. Pentru populaţia bolnavă

Se delimitează, în raport cu tematica abordată şi locul desfăşurării, două categorii de mijloace [5, 37, 55, 82]:

- în sala de aşteptare pe teme de interes general;
- în cabinetele de specialitate privind afecţiunea de care suferă bolnavul.

În *sala de aşteptare pe teme de interes general*, poate fi valorificată întreaga paletă de mijloace analizate în cadrul spitalului şi descrise la „metodica generală", abordîndu-se gama largă a tematicii referitoare la profilaxie şi sanogeneză şi la acţiunile medico-sanitare înscrise în programele de asistenţă activă ale unităţii.

Între aceste mijloace, distingem buletinul medical, colţul sănătăţii, expoziţiile mobile sau fixe, planşe şi fotomontaje; variate exponate electrice şi mecanoelectrice, precum şi confecţionate din sticlă, conţinînd maxime şi cugetări, citate, proverbe; lozinci cu mesaje de educaţie pentru sănătate, care toate se înscriu simultan ca elemente ornamental-decorative, conferind atractivitate spaţiului unităţii.

Totodată, sînt recomandate radioemisiuni la posturile locale de radio, convorbiri individuale şi cu grupuri de bolnavi care aşteaptă la acelaşi cabinet, imprimări pe dusc, tipărituri de interes general.

În cabinetele de specialitate, la teme privind afecţiunea de care suferă bolnavul se evidenţiază prin caracterul lor practic-demonstrativ: consultaţia profilactică pe un grup omogen de bolnavi; convorbirile pe teme de dietetică cu demonstraţii practice; sfatul medical diferenţial şi individualizat; memoratoarele tipărite sau realizate local, publicaţiile de educaţie pentru sănătate, axate pe o anumită afecţiune [5, 37, 55, 82].

La domiciliu, de asemenea pot fi abordate teme privind exclusiv afecţiunea bolnavului şi teme interesînd sănătatea familiilor acestora.

Mijloacele recomandate exclusiv pentru afecţiunea bolnavului sînt adresate atît bolnavului, cît şi familiei. Cele mai importante dintre acestea sînt următoarele: sfatul medical individualizat, convorbiri pe teme de dietetică cu demonstraţii practice, memoratoare, convorbiri separate cu bolnavul sau cu familia şi discuţii comune, tipărituri diverse privind educaţia pentru sănătate.

Mijloacele recomandate pentru probleme interesînd sănătatea familiilor cu suspecţi de boli transmisibile, cu purtători de germeni sau cu bolnavi a căror îngrijire implică factori de risc pentru ceilalţi membri se reduc, de fapt, la convorbiri separate, intime cu bolnavul şi familia, sau la convorbiri comune, necesită multă atenţie şi o abordare pricepută, pentru eliminarea oricăror situaţii cu efecte iatrogene.

4.3. Educaţia pentru sănătate în spital

În structura organizatorică actuală, spitalul asigură educaţia pentru sănătate a bolnavilor internaţi. Atribuţii în domeniul educaţiei pentru sănătate au toate tipurile de spitale: spitalul general de nivel republican, departamental, municipal (orăşenesc) sau raional, precum şi spitalele de specialitate (sanatorii) sau clinice [5, 37, 55, 82].

Activitatea de educaţie pentru sănătate se organizează şi se planifică [55, 82]:

– în cazul spitalelor generale – unitatea spitalicească, considerată în ansamblul său pe secţii de specialitate;

– în cazul spitalelor de specialitate – pe diferitele structuri funcţionale ale fiecărei unităţi spitaliceşti (sanatoriale).

Atribuţii. În domeniul educaţiei pentru sănătate, spitalul ca unitate care desfăşoară nemijlocit activitate de educaţie pentru sănătate, ca for de îndrumare şi (în unele cazuri) ca instituţie de învăţământ şi cercetare, are atribuţii distincte [5, 55, 82].

a) *Ca unitate de prestare*:

- organizarea şi planificarea activităţii de educaţie pentru sănătate, desfăşurate cu bolnavii, convalescenţii, cu familiile lor şi vizitatorii în general;
- organizarea şi planificarea educaţiei pentru sănătate cu personalul îngrijitor şi cu cel care lucrează în cadrul blocului alimentar;
- colaborarea cu factorii participanţi la realizarea planului unic pentru buna desfăşurare a activităţii de educaţie pentru sănătate, cu populaţia sănătoasă din teritoriul arondat, prin asigurarea unor prestigioase manifestări educaţionale cu audienţă de masă.

b) *Ca for de îndrumare tehnică*:

- efectuarea îndrumării tehnico-metodologice a activităţii de educaţie pentru sănătate pe profilul respectiv (al spitalului de specialitate sau al secţiilor spitalului general), în instituţiile medico-sanitare publice din teritoriul arondat;
- îndrumarea modului de acordare a asistenţei educaţionale pe profilul respectiv în centrele medicilor de familie, în unităţile medicale de întreprindere etc.;
- asigurarea perfecţionării continue a personalului medical şi celui sanitar mediu propriu în metodologia educaţiei pentru sănătate, pe profiluri, specialităţi şi locuri de muncă;
- analiza periodică a calităţii prestaţiilor de educaţie pentru sănătate în instituţie pe profiluri.

c) *Ca instituţie de învăţământ şi cercetare*:

- asigurarea instruirii practice a studenţilor şi elevilor în metodologia educaţiei pentru sănătate;

– efectuarea unor investigaţii de profil pentru testarea (determinarea) culturii sanitare a bolnavilor, familiilor lor şi a populaţiei sănătoase din teritoriul arondat.

Sarcinile personalului medical şi celui sanitar mediu din spital

În domeniul educaţiei pentru sănătate, sarcinile sînt diferenţiate distinct pe secţii, profiluri, specialităţi şi trepte ierarhice profesionale, fiind subordonate exercitării atribuţiilor menţionate şi înfăptuirii obiectivelor educaţiei pentru sănătate în unităţile spitaliceşti [5, 55, 82].

Obiective. Subordonată împlinirii menirii esenţiale a spitalului, educaţia pentru sănătate şi-a delimitat propriile obiective, derivînd din obiectivele generale ale instituţiei medico-sanitare publice spitaliceşti şi militînd pentru realizarea acestora.

1) *Recuperarea biologică (medicală) a bolnavilor*, ca scop primordial în activitatea spitalului, induce în domeniul educaţional obiective distincte, apte să concure la dinamica procesului recuperator prin [5, 55, 82]:

– „determinarea bolnavului de a adera la măsurile de profilaxie secundară", adoptînd o atitudine cooperantă în aplicarea complexului terapeutic, inclusiv igienico-dietetic, încă din fazele iniţiale subclinice;
– obţinerea atitudinii cooperante a familiei bolnavului pentru crearea confortului psihic, necesar recuperării;
– dirijarea comportamentului vizitatorilor în general, pe făgaşul cruţării psihice, al evitării stărilor conflictuale, tensiogene, cu efecte defavorabile în evoluţia bolii.

2) *Reintegrarea profesională şi reinserţia socială,* ca cel de-al doilea obiectiv esenţial în activitatea spitalului, creează educaţiei pentru sănătate un larg cîmp de acţiune, delimitîndu-i ca obiective specifice [5, 55, 82]:

– „cultivarea încrederii convalescentului în posibilitatea readaptării şi capacitarea sa de a adera la măsurile de profilaxie terţiară, prin parcurgerea întregului proces recuperator";
– „capacitarea microgrupurilor profesionale, simpatetice şi familiale, precum şi a factorilor de decizie şi conducere de a-i asigura climatul corespunzător de tonifiere neuropsihică, necesar reluării treptate a complexului de activităţi profesionale, obşteşti, extraprofesionale definitorii pentru „restitutiae ad integrum".

3) *Optimizarea sănătăţii populaţiei sănătoase*, ca cel de-al treilea obiectiv de stringentă actualitate, care vizează [55, 82]:

– activitatea spitalului pe coordonatele concepţiilor moderne ale medicinei profilactice şi medicinei omului sănătos reclamă măsuri complexe, implicit educaţionale, profilîndu-se ca obiective ale educaţiei pentru sănătate proprii;

- „capacitarea populației sănătoase de a adera la măsurile de profilaxie primară";
- „cultivarea concepției sanogenetice, însoțită de adoptarea unui mod de trai igienic, sanogen, și inducerea implicită a unui nivel de sănătate superior";
- „cultivarea concepției *profamilia*, a cultului pentru copii, a unui comportament demografic responsabil și conștient" [55].

Conținut. Atingerea obiectivelor educației pentru sănătate în spital, cu rolul lor major în ansamblul factorilor care concură la realizarea obiectivelor generale ale activității medicale spitalicești, necesită abordarea unei tematici adecvate, a unei problematici distincte, a unui conținut diferențial în raport cu profilul spitalului (secției) și grupa de populație asistată educațional: bolnavi, familiile lor, sănătoși, cu entitățile nosologice și cu stadiile acestora de la caz la caz etc.

a) **Cu bolnavul** se impun a fi dezvoltate, în cadrul diverselor acțiuni de educație pentru sănătate, următoarele priorități tematice [55, 82]:

- posibilitățile și limitele terapiei actuale în afecțiunea dată;
- importanța instituirii timpurii a tratamentului;
- necesitatea strictei aplicări a complexului terapeutic;
- combaterea tendințelor de autotratament;
- pledoarie pentru valoarea terapiei igienico-dietetice;
- pledoarie pentru parcurgerea întregului proces recuperator, cunoscută fiind proporția crescută a bolnavilor care, înregistrînd unele progrese în procesul recuperator, abandonează tratamentul din proprie inițiativă, fără avizul medicului, „realizînd"... recidive și complicații;
- valoarea influențelor psihoterapice, a tonusului neuropsihic pozitiv;
- importanța eliminării stărilor conflictuale, tensiogene; eliminarea factorilor subiectivi care, în condițiile spitalizării, ar putea activiza efectele iatrogene ale mediului.

b) **Cu convalescentul** se impun a fi dezvoltate, în continuare, elementele de conținut interesînd tonifierea neuropsihică, abordîndu-se teme ca [5, 55, 82]:

- importanța și necesitatea respectării stricte a complexului terapeutic, cu accent pe prevenirea și combatera traumatismelor psihice, provocate de restricțiile impuse prin aplicarea acestuia;
- caracterul temporar al scăderii capacității fizice (de muncă) și al afecțiunii respective care, fiind vindecabilă sau ameliorabilă, face posibilă reluarea activității inițiale sau a unei activități asemănătoare;
- valorificarea ideii că reușita este posibilă, ca element psihologic de certă valoare pentru echilibrul psihic, pentru redobîndirea încrederii în recuperare.

c) **Cu familia bolnavului** [5, 55, 82]. Continuîndu-se în cadrul microgrupului familial, procesul recuperator necesită sprijinul acestuia pentru desăvîrșire, ceea ce reclamă influențe educaționale pe teme interesînd:

- importanţa menţinerii calmului, a climatului de cruţare, de tonifiere în familie;
- prezentarea stării efective a bolnavului, a stadiului de recuperare şi a nevoilor acestuia;
- cerinţele regimului igienico-dietetic, ce se impun de la caz la caz, consensul de acţiune a familiei pe acest plan fiind adesea salutar în procesul restitutiv.

d) **Cu populaţia sănătoasă** [5, 37, 55, 82]. Beneficiară a unui complex tematic de largă cuprindere, populaţia sănătoasă reclamă intervenţii educaţionale nu numai în cadrul acţiunilor organizate de unităţile de asistenţă medicală ambulatorie, ci şi în contextul unor prestigioase manifestări iniţiate de diferitele tipuri de unităţi spitaliceşti şi axate pe cele mai variate elemente de conţinut, integrate concepţiei medicinei omului sănătos.

Ansamblul măsurilor sanogenetice:

- conceptul „regim raţional de viaţă zilnică", cu accent pe necesitatea respectării bioritmului cotidian, a ritmicităţii programului zilnic, incluzînd toate categoriile de activităţi profesionale, de întreţinere, de refacere;
- conceptul „rezistenţă generală, nespecifică", cu accent pe măsurile de realizare a acesteia: călirea organismului, odihna activă, alimentaţia raţională;
- conceptul „odihnă activă", cu accent pe principalele componente, ca valorificarea efectelor sanogene ale factorilor naturali, mişcarea în aer liber, practicarea gimnasticii, a variatelor exerciţii fizice, a sportului, plimbării, mersului pe jos etc., îmbinînd raţional munca cu odihna;
- conceptul „alimentaţie raţională", cu accent pe conţinutul principalelor componente:

CE mîncăm (înţelesul noţiunii de *factori nutritivi* – substanţe hrănitoare care se găsesc în alimente):

- familiarizarea cu ideea că meniurile zilnice trebuie să fie alcătuite astfel încît să cuprindă cîte puţin din fiecare grupă de alimente cunoscute: carne sau lactate ori brînzeturi, sau ouă; grăsimi sau/şi uleiuri; zahăr/duleiuri; fructe, zarzavaturi, verdeţuri, legume, pentru a asigura toate substanţele hrănitoare (factorii nutritivi) de care organismul are nevoie;
- pledoarie pentru consumarea fără rezervă a meniurilor preparate în familie şi la unităţile de alimentaţie publică, meniuri care sînt astfel alcătuite încît cuprind toţi factorii nutritivi necesari zilnic;
- familiarizarea cu înţelesul noţiunilor de *vitamine* şi *săruri minerale*, ca fiind substanţe absolut necesare creşterii, sănătăţii şi vieţii).

CÎT mîncăm (raţii corespunzătoare vîrstei, consumului de energie, muncii):

- combaterea credinţei că a mînca raţional înseamnă a mînca mult;
- distribuirea ştiinţifică a raţiei zilnice pe mese: este recomandat ca raţia

zilnică de alimente să fie distribuită în 4-5 mese, după cum urmează: micul dejun – 20-25% din totalul caloriilor zilnice; gustarea de la ora zece – 10%; prînzul – 40-50%, iar cina – 15-20%).

CÎND mîncăm (servirea celor 4 mese zilnice, totdeauna la aceleaşi ore, creşte pofta de mîncare, ajută digestia şi asimilarea substanţelor nutritive).

CUM mîncăm (familiarizarea cu noţiunea de *servire igienică* a meselor în tihnă, bună dispoziţie, linişte, curăţenie desăvîrşită a veselei, a tacîmurilor, a mîinilor etc.);

- importanţa meselor calde, necesitatea servirii a 1-2 mese calde zilnic;
- combaterea obiceiului de a citi în timpul mesei;
- conceptul de „loisir", cu accent pe practicile de petrecere a timpului liber în mod deconectant, recreativ, distractiv, reconfortant.

Ansamblul măsurilor preventive:

- comune şi specifice diferitelor afecţiuni transmisibile (aerogene şi digestive), cu evoluţie acută sau cronică, a maladiilor cronice degenerative, a bolilor venerice şi a infecţiei HIV/SIDA;
- comune şi specifice variatelor îmbolnăviri profesionale, intoxicaţiilor şi accidentelor de muncă, domestice şi rutiere.

Ansamblul factorilor de risc (genetici-constituţionali, metabolici, ambientali, profesionali-ocupaţionali, comportamentali), incriminaţi în etiologia şi epidemiologia unor boli şi în potenţarea unui anumit substrat morbid ori genetic-ereditar, cu accent pe măsurile de eliminare a acestora sau de anulare ori atenuare a efectelor lor nocive.

- familiarizarea cu simptomatologia incipientă, cu „semnalele avertizoare" şi inducerea solicitării timpurii a asistenţei medicale, în stadii iniţiale, subclinice, cînd este posibilă o terapie abortivă.

Mijloace de educaţie pentru sănătate

Abordarea unor atît de complexe elemente de conţinut şi realizarea în final a obiectivelor menţionate necesită adaptarea unui ansamblu metodic, într-o structură diferenţiată pentru variatele categorii populaţionale ce intră în sfera de preocupare a spitalului: bolnavi (convalescenţi), familiile lor, sănătoşi [5, 37, 55, 82]:

A. Cu bolnavii şi convalescenţii. Mijloacele educaţiei pentru sănătate în spital cu bolnavii şi convalescenţii cunosc două capitole distincte: mijloace ale comunicaţiei directe şi ale comunicaţiei indirecte.

1. **Mijloacele comunicaţiei directe** – axate în general pe structura mijloacelor orale (verbale) sau vorbite – vizează în fapt procedee şi tehnici relativ specifice de influenţare a bolnavului şi convalescentului, cu respectarea particularităţilor individuale şi de microgrup ale acestor categorii populaţionale, interesate în recepţionarea mesajelor de educaţie pentru sănătate.

Convorbirea iniţială este recomandată a se organiza ca primă formă de contact cu bolnavul, după actul internării, după instalarea acestuia în salon şi acordarea asistenţei de urgenţă, eventual impusă de starea sa; are ca scop eliminarea stărilor tensiogene, ridicarea tonusului neuropsihologic prin sădirea încrederii în perspectiva restituţiei şi prin cultivarea spiritului cooperant în aplicarea complexului terapeutic.

Convorbirea pe teme de dietetică cu demonstraţii practice, organizată cu bolnavul şi, îndeosebi, cu convalescentul, valorifică o situaţie de excepţie, derivată din interesul marcat al acestora pentru realizarea recuperării şi din disponibilităţile implicite în aplicarea terapiei igienico-dietetice, cu efecte salutare îndeosebi în afecţiunile cronice, degenerative prezente pe primele locuri în tabloul morbidităţii şi mortalităţii generale şi înscrise ca probleme prioritare de sănătate publică.

Însoţirea demonstraţiilor practice de înmînarea unor memoratoare conţinînd esenţa elementelor de gastrotehnie, implicate în alcătuirea meniurilor „de cruţare", în prepararea dietetică a alimentelor, conferă acestei forme un plus de calitate, mesajele cu caracter practic-demonstrativ putînd fi mai bine reţinute şi reîmprospătate la nevoie.

Ciclul de convorbiri, recomandat pentru bolnavii cu durată mare de spitalizare, urmăreşte aprofundarea cunoştinţelor şi practicilor privind ansamblul mijloacelor terapeutice şi capacitarea bolnavilor de a coopera în aplicarea integrală a acestora, prin edificarea lor de-a lungul „ciclului" asupra aportului diferitelor componente terapeutice în procesul recuperator.

Convorbirile organizate şi desfăşurate în microgrupuri omogene de bolnavi, internaţi pentru aceeaşi afecţiune (cu acelaşi diagnostic), sau cu bolnavii unui salon prilejuiesc abordarea unor teme şi elemente de conţinut specifice, axate pe aspecte şi detalii de interes comun, privind fie afecţiunea proprie (diagnosticul), fie probleme de sănătate de interes general, cu implicaţii în evoluţia bolii fiecăruia.

Convorbirile individuale, organizate pe tot parcursul internării şi înainte de externare, vizează individualizarea sfatului în raport cu evoluţia bolii, cu procesul recuperator şi aplicarea, respectiv continuarea aplicării complexului terapeutic, cu accent pe regimul igienico-dietetic, specific stadiului, înscris în memorator.

Conferinţele, recomandate pentru bolnavii a căror stare le permite deplasarea în sala anume destinată şi audierea fără riscuri a unei expuneri timp de 30-40 min., oferă posibilitatea abordării unor teme de interes mai larg, care privesc comportarea viitoare a foştilor bolnavi, pentru evitarea recidivelor şi complicaţiilor, pentru adoptarea unui mod de viaţă sănătos.

2. **Mijloacele comunicaţiei indirecte** – axate, în general, pe ansamblul mijloacelor vizuale, audiovizuale şi scrise (tipărite) – se concretizează, la ni-

velul unităților spitalicești, într-o serie de forme prin excelență practice-demonstrative, cu caracter stimulativ, exercitînd influențe informativ-formative.

Exponatele din sticlă, realizate în condiții tehnice și grafice apte să le înscrie în rîndul elementelor decorative, ornamentale, oferă lecturarea unor lozinci, maxime, cugetări, proverbe, citate etc., evidențiind adevăruri unanim acceptate și ușor asimilabile, mesaje din domeniul sanogenezei, al profilaxiei și terapiei, de natură să stimuleze, prin valoarea judecăților exprimate, adoptarea unor conduite favorabile sănătății.

Exponatele electrice și mecanoelectrice pot constitui veritabile puncte de atracție pentru bolnavi, fiind montate în incinta spitalului, în spații adecvate, accesibile acestora. Aceste exponate, cu plusul lor de eficacitate în transmiterea mesajelor de educație pentru sănătate, fondat pe elementul de noutate al procedurilor de expunere electrică, respectiv mecanoelectrică, se pot bucura de un real succes sub raportul interesului manifestat și al eficienței influențelor exercitate.

Panourile ilustrate de tip stimulativ, axate pe tematica specifică bolnavului internat și montate în spațiile comune de largă accesibilitate și circulație, dobîndesc în unitățile spitalicești un plus de calitate și eficiență, derivînd din specificul complexului tematic propriu spitalului (bolnavului internat), pretabil la prelucrări grafice cu efect stimulativ, și din disponibilitățile bolnavului (convalescentului) sub raportul bugetului de timp, ce poate fi afectat „lecturării" și „dezlegării" combinațiilor conceptual-compoziționale ce alcătuiesc panoul.

Colțul sănătății, conceput în accepțiunea, structura și condițiile tehnico-metodologice analizate anterior, suscită frecvent interesul bolnavilor (convalescenților) și facilitează antrenarea acestora în ample și utile discuții lămuritoare, conclusive, însoțite de demonstrarea „pe viu" a unor componente ale complexului terapeutic, îndeosebi din sfera dietei și gastrotehniei în general.

Literatura de profil, tipăriturile de educație pentru sănătate, editate central sau pe plan raional/municipal, cu adresabilitate specifică, pot servi bolnavului (convalescentului) pentru aprofundarea unor cunoștințe, pentru fixarea și consolidarea altora, constituind sursa cea mai accesibilă sub raportul consultării, lecturării, sublinierii și reținerii diferitelor mesaje.

Este motivul pentru care în literatura de specialitate se recomandă cu insistență înființarea unor biblioteci de educație pentru sănătate pe secții și spitale, cu regim de împrumut, oferindu-i astfel bolnavului posibilitatea lecturii „la alegere" sau la recomandarea medicului.

Filmul educativ-sanitar în proiecții independente, auxiliare sau pe cicluri poate constitui, prin specificul său, mijloc de transmitere a mesajelor și de recreere în același timp, bolnavul internat trebuind să fie beneficiar prin excelență al unor atare proiecții cinematografice, organizate cu sprijinul secției/

cabinetului de educaţie pentru sănătate raional/municipal, sau cu aparatele şi filmele proprii spitalului, dacă acesta le posedă.

Teleemisiunile special destinate educaţiei pentru sănătate sau mesajele de educaţie pentru sănătate, integrate în programele altor emisiuni, pot fi eficient valorificate în unităţile spitaliceşti prin vizionarea lor organizată de către bolnavii apţi să participe. Astfel de vizionări pot prilejui dezbaterea în continuare a temei teletransmise sau a unor teme adiacente, în directă interrelaţie cu afecţiunile telespectatorilor, aprofundînd aspectele impuse de stadiul bolii de la caz la caz, accentuînd pe cele dovedite a constitui carenţe în cultura sanitară a lor, fie sub raportul cunoaşterii, fie mai ales în plan comportamental.

Radioemisiunile ce se pot transmite la posturile locale de radio s-au dovedit, în multe unităţi spitaliceşti, deosebit de utile, practice, la îndemîna corpului medical. Pentru asigurarea eficienţei acestora, însă, este necesar ca spitalul să fie dotat cu reţea specială de recepţie, în sensul instalării la patul fiecărui bolnav a unui set de căşti radio-recepţie. Este un imperativ care derivă din necesitatea acordării libertăţii de decizie diferiţilor bolnavi dintr-un salon, fiecare fiind confruntat cu stadii şi stări diferite, nu totdeauna disponibili pentru recepţionarea mesajelor transmise printr-un difuzor comun al salonului.

B. Cu membrii familiilor şi vizitatorii. Desăvîrşirea procesului recuperator necesită, cum s-a menţionat, instruirea şi educaţia pentru sănătate corespunzătoare a membrilor familiilor, care, printr-o atitudine cooperantă, prin consens de acţiune, pot contribui la direcţionarea cursului favorabil al acestui proces, atît pe parcursul internării, cît şi după externare.

În scopul inducerii conlucrării lor competente, se impune exercitarea unor influenţe educaţionale ferme, printr-un şir de mijloace instructiv-educative, apte să furnizeze familiei informaţia ştiinţifică necesară şi s-o capaciteze pentru a acţiona în raport cu stadiul bolii şi trebuinţele bolnavului, reclamate de corecta şi completa aplicare a complexului terapeutic, sub raportul respectării regimului de viaţă, în general, şi a dietei, în special.

Convorbirile informative privind comportarea în timpul vizitei faţă de bolnav şi faţă de local urmăresc familiarizarea membrilor familiei lui cu aceste trebuinţe, înzestrarea lor cu fondul de cunoştinţe necesar conştientizării unei conduite raţionale, de cruţare, de tonifiere neuropsihică a bolnavilor şi de protejare a mediului spitalicesc. Sînt cunoscute carenţele atitudinal-comportamentale existente în acest domeniu: microgrupurile familiale îşi discută şi dispută adesea, la patul bolnavului, cele mai spinoase probleme de viaţă şi muncă, în prezenţa suferindului pentru care liniştea, calmul, climatul pozitiv, componenta psihică a complexului terapeutic joacă frecvent rolul major în procesul restitutiv. Totodată, condiţia igienico-sanitară a salonului, coridoarelor, grupurilor sanitare, a unităţii în general rămîne după vizită puternic alterată, mediul fizic dezolant, devenind un veritabil factor de risc şi producînd

bolnavului stări afectiv-negative implicate defavorabil în ansamblul eforturilor de recuperare.

Convorbirile-instructaje vizează conduita terapeutică după externare, continuarea tratamentului convalescentului în familie şi eforturile necesare readaptării, reîncadrării profesionale şi reinserţiei sociale, ceea ce este definitoriu pentru „restitutiae ad integrum" şi solicită aportul plenar al familiei, microgrupurilor profesionale şi simpatetice sub raportul asigurării climatului de înţelegere, calm şi bună dispoziţie, amintind căldura căminului familial, facilitării terapiei dietetice şi reluării treptate a activităţii şi a relaţiilor sociale temporar abandonate din cauza bolii.

Conferinţele şi ciclurile de conferinţe se organizează preferenţial cu familiile bolnavilor cu durată de spitalizare mare, din care cauză colaborarea acestora în procesul recuperator devine, în unele cazuri, o necesitate. Putînd aborda integral tematica specifică membrilor familiei, conferinţele sînt destinate îndeosebi obţinerii adeziunii acestora, capacitării lor de a coopera cu spitalul.

Literatura de educaţie pentru sănătate, tipăriturile în general – broşuri, cărţi, albume ilustrate, pliante, memoratoare etc. –, difuzate mai ales în rîndul membrilor familiilor, prilejuieşte în cadrul lecturilor individuale şi colective aprofundarea întregului complex informaţional privind aportul familiei la recuperarea bolnavului. În acest scop, se recomandă chiar extinderea funcţionalităţii bibliotecilor de educaţie pentru sănătate din unităţile spitaliceşti asupra membrilor de familie, punîndu-le la dispoziţie, sub formă de împrumut, materialele profilate pe afecţiunea bolnavului lor.

Filmul educativ-sanitar în proiecţii auxiliare, la conferinţe sau alte genuri de manifestări organizate cu însoţitorii (vizitatorii în general) şi în cicluri pentru familiile bolnavilor cu durată de spitalizare mare, se recomandă a fi integrat în ansamblul acestor manifestări, cu grija selecţionării peliculelor ale căror teme vizează entităţile nosologice de profil.

C. Cu populaţia sănătoasă. Educaţia pentru sănătate a populaţiei sănătoase constituie o atribuţie prioritară a unităţilor medicale de asistenţă ambulatorie, al căror personal efectuează prestaţii de educaţie pentru sănătate atît în unitate, cît şi în teritoriul arondat.

Corpul medical al spitalului, acordînd asistenţă educaţională prioritar bolnavului internat în spital, nu poate intercepta populaţia sănătoasă din teritoriul arondat, decît în cadrul unor manifestări de educaţie pentru sănătate special organizate, prestigioase, cu audienţă de masă, la a căror desfăşurare participarea acestuia este de natură să confere un plus de calitate prin competenţa sa şi prin renumele de care se bucură.

Astfel de manifestări pot fi organizate, pe de o parte, în cadrul planurilor spitalului sau ale unora dintre factorii participanţi la realizarea planului unic

de educaţie pentru sănătate (organe statale, organizaţii de masă şi obşteşti), iar pe de altă parte, în cadrul aplicării în teritoriul arondat a unor sisteme educaţionale complexe, vizînd diferite probleme de sănătate ori grupe populaţionale distincte, alcătuite pe criterii diverse.

Indiferent de cadrul de desfăşurare, corpul medical spitalicesc este solicitat ca – în limita bugetului de timp legal alocat acestei activităţi – să concure prin participare activă la ridicarea calităţii prestaţiilor de educaţie pentru sănătate şi, implicit, la creşterea eficienţei unor astfel de manifestări.

Conferinţele şi ***ciclurile de conferinţe***, organizate în cadrul aşezămintelor culturale de diferite tipuri (universităţi cultural-ştiinţifice, case de cultură, case ale tineretului, cluburi muncitoreşti, cluburi studenţeşti etc.), în cadrul învăţămîntului gimnazial, liceal şi superior, al diferitelor sectoare de activitate, al marilor întreprinderi şi platforme industriale, ca şi al diferitelor organizaţii de masă şi obşteşti (Crucea Roşie, sindicate, femei, tineret etc.), pot beneficia de prezenţa unor cadre medicale de prestigiu din spitalul teritorial, care, prin simpla lor participare, asigură ceea ce numim *succesul la public* sau audienţa de masă şi, implicit, eficienţa manifestării, a conferinţei sau ciclului de conferinţe ca atare.

Simpozioanele, mesele rotunde şi ***„Mai aveţi o întrebare"***, ca manifestări perfect adaptabile la tematica specifică populaţiei sănătoase, ale căror caracteristici prilejuiesc dezbateri, confruntări de opinii şi programe cu efecte informativ-formative şi recreative în acelaşi timp, reclamă antrenarea preferenţială a corpului medical din unităţile spitaliceşti, care, graţie competenţei şi prestigiului profesional, poate induce acte decizionale de orientare profilactică şi sanogenetică în spiritul elementelor de conţinut sintetizate anterior.

Concursurile cu public şi cu premii, avînd „moderator", „examinator" respectiv „coordonator" o prestigioasă personalitate medicală din spitalul teritorial, se vor bucura de un succes şi mai pronunţat, nu numai în sensul prezenţei spectatorilor, ci şi sub raportul participării efective, spirituale, intelectuale, în înţelesul exteriorizării unei maxime receptivităţi şi al asimilării bogatelor mesaje de educaţie pentru sănătate transmise.

Capitolul V

EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE A DIFERITELOR GRUPE DE POPULAŢIE

5.1. Educaţia pentru sănătate şi problemele de demografie, de ocrotire a mamei, a copilului şi a tineretului

Pentru a aborda de pe poziţii realiste marea diversitate a problemelor de demografie, de ocrotire a mamei, a copilului şi a tineretului, ar fi necesar mai întîi [5, 37, 55, 82]:

- să convenim asupra actualităţii, a oportunităţii educaţiei pentru sănătatea mamei şi a copilului;
- să acreditäm ideea că, în ansamblul factorilor care concură la înfăptuirea politicii demografice, educaţia pentru sănătate joacă un rol esenţial;
- să consemnăm curba ascendentă mai lină parcursă de înfăptuirile noastre pe acest plan, nonconcordanţa dintre ofertă şi cerinţe, dintre mesajele educaţionale şi necesităţile populaţiei, dintre creaţia în domeniul culturii sanitare şi consumul de cultură sanitară;
- să condamnăm improvizaţia în prestaţiile educaţiei pentru sănătate;
- să încercăm unele modificări conceptuale chiar în modul nostru de a considera activitatea în acest domeniu;
- să reuşim să includem în sistemul propriu de valori profesionale, în cadrul asistenţei medicale active componenta sa poate cea mai utilă – educaţia.

Valenţele educaţiei pentru sănătate sînt de multă vreme atestate în determinismul stării de sănătate. Implicaţiile demersului educaţional în condiţionarea factorilor (bioereditari, demografici, sanitari sau economici) responsabili de evoluţia stării de sănătate sînt unanim şi pozitiv apreciate. Între aceştia însă, primul beneficiar potenţial al actului educativ este factorul demografic. În dinamica fenomenelor demografice, în statistica şi dinamica populaţiei, faptul de educaţie poate deveni esenţial, cultivînd opinii şi concepţii, canalizînd energii, modelînd conduite, împlinind în cultura sanitară componenta poate cea mai importantă a conceptului – comportamentul demografic.

Cultura sanitară, ca „produs finit direct" al educaţiei pentru sănătate, poate [5, 55, 82]:

- dimensiona numărul populaţiei, împlinind un ritm de creştere rapid sau lent;

- preveni îmbătrînirea demografică, impulsionînd natalitatea, infuzia de tineret în populaţia activă;
- anula sau atenua efectele negative ale mişcării mecanice şi pendulare ale migraţiei şi navetismului asupra comportamentului demografic.

Cea mai spectaculoasă finalizare educaţională în dinamica populaţiei însă poate fi înfăptuită pe planul mişcării naturale, al primenirii populaţiei, al reproducerii acesteia, care, după cum se ştie, pompează generaţii noi şi, în interacţiunea sa cu mortalitatea, cu ieşirea din efective a celor ce şi-au consumat potenţialul, dimensionează sporul natural al populaţiei. Avem în vedere, cînd afirmăm aceasta, posibilităţile de influenţare prin educaţie a unor variabile dependente biofiziologice şi sociale, care condiţionează reproducerea. Sub acest aspect, se reliefează trei coordonate educaţionale, trei obiective de educaţie pentru sănătate esenţiale [55, 82]:

- ***Reproducerea*** – creşterea nivelului reproducerii, a intensităţii de reproducere, ameliorarea indicilor nupţialităţii, ai fertilităţii şi fecundităţii, reducerea indicilor divorţialităţii, asupra cărora influenţează o serie de factori condiţionaţi şi de nivelul de cultură sanitară, de concepţia cuplului privind fenomenele demografice, în ultimă analiză – de educaţia pentru sănătate.
- ***Mortalitatea infantilă*** – reducerea mortalităţii infantile, acţionîndu-se în special pentru scăderea mortalităţii fetale timpurii, a avorturilor şi pentru diminuarea indicelui mortalităţii postneonatale, asupra cărora îşi exercită preponderent influenţa factorul cultural, nivelul de cultură sanitară în primul rînd, apoi ceilalţi factori: economico-sociali, biofiziologici, genetici-ereditari, spre deosebire de mortalitatea neonatală în care influenţele exercitate de factorii incriminaţi sînt ordonate invers în scala valorică, fondul genetic fiind primul acţionar, iar factorul cultural situîndu-se pe ultimul loc.
- ***Sporul natural*** – creşterea sporului natural, rezultat al interacţiunii reproducerii cu mortalitatea, a indicelui natalităţii cu cei ai mortalităţii infantile şi generale, care, la rîndul lor, sînt condiţionaţi, influenţaţi de factori socioeconomici, culturali, biofiziologici şi genetici-ereditari, factori potenţiali beneficiari ai culturii sanitare, implicit ai educaţiei pentru sănătate.

Pentru estimarea potenţialului de înfăptuire a acestor obiective, cîţiva parametri ai dinamicii fenomenelor demografice sînt necesari, fie chiar şi numai pentru a ni-i reîmprospăta, pentru a avea o bază de analiză realistă a acestui potenţial.

Date de cercetare recente şi surse de informare oficiale ale Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii demonstrează că, sub acest raport, educaţiei îi este deschis (încă) un larg cîmp de acţiune. Este suficient, pentru a ilustra aceasta, să amintim doar faptul că, în lume, incidenţa avorturilor incomplete este cuprinsă între 45 şi 50 milioane cazuri anual, din care peste 19 milioane de avorturi cu risc şi consecinţe grave pentru sănătate, care conduc la aproximativ 68 000 cazuri letale şi la milioane de cazuri de traume şi dereglări durabile ale funcţiilor.

În Republica Moldova, este în creştere mortalitatea maternă – de la 16,0 cazuri în anul 2006 la 44,5 cazuri în 2010 la 100 000 născuţi vii. Se menţine un nivel înalt de întrerupere a sarcinii la 13,3 cazuri la 1000 femei de vîrstă fertilă şi 32,4 cazuri la 100 născuţi vii, din care cele artificiale voluntare constituie 64,6%. Din anul 1999, în republică sporul natural este negativ, fiind în anul 2010 minus 1,5‰ contra minus 0,7‰ în 1999. Indicele sporului natural negativ este influenţat de continuarea scăderii natalităţii şi de nivelul înalt al mortalităţii generale [3].

Dincolo de semnificaţia statistică a acestor cifre, valorile lor absolute relevă existenţa unor nebănuite resurse biologice pentru îmbunătăţirea substanţială a natalităţii şi a sporului natural. Ele constituie totodată preţioşi indicatori obiectivi pentru evaluarea culturii sanitare a populaţiei feminine, şi nu numai feminine, în legătură cu fenomenele demografice, punînd indirect în evidenţă carenţele în orientarea conceptual-demografică a cuplurilor. Datele prezentate conduc simplu la concluzii clare privind cultura sanitară, concepţia demografică a populaţiei.

În decursul ultimilor douăzeci de ani, femeia este profund şi puternic implicată în vîltoarea vieţii sociale. Evoluţia pe care o urmează cursul vieţii, în următorii ani, nu va diminua substanţial contribuţia şi implicarea femeii în derularea evenimentelor. Nu trebuie să neglijăm nicio clipă rolul matern al femeii în societate, rol care-i creează acesteia o responsabilitate suplimentară.

De aceea, educaţia pentru sănătate trebuie să acorde o atenţie sporită femeii, şi mai ales femeii aflate în perioada fertilă. În acest sens, trebuie să fie abordate următoarele probleme:

- planificarea familială;
- educaţia populaţiei feminine şi instruirea femeii gravide şi a mamelor.

5.1.1. *Planificarea familială*

Este un drept uman fundamental ca populaţia să primească recomandări de planificare familială. Fiecare persoană poate avea cîţi copii doreşte, cînd doreşte, fiind în acelaşi timp conştientă de responsabilitatea pe care o are faţă de comunitatea în care trăieşte, faţă de societate, ca un întreg. Recomandările trebuie să se afle la îndemîna atît a celor care nu au copii, cît şi a celor care au mai mulţi copii decît pot întreţine sau care doresc să aibă copii la anumite intervale de timp, din motive de sănătate sau bunăstare a familiei [4, 5, 37, 55, 59, 69, 74, 82, 99].

Activitatea de planificare familială se desfăşoară cel mai bine în echipă, componenţa echipelor, precum şi tipul de activitate desfăşurată de fiecare membru al acesteia fiind diferite. În aceste echipe pot fi cuprinşi: medici,

personal medical mediu, asistenţi sociali, personal clinic sau alte persoane instruite special pentru a desfăşura activităţi specifice planningului familial.

În cele ce urmează, vom prezenta liniile generale de orientare în cadrul consultaţiei de planificare familială.

Ţinînd seama de experienţa diferitelor organizaţii de planificare familială din Europa şi din alte continente, reiese că nu este nevoie numai de metode contraceptive, ci şi de metode care să influenţeze şi comportamentul bărbaţilor/femeilor care au nevoie de contraceptive.

În cadrul consilierii, este recomandată să fie respectate cîteva etape [37, 59, 82, 99]:

- **Etapa întîia**: ***stabilirea unei relaţii***. Consilierul/educatorul de educaţie pentru sănătate trebuie să creeze un climat favorabil, de încredere, care să o facă pe clientă să se simtă în siguranţă. Ascultă foarte atent ceea ce spune clienta. Nu lasă să intervină propriile sale sentimente şi păreri. Consilierul trebuie să-şi imagineze cum s-ar simţi el în locul femeii, cum ar face faţă propriei sale vieţi, ce alternative ar avea de ales. O acceptă fără să o judece, chiar dacă el personal nu ar acţiona sau nu ar gîndi la fel ca ea. Este prietenos; ochii, mimica, gesturile trebuie să exprime interes şi atenţie, în niciun caz dezaprobare.

Nu uitaţi că unele persoane care se adresează consilierului au un nivel limitat de cunoştinţe şi înţelegere, un accentuat sentiment de jenă. Intimitatea şi confidenţialitatea trebuie respectate.

- **Etapa a doua**: ***investigarea***. În această etapă, trebuie de aflat cît mai multe despre clientă, pentru a înţelege mai bine ceea ce simte ea, motivele pentru care a venit la consilier şi percepţia pe care o are asupra propriei sale situaţii.

Folosind cuvinte mai simple şi mai puţine, consilierul încearcă, pe de o parte, să se convingă că a înţeles corect, iar pe de altă parte, să îi sugereze clientei că încearcă să-i înţeleagă situaţia. Aceasta conduce la stabilirea unei comunicări clare şi directe, împiedică apariţia neînţelegerilor.

- **Etapa a treia**: ***înţelegere şi perspective noi***. În această etapă, problemele şi cauzele lor vor fi identificate mult mai clar şi clienta va fi ajutată să-şi asume responsabilitatea propriilor sentimente şi rezolvări pentru problemele sale. Consilierul îi va oferi, cu tact, noi perspective ale situaţiei.

Clienta îşi făureşte un plan de rezolvare a problemelor, folosind consilierul ca persoană-sursă. Există posibilitatea ca femeia să ceară un sfat consilierului, dar de fapt să şi-l ceară ei înseşi. Consilierul poate să-i ofere clientei sugestii, alternative, dar este recomandabil ca aceasta să fie încurajată să ia singură hotărîrea.

- **Etapa a patra**: ***discutarea tuturor metodelor disponibile***. Pentru a ajuta clienta să opteze pentru planificarea familială, consultantul trebuie să fie bine instruit, disponibil şi conştiincios.

Consultantul trebuie să aibă grijă ca, atunci cînd oferă sfatul, să nu exercite presiuni asupra clientei în ceea ce priveşte alegerea unei anumite metode contraceptive, ci mai degrabă s-o ajute să ia o decizie aflîndu-se în cunoştinţă de cauză. Consultantul va explica, cît se poate de clar, următoarele aspecte esenţiale, pentru a fi util clientei în alegerea alternativei de urmat:

a) Riscurile pe care le poate întîmpina mama, în comparaţie cu beneficiile (avantajele) planificării familiale.
b) Varietatea metodelor disponibile şi felul în care funcţionează fiecare metodă.
c) Avantajele şi dezavantajele fiecărei metode.
d) Disponibilitatea serviciilor de specialitate.

Multe femei şi-au ales deja metoda dorită încă înainte de a se prezenta la consultaţie. Această opţiune trebuie respectată, dar cele patru puncte de mai sus îi vor fi prezentate şi explicate.

Cea mai bună metodă pentru un cuplu este aceea pe care el este capabil s-o folosească corect, în mod constant şi, în acelaşi timp, în deplină siguranţă.

Vom prezenta mai jos planul etapelor de urmat, în cazul oricăror metode contraceptive alese şi la care consultantul poate apela în momentul în care clienta şi-a exprimat preferinţa pentru o anumită metodă contraceptivă:

1. Pune în discuţie experienţa clientei (dacă există) în funcţie de metoda aleasă. Vor fi clarificate orice zvonuri sau idei greşite pe care clienta le asociază metodei.
2. Pune în discuţie informaţiile existente despre metodă. Îi va explica detaliat metoda şi cum funcţionează aceasta.
3. Despre avantajele şi dezavantajele metodei: se va lua în consideraţie şi în ce măsură metoda influenţează, sau nu, riscul clientei de a contracta sau transmite HIV ori alte boli cu transmitere sexuală.
4. Prezintă indicaţiile şi contraindicaţiile metodei ca mijloc de contracepţie.

În cazul existenţei unor contraindicaţii relative, consultantul va scoate în evidenţă faptul că avantajele sau dezavantajele metodei pot contracara, sau nu, riscul de a apela la ea.

5. Inserează, adaptează sau introduce metoda. Această etapă este necesară doar în cazul implantabilelor (sterilete, diafragme etc.) sau al injectabilelor. Bineînţeles că este vorba de cabinete specializate, dotate corespunzător, pentru a se putea efectua corect şi în cele mai bune condiţii de asepsie.
6. Explică instrucţiunile de folosire, pe baza instrucţiunilor furnizorului de servicii.
7. Trasează planuri pentru consultaţia următoare. I se va explica detaliat clientei cînd au loc următoarele consultaţii de rutină şi care sînt semnele de

avertisment care indică faptul că ea trebuie să revină înainte de termenul stabilit.

La prima consultaţie, la care se prezintă clienta după aplicarea metodei, trebuie urmărite anumite aspecte:

a) Clienta/cuplul a fost sau nu a fost mulţumit de metodă.
b) Se va repeta anamneza şi examenul fizic.
c) Pentru clientele care au fost mulţumite de metodă:
- se verifică dacă metoda a fost folosită corect;
- se atenţionează asupra semnelor de avertisment;
- se programează consultaţia viitoare.

d) Pentru clientele care nu au fost mulţumite de metodă:
- se verifică de ce metoda nu a fost eficientă sau dacă a avut efecte secundare;
- eventual se va anula metoda şi se va opta pentru alta.

Un element important în munca de planificare familială este confidenţialitatea, care presupune respectarea sferei intime a clientului şi păstrarea încrederii, aspecte considerate a fi parte integrantă din structura relaţiei dintre client şi angajaţii din sfera sănătăţii.

Există două metode diferite privind confidenţialitatea informaţiei sănătăţii personale. Primul model se referă la faptul că informaţia furnizată de client este confidenţială, pentru un singur angajat din sfera sănătăţii, care va decide ce informaţii se vor păstra şi care se vor transmite.

Al doilea model ne spune că informaţia adusă de client este confidenţială, rămîne în cadrul echipei sau al serviciului, toate serviciile relevante fiind înregistrate şi puse la dispoziţia celor din echipa care le solicită, dar niciodată în afara echipei. Astfel se creează un „cordon sanitar" în jurul echipei sau al serviciului.

Acest model pare a fi mai bun de urmat în ceea ce priveşte interesul acordat îngrijirii pacientului.

5.1.2. *Educaţia pentru sănătate a gravidei şi a mamei*

În educaţia pentru sănătate trebuie să se acorde o atenţie sporită femeii, mai ales femeii aflate în perioada fertilă, fapt ce va contribui la ameliorarea stării demografice [4, 5, 37, 55, 69].

Educaţia pentru sănătate privind igiena graviditătii are ca obiective prioritare:

- menţinerea sănătăţii femeii;
- evoluţia normală a sarcinii;
- evitarea mortalităţii fetale şi infantile şi profilaxia avorturilor.

Această acţiune trebuie să se bazeze pe legislaţia sanitară şi cea socială, în cadrul căreia se asigură femeii şi copilului condiţii favorabile dezvoltării lor sănătoase, prin eforturile de sprijinire materială şi de educare, realizate prin grija statului, obligînd femeia să participe în mod conştient la păstrarea sănătăţii tuturor membrilor familiei sale.

Se va arăta că o bună igienă generală în timpul gravidităţii reprezintă un factor esenţial pentru decurgerea naturală a naşterii, pentru sănătatea mamei şi a copilului, se va sublinia necesitatea ca gravida să evite surmenajul fizic şi psihic şi toate muncile grele sau murdare. Repausul şi odihna activă a femeii gravide sînt obligatorii, mai ales în timpul ultimelor 6 săptămîni ale sarcinii. Alimentaţia trebuie să fie echilibrată; îmbrăcămintea – adecvată stării fiziologice a gravidei; exerciţiile fizice moderate şi uşoare sînt recomandabile: mersul, plimbările în teren neted şi aer liber.

Educaţia pentru sănătate a gravidelor trebuie să fie încurajatoare, optimistă şi va căuta să genereze şi să conştientizeze viitoarele mame pentru o naştere fără temeri, pentru rolul femeii de viitoare mamă şi obligaţia ei de a alăpta copilul. Totodată, educaţia pentru sănătate va fi o acţiune pregătitoare pentru familia femeii.

Educatorul în educaţia pentru sănătate, bine documentat, va aduce la cunoştinţa femeilor căsătorite, în mod obligatoriu, conceptul despre planificarea familiei şi politica familială, a cărei cunoaştere este foarte necesară.

În privinţa avortului, educatorul în educaţia pentru sănătate va atrage atenţia clientei asupra cauzelor avortului spontan, arătînd că, în cadrul preocupărilor pentru ocrotirea sănătăţii femeii, întreruperea cursului normal al sarcinii este interzisă, cu excepţia unor situaţii prevăzute în acte normative, întrucît întreruperea sarcinii, mai ales avortul criminal, poate avea consecinţe grave asupra sănătăţii şi chiar a vieţii femeii, aducînd mari prejudicii natalităţii şi sporului natural al populaţiei. Actuala dinamică a indicatorilor demografici permit orientarea tematică şi metodică a educaţiei pentru sănătate în problemele de demografie, de ocrotire a mamei, a copilului şi a tineretului.

Se resimte necesitatea exercitării unor influenţe educaţionale asupra femeilor în general, şi în special – asupra gravidelor tinere în legătură cu igiena în perioada gravidităţii, accentuîndu-se importanţa reducerii efortului fizic în ultimele luni de sarcină, obligativitatea evitării mediului toxic, utilitatea folosirii integrale a concediului prenatal, a respectării alimentaţiei raţionale şi a unui mod de viaţă sănătos, pentru evoluţia normală, fiziologică a sarcinii.

Prevenirea naşterii unor copii deficienţi, subponderali, procrearea unor descendenţi cu parametri staturo-ponderali şi neuropsihici în limitele normalităţii necesită acţiuni menite să convingă femeile de importanţa instituirii timpurii a tratamentului afecţiunilor ginecologice şi infecţioase, a evitării unor medicamente cu efecte teratogene, determinînd avorturi sau naşterea unor copii cu malformaţii congenitale.

Urmărind aplicarea unor măsuri preventive fundamentate ştiinţific, între care şi educaţia pentru sănătate, medicina modernă se preocupă de probleme privind unele tare ereditare şi unele predispoziţii morbide. Vorbindu-se despre asemenea aspecte ale igienei procreaţiei şi intrauterine, ale igienei preconcepţionale, prenatale şi postnatale, se consideră necesară studierea particularităţilor părinţilor şi depistarea imediat după naştere a unor boli ereditare, ceea ce ar da posibilitatea unor acţiuni profilactice prin măsuri medico-sociale şi cultural-sanitare, în scopul evitării sau atenuării factorilor nocivi.

Prin progresele realizate de studiile din domeniul geneticii, biologiei moleculare, biofizicii etc., un orizont nou se deschide profilaxiei şi implicit educaţiei pentru sănătate. Aceste cercetări au dus la cunoaşterea unor factori ereditari, constituţionali, dintre care unii pot fi influenţaţi pozitiv, determinînd evitarea unor afecţiuni grave. S-a reuşit, de asemenea, depistarea şi tratarea în timp util a unor tulburări metabolice încă în primele săptămîni de viaţă ale copilului. S-au obţinut progrese în profilaxia bolii hemolitice a nou-născutului, boală gravă cauzată de incompatibilitatea factorului Rh din sînge.

Pediatria preventivă a luat, în ansamblul ei, un puternic avînt. Se realizează profilaxia preconcepţională prin examinarea medicală a cuplurilor înainte de căsătorie, în scopul depistării şi tratării din timp a unor tulburări sau afecţiuni ce ar putea afecta fondul lor genetic. Totodată, se dezvoltă profilaxia prenatală, intrauterină, în scopul prevenirii efectului asupra produsului de concepţie al unor substanţe toxice, medicamente, alimente, infecţii virotice etc.

Controlul periodic temeinic al nou-născuţilor, diagnosticul timpuriu al bolilor congenitale, în special metabolice, inclusiv prin screening, oferă de asemenea posibilitatea prevenirii din timp a unor afecţiuni ce se manifestă abia mai tîrziu, contribuind, în acelaşi timp, la asigurarea dezvoltării armonioase fizice şi neuropsihice a copiilor.

În timpul graviditătii şi în primul an de viaţă al copiilor, educaţia pentru sănătate a femeilor trebuie să mai ţină seama de un element esenţial, deseori subapreciat. În înţelesul actual al conceptului de sănătate ca o bună stare fizică, mintală, socială şi spirituală, gravidele şi mamele trebuie să cunoască faptul că emoţiile intense, traumele psihice, stările tensionale şi altele se repercutează şi asupra vlăstarului lor, determinînd adesea consecinţe tot atît de grave, ca şi cele provenind din agresiunea unor factori infecţioşi, toxici etc.

Profilaxia sub raport psihic a fătului în viaţa intrauterină şi a copilului după naştere, climatul cald, afecţiunea vie a mamei şi a tatălui, căldura căminului părintesc sînt cerinţe fundamentale pentru promovarea sănătăţii mintale a nou-născutului. În acest sens, trebuie dusă o activitate sistematică de educaţie pentru sănătate, care să includă şi componentele mintal-afective în conceptul de sănătate, respectiv în preocupările pentru dezvoltarea armonioasă a

copiilor, a părinților, pentru combaterea tendințelor privind frustrarea copiilor de dragostea maternă, familială.

O mare atenție trebuie acordată prevenirii infecțiilor acute respiratorii. De asemenea, în contextul acțiunilor de profilaxie a bolilor transmisibile în general, este necesar să se acționeze pentru inducerea atitudinii cooperante a populației, pentru capacitarea acesteia de a participa la timp și în toate etapele la măsurile privind sănătatea copilului, luate în cadrul acordării asistenței medicale active: imunizări, testări biologice, controale periodice etc.

Cultivarea comportamentului demografic conștient și responsabil impune explicarea prevederilor legislației referitoare la întreruperea sarcinii, prin optica îmbinării intereselor personale imediate cu cele de perspectivă, cu interesele comunității, prin crearea unei opinii de masă în favoarea maternității ca factor important în dezvoltarea armonioasă a femeii, a familiei și, în același timp, pentru progresul societății.

5.1.3. *Elemente metodice privind educația pentru sănătate în unitățile medicale de profil*

În centrele medicilor de familie, maternitățile, spitalele și secțiile de obstetrică-ginecologie, spitalele pentru copii, contactul sistematic cu grupa de populație deservită creează condiții favorabile efectuării unei activități de educație pentru sănătate continue și organizate. Aceste condiții se datoresc și faptului că femeia gravidă, mai ales primipară, este foarte receptivă față de sfaturile medicale, atît din dorința de a evita orice complicații posibile, cît și din tendința de a avea o sarcină normală și a naște un copil sănătos [4, 5, 37, 55, 69].

Femeile bolnave vor beneficia de influențe educaționale axate pe următoarea tematică:

- natura bolii, importanța urmăririi cu regularitate a tratamentului și a respectării sfaturilor date de medic;
- probleme legate de profilaxia și combaterea bolilor ginecologice, complicațiilor și recidivelor.

Cu convalescentele se recomandă, în plus, următoarele teme cu caracter general:

- igiena perioadei menstruale;
- igiena vieții sexuale;
- importanța culturii fizice pentru sănătatea femeii;
- glandele cu secreție internă;
- principalele aspecte ale patologiei endocrine la femei și profilaxia endocrinopatiilor;
- igiena perioadei climacteriului;

- prevenirea bolilor ginecologice; prevenirea blenoragiei;
- urmările blenoragiei netratate; prevenirea sifilisului, HIV;
- importanţa controlului ginecologic periodic;
- metroanexitele şi importanţa prevenirii şi tratării lor;
- afecţiunile „banale" de la nivelul sferei genitale;
- igiena generală şi intimă a femeii.

În maternităţi se recomandă următoarea tematică:

- igiena lăuziei, folosirea corectă a concediului postnatal;
- îngrijirea nou-născutului, alimentaţia naturală şi condiţiile igienice, importanţa frecventării regulate a serviciului de consultaţii pentru copii;
- profilaxia bolilor acute ale aparatului respirator şi ale tubului digestiv;
- prevenirea rahitismului: respectarea indicaţiilor date în spital şi la externare.

În spitalele sau secţiile de pediatrie. Activitatea de educaţie pentru sănătate se duce cu mamele sănătoase internate cu copilul lor, fiind axată îndeosebi pe probleme referitoare la boala acestuia (regimul de alimentaţie, respectarea recomandărilor igienico-dietetice etc.) şi pe aspecte generale de îngrijire şi creştere a copilului mic, cum ar fi: călirea organismului, igiena individuală, prevenirea bolilor transmisibile etc.

Indicaţiile privind comportamentul mamelor în staţionar trebuie să se situeze în centrul atenţiei. Este necesar ca acestea să cunoască o serie de noţiuni elementare de îngrijire a copilului internat, ca, de pildă, aerisirea salonului, întreţinerea curăţeniei, păstrarea liniştii, respectarea regimului de somn, veghe şi alimentaţie raţională a copilului, precum şi importanţa respectării întocmai a medicaţiei prescrise.

La copiii bolnavi mai mari de 4 ani este necesar să se continue activitatea de formare a deprinderilor de igienă individuală, cadrelor medii revenindu-le sarcina efectuării unor demonstraţii practice (spălatul pe mîini, pe dinţi, tăierea unghiilor etc.).

Condiţiile deosebite în care se desfăşoară viaţa în unele secţii de specialitate pentru copii (reumatism, tuberculoză), precum şi în preventorii, despărţirea de familie, contactul cu lume străină, unele constrîngeri din regimul de viaţă pot duce la stări depresive, cu influenţe negative asupra procesului de restabilire şi chiar asupra dezvoltării viitoare a copilului. Pentru evitarea unor asemenea situaţii, este necesar să se acorde o mare atenţie organizării programului zilnic al copiilor internaţi. Se recomandă în acest scop antrenarea copiilor în activităţi neobositoare, distractive şi instructive: să vizioneze filme şi diafilme, să citească, să joace şah, să deseneze, să scrie diferite compuneri şi articole, să întocmească albume etc. În cadrul acestor activităţi este indicat a se integra şi forme cu un conţinut igienico-sanitar (filme şi diafilme, broşuri, articole pentru colţul sănătăţii, albume şi fotomontaje etc.).

Serviciul de obstetrică şi ginecologie din centrele medicilor de familie trebuie se desfăşoare o educaţie pentru sănătate diferenţiată, în funcţie de grupa deservită (gravide sau femei suferind de diferite ginecopatii).

Gravidele trebuie să beneficieze de următoarea tematică:

- igiena individuală a gravidei;
- igiena alimentaţiei; alimentaţia raţională;
- igiena vieţii sexuale;
- necesitatea tratării (sau continuării tratamentului) bolilor cronice;
- prevenirea toxicozelor datorate graviditătii, tratamentul la timp al acestora;
- regimul de viaţă, muncă şi odihnă al gravidei;
- respectarea concediului prenatal;
- evitarea efortului fizic, a surmenajului;
- psihoprofilaxia durerilor la naştere;
- importanţa culturii fizice pentru gravide;
- prevenirea naşterii premature;
- controlul medical al evoluţiei sarcinii, importanţa controlului de laborator;
- pregătirea pentru naştere;
- naşterea;
- importanţa naşterii în maternitate;
- drepturile mamei şi ale copilului;
- dezvoltarea intrauterină a fătului;
- particularităţile anatomo-fiziologice ale organismului nou-născutului.

Femeile bolnave trebuie să primească sfaturi privind natura bolii şi rolul tratamentului:

- prevenirea bolilor venerice şi a infecţiei HIV/SIDA, importanţa tratării acestora;
- controlul ginecologic periodic;
- importanţa descoperirii stărilor precanceroase şi a tratării corecte a acestora;
- afecţiunile „banale" de la nivelul sferei genitale;
- importanţa tratamentului şi a respectării sfaturilor recomandate de medic.

În centrele medicilor de familie. Tematica educaţiei pentru sănătate cu mamele cuprinde o foarte largă paletă de aspecte, după cum urmează:

- importanţa măsurilor de profilaxie în păstrarea sănătăţii copilului şi în asigurarea unei dezvoltări normale (rolul mamei în aplicarea acestor măsuri);
- alimentaţia corectă (conducerea alimentaţiei copilului de către medic);
- regimul de viaţă al copilului;

- călirea organismului copilului, măsurile de călire la diferite vîrste, începerea călirii cît mai devreme;
- măsurile de prevenire a îmbolnăvirii, rolul consultaţiilor profilactice;
- principalele afecţiuni ale copilăriei: căi de transmitere, etiopatogenie, simptomatologie de debut, profilaxie, necesitatea tratamentului timpuriu;
- importanţa solicitării la timp a asistenţei medicale;
- necesitatea spitalizării formelor grave de boală;
- vaccinările, depistarea timpurie, ancheta epidemiologică şi alte măsuri de combatere a bolilor transmisibile;
- combaterea distrofiei şi rahitismului;
- combaterea micozelor cutanate şi verminozelor (parazitozelor) intestinale;
- posibilităţile de contaminare prin tuberculoză, importanţa controalelor periodice ale stării sănătăţii părinţilor;
- depistarea la timp şi corectarea deficienţelor fizice şi psihice prin examene în cadrul cabinetelor de specialitate;
- prevenirea accidentelor la copii;
- condiţiile igienice la locul de trai al copilului (aerisirea camerei, temperatura optimă, pericolul fumatului în camera în care doarme micuţul, patul şi aşternutul copilului etc.).

În probleme de obstetrică şi ginecologie, conţinutul activităţii de educaţie sanitară cu gravidele se va referi la necesitatea frecventării regulate a consultaţiilor pentru femei, la importanţa naşterii în maternităţi, igiena gravidei, igiena mamei şi a copilului, îngrijirea copilului mic etc. Cu femeile, în general, se recomandă aceeaşi tematică indicată pentru serviciile de consultaţii din centrele medicilor de familie.

În plus, în cadrul întreprinderilor industriale cu pondere feminină mare, deservite de CMF sau lucrători medicali din cadrul instituţiilor, se pot dezvolta şi următoarele probleme:

- igiena personală a muncitoarelor, în funcţie de condiţiile lor de muncă;
- importanţa apelării la timp la serviciile de consultaţii pentru femei;
- folosirea camerelor de igienă individuală;
- rolul muncii raţionale pentru sănătatea femeii etc.

Cu fetele tinere din întreprinderi, instituţii, cu elevele din şcoli profesionale şi licee, în cazul în care aceste unităţi sînt deservite de centrul medicilor de familie sau de lucrători medicali din instituţii, este necesar să se insiste în special asupra următoarelor aspecte:

- igiena individuală a fetei;
- igiena perioadei menstruale;
- comportament demografic responsabil şi conştient;
- prevenirea bolilor venerice şi a infecţiei HIV/SIDA.

În problemele de pediatrie, conținutul activității de educație pentru sănătate cu mamele a CMF se referă, în general, la aceleași teme recomandate pentru policlinica de copii, cu accent pe noțiuni de puericultură și cu referiri concrete privind dezvoltarea copilului: creșterea în greutate, talia, dezvoltarea psihomotorie etc.

În creșe, activitatea de educație pentru sănătate se axează pe următoarea tematică:

a) *Cu părinții*:

- importanța alimentației naturale;
- necesitatea continuării și acasă a orarului de mese și a regimului de viață stabilit în creșă;
- creșterea rezistenței nespecifice prin folosirea factorilor naturali și a exercițiilor fizice;
- importanța filtrului și a respectării măsurilor indicate de acest triaj;
- bolile transmisibile, măsuri de prevenire și combatere, vaccinările.

b) *Cu copiii* se va urmări începerea formării deprinderilor igienice de autoservire.

c) *Cu personalul de deservire* se vor aborda probleme ca:

- igiena păstrării și preparării alimentelor;
- igiena veselei;
- igiena dormitoarelor și lenjeriei de pat;
- conduita față de copii în sensul creării unei ambianțe pline de solicitudine și afecțiune, capabile să suplinească atmosfera caldă a mediului familial, pentru cruțarea psihonervoasă a copilului.

În leagăne, cu personalul de deservire și copiii se vor aborda aceleași elemente tematice și de conținut, ca și în creșe, punîndu-se accentul pe modul de comunicare cu micuții, pentru crearea căldurii căminului părintesc, de care acești copii sînt lipsiți.

Situația privind nenumărate cazuri care ilustrează ignoranță și comportament deficitar în creșterea și educarea copiilor și se reflectă prin situația defavorabilă demografică și sănătatea generației în creștere, indică asupra nevoii de cultură sanitară și leagă orice tendință de minimizare a educației pentru sănătate, sub orice formă și orice „acoperiri" s-ar manifesta ea, de implicații aparținînd nemijlocit domeniului deontologiei medicale.

În acest context, sînt necesare și oportune intervenții educaționale ferme, apte să contribuie la creșterea opțiunilor în favoarea maternității și la optimizarea ansamblului de măsuri preventive în cadrul profilaxiei preconceptuale, prenatale și postnatale.

Aceste influențe ale educației pentru sănătate, menite să producă mutațiile necesare în cultura sanitară privind problemele de demografie și ocrotirea mamei, a copilului și a tineretului, nu mai pot fi limitate la demersuri sporadi-

ce sau exercitate prin forme de rutină, disparate, în cadrul unor prestaţii ocazionate de asistenţă pasivă, acordată la cerere. Este imperios necesar ca aceste influenţe să se înscrie pe coordonatele asistenţei medicale active, ale medicinei preventive şi sănătăţii publice, ale medicinei omului sănătos, precum şi ale complexului profilactic şi terapeutic în cadrul unor acţiuni şi manifestări sistematice, al unui program permanent, al unui sistem educaţional complex, cu largă sferă de antrenare a tuturor factorilor interesaţi şi de abordare completă a conţinutului. Este nevoie de o cît mai eficace îmbinare a celor mai variate metode şi forme de influenţare, putîndu-se utiliza, în acest scop, întreaga gamă a mijloacelor de comunicare umană, cu tehnicitatea, competenţa şi interesul ce li se cuvin acordate [4, 5, 37, 55, 69].

5.1.4. *Structura unui sistem educaţional complex în domeniul demografiei şi al ocrotirii mamei, copilului şi tineretului (OMCT)*

Vă prezentăm structura unui sistem profilat pe metodica educaţiei pentru sănătate în probleme de demografie, ocrotirea mamei, copilului şi tineretului [5, 37, 55].

Obiective

În cadrul sistemului de care ne ocupăm, distingem două categorii de obiective:

Directe:

- Sporirea nivelului de cultură sanitară în domeniul OMCT: cunoştinţe, opinii, deprinderi, obişnuinţe, atitudini, comportament.
- Modificări în concepţia demografică a populaţiei.

Indirecte:

- Îmbunătăţirea indicatorilor demografici: nupţialitatea – divorţialitatea, fecunditatea – fertilitatea, reproducerea – natalitatea, mortalitatea (generală, infantilă), sporul natural.
- Dezvoltarea armonioasă fizică, mintală a copiilor de 0-3 ani: parametri staturo-ponderali, comportament motor, cognitiv, verbal, socioafectiv.

Organizare

Grupele de populaţie abordate:

- Femeia în perioada maternităţii: gravide, lăuze, mame cu copii de 0-3 ani;
- Familia femeii în perioada maternităţii: soţi (taţi), părinţi (bunici);
- Tinere şi tineri necăsătoriţi;
- Cupluri premaritale;
- Familii recent constituite;
- Familii fără copii sau cu număr redus de copii;
- Personalul din unităţile de copii.

Debutul aplicării sistemului:

- Femeia în perioada maternităţii şi familia acesteia – luna a III-a a perioadei de graviditate sau momentul depistării şi înregistrării sarcinii.
- Tinere şi tineri necăsătoriţi la 16 ani.
- Cuplurile premaritale – perioada premaritală.
- Familiile recent constituite – momentul contractării căsătoriei.
- Familiile fără copii sau cu număr redus de copii – ciclic, pînă la reuşita redimensionării familiei.

Tehnica de organizare

Optimizarea aplicării complexului de mijloace care alcătuiesc sistemul necesită gruparea gravidelor, a mamelor şi a celorlalte grupe de populaţie în serii de cîte minimum 10, maximum 20 de persoane. În funcţie de densitatea acestora în teritoriul arondat, numărul-limită al unei serii (10) se poate realiza la intervale variabile (1, 2, 3... luni). Ca urmare, aplicarea sistemului se face în etape diferite de timp, în raport cu momentele împlinirii numărului-limită de persoane.

Pentru eventualitatea existenţei unui număr mai mare de persoane în teritoriu, se pot alcătui mai multe serii, debutul aplicării sistemului pentru fiecare serie putîndu-se eşalona. În cazul unui număr mai mic, aplicarea sistemului poate debuta trimestrial, cu serii reduse chiar sub numărul-limită.

Durata aplicării sistemului este de un an, un an şi jumătate pentru fiecare serie.

Personalul medical necesar:

- Medicii ginecologi-obstetricieni din: instituţiile medico-sanitare de specialitate, secţiile de specialitate din spitalele generale, cabinetele de specialitate din centrele medicilor de familie.
- Medicii-pediatri şi puericultori din: instituţiile medico-sanitare de specialitate, secţiile de specialitate din spitalele generale, cabinetele de specialitate din CMF, unităţile medicale de întreprindere.
- Medicii de familie din CMF, medicii de medicină generală din unităţile medicale de întreprindere.
- Personalul medical mediu de profil obstetrică-ginecologie, pediatrie-puericultură, ocrotire a sănătăţii mamei şi copilului.

Personalul nemedical necesar: activul cultural, activul de femei, tineret, Crucea Roşie, sindicat etc.

Conţinut

- ***Femeia în perioada maternităţii*** [5, 37, 55]

Gravida:

- sarcina – stare naturală, fiziologică;
- avortul – consecinţe;
- sterilitatea – cauze, prevenire;

- igiena individuală;
- igiena alimentaţiei;
- alimentaţia raţională;
- igiena vieţii sexuale;
- medicamentul şi sarcina;
- bolile cronice;
- prevenirea toxicozelor gravidelor, tratamentul timpuriu al acestora;
- regimul de viaţă, muncă şi odihnă al gravidei, respectarea concediului prenatal, evitarea efortului fizic, a oboselii, a surmenajului;
- psihoprofilaxia durerilor la naştere;
- importanţa culturii fizice pentru gravide;
- prematuritatea – cauze, prevenire;
- controlul periodic al evoluţiei sarcinii; importanţa examenelor de laborator, pregătirea pentru naştere;
- naşterea – act fiziologic;
- importanţa naşterii asistate, în maternitate;
- dezvoltarea intrauterină a fătului;
- particularităţile anatomo-fiziologice ale organismului nou-născutului;
- drepturile mamei şi ale copilului.

Lăuza:

- noţiunea de lăuzie, igiena lăuzei;
- reluarea activităţii şi a raporturilor sexuale;
- gimnastica lăuzei;
- folosirea corectă a concediului postnatal;
- alimentaţia în perioada lăuziei.

Îngrijirea nou-născutului:

- alimentaţia naturală, condiţiile igienice ale alăptării;
- importanţa frecventării consultaţiilor pentru copii;
- profilaxia bolilor acute ale aparatului respirator şi ale tubului digestiv;
- prevenirea rahitismului la copii;
- combaterea unor greşeli „clasice" în îngrijirea nou-născutului.

Mama cu copil sugar:

- igiena, alimentaţia şi regimul de viaţă al femeii care alăptează;
- îngrijirea sugarului; alimentaţia sugarului;
- dezvoltarea armonioasă fizică şi neuropsihică a sugarului;
- tulburările acute de nutriţie;
- bolile transmisibile acute.
- afecţiunile acute ale aparatului respirator.

Mama cu copil de 1-3 ani:

- îngrijirea copilului de 1-3 ani;
- alimentaţia copilului de 1-3 ani;

- dezvoltarea armonioasă fizică şi neuropsihică a copilului de 1-3 ani;
- formarea deprinderilor igienice la copilul de 1-3 ani;
- regimul de viaţă al copilului de 1-3 ani;
- bolile transmisibile specifice vîrstei.

Teme comune pentru mame cu copii de 0-1 an, respectiv 1-3 ani:

- importanţa măsurilor de profilaxie în păstrarea sănătăţii copilului şi în asigurarea unei dezvoltări normale. Rolul mamei în aplicarea acestor măsuri;
- călirea organismului copilului (factori naturali – aer, apă, soare, gimnastică, exerciţii fizice), măsuri pe vîrste;
- rolul consultaţiilor profilactice privind măsurile de prevenire a îmbolnăvirilor;
- principalele afecţiuni ale copilului: etiopatogenie, epidemiologie, simptomatologie de debut, profilaxie, instituirea la timp a tratamentului, spitalizarea formelor grave de boală;
- vaccinările, depistarea timpurie, ancheta epidemiologică şi alte măsuri de combatere a bolilor transmisibile;
- combaterea distrofiei şi rahitismului;
- combaterea micozelor cutanate şi vierminozelor intestinale;
- prevenirea şi combaterea tuberculozei la copii;
- depistarea şi corectarea deficienţelor fizice şi psihice;
- prevenirea accidentelor casnice şi rutiere;
- igiena locuinţei – camera copilului (temperatura, aerisirea, interdicţia fumatului), patul, aşternutul.

• ***Familia femeii în perioada maternităţii*** (soţii, părinţii) va fi instruită pe aceleaşi teme, exceptînd noţiunile privind lăuzia.

• ***Tinere şi tineri necăsătoriţi*** – cupluri premaritale [5, 37, 55]:

- igiena personală, igiena intimă – zilnic şi în perioada menstruală;
- fecunditate, sterilitate;
- avortul – consecinţe;
- noţiuni elementare de educaţie sexuală, graviditate şi lăuzie;
- noţiuni de puericultură;
- prevenirea bolilor venerice şi a infecţiei HIV/SIDA.

• ***Familii recent constituite*** [5, 37, 55]:

- igiena personală, igiena intimă – zilnic şi în perioada menstruală;
- educaţia sexuală şi viaţa de familie;
- comportamentul demografic responsabil şi conştient;
- fecunditate, fertilitate, sterilitate;
- avortul – consecinţe;
- gravida, lăuza, mama care alăptează;
- nou-născutul, sugarul, copilul de 1-3 ani.

- ***Personalul din unităţile de copii – creşe, leagăne*** [5, 37, 55]:

Personalul medical – integrarea în ansamblul prestaţiilor menite să concure la ocrotirea sănătăţii copiilor, a practicilor privind:

- îngrijirea igienică a sugarului şi a copilului de 1-3 ani;
- alimentaţia corectă a sugarului şi a copilului de 1-3 ani;
- regimul igienic de viaţă şi activitate al sugarului şi al copilului de 1-3 ani din unităţile de copii;
- dezvoltarea armonioasă fizică şi neuropsihică a sugarului şi a copilului de 1-3 ani;
- afecţiunile acute ale aparatului respirator la sugari;
- tulburările acute de nutriţie la sugari; bolile transmisibile specifice vîrstei de 1-3 ani.

Personalul didactic prestează servicii bazate pe:

- principalele particularităţi anatomo-fiziologice ale sugarului şi ale copilului de 1-3 ani;
- bazele igienice ale alcătuirii regimului zilnic al sugarului şi al copilului de 1-3 ani;
- alimentaţia sugarului şi a copilului de 1-3 ani;
- igiena somnului sugarului şi al copilului de 1-3 ani;
- îngrijirea igienică a sugarului şi a copilului de 1-3 ani;
- formarea deprinderilor igienice la copilul de 1-3 ani;
- factorii naturali (aerul, apa, soarele) ca mijloace de călire şi promovare a sănătăţii copiilor;
- cerinţele igienice ale jocurilor de mişcare şi exerciţiilor fizice;
- cerinţele igienice ale desfăşurării diferitelor activităţi şi jocuri;
- asigurarea ritmicităţii programului zilnic şi evitarea suprasolicitării – factori majori în promovarea sănătăţii mintale a copilului;
- bolile transmisibile şi profilaxia lor la sugari şi la copiii de 1-3 ani;
- prevenirea şi combaterea tuberculozei la copii;
- indiferenţa afectivă şi rolul său în tulburarea echilibrului psihic al copiilor;
- menţinerea şi promovarea sănătăţii mintale a copiilor printr-o comportare adecvată de cruţare şi tonificare psihonervoasă;
- ritmul trepidant al activităţilor şi rolul său în tulburarea echilibrului mintal şi celui emoţional al copilului.

Personalul pentru îngrijirea copiilor:

- condiţiile igienice de îngrijire a clădirii şi de menajare a unei instituţii de copii;
- măsurile de profilaxie a bolilor transmisibile la copii;
- importanţa exemplului personal pentru formarea deprinderilor igienice la copii;
- igiena individuală a personalului din instituţiile de copii;

– ţinuta şi comportarea igienică şi civilizată a personalului: cruţarea şi tonifierea psihonervoasă a copiilor printr-o atitudine caldă, părintească.

Pe lîngă această tematică generală care interesează întregul personal, este necesar să se abordeze unele teme separat, diferenţiat, în raport cu atribuţiile acestuia.

Astfel, personalul de la bucătărie va fi instruit, în plus, în problemele de alimentaţie raţională, igiena alimentului şi servirea igienică a mesei; personalul care lucrează în grupe va fi pregătit special în problemele de igienă referitoare la îndeplinirea regimului zilnic (alimentaţia, somnul de zi, îngrijirea igienică etc.) şi la măsurile de călire a organismului, comportarea faţă de copii etc.

Pe lîngă această tematică, diferenţiată pentru variatele grupe distincte de populaţie, reţin atenţia o serie de elemente socioculturale şi economice de natură să obstaculeze mesajele educative, să condiţioneze reproducerea umană, elemente care generează o seamă de priorităţi educaţionale, a căror abordare în contextul cultural-educativ ar putea contracara propriile lor efecte negative în sfera fenomenelor demografice [5, 37, 55].

Pornind de la aceste imperative tematice, este necesară diversificarea manifestărilor educaţionale, înmănuncherea într-un sistem a întregului arsenal de mijloace menite să sporească, prin consensul acţiunilor, eficienţa mesajelor de educaţie pentru sănătate [37, 55].

Se pot diferenţia următoarele 2 grupe distincte de populaţie:

1. **Persoanele direct interesate**: femei în perioada maternităţii, familiile acestora, tinere şi tineri necăsătoriţi, cupluri premaritale, familii recent constituite, familii fără copii sau cu număr redus de copii.
2. **Personalul din unităţile de copii**: participarea competentă a acestuia la ansamblul măsurilor de ocrotire a sănătăţii copiilor şi la activitatea de educaţie pentru sănătate de profil necesită nu numai pregătire de specialitate, ci şi în domeniul metodicii educaţiei pentru sănătate specifice.

Mijloace pentru persoanele direct interesate [5, 37, 55]

Instructive

Şcoala mamei. Se organizează cu: gravide, lăuze, mame cu copii sugari, mame cu copii de 1-3 ani, conform indicaţiilor metodice prezentate anterior. Ea are drept scop acumularea unui bagaj de cunoştinţe privind regimul de viaţă, igiena femeii în perioada graviditătii şi lăuziei, alimentaţia sugarului şi copilului mic, baia şi înfăşarea sugarului, tulburări de digestie ale sugarului, afecţiuni ale nou-născutului şi ale copilului mic, importanţa controlului medical atît al gravidei, cît şi al copilului sănătos sau la apariţia primelor semne de boală, importanţa vaccinării etc.

Eficienţa cursurilor creşte foarte mult, dacă sînt însoţite de filme tematice şi demonstraţii practice, prin care tinerele sau viitoarele mame să capete

o oarecare îndemînare (cum să ţină copilul la sîn, baia, înfăşatul etc.). Acest aspect al muncii de educaţie pentru sănătate este la fel de important ca oricare altul din sfera de activitate a promotorilor de sănătate.

Această formă de educare se îmbină armonios, neexcluzînd niciuna dintre celelalte metode şi mijloace specifice ale muncii de educaţie pentru sănătate, care au fost prezentate anterior. (Redăm un program de curs pentru „ŞCOALA MAMEI" în *anexa 4*) [37, 55].

Şcoala bunicilor şi taţilor. Se organizează de către personalul medico-sanitar: medici de familie, pediatri, puericultori, personal mediu de profil etc. [55].

Pentru buna desfăşurare a cursurilor, se alcătuiesc serii separate de cîte minimum 10, maximum 20 de bunici (taţi), constituite pe criteriul vîrstei copiilor. Durata (10-15 zile pentru fiecare serie) permite abordarea integrală a conţinutului, prin mijloace specifice.

Conţinutul este diferenţial pentru grupe de bunici (taţi) cu copii de 0-1 an, 1-3 ani.

Pentru bunicii cu copii de 0-1 an:

- îngrijirea nou-născutului;
- alimentaţia nou-născutului;
- îngrijirea sugarului;
- alimentaţia sugarului (alimentaţia naturală, diversificarea alimentaţiei, alimentaţia mixtă, alimentaţia artificială, prepararea igienico-dietetică a alimentului);
- călirea organismului sugarului: factori naturali (aer, apă, soare), gimnastica (exerciţiile fizice), masajul;
- dezvoltarea armonioasă fizică şi neuropsihică a sugarului: indicatorii staturo-ponderali, comportamentul motor, cognitiv, verbal, socioafectiv.
- metode pentru aprecierea dezvoltării corespunzător vîrstei, în limitele normalităţii;
- tulburările acute de nutriţie, bolile transmisibile acute, afecţiunile acute ale aparatului respirator.

Pentru bunicii cu copii de 1-3 ani. Temele prevăzute în sistem, specifice mamelor cu copii de 1-3 ani şi comune mamelor cu copii de 0-1 an, respectiv de 1-3 ani. Combaterea unor concepţii anacronice, a unor practici greşite şi carenţe comportamentale cu efecte negative pe planul sănătăţii copiilor, al dezvoltării armonioase a acestora.

Pentru taţii (şi viitorii taţi) cu copii de 0-1 an. Regimul igienic de viaţă, muncă şi odihnă al femeii în perioada maternităţii: gravida, lăuza, mama cu copil de 0-1 an. Temele privind copilul nou-născut şi sugar, prevăzute în sistem.

Pentru taţii cu copii de 1-3 ani. Temele privind copilul de 1-3 ani prevăzute în sistem. Combaterea unor concepţii anacronice, a unor practici greşite

şi carenţe comportamentale cu efecte negative pentru sănătatea şi dezvoltarea armonioasă a copiilor.

Scopul urmărit constă în realizarea unui consens de acţiune, a unei cooperări active, fructuoase a bunicilor (taţilor) la ocrotirea sănătăţii, creşterea şi dezvoltarea normală a copiilor de 0-3 ani.

Mijloacele sînt diferenţiate în raport cu **vîrsta copiilor** [5, 37, 55]

Pentru bunicii cu copii nou-născuţi sau sugari: lecţii teoretice – 6 teme, demonstraţii practice – 6 teme.

Pentru bunicii cu copii de 1-3 ani: lecţii teoretice – 10 teme, demonstraţii practice – 6 teme.

Pentru taţii cu copii de 0-1 an: lecţii teoretice – 10 teme, demonstraţii – 2 teme.

Pentru taţii cu copii de 1-3 ani: lecţii teoretice – 6 teme, demonstraţii – 2 teme.

- **Conferinţe** (cicluri de conferinţe) se organizează cu familii recent constituite, tinere şi tineri necăsătoriţi, grupuri omogene de părinţi ai căror copii prezintă aceleaşi probleme de sănătate sau dezvoltare.
- **Convorbiri** – se organizează cu aceleaşi categorii de populaţie ca şi conferinţele.
- **Sfaturi individualizate** – se organizează cu: tinere cupluri premaritale, familii recent constituite, părinţi cu copii problematici. Evident, atare sfaturi trebuie să fie individualizate la „problemele" cuplului, familiei, părinţilor.
- **Literatura de educaţie pentru sănătate** – difuzată tuturor categoriilor de persoane prezentate anterior. Poate fi folosită după cum urmează: lecturi individuale, lecturi (colective) cu glas tare, cercuri de citit în cadrul comisiilor de femei etc.
- **Cursuri de puericultură** – se organizează cu tinere în perioada premaritală, tinere recent căsătorite, mame cu copii sugari.
- **Demonstrative** – „Colţul sugarului", formă demonstrativă prin excelenţă, se poate organiza în cadrul instituţiilor medico-sanitare (centrele medicilor de familie, centrele de sănătate, maternităţi, spitale, secţii specializate etc.), culturale (instituţii de cultură, cluburi, cămine culturale), organizaţii de masă sau obşteşti (de femei, Crucea Roşie etc.).

Grupele de populaţie interesate sînt: femeia în perioada maternităţii, familia femeii în perioada maternităţii, familiile recent constituite.

Personalul necesar pentru asigurarea bunei organizări şi funcţionări: personalul medico-sanitar de profil; activul cultural, sindical, de femei, de Cruce Roşie, de tineret.

Buna organizare şi funcţionare necesită: spaţiu special rezervat în holuri, săli de aşteptare, săli de expoziţie etc.

Exponate în dotare: obiecte de uz personal necesare nou-născutului şi sugarului (îmbrăcăminte, obiecte de toaletă, veselă specifică etc.), complet expoziţional (panouri, planşe, proiectoare pentru diapozitive şi diafilm, spoturi video şi filme de scurt metraj, exponate electrice şi mecanoelectrice etc.), păpuşă pentru demonstraţii practice privind înfăşatul, îmbrăcămintea, baia etc., stand cu tipărituri privind educaţia pentru sănătate, adecvate tematic grupelor de populaţie vizate, etc.

Funcţionalitatea şi valorificarea „Colţului sugarului" necesită: vizionarea (neorganizată) de către cei interesaţi cu prilejul diverselor vizite în instituţia-gazdă; vizonarea organizată de către grupele de populaţie interesate şi demonstrarea „Colţului sugarului" prin grija personalului medico-sanitar mediu de profil, în cadrul căreia se va face: prezentarea exponatelor plane – panouri, planşe; demonstrarea exponatelor naturale – îmbrăcăminte, obiecte de toaletă, veselă; punerea în funcţiune a exponatelor electrice şi mecanoelectrice; acţionarea aparatelor de proiecţie pentru diapozitive şi diafilme; spoturi video şi filme de scurt metraj, demonstrarea înfăşatului corect cu ajutorul păpuşii.

Conţinutul manifestărilor ce se pot organiza la „Colţul sugarului" este specificat în sistem şi diferenţiat pentru grupele de populaţie vizate.

Scopul urmărit constă în consolidarea cunoştinţelor, deprinderilor, obişnuinţelor şi comportamentului privind îngrijirea nou-născutului şi sugarului.

Mijloacele utilizate vizează paleta largă de tehnici, proceduri şl forme vizuale, audiovizuale şi demonstrative.

Clubul bunicilor, taţilor, familiilor recent constituite, tinerelor fete sau tinerilor necăsătoriţi se poate „instituţionaliza", ca şi „Clubul sănătoşilor", în cadrul unor instituţii medico-sanitare şi culturale şi poate antrena – pentru buna organizare şi funcţionare – personal medical (medici-pediatri, puericultori, personal mediu de profil) şi nemedical.

Demonstraţiile practice, axate pe teme specifice de grup, vizează în general: diversificarea alimentaţiei; alimentaţia mixtă şi cea artificială; prepararea igienico-dietetică a alimentelor; îngrijirea nou-născutului, sugarului, copilului de 1-3 ani, după caz (înfăşatul corect, baia, patul, camera etc.); călirea prin factori de mediu (aer, apă, soare), gimnastica (exerciţii fizice), masajul.

Sfaturile diferenţiate, intime privesc: rezolvarea problemelor de familie ale cuplurilor tinere; cultivarea cultului pentru copii la cuplurile proaspete; asistenţa educaţională a cuplului din punct de vedere estetic, moral, sexual; asistenţa copiilor problematici; frămîntările bunicilor sau taţilor referitoare la aspectele particulare ale dezvoltării copiilor lor etc.; combaterea unor aspecte carenţiale în îngrijirea copiilor de către bunici.

Schimburi de experienţă

- *între bunici* – confruntări de opinii şi concepţii; combaterea organizată a unor obiceiuri anacronice, a unor carenţe comportamentale cu urmări negative pe planul creşterii şi dezvoltării copiilor;

- *între familii recent constituite* – confruntări de opinii şi concepţii privind: fenomenele demografice; atitudinea faţă de maternitate (reproducere – natalitate); familiarizarea cu conţinutul conceptelor de fecunditate, fertilitate, sterilitate, concepţie; opţiunile privind numărul copiilor; dirijarea bugetului familial. Combaterea organizată a concepţiilor defavorabile creşterii natalităţii, politicii demografice a statului. Dezvoltarea spiritului de familie, prin acordarea asistenţei educaţionale cuplului proaspăt pe plan estetic, moral şi sexual.

Cercul tinerelor mame, adaptat problemelor de demografie şi ocrotirii mamei, copilului şi tinerilor le poate „instituţionaliza" pe lîngă instituţiile medico-sanitare, cuprinde grupele de populaţie direct interesate (tinere mame cu nou-născuţi, cu sugari, cu copii de 1-3 ani) şi beneficiază de aportul personalului medico-sanitar (medici de familie, pediatri, puericultori, personal mediu de profil) şi al comisiilor de femei, al Crucii Roşii, tineretului.

Organizarea şi funcţionarea se face diferenţial, pe cele trei grupe de mame, constituite în serii de minimum 5 persoane, cu participare periodică, fiecare serie beneficiind de 2-3 participări lunar.

Scopul urmărit constă în contribuţii la instruirea şi educarea tinerelor mame, pentru a induce atitudinea cooperantă la îndeplinirea obiectivelor sistemului, în ansamblul său.

Mijloacele utilizate în cadrul cercului constau în manifestări de educaţie pentru sănătate complexe, lecturi în cerc, sfaturi diferenţiate/individualizate, demonstraţii practice, vizitarea „Colţului sugarului" de către mamele cu copii de 0-1 an, forme vizuale şi audiovizuale, expoziţii, planşe, diapozitive, diafilme, panouri stimulative, concursuri cu public şi cu premii.

Mijloace stimulative: concursuri cu public („Mama ştie, copilul cîştigă") şi cu premii („Cel mai îngrijit copil", „Cel mai bine dezvoltat copil"); mese rotunde, simpozioane de educaţie pentru sănătate; ora de întrebări şi răspunsuri; manifestări cultural-sanitare variate, ca, de pildă „Mai aveţi o întrebare?" sau „Consultaţia profilactică pe grupuri omogene de mame".

Manifestarea gen „masă rotundă" ***„Mai aveţi o întrebare?"*** este caracterizată printr-o largă audienţă şi se poate desfăşura în cadrul unor instituţii medico-sanitare şi culturale, precum şi la sediile comisiilor de femei.

Grupele de populaţie interesate – tinere şi tineri necăsătoriţi, cupluri premaritale, femei în perioada maternităţii, familia femeii în perioada maternităţii, familii recent constituite şi familii fără copii – trebuie să beneficieze de manifestări distincte cu participarea personalului medico-sanitar (medici de familie, obstetricieni-ginecologi, pediatri), in colaborare cu pedagogi, psihologi, jurişti, activul de femei, tineret, Crucea Roşie, sindicat.

Tehnica desfăşurării este următoarea: moderatorul – de exemplu, medicul pediatru din cadrul instituţiei medico-sanitare – formulează întrebările

(maximum 10) pe care o serie de participante la manifestare urmează să le adreseze specialiştilor; stabileşte medicii de profil invitaţi la masa rotundă pentru a răspunde la întrebări; nominalizează spectatorii care vor adresa întrebările din sală; selecţionează întrebările pe care aceştia le vor adresa, public, specialiştilor.

Publicitatea premergătoare se recomandă a se face cu minimum 15 zile înainte de manifestare, popularizîndu-se tema acesteia, personalităţile participante, locul desfăşurării etc., prin intermediul tuturor mijloacelor locale, acordîndu-se un loc prioritar invitaţiilor personale, scrise şi parafate de dispensar, şi mobilizării prin asistenta de ocrotire.

În desfăşurarea manifestării propriu-zise este necesar a se avea în vedere următoarele elemente metodice: într-un succint cuvînt introductiv, moderatorul se adresează spectatorilor, reamintindu-le actualitatea temei; în momentul al doilea, moderatorul invită spectatorii să formuleze întrebări referitoare la problemele care-i interesează în legătură cu tema; într-un al treilea moment, personalităţile participante răspund, în cadrul unor discuţii, la prima întrebare formulată.

În continuare, întrebările spectatorilor alternează cu răspunsurile specialiştilor, moderatorul intervenind doar pentru a sublinia unele noţiuni, pentru a concluziona pe baza intervenţiilor celorlalţi specialişti; în final, după răspunsul la ultima întrebare, moderatorul rosteşte un succint cuvînt de încheiere, invitînd spectatorii să vizioneze filme axate pe tematica manifestării.

Consultaţia profilactică pe grupuri omogene de mame ai căror copii prezintă aceleaşi probleme de sănătate sau dezvoltare. Pentru buna desfăşurare a manifestării, sînt necesare unele măsuri premergătoare: studierea fişelor copiilor vizaţi; întocmirea conspectului expunerii; pregătirea materialului demonstrativ; convocarea mamelor prin invitaţii, asistentei de ocrotire.

Desfăşurarea consultaţiei propriu-zise cunoaşte următoarele etape: prezentarea scopului convocării; expunerea (30 minute); folosirea materialului didactic-demonstrativ; convorbirea (circa 1 oră), pentru stimularea mamelor de a pune întrebări; răspunsurile medicului şi examinarea copiilor; completarea şi înmînarea fiecărei mame a unui memorator cu sfaturi individualizate; difuzarea de literatură privind educaţia pentru sănătate.

În continuare sînt recomandate măsuri pentru: îndrumarea concretă la domiciliu în scopul aplicării complexului de măsuri profilactice şi terapeutice recomandate pentru evitarea complicaţiilor şi a recidivelor, recuperarea-vindecarea definitivă a copilului; repetarea consultaţiei, de 2-3 ori la circa 3 luni; educaţia pentru sănătate a familiilor respective, a rudelor (bunici, taţi etc.), în vederea realizării unui consens în îngrijirea copilului bolnav.

Conţinutul specificat în sistem este diferenţiat pentru grupele de populaţie vizate.

Mijloace pentru personalul din unităţile de copii [5, 37, 55, 69]

Personalul medical mediu:

- Curs de puericultură şi cercuri de referate profesionale.
- Analiza la zi a legislaţiei privind ocrotirea sănătăţii copiilor din unităţile de profil şi a îndrumătoarelor metodice referitoare la educaţia pentru sănătate în atare unităţi.
- Demonstraţii practice privind organizarea regimului zilnic al copiilor, inclusiv îndeplinirea corectă a diferitelor reguli de igienă personală (spălatul pe mîini, spălatul pe dinţi, folosirea batistei, pieptănatul) şi a diverselor proceduri de călire (duşuri, fricţiuni, băi de soare şi aer etc.). În scopul efectuării demonstraţiilor, va fi folosit unul dintre copiii care şi-a însuşit mai bine diferitele deprinderi şi care va fi îndrumat, la nevoie corectat, pentru executarea cît mai corectă a acestora.
- Demonstraţii practice privind metodele de acţiune pentru dezvoltarea armonioasă fizică şi mintală a copilului, de urmărire şi influenţare a comportamentului motor, cognitiv, verbal şi social-afectiv.

Pregătirea personalului medical mediu prin intermediul mijloacelor susmenţionate va fi asigurată de medicii-pediatri şi puericultori.

Personalul de îngrijire/auxiliar:

- Curs de puericultură, în cadrul formelor de perfecţionare profesională.
- Convorbiri individuale, axate pe carenţele comportamentale depistate.
- Demonstraţii practice privind îndeplinirea în condiţii de igienă a diferitelor sarcini profesionale (de exemplu, prepararea igienico-dietetică a alimentelor, cu personalul de la grupul alimentar; igiena dormitoarelor, sălilor de clasă, grupurilor sanitare etc., cu personalul căruia îi revin aceste atribuţii; modul de comunicare cu copiii, pentru personalul care lucrează pe grupe).
- Afişarea listei atribuţiilor personalului îngrijitor, de diferite categorii, în locuri vizibile, accesibile acestuia şi distribuirea de materiale de educaţie pentru sănătate tipărite.

Pregătirea personalului îngrijitor prin intermediul mijloacelor menţionate va fi asigurată de personalul sanitar mediu.

5.2. Educaţia pentru sănătate antepreşcolară, preşcolară şi în învăţămîntul preuniversitar

Instruirea, educaţia pentru sănătate şi dezvoltarea multilaterală a persoanei necesită lărgirea domeniului de fapte educative prin includerea unor noi componente de influenţare, menite să contribuie la formarea omului, la desăvîrşirea personalităţii sale, la perfecţionarea acestuia sub aspect intelectual,

profesional şi social, la îmbunătăţirea permanentă a sănătăţii fizice, mintale, spirituale. În acest context, au apărut noi aspecte educaţionale pe planuri dintre cele mai diverse, care constituie imperative nu numai ale şcolii şi societăţii, ci şi ale tînărului de azi, interesat direct de realizarea sa plenară. Printre acestea, un loc esenţial îl ocupă cele privind sănătatea [5, 37, 51, 53, 55, 61, 62, 65, 77, 82, 97, 104,107, 134, 151, 158, 166, 201, 202, 204, 210, 213, 225].

Specialiştii în domeniul educaţiei trebuie să acorde problemelor de sănătate un loc prioritar în sistemul muncii educative, plasînd fenomenul de educaţie pentru sănătate în cadrul dimensionărilor pedagogice moderne: vertical, la toate nivelele de vîrstă; orizontal, în cadrul tuturor laturilor educaţiei multilaterale.

Pornindu-se de la aceste imperative, problema educaţiei pentru sănătate a copiilor şi tineretului şcolar trebuie să constituie o preocupare de prim ordin, finalizată prin reglementări şi măsuri concrete, eficiente, care statuează obligativitatea educaţiei pentru sănătate în învăţămîntul de toate gradele şi profilurile şi precizează sarcinile personalului medico-sanitar şi ale corpului didactic. Educaţia pentru sănătate a copiilor se detaliază prin obiectivele, conţinutul şi mijloacele educaţiei pentru sănătate specifice, cu referiri la procedeele practice interesînd integrarea noţiunilor de igienă şi sanogeneză în activitatea şcolară, la diferite obiecte de studiu, şi în activitatea extraşcolară.

De asemenea, întregul personal din instituţiile preşcolare – didactic, medical, administrativ sau de îngrijire – este dator să depisteze şi să combată cu fermitate şi perseverenţă eventualele greşeli de comportament ale copiilor.

Particularităţile educaţiei pentru sănătate în instituţiile preşcolare impun o atenţie deosebită mai ales în cadrul familiei copiilor. Acestea derivă din necesitatea creării unei concordanţe între influenţele educaţionale exercitate asupra preşcolarilor şi cele existente în familie.

În continuare sînt prezentate unele elemente privind metodica predării acestor noţiuni pe cicluri şi trepte de învăţămînt.

Învăţămîntul preşcolar constituie prima treaptă a sistemului de educaţie şi instruire. El reprezintă un sistem de instituţii antepreşcolare şi preşcolare de diverse tipuri, de stat şi private, cu diferite programe de funcţionare ce corespund standardelor educaţionale.

Învăţămîntul preşcolar are drept scop principal pregătirea multilaterală a copilului pentru viaţă, în vederea integrării în activitatea şcolară, dezvoltarea capacităţilor creative prin valorificarea potenţialului psihofiziologic şi intelectual al acestuia.

Educaţia copiilor pînă la vîrsta de 3 ani se realizează, de regulă, în familiile care, în acest caz, beneficiază de sprijinul statului, conform legislaţiei în vigoare [5, 37, 55, 69, 209].

5.2.1. *Educaţia pentru sănătate în creşe şi leagăne*

Particularităţi

Activitatea de instruire şi educaţie pentru sănătate a copilului antepreşcolar este foarte importantă şi se desfăşoară, îndeobeşte, în cadrul procesului instructiv-educativ general, avînd, sub raportul principiilor şi metodelor, coordonate comune cu toate celelalte componente ale educaţiei multilaterale: fizice, intelectuale, morale şi estetice. Integrată organic în procesul educativ general, activitatea de educaţie pentru sănătate din creşe şi leagăne prezintă o serie de aspecte specifice şi comune întregului proces instructiv-educativ, determinate de particularităţile de vîrstă ale copiilor [5, 37, 55, 69].

Sub raportul conţinutului, spre exemplu, caracteristică perioadei antepreşcolare este dezvoltarea concentrică a acestuia prin trecerea treptată, în cadrul diferitelor grupe de vîrstă, de la simplu la complex, de la concret la abstract, de la apropiat la îndepărtat, ceea ce permite însuşirea şi înţelegerea fenomenelor, facilitînd formarea deprinderilor dorite.

Primele cunoştinţe despre curăţenie, despre necesitatea spălatului pe mîini sînt transmise copilului în creşă, în mod organizat, încă din grupa mijlocie, spre vîrsta de 2 ani, cînd pot fi exercitate şi primele influenţe educaţionale privind formarea deprinderii de a se spăla pe mîini.

Volumul de cunoştinţe şi acţiuni educaţionale este însă foarte restrîns. Antepreşcolarul achiziţionează necritic, neselectiv tot ce-i transmite adultul. El primeşte sfaturile tocmai pentru că vin de la un adult, şi nu pentru că discerne valoarea lor, legăturile cauză – efect. Motivaţiile solicitărilor sînt simple şi eficiente. La indicaţia de a se spăla pe mîini pentru că „aşa este frumos" sau „aşa trebuie să facă un copil ascultător", sau, cel mult, fiindcă „trebuie să fie curat", antepreşcolarul este satisfăcut şi „se conformează". Conştientizarea acţiunilor, a deprinderilor şi obişnuinţelor igienice nu se realizează însă decît mai tîrziu, pe calea înţelegerii fenomenelor şi a intercondiţionării lor. În consecinţă, ele sînt reluate şi aprofundate la grupa mare, spre 3 ani, şi mai tîrziu, la vîrstă preşcolară [5, 37, 55, 209, 210].

Despre spălatul pe mîini copilul va afla, astfel, noi şi „interesante" amănunte: că pe mîinile murdare se găsesc microbi (ce sînt microbii), că prin spălare cu apă şi săpun aceştia pot fi îndepărtaţi, că (în final) spălatul pe mîini este o măsură igienică absolut necesară pentru prevenirea unor boli şi că, deci, pentru a-şi apăra sănătatea, este foarte important să se spele pe mîini înainte de masă. Această dezvoltare a conţinutului educaţiei pentru sănătate asigură, în ultimă analiză, sistematizarea, gradarea şi succesiunea logică în transmiterea cunoştinţelor şi formarea deprinderilor igienice, în raport cu particularităţile de vîrstă.

Pentru realizarea unor asemenea condiţii de desfăşurare a educaţiei pentru sănătate, este necesar să fie folosit cadrul organizatoric general al creşei

şi leagănului: orar diferit pentru fiecare dintre cele trei grupe (mică, mijlocie şi mare), formele curente de desfăşurare a procesului instructiv-educativ (activitatea obligatorie, jocul organizat, activităţi şi jocuri la libera alegere a copiilor), în special la grupa mare, dar şi la cea mijlocie, după 1,5 ani.

O caracteristică deosebită a educaţiei pentru sănătate în rîndul antepreşcolarilor constă în faptul că influenţele educaţionale pe plan igienic se pot exercita nu numai în cadrul activităţii special destinate problemelor de sănătate, ci şi cu prilejul unor alte activităţi organizate în scopuri diferite, interesînd sfera educaţiei fizice, intelectuale, morale, estetice.

Integrată în ansamblul procesului instructiv-educativ din creşă şi leagăn, în cadrul variatelor activităţi obligatorii şi jocuri organizate pentru realizarea diferitelor componente ale educaţiei multilaterale, educaţia pentru sănătate îşi poate aduce, prin grija personalului medico-sanitar, o contribuţie însemnată la realizarea scopului final: dezvoltarea armonioasă, fizică şi mintală, a copilului.

Un element deosebit de important pentru desfăşurarea eficientă a activităţii de educaţie pentru sănătate este faptul că în procesul de instruire şi educare igienică îşi găseşte aplicarea fiecare dintre principiile didactice [5, 37, 55, 69, 209, 210].

Astfel, **principiul intuiţiei**, fondat pe necesitatea percepţiei directe şi active a fenomenelor şi obiectelor sau a imaginilor, contribuie semnificativ la înţelegerea acestora şi la formarea unor percepţii şi reprezentări clare, capabile să faciliteze clasificarea noţiunilor şi să contribuie la elaborarea deprinderilor şi obişnuinţelor respective.

Dacă luăm, de exemplu, deprinderea spălatului pe mîini, înţelegerea acţiunii ca atare, a necesităţii sale va fi mult uşurată de intuirea apei provenite din spălatul pe mîinile murdare sau a murdăriei lăsate pe prosop de mîinile spălate insuficient. Tot astfel, copilul îşi va însuşi mult mai uşor tehnica spălatului pe dinţi, cu întreaga gamă de poziţii şi mişcări, dacă el va intui toate componentele într-un desen sau fotografie ori în cadrul unor demonstraţii făcute de asistentă.

Materialul intuitiv, în cazul activităţilor desfăşurate pe teme igienice, poate fi deosebit de bogat: obiectele de toaletă (săpun, prosop, pieptene, periuţă de dinţi sau de unghii etc.), îmbrăcămintea, încălţămintea, însuşi corpul copiilor (mîini, păr, unghii, dinţi, urechi etc.), desene, planşe, tablouri, schiţe. Toate acestea, ca şi multe altele, pot servi pentru ilustrarea regulilor de igienă ce se impun antepreşcolarilor.

Prin respectarea **principiului accesibilităţii** se urmăreşte, în esenţă, adaptarea volumului de cunoştinţe şi deprinderi la stadiul de dezvoltare şi la puterea de înţelegere a copilului. În educaţia pentru sănătate, nerespectarea acestui principiu face practic imposibilă activitatea cu antepreşcolarii.

Conform principiului accesibilității, noțiunile și practicile igienice vor putea fi introduse, treptat, la grupele de vîrstă mijlocie și mare, corespunzător dezvoltării morfofuncționale și neuropsihice a copilului.

Considerații similare fac să fie socotite absolut indispensabile activității de educație pentru sănătate **principiul însușirii conștiente și active** și **principiul însușirii temeinice** a cunoștințelor.

Participarea efectivă a copiilor la procesul instructiv, repetarea cunoștințelor și exersarea deprinderilor în curs de însușire și elaborare constituie o contribuție esențială, fără de care noțiunile igienico-sanitare și deprinderile corespunzătoare nu pot avea un fundament solid. Explicarea necesității spălatului pe mîini, de exemplu, se va bucura de o deplină înțelegere, iar noțiunile transmise vor fi reținute, înușite conștient, numai dacă antepreșcolarul va participa activ la întreaga explicație, percepînd simultan demonstrarea acțiunii de către asistență și asociind diferitele momente ale percepției (mișcările, apa murdară etc.) cu noțiunile teoretice transmise prin explicație.

Repetarea cunoștințelor nou-transmise și exersarea deprinderilor în curs de elaborare asigură însușirea temeinică și, respectiv, consolidarea acestora. Pentru ca repetarea să-și atingă scopul, să nu plictisească, ci, dimpotrivă, să stimuleze interesul copilului, să-i solicite participarea activă și conștientă, este necesar să se introducă de fiecare dată un element nou, schimbîndu-se forma de lucru, materialul didactic etc. Așa, de exemplu, în repetarea cunoștințelor despre importanța spălatului pe mîini, după transmiterea noțiunilor necesare în cadrul activităților obligatorii, se recomandă să se recurgă la povestiri, jocuri, convorbiri după imagini etc. De asemenea, în exersarea deprinderii acestei cerințe igienice se vor introduce elemente noi, antrenante, cum ar fi folosirea unor bucăți noi de săpun tăiate mici sau imprimarea unor nuanțe competitive, stimulîndu-i pe copii pentru o cît mai eficientă spălare, verificabilă prin „urmele" de murdărie lăsate pe prosop sau pria lipsa acestora etc. [55, 69, 209].

În procesul de instruire și educare pentru sănătate își găsește, de asemenea, o justificată aplicare **principiul sistematizării**, în virtutea căruia transmiterea cunoștințelor și formarea deprinderilor se realizează gradat și succesiv, într-o anumită continuitate și înlănțuire logică.

O convorbire cu antepreșcolarii despre îngrijirea igienică a dinților, spre exemplu, nu se poate realiza decît după ce, mai întîi, s-au organizat mai multe activități de observare, lecturi după imagini, povestiri etc., în cadrul cărora copiii au fost familiarizați cu periuța de dinți, pasta, diferitele poziții și sensuri de efectuare a mișcărilor periuței pentru spălarea eficientă a dinților. În același timp, convorbirea despre îngrijirea dinților poate servi drept bază pentru înțelegerea relației dintre sănătatea dinților și a întregului organism. Evident că aceste trepte ale cunoașterii se realizează în timp, gradat, de la o

grupă la alta, în succesiunea lor logică şi în raport cu particularităţile dezvoltării copilului, pe mai departe [37, 55, 69, 209].

Niciun alt capitol al formării deprinderilor în general nu este atît de strîns legat de condiţiile de mediu, ca acela al deprinderilor igienice. Întreaga ambianţă cu care copilul vine zilnic în contact, mediul fizic şi cel social exercită o deosebită influenţă asupra sistemului nervos central al acestuia, putînd favoriza sau stînjeni elaborarea deprinderilor igienice.

Din acest punct de vedere, se impun atenţiei, ca factori cu un accentuat rol educaţional-formativ, pe de o parte, organizarea mediului înconjurător al copilului, iar pe de altă parte – utilizarea exemplului personal al adulţilor.

Măsurile necesare organizării corespunzătoare a mediului în creşă şi leagăn vor trebui să ţină seama nu numai de importanţa acestuia pentru buna dezvoltare fizică a copilului, dar şi de rolul său educativ, de necesitatea de a corespunde funcţiilor de educaţie pentru sănătate, de a contribui la formarea deprinderilor igienice şi, în paralel, de a preveni formarea unor obiceiuri neigienice care, după cum este ştiut, odată apărute, nu pot fi abandonate decît extrem de greu [55, 209].

Mediul înconjurător poate fi socotit corespunzător atunci cînd facilitează respectarea regulilor de igienă, stimulează copilul în aplicarea lor, îi creează stări afectiv-pozitive, îndeplinirea cerinţelor igienice producîndu-i bucurie, plăcere, bună dispoziţie.

Astfel organizat, mediul înconjurător poate aduce o contribuţie importantă, adesea determinantă, la elaborarea şi consolidarea deprinderilor şi obişnuinţelor igienice.

Organizarea defectuoasă, însă, poate stînjeni formarea acestor deprinderi şi, mai mult chiar, poate constitui cauza stingerii unor deprinderi igienice deja formate, însă insuficient consolidate. Înghesuiala şi iluminatul insuficient, de exemplu, împiedică îndeplinirea regulilor de igienă. Acelaşi lucru se constată atunci cînd obiectele de deservire sînt insuficiente (număr redus de lavoare sau dulăpioare pentru haine), cînd utilajul nu este adaptat înălţimii copiilor (chiuvete înalte, poliţe montate prea sus). Asemenea deficienţe în organizarea mediului înconjurător îngreuiază copilului îndeplinirea regulilor igienice, îl obosesc şi-i provoacă uneori senzaţii neplăcute, astfel încît, drept rezultat, îi creează o atitudine negativă faţă de respectarea acestor reguli, determinînd lipsa dorinţei de a le executa. Tot astfel, dacă în timpul spălatului pe mîini lipseşte deseori săpunul, copiii încetează de a-l folosi chiar şi atunci cînd acesta există [37, 55, 69, 209].

Condiţiile igienico-sanitare ale creşei şi leagănului au, de asemenea, o deosebită importanţă educativă. Curăţenia şi ordinea constituie factori majori în formarea obişnuinţelor copiilor de a fi îngrijiţi şi ordonaţi, de a nu face murdărie şi de a nu-şi împrăştia lucrurile.

În consecință, se impune o grijă deosebită pentru amenajarea corespunzătoare și întreținerea igienică a grupului sanitar, a camerelor pentru dezbrăcare, a dormitoarelor și sălilor destinate activităților didactice, precum și spațiilor interioare sau exterioare rezervate jocului, recreerii copiilor în aer liber. Aceeași grijă deosebită necesită toate celelalte componente ale mediului înconjurător: utilajul să corespundă totdeauna numărului, vîrstei și înălțimii copiilor și să fie întreținut în cea mai perfectă stare de curățenie, fiecare copil să aibă obiectele sale de uz personal și un loc permanent pentru păstrarea lor. În final, fiecărui copil să i se creeze, prin ansamblul măsurilor care se iau cu privire la organizarea mediului înconjurător, posibilitatea de a îndeplini totdeauna regulile de igienă.

Luînd în considerație particularitățile dezvoltării neuropsihice a antepreșcolarilor, rolul dominant al sferei afective în declanșarea diferitelor reacții și acțiuni, gradul de emotivitate crescut al acestora, se impune ca, prin crearea unor condiții de mediu corespunzătoare, să se realizeze dezideratul conform căruia îndeplinirea regulilor de igienă să fie nu numai comodă, ci și plăcută. Experiența multor generații de asistente confirmă faptul că antepreșcolarii respectă cu mult mai multă plăcere regulile de igienă individuală într-o ambianță plăcută, agreabilă, cu încăperi și utilaje care-i atrag (zugrăveala plăcută; ferestre ornate cu scene din viața copiilor sau animalelor îndrăgite, ilustrînd tocmai îndeplinirea unor reguli de igienă; eventualele picturi murale reprezentînd scene similare; polițe frumoase, păhărele colorate pentru clătirea gurii; săpun parfumat etc.) [5, 37, 55, 69, 209].

În ansamblul factorilor educaționali necesari formării deprinderilor și obișnuințelor igienice, rolul exemplului personal al adulților este unanim apreciat ca deosebit de important. Acest rol este fondat pe particularitatea bine cunoscută, specifică vîrstei mici în general, caracterizată prin dorința de depășire, prin tendința de integrare atitudinal-cumportamentală în viața adultului.

În cele mai frecvente cazuri, datorită spiritului de imitație foarte dezvoltat la antepreșcolari, această dorință se realizează, copiii reușind să „evadeze" din sfera comportamentală specifică, impunîndu-și conduita adulților din jur. Faptul atrage însă atenția asupra unui amănunt de importanță, putem spune, capitală: antepreșcolarul își însușește componente factuale din viața adulților fără nicio selecție, fără vreo analiză critică prealabilă. Atitudini, deprinderi și obișnuințe sînt preluate prin imitație, independent de caracterul pozitiv sau negativ al acestora, astfel copilul poate primi în același timp influența exemplului pozitiv al adultului, dar și a celui negativ. Dacă, prin comportarea sa exemplară din punct de vedere igienic, asistenta devine un factor educațional pozitiv, carențele comportamentale ale altor persoane pot constitui tot atîția factori educaționali negativi. Iată pentru ce întregul personal al creșei și lea-

gănului, indiferent de funcţia pe care o deţine, trebuie să fie instruit şi educat în spiritul respectării riguroase a regulilor de igienă impuse copiilor, al unui comportament civilizat. Acest personal are în acest sens un dublu rol: acela de a-şi exercita conştiincios îndatoririle profesionale, pe de o parte, şi acela de a servi drept model comportamental pentru copii, pe de altă parte.

Mediul fizic şi social din creşă şi leagăn constituie, pentru copilul nou-venit, un complex de excitanţi puternici, care-i determină reacţii fireşti, manifestate sub forma reflexului primar (şi temporar) al prudenţei naturale.

De aceea, pentru integrarea în viaţa instituţiei a copiilor nou-veniţi, pentru adaptarea acestora la noul mediu, tactul pedagogic al asistentei în special, ca şi al întregului personal, are o deosebită importanţă. Faţă de copiii nou-veniţi, mai ales dacă sînt la vîrstă „mare" (1,5–2 ani), la început nu trebuie manifestată aceeaşi exigenţă ca faţă de ceilalţi copii. Ei vor fi mai întîi ajutaţi să se adapteze mediului nou, neobişnuit pentru ei: să-şi găsească dulăpiorul cu lucrurile de toaletă, să-şi recunoască pătuţul, să-şi aducă scăunelul pe care-şi vor aranja lucrurile înainte de culcare, să înveţe unde trebuie să pună un lucru sau altul.

Greşelile atitudinale faţă de aceşti copii, accelerarea forţată a ritmului de integrare în viaţa grupei, solicitarea îndeplinirii brusce a complexităţii îndatoririlor, inclusiv a regulilor de igienă pot determina o stare de inhibiţie, generînd rezistenţe şi împotrivire faţă de influenţele educaţionale, exercitate curent în cadrul procesului instructiv-educativ.

Caracteristic vîrstei este spontaneitatea în manifestări, fondată pe libertatea de acţiune şi pe bogăţia imaginaţiei creatoare a copilului, datorită căreia acesta deţine un fabulos potenţial de iniţiative.

Sub impulsul unor atare particularităţi, multiplele acţiuni spontane ale copilului, prejudiciate de absenţa oricărei experienţe, ies frecvent de sub controlul conştienţei, punîndu-l în situaţii paradoxale de accidentare potenţială. În cadrul unor astfel de manifestări, antepreşcolarul se expune adesea unor riscuri care, prin gravitatea consecinţelor, impun intervenţia imediată a adulţilor. Iminenţa producerii unui accident, în cazul copilului care se joacă, de exemplu, cu obiecte tăioase, sau al celui care se apleacă peste balcon ori umblă la reţeaua electrică determină atitudinea fermă, hotărîtă a adultului care, intervenind autoritar, înlătură accidentul potenţial. Evident că, astfel folosită autoritatea adultului, intervenţia sa oportună este salutară.

Date de observaţie curentă relevă însă faptul că în lumea adulţilor există o gravă eroare privind catalogarea factorilor de risc, a riscurilor însele la care se expun copiii, în: *foarte grave*, *grave* şi *mai puţin grave* sau chiar riscuri minore, care pot fi desconsiderate. Este, fără îndoială, foarte gravă situaţia unui copil în pericol de electrocutare. Dar de ce trebuie desconsiderat riscul aşezării la masă cu mîinile nespălate sau riscul ducerii la gură a unui aliment

căzut pe jos, sau acela al roaderii creionului între dinți, ori al absenței deprinderii și obișnuinței de a se spăla pe dinți seara, înainte de culcare?

Nimic nu-l poate îndreptăți pe adult să rămînă pasiv față de faptul că un copil nu respectă regulile de igienă, față de greșelile de comportament ale acestuia cu privire la viața igenică. În consecință, întregul personal din creșă și leagăn – medical, administrativ sau de îngrijire – este dator să depisteze și să combată cu perseverență eventualele greșeli de comportament ale copiilor [5, 37, 55, 209].

Înaintea formării și consolidării deprinderilor igienice în general, în momentele în care îndeplinirea regulilor de igienă presupune un efort din partea copiilor, încă înaintea transformării acestora în obișnuințe, se poate manifesta ca o trăsătură caracteristică un oarecare gen de superficialitate. Așa, de exemplu, spălatul pe mîini sau pe dinți este carențial, ținuta vestimentară – dezordonată, modul în care ia masa – deficitar, somnul de după-amiază – nerespectat (sau respectat formal, prin rămînerea forțată în pătuț, dar în stare de veghe) etc. În cazul depistării unor astfel de manifestări, care ilustrează serioase lacune comportamentale, potențînd zdruncinarea echilibrului normal al sănătății fizice și mintale a copiilor, se impune cu fermitate intervenția autoritară a educatorilor care, prin metodele adecvate și cu tactul necesar, trebuie să combată greșelile de comportament decelate și să îndrume copiii pentru îndeplinirea conștiincioasă a regulilor de igienă respective [55].

Particularitățile educației pentru sănătate în cadrul creșei, referitoare îndeosebi la organizarea mediului înconjurător, la rolul exemplului personal al adulților și la necesitatea depistării și combaterii aspectelor negative de comportament, impun o atenție deosebită și în cadrul familiei copiilor. Aceasta derivă din necesitatea creării unei concordanțe între influențele educaționale exercitate asupra copiilor în creșă și cele existente în familie. Numai printr-o strînsă colaborare între personalul creșei și părinți se poate realiza creșterea unor copii viguroși, sănătoși, educați în spiritul respectării cerințelor unei vieți igienice, ale unui comportament corect.

În acest scop, legătura cu familia constituie o sarcină permanentă a asistentei. Cunoașterea vieții de familie a copilului și comportării copilului în familie o vor ajuta să găsească cea mai justă conduită față de el.

Un capitol distinct sub acest raport este acordat, în teoria și practica educației pentru sănătate, copilului din leagăn, ai cărui părinți sînt îndeobște absenți pentru o perioadă mai îndelungată de timp, dacă nu pentru totdeauna, în cazul abandonului.

Lipsiți de căldura căminului părintesc, copiiilor din leagăne le este necesară crearea unor asemenea condiții de mediu înconjurător fizic și social, și a unor atare modele de comportament pozitive, încît acestea să poată suplini climatul familial, dragostea maternă, confortul psihic propriu casei părintești,

asigurîndu-le astfel un tonus neuropsihic corespunzător pentru dezvoltarea armonioasă în limitele normalităţii şi pentru împlinirea acelei bune stări fizice, mintale, sociale şi spirituale, care defineşte o sănătate optimă [5, 37, 55, 69, 209].

În acest scop, pe prim-plan se situează modul de comunicare a adulţilor – personal medico-sanitar, administrativ, îngrijitor: cald, afectuos, înţelegător-părintesc.

- **Conţinut**

Orientarea ştiinţifică a conţinutului muncii de educaţie pentru sănătate, desfăşurate în raport cu particularităţile dezvoltării morfofuncţionale şi neuropsihice ale copiilor din creşe şi leagăne, deţine un loc primordial în asigurarea exercitării unor influenţe educaţionale eficiente [55].

Conţinutul activităţii de educaţie pentru sănătate, volumul cunoştinţelor care se impun a fi transmise şi al acţiunilor de influenţare care trebuie să fie exercitate asupra copiilor este, însă, în raport direct cu volumul deprinderilor igienice posibile de elaborat la această vîrstă. În consecinţă, stabilirea acestui volum, a conţinutului deprinderilor igienice reclamă o atenţie deosebită.

În general, la vîrstă antepreşcolară, îndeosebi la grupa mare (2-3 ani), influenţele educaţionale vor trebui axate pe problemele elementare de igienă individuală: corporală şi vestimentară. Acum, copilul trebuie să înceapă a fi deprins [55]:

- să poarte în permanenţă batista asupra lui şi s-o utilizeze corect, suflînd fiecare nară pe rînd;
- să mănînce singur, folosind corect tacîmurile (personale), fără să se murdărească;
- să apuce corect periuţa de dinţi şi să efectueze primele încercări de spălare a dinţilor, chiar şi incomplete;
- să-şi schimbe îmbrăcămintea şi încălţămintea ajutat de personalul îngrijitor;
- să execute corect exerciţiile fizice, jocurile de mişcare şi dansurile specifice vîrstei.

- **Mijloace de educaţie pentru sănătate**

a) *Activităţile comune (obligatorii) cu întreaga grupă* sînt organizate şi conduse de educatoare, căreia îi revine în această direcţie un rol important: transmiterea noilor cunoştinţe; repetarea acestor cunoştinţe, pentru precizare şi însuşire temeinică; exercitarea influenţelor educaţionale pentru desăvîrşirea proceselor psihice ale copiilor. În acest cadru se realizează dezvoltarea spiritului de observaţie, îmbogăţirea reprezentărilor, dezvoltarea vorbirii, a gîndirii logice, a memoriei voluntare, precum şi a calităţilor morale [5, 37, 55].

b) *Activităţile la alegere şi jocurile cu grupe mici de copii* sau individuale, utilizate ca mijloace de influenţare în procesul de educaţie pentru sănătate, întrunesc aceleaşi caracteristici ca şi în cazul procesului instructiv-educativ în general: se pot organiza în diferite momente ale zilei – dimineaţa, la trezirea copiilor, înainte şi după activităţile obligatorii, după somnul de după-amiază sau seara înainte de culcare; îşi axează conţinutul pe cunoştinţele şi deprinderile dobîndite de copii prin activităţile obligatorii sau experienţa proprie; se bazează, în general pe metode şi forme de desfăşurare cunoscute copiilor din cadrul activităţilor obligatorii, al jocurilor şi distracţiilor – desen, modelaj, pictură, lecturi după imagini, îngrijirea plantelor şi animalelor de la colţul viu, mînuirea păpuşilor, vizionarea de diafilme, precum şi jocuri cu toată gama lor de categorii (didactice, de mişcare, de construcţie, de creaţie, distractive); îşi aduc o contribuţie importantă la îmbogăţirea, precizarea şi consolidarea cunoştinţelor şi deprinderilor copiilor, ca şi la transformarea acestora în obişnuinţe, jucînd un rol activ în realizarea sarcinilor procesului instructiv-educativ, în general, şi, implicit, la realizarea comportamentului igienic.

Se impune deci ca asistenta să acorde atenţia cuvenită pregătirii şi îndrumării acestor activităţi şi jocuri la libera alegere. În acest sens, este necesar să se pună la dispoziţia copiilor material didactic necesar desfăşurării unor atare activităţi şi jocuri: creioane colorate, hîrtie, plastelină, reviste, jocuri de masă, loto, cuburi [5, 37, 55].

c) *Jocul, ca mijloc de educaţie pentru sănătate* [5, 37, 55]. Valenţele jocului în ansamblul mijloacelor de dezvoltare multilaterală a copiilor sînt unanim recunoscute. Literatura de specialitate enunţă curent influenţele educaţionale pe care le are jocul în dezvoltarea fizică, intelectuală, morală şi estetică a copilului.

Jocul se impune atenţiei nu numai prin influenţele pe care le poate exercita pe planul culturii sanitare indirect (în cadrul educaţiei fizice, intelectuale, morale şi chiar estetice), dar mai ales prin acţiunile sale directe (îndeosebi asupra laturii formative, a sferei atitudinal-comportamentale) privind conţinutul igienic al dezvoltării multilaterale a copilului.

În funcţie de tema şi ideaţia jocului, oricare dintre categoriile menţionate poate constitui un mijloc eficient pentru exercitarea unor influenţe de educaţie pentru sănătate. Astfel:

- *Jocurile de creaţie*, cu cele trei principale variante (cu subiecte din viaţa cotidiană, cu subiecte din poveşti şi basme sau jocurile de construcţie), desfăşurate pe teme şi după reguli făcute de copii, pot constitui un excelent mijloc de educaţie pentru sănătate, dacă, fără a subaprecia caracterul creator şi iniţiativa celor mici, asistenta va interveni îndrumînd diferitele jocuri astfel încît ele să influenţeze pozitiv conduita igienică a copiilor.
- *Jocurile de mişcare* (cu subiect, cu text şi cînt, distractive şi fără subiect), sînt, prin conţinutul lor, extrem de variate, fiecare categorie putînd

avea şi un mesaj de educaţie pentru sănătate. Se împleteşte astfel, în mod organic, obiectivul major al oricărui joc de mişcare pentru dezvoltarea fizică a copilului cu realizarea unor obiective interesînd sfera comportamental-igienică. Intervenţia constructivă a asistentei deţine şi în cazul jocurilor de mişcare un rol important, aceasta trebuind să îmbogăţească cu noţiuni şi reguli igienico-sanitare conţinutul variatelor jocuri şi chiar să imagineze jocuri cu un conţinut de educaţie pentru sănătate.

Educătorul asigură respectarea de către copii, pe parcursul jocului, a unei serii de cerinţe igienice ca: echiparea corespunzătoare caracteristicilor jocurilor şi anotimpului; organizarea jocurilor de preferinţă în aer liber; alternarea mişcărilor cu odihna, în scopul prevenirii supraîncălzirii şi îmbolnăvirii; îndeplinirea regulilor elementare de igienă personală după terminarea jocului.

Dirijarea jocurilor de mişcare de către educatoare presupune şi explicarea conţinutului, a regulilor, a recompenselor, interdicţiilor şi pedepselor.

Jocurile didactice, oricare ar fi criteriul de clasificare – de conţinut sau material didactic – realizează o îmbinare armonioasă a elementului instructiv cu cel distractiv, contribuind la fixarea cunoştinţelor igienice predate în cadrul activităţilor obligatorii şi la consolidarea deprinderilor şi a obişnuinţelor care vor fundamenta comportamentul igienic al copilului de azi, adultul de mîine.

Luînd în consideraţie caracteristica principală a jocului didactic privind crearea condiţiilor necesare exersării priceperilor şi deprinderilor sub forma unor activităţi plăcute şi atractive, este recomandabil ca asistenta să contribuie la completarea unor jocuri (a căror temă se pretează la aceasta) cu elemente de educaţie pentru sănătate, tocmai în scopul exersării lor într-o formă plăcută şi atractivă.

Activitatea de educaţie pentru sănătate cu personalul pentru îngrijirea copiilor

În întreaga sa activitate desfăşurată în cadrul sarcinilor profesionale, ca şi prin comportarea exemplară în relaţiile cu copiii, personalul pentru îngrijire din creşe, leagăne şi grădiniţe poate aduce o contribuţie deosebit de valoroasă la eforturile depuse pentru menţinerea şi promovarea sănătăţii copiilor şi la educarea acestora în spiritul respectării riguroase a ansamblului regulilor igienico-sanitare, impuse de regimul zilnic [5, 37, 55].

Dar, pentru ca personalul pentru îngrijire să înţeleagă importanţa activităţii sale, să fie conştient de valoarea şi responsabilitatea muncii pe care o prestează şi să participe cu convingere şi competenţă la îndeplinirea sarcinilor ce-i revin, este necesar ca el să fie instruit şi educat corespunzător, prin grija personalului medical.

După cum este ştiut, principalele categorii profesionale ale personalului pentru îngrijire din instituţiile preşcolare sînt: îngrijitoarele de noapte, îngriji-

toarele de zi, personalul de la bucătărie şi personalul care lucrează în grupe. În consecinţă, tematica activităţii de educaţie pentru sănătate cu personalul pentru îngrijire trebuie să fie diferenţiată în raport cu aceste categorii profesionale şi cu atribuţiile lor diferite, în funcţie de specificul muncii depuse.

Totodată, avînd în vedere că unele teme igienico-sanitare au un caracter general, se impune a fi cunoscute de întregul personal pentru îngrejire.

Iată, aşadar, care este **tematica generală a activităţii de educaţie pentru sănătate**, care trebuie desfăşurată cu întregul personal pentru îngrejire: condiţiile igienice de îngrijire a clădirii şi de amenajare a unei creşe şi a unui leagăn; măsurile de profilaxie a bolilor contagioase la copii; igiena individuală a personalului din creşe şi leagăne; importanţa exemplului personal pentru formarea deprinderilor igienice la copii; ţinuta şi comportarea igienică şi civilizată a personalului; cruţarea şi tonifierea neuropsihică a copiilor printr-o atitudine caldă, părintească.

Pe lîngă această tematică generală, care interesează întregul personal, este necesar să se abordeze unele teme specifice: personalul de la bucătărie va fi instruit, în plus, în probleme de alimentaţie raţională, igiena alimentului şi servirea igienică a mesei; îngrijitoarele de noapte vor fi familiarizate cu problemele referitoare la organizarea somnului de noapte, la toaleta de dimineaţă şi la comportarea adecvata faţă de copii, pentru prevenirea traumelor psihice; personalul care lucrează în grupe va fi pregătit special pentru problemele de igienă referitoare la îndeplinirea regimului zilnic (alimentaţia, somnul de zi, îngrijirea igienică şi călirea organismului copilului, comportarea faţă de copii).

Metodica de educaţie pentru sănătate de abordare a tematicii sus-menţionate se concretizează prin următoarele **mijloace** [5, 37, 55]:

- cicluri de lecţii predate de medic şi organizate fie numai cu personalul din creşa/leagănul respectiv, cînd acesta este mai numeros, fie centralizat, cu personalul îngrijitor din mai multe creşe;
- convorbiri organizate pe grupele de categorii profesionale din unitatea respectivă (creşă, leagăn);
- convorbiri individuale axate pe carenţele comportamentale depistate de la caz la caz;
- demonstraţii practice privind îndeplinirea în condiţii de igienă a diferitelor sarcini profesionale (de exemplu, măturatul umed, aranjarea paturilor, prepararea igienico-dietetică a alimentelor etc.);
- afişarea atribuţiilor personalului îngrijitor pe diversele sale categorii, în locuri vizibile, accesibile acestuia.

Dintre toate categoriile de personal pentru îngrejire/auxiliar, cel care vine mai frecvent în contact cu copiii este personalul care lucrează în grupe. Datorită acestui fapt, precum şi atribuţiilor sale importante în cadrul asigurării măsurilor necesare menţinerii şi promovării sănătăţii copiilor şi al procesului de

formare a deprinderilor igienice, personalul din grupe necesită o atenţie specială sub raportul pregătirii sale. Se recomandă a se organiza suplimentar un ciclu de convorbiri de educaţie pentru sănătate cu următoarea tematică: măturatul cu mătura umedă şi cum se face acesta; aerisirea încăperilor; condiţiile igienice pentru organizarea băii copiilor în creşă/leagăn; spălarea pe picioare a copiilor; călirea organismului copiilor şi cum se realizează aceasta (fricţiunile şi duşurile, folosirea aerului ca mijloc de călire); cruţarea psihicului copilului; contribuţia pe care o poate aduce personalul din grupe la formarea deprinderilor igienice, civilizate la copii; menţinerea şi promovarea sănătăţii mintale; importanţa camerei de izolare şi condiţiile organizării şi întreţinerii igienice a acesteia; îngrijirea copilului în camera de izolare; importanţa şi metodele de dezinfecţie, dezinsecţie şi deratizare; necesitatea unei atitudini calde, părinteşti faţă de copil.

Trăsătura principală a tematicii acestui ciclu de convorbiri este caracterul său concret, ceea ce determină, în general, înţelegerea şi asimilarea cunoştinţelor transmise cu multă uşurinţă. Însuşirea temeinică a acestor noţiuni poate fi însă mult facilitată prin utilizarea, în cadrul convorbirilor, a unor materiale didactico-demonstrative (planşe, expoziţii, diafilme etc.) şi prin însoţirea sau succedarea lor de demonstraţii practice, adecvate conţinutului fiecărei convorbiri.

5.2.2. *Educaţia pentru sănătate a preşcolarilor*

Activitatea de educaţie pentru sănătate cu preşcolarii urmăreşte realizarea unui şir de obiective şi o problematică specifică, în strînsă corelaţie cu particularităţile morfofuncţionale şi neuropsihice ale copiilor la această vîrstă, şi se conturează un conţinut specific [4, 5, 37, 55, 209, 210].

Obiective

Educaţia pentru sănătate a preşcolarilor urmăreşte realizarea următoarelor obiective [4, 5, 37, 55, 210]:

- elaborarea deprinderilor de formare a obişnuinţelor igienice necesare călirii organismului, măririi rezistenţei fizice specifice, dezvoltării armonioase a copiilor, menţinerii şi promovării sănătăţii acestora;
- familiarizarea sistematică a copiilor cu noţiuni elementare ce privesc problemele de igienă individuală şi colectivă specifice vîrstei;
- dezvoltarea şi cimentarea unor atitudini şi a unui comportament igienic, care să permită copiilor să acţioneze în folosul sănătăţii proprii şi celei a colectivităţii.

Realizarea acestor obiective în cadrul procesului instructiv-educativ din instituţiile preşcolare constituie componenta igienico-sanitară a educaţiei multilaterale şi necesită integrarea organică a influenţelor de educaţie pentru sănătate în planurile de învăţămînt ale activităţii obligatorii, precum şi în

ansamblul activităţilor prevăzute în programa grădiniţelor de copii. Îmbunătăţirea indicatorilor stării de sănătate în colectivitatea respectivă va duce la o dezvoltare armonioasă fizică, mintală a copiilor, sub raportul cultivării comportamentului motor, cognitiv, verbal şi socioafectiv, în limitele normalităţii [4, 5, 37, 55, 209].

Oportunitatea educaţiei pentru sănătate la vîrsta preşcolară se bazează pe faptul că această vîrstă este cea mai aptă pentru elaborarea deprinderilor şi formarea obişnuinţelor. „A învăţa copilul, de la vîrsta cea mai fragedă, să fie îngrijit, să respecte regulile de igienă personală, să se obişnuiască cu un regim raţional de alimentaţie – arată Batchis – înseamnă a rezolva în cea mai mare parte problema esenţială a formării comportamentului igienic". Definite ca „şiruri lungi de reflexe condiţionate", deprinderile se elaborează rapid la vîrsta preşcolară, sînt mai stabile, mai trainice.

Cadrul general de organizare şi desfăşurare a procesului instructiv-educativ din instituţiile pentru preşcolari, factorii educaţionali multipli care contribuie la instruirea şi educarea copilului în aceste instituţii sînt de natură să asigure condiţiile optime necesare instruirii şi educării copiilor în spiritul unei riguroase respectări a regulilor de igienă, în vederea elaborării deprinderilor igienice şi transformării acestora în obişnuinţe, pentru formarea comportamentului civilizat al viitorului adult.

Desfăşurarea unei activităţi de educaţie pentru sănătate pe baze ştiinţifice, exercitarea unor influenţe educaţionale eficiente, capabile să determine dezvoltarea comportamentului igienic la preşcolari impun cunoaşterea temeinică de către educatoare a principalelor etape de formare a deprinderilor şi de transformare a acestora în obişnuinţe.

Considerate componente automatizate ale activităţii, deprinderile presupun o muncă perseverentă, formarea lor constituind un proces complex, de durată, realizabil în timp, în următoarele trei etape:

- familiarizarea cu structura globală a acţiunii;
- eliminarea mişcărilor de prisos şi a eforturilor inutile;
- automatizarea şi, în cazul deprinderilor motrice, înlocuirea controlului vizual cu cel chinestezic.

O mai completă analiză şi o mai profundă cunoaştere şi înţelegere a acestui proces necesită exemplificarea formării unei deprinderi. Să luăm, de pildă, deprinderea spălatului pe mîini.

Etapa I – familiarizarea cu structura globală a acţiunii constă, în acest caz, în informarea copiilor asupra condiţiilor şi mijloacelor de realizare a acţiunii ca atare (spălatul mîinilor); urmărirea unei demonstraţii-model a educatoarei, care le ocazionează perceperea nemijlocită a componentelor acţiunii, a complexului de mişcări necesare spălării corecte, eficiente a mîinilor; încercarea de a executa aceste mişcări (deschiderea robinetului, apucarea săpunu-

lui, săpunirea mîinilor, lăsarea săpunului, corecta efectuare a mişcărilor necesare asigurării unei cît mai riguroase igiene a mîinilor) într-o acţiune unică: spălatul pe mîini.

Desigur că, în această primă etapă, copilul execută componetele acţiunii de spălare a mîinilor cu multă dificultate; el nu poate realiza practic un spălat eficient. Deşi acordă actului în sine mult timp, multă atenţie şi consumă multă energie, copilul rămîne totuşi cu mîinile pe jumătate nespălate, deoarece acţiunea se desfăşoară greoi, imprecis, cu mişcări de prisos, inutile, ineficiente. Tocmai acest fapt impune trecerea la etapa următoare.

Etapa a II-a, caracterizată prin eliminarea mişcărilor de prisos şi a eforturilor inutile, facilitează desfăşurarea acţiunii, determină evitarea risipei de energie şi timp, copilul reuşind să execute acţiunea cu precizie, să-şi coordoneze astfel mişcările încît spălarea să fie în acelaşi timp promptă şi completă.

Totuşi, procesul de formare a deprinderii spălatului pe mîini nu poate fi considerat încheiat. Cu toată rapiditatea şi eficienţa cu care se execută acţiunea, aceasta nu a ieşit încă de sub controlul vizual al copilului, ci se desfăşoară sub privirea sa atentă, preocupat fiind de ordinea mişcărilor, de executarea lor corectă etc.

Cu timpul, însă, în procesul exersării, al repetării multiple, se trece la o noua etapă, cînd are loc perfecţionarea procesului de formare a deprinderii prin automatizarea acţiunii care determină eliminarea controlului vizual, reglarea mişcărilor componente ale acţiunii fiind preluată de simţul tactil-chinestezic. Ca urmare, copilul execută perfect gama largă de acte automatizate ale acţiunii (deprinderii), avînd posibilitatea să manifeste simultan şi alte preocupări (se priveşte în oglindă, răspunde la întrebările sau observaţiile eventuale ale educatoarei, discută cu un coleg, cîntă, rîde, în fine, poate gîndi, prospectiv sau retrospectiv, fapte concrete), fără ca aceasta să tulbure buna desfăşurare a acţiunii. În acest stadiu se poate spune că procesul de formare a deprinderii respective s-a încheiat.

Executarea aparent „mecanică" a componentelor unei acţiuni, automatizarea nu trebuie să ducă însă la interpretarea eronată, neştiinţifică a fenomenului, considerîndu-se, de exemplu, că acţiunea devenită deprindere ar ieşi de sub controlul conştiinţei. Dimpotrivă, deprinderea este şi rămîne, oricît de perfecţionată ar fi, un fapt de conştiinţă. Simţul tactil-chinestezic reglează mişcările unei acţiuni atîta vreme, cît în desfăşurarea acesteia nu intervine niciun „accident" care să tulbure executarea „normală", stereotipă a actelor învăţate, automatizate. În momentul în care se produce însă un atare „accident", să spunem, de exemplu, scăparea săpunului din mîini, şirul de mişcări automatizate este întrerupt, iar pentru reluarea, „reînnodarea" lui este necesară intervenţia gîndirii, a intelectului. În acest caz, activitatea paralelă executării acţiunii, deprinderii (rîsul, cîntul, vorbirea etc.) se întrerupe brusc, tocmai din

necesitatea intervenției etajelor superioare ale sistemului nervos central pentru remedierea perturbării survenite accidental în automatismul deprinderii, pentru reglarea conștientă a componentelor acțiunii [5, 37, 55, 210].

Elaborarea deprinderilor igienice nu reprezintă, însă, un scop în sine, ci o treaptă deosebit de importantă, am putea spune indispensabilă, în realizarea obiectivului principal al activității de educație pentru sănătate în instituțiile pentru preșcolari – formarea comportamentului igienic, sanogenetic.

Prin urmare, învățarea deprinderilor, formarea acestora ca stereotipii dinamice, încheierea procesului de formare a lor prin automatizarea actelor (mișcărilor) componente nu trebuie să determine sistarea activităților instructiv-educative specifice. Dimpotrivă, acestea trebuie să fie continuate prin mijloace tot mai eficiente, în vederea transformării deprinderilor în obișnuințe, ceea ce constituie o etapă comparativ superioară.

Copilul preșcolar care și-a format perfect deprinderea spălatului pe mîini, în accepția menționată mai sus, poate să nu aibă formată în același timp obișnuința aplicării acestei norme de igienă înainte de masă, spre exemplu. Obișnuința va apare treptat, ca urmare a repetării zilnice a deprinderii sub influența factorilor educaționali complecși, existenți în instituția preșcolară. Apariția obișnuinței determină executarea acțiunii fără exercitarea unei influențe stimulative externe. Preșcolarul, cu obișnuința spălatului pe mîini înainte de masă formată, execută acțiunea nu din îndemnul educatoarei, ci din proprie inițiativă, „în virtutea obișnuinței", din nevoia de a se spăla. Pus în situația de a-și respecta obișnuința, el trăiește o stare afectiv-pozitivă: așezat la masă cu mîinile curate, proaspăt spălate, copilul se simte bine, este satisfăcut, bucuros.

Dacă însă, din diferite motive (lipsa apei, săpunului etc.), este pus în situația de a nu se putea spăla pe mîini înainte de masă conform obișnuinței sale, copilul trăiește, dimpotrivă, o stare afectiv-negativă – devine agitat, neliniștit, nemulțumit, cu urmări nefavorabile asupra apetitului, asupra conduitei în timpul mesei.

Educația pentru sănătate în instituțiile preșcolare trebuie să-și extindă sfera de acțiune asupra părinților și personalului grădiniței, care pot exercita influențe pozitive sau negative, în raport cu nivelul lor de cultură sanitară, atît asupra sănătății copiilor, cît și asupra educării lor igienico-sanitare. Părinții, personalul didactic și administrativ din grădinițe trebuie să fie instruiți și educați în sensul cerințelor igienice ale muncii în instituția preșcolară respectivă, activitate care se organizează și se îndrumă de personalul medico-sanitar, dar se efectuează prioritar de cadrele didactice și de personalul administrativ al grădiniței [5, 37, 55, 210].

Cadrele didactice, educatoarele, a căror sarcină principală este desfășurarea activității de educație pentru sănătate cu copiii, în cadrul procesului

instructiv-educativ participă totodată la munca de culturalizare sanitară a personalului administrativ şi îngrijitor, precum şi la ridicarea nivelului de cultură sanitară a părinţilor.

Fără exercitarea unor influenţe educaţionale unitare asupra copilului, fără asigurarea unei depline concordanţe între acţiunile desfăşurate în cadrul procesului instructiv-educativ şi cele din afara acestuia şi din familie, nu se pot realiza obiectivele educaţiei pentru sănătate în ceea ce priveşte preşcolarii.

Întreaga ambianţă cu care copilul vine zilnic în contact – mediul fizic şi social – exercită o deosebită influenţă asupra sistemului nervos central al acestuia, putînd favoriza sau stînjeni deprinderile igienice. Acesta înseamnă că mediul înconjurător la copilului din creşă, leagăn şi grădiniţă trebuie astfel organizat, încît să contribuie la formarea unor deprinderi corecte.

În ansamblul factorilor educaţionali, rolul exemplului personal al adulţilor este foarte important. Atitudinile, deprinderile şi obişnuinţele sînt preluate de către copii prin imitaţie, independent de caracterul pozitiv sau negativ al acestora. Iată de ce întregul personal al instituţiilor preşcolare, indiferent de funcţia pe care o deţine, trebuie să fie instruit şi educat în spiritul respectării riguroase a regulilor de igienă şi de comportament civilizat. Personalul instituţiilor preşcolare are în acest sens un dublu rol: pe de o parte, acela de a-şi exercita conştiincios îndatoririle profesionale, iar pe de altă parte, de a servi drept model pentru copii.

Totodată, întregul personal din instituţiile preşcolare este dator să depisteze şi să combată cu fermitate eventualele greşeli de comportament ale copiilor.

Particularităţile educaţiei pentru sănătate în cadrul instituţiilor preşcolare impune o atenţie deosebită şi din partea familiei copiilor. Aceasta derivă din necesitatea creării unei concordanţe între influenţele educaţionale exercitate asupra preşcolarilor şi cele existente în familie.

Conţinutul activităţii

Educaţia pentru sănătate este diferenţiată, în funcţie de deprinderile igienice necesare de elaborat, pe grupe de vîrstă ale preşcolarilor [4, 5, 37, 55, 210]. Astfel:

- *la grupa mică*, educaţia pentru sănătate va trebui axată pe problemele elementare de igienă individuală (corporală, vestimentară);
- *la grupa mijlocie*, o primă grijă trebuie să fie intensificarea influenţelor educaţionale pentru perfecţionarea executării mişcărilor specifice deprinderilor în curs de formare (de exemplu, deprinderea spălatului pe dinţi);
- *la grupa mare*, procesul elaborării şi consolidării deprinderilor igienice trebuie conştientizat prin acţiuni de explicare a finalităţii deprinderilor.

În desfăşurarea acestor activităţi, educatorii trebuie să dea dovadă de foarte mult tact pedagogic, pentru a alege acele modalităţi de lucru care să stîrnească interesul copiilor, pentru a sesiza momentul cînd se instalează oboseala, plictiseala şi deci dispare interesul pentru respectiva activitate.

Activitatea de educaţie pentru sănătate cu preşcolarii cuprinde unele aspecte particulare:

- **Activităţile obligatorii** constituie la preşcolari forma principală prin care se realizează sarcinile instructiv-educative prevăzute în programul grădiniţelor. Astfel, este necesar ca educatoarea să efectueze săptămînal programul de educaţie pentru sănătate inclus în activitatea obligatorie.
- **Jocul** este forma cea mai atractivă şi constituie mijlocul cel mai eficient de formare a unor deprinderi corecte.
- **Activităţile şi jocurile alese de copii**, ca mijloace de educaţie pentru sănătate. Publicaţiile cu teme igienico-sanitare pentru copiii între 3 şi 6 ani (albume, pliante, broşuri bogat şi viu ilustrate) joacă un rol major în buna desfăşurare a activităţilor de formare a deprinderilor.
- **Regimul de zi**. Pe lîngă influenţele de educaţie pentru sănătate, exercitate asupra copiilor în cadrul procesului instructiv general, buna organizare a regimului de zi în grădiniţe are o mare importanţă pentru elaborarea deprinderilor şi formarea obişnuinţelor igienice.

Un rol deosebit în procesul de formare a acestora îl are „controlul sanitar" efectuat de educatoare în momentul primirii, respectiv la începerea activităţii zilnice. Controlul curăţeniei corporale, ca şi al stării de igienă a încălţămintei, au în cadrul acesteia o pondere importantă.

În cadrul tuturor celorlalte „momente" ale regimului zilei (spălatul, alimentaţia, activităţile şi jocurile, somnul, plecarea acasă), se pot efectua nenumărate intervenţii cu caracter de educaţie pentru sănătate.

Rolul deosebit de important al corpului didactic, personalului administrativ, medico-sanitar şi al personalului îngrijitor de diferite categorii în educaţia pentru sănătate a preşcolarilor impune necesitatea pregătirii/instruirii şi educării lui însuşi asupra cerinţelor igienice ale muncii în instituţia pentru preşcolari. De aceea, pentru buna organizare şi desfăşurare a activităţii de educaţie pentru sănătate în instituţiile preşcolare, sînt necesare două categorii distincte de specialişti: cadrele medico-sanitare care deservesc instituţia preşcolară respectivă şi cadrele didactice, educatoarele.

În consecinţă, *cadrele medico-sanitare* din grădiniţe sînt solicitate să înscrie în ansamblul atribuţiilor lor şi următoarele sarcini principale:

- munca de coordonare şi îndrumare a activităţii de educaţie pentru sănătate, desfăşurate de educatoare cu preşcolarii;
- educaţia pentru sănătate a personalului îngrijitor, administrativ şi de conducere;

- educaţia pentru sănătate a părinţilor, în colaborare cu personalul didactic.

În paralel, *cadrele didactice, educatoarele*, a căror sarcină principală constă în desfăşurarea activităţii de educaţie pentru sănătate cu copiii în cadrul procesului instructiv-educativ, participă totodată la munca de educaţie pentru sănătate cu personalul îngrijitor şi efectuează, în colaborare cu medicul, educaţia pentru sănătate a părinţilor.

Exercitarea unor influenţe educaţionale unitare asupra copilului preşcolar, asigurarea unei depline concordanţe între acţiunile desfăşurate în cadrul procesului instructiv-eductaiv, în afara acestuia şi în familie sînt de natură să concure la realizarea obiectivelor majore ale educaţiei pentru sănătate la această vîrstă. Pentru ca să existe această concordanţă, este necesar ca activitatea de educaţie pentru sănătate să cuprindă în sfera sa de influenţare întregul personal care deserveşte instituţia preşcolară şi să-l educe în spiritul unităţii, consensului de acţiune.

Ambianţa cu care copilul vine zilnic în contact exercită o deosebită influenţă asupra sistemului nervos central al acestuia, favorizînd sau împiedicînd formarea deprinderilor igienice. Se impun deci atenţiei, ca factori cu accentuat rol educaţional-formativ, pe de o parte, organizarea mediului înconjurător al copilului, iar pe de altă parte, utilizarea exemplului personal al adulţilor din jur. Organizarea corespunzătoare a mediului în grădiniţă facilitează respectarea regulilor de igienă, stimulează copilul în aplicarea lor, îi creează stări afectiv-pozitive, îndeplinirea cerinţelor igienice producîndu-i bucurie, plăcere, bună dispoziţie. Dimpotrivă, organizarea defectuoasă a acestuia poate stînjeni respectarea deprinderilor igienice deja formate, însă insuficient consolidate.

Educaţia pentru sănătate în cadrul instituţiilor pentru preşcolari, particularităţile acesteia referitoare îndeosebi la organizarea mediului înconjurător, la rolul exemplului personal al adulţilor şi la necesitatea depistării şi combaterii aspectelor negative de comportament impun o atenţie deosebită şi în cadrul familiei copiilor, derivînd din necesitatea creării unei concordanţe între influenţele educaţionale exercitate asupra copiilor de grădiniţă şi de părinţi.

Conţinutul activităţii de educaţie pentru sănătate se află în raport direct cu volumul deprinderilor şi obişnuinţelor igienice necesare şi posibile de elaborat la diferitele grupe de vîrstă preşcolară.

***Grupa mică* (3-4 ani)**

Elaborarea unor deprinderi şi obişnuinţe de igienă personală la această vîrstă necesită influenţe educaţionale axate pe probleme elementare de igienă individuală: corporală şi vestimentară. Consolidarea deprinderii spălatului pe mîini şi pe faţă presupune o atenţie sporită, izvorînd din necesitatea perfecţionării deprinderilor ca atare, încă în curs de automatizare a mişcărilor privind:

prinderea şi manipularea săpunului; săpunirea mîinilor şi a feţei; clătirea cu apă; ştergerea corectă şi completă cu prosop individual; aşezarea acestuia la locul special destinat etc.

Totodată, preşcolarul mic trebuie să continue a fi deprins cu [5, 37, 55, 210]:

- purtarea permanentă a batistei asupra lui şi utilizarea ei corectă, suflînd fiecare nară pe rînd;
- folosirea corectă a tacîmurilor (personale), fără să se murdărească sau să bage mîinile în mîncare; buna mestecare a alimentelor;
- consumarea completă a diferitelor feluri de mîncare servite în cadrul meniurilor zilnice;
- ţinerea corectă a periuţei de dinţi şi efectuarea primelor încercări de spălare a dinţilor, chiar şi incompletă;
- schimbarea îmbrăcămintei şi încălţămintei, fiind ajutat de personalul îngrijitor;
- executarea corectă a exerciţiilor fizice, jocurilor de mişcare şi dansurilor specifice vîrstei;
- începerea familiarizării cu momentele programului zilnic de activitate şi odihnă.

***Grupa mijlocie* (4-5 ani)**

Procesul de perfecţionare a deprinderilor şi obişuinţelor continuă prin consolidarea celor a căror elaborare a început la 3-4 ani şi prin îmbogăţirea cu deprinderi noi, corespunzătoare cerinţelor igienice specifice vîrstei, ca [55]:

- îmbăierea în cadă şi clătirea prin duş, folosind săpunul şi buretele;
- spălarea pînă la brîu;
- spălarea pe picioare;
- perierea şi pieptănarea părului;
- curăţarea îmbrăcămintei şi încălţămintei, scuturînd-o, periind-o şi aerisind-o;
- formarea unor deprinderi privind respectarea programului zilnic;
- formarea unor deprinderi privind ocrotirea fetiţelor de către băieţi.

Avînd în vedere tendinţa copiilor de a practica unele obiceiuri dăunătoare, este indicată combaterea lor curentă, demonstrîndu-li-se pericolele la care se expun sau dezavantajele unor asemenea obiceiuri. Aşa, de exemplu, este necesar să se explice copiilor (ori de cîte ori unul dintre ei se comportă necorespunzător) de ce sînt interzise [55]:

- spargerea în dinţi a bomboanelor, nucilor, alunelor, sîmburilor etc.;
- scobirea între dinţi cu ace, cuie, bricege etc.;
- spargerea sau ţinerea creionului între dinţi;
- consumul dulciurilor între mese;
- consumul de apă direct din găleată sau de la robinet, ori din cană comună;

- frecarea ochilor cu mîinile murdare, în timpul jocului sau al diferitelor activităţi;
- introducerea în urechi a scobitorilor, cuielor etc., pentru a se curăţa sau scărpina;
- vorbirea la masă;
- folosirea tacîmului, lenjeriei altui copil etc.

Odată cu formarea deprinderilor care se impun a fi elaborate la grupele mică şi mijlocie, chiar de la această vîrstă este indicat a se acţiona pentru transformarea lor în obişnuinţe. Astfel, paralel cu deprinderea spălatului pe mîini, se va urmări formarea obişnuinţei ca fiecare să se spele pe mîini înainte de masă, după folosirea closetului ori de cîte ori s-a murdărit. De asemenea, deprinderea spălatului pe dinţi poate juca un rol pozitiv în menţinerea şi promovarea sănătăţii numai dacă aceasta va fi transformată în obişnuinţa spălării dinţilor dimineaţa şi mai ales seara, înainte de culcare, şi completată cu obişnuinţa clătirii gurii după fiecare masă sau gustare.

Deprinderea de a sufla corect nasul în batistă rămîne fără valoare igienică, dacă nu se urmăreşte transformarea acesteia în obişnuinţa ştergerii oportune a nasului în momente „critice", care reclamă această măsură de igienă personală. Evident că deprinderea utilizării corecte a batistei nu poate constitui un mijloc de apărare a sănătăţii, dacă nu se transformă în obişnuinţa ţinerii batistei la gură şi la nas ori de cîte ori copilul strănută sau tuşeşte.

Deprinderea executării corecte a mişcărilor impuse de diferitele mijloace ale educaţiei fizice (exerciţii, jocuri, dansuri) nu-şi poate aduce contribuţia la călirea organismului şi la întărirea sănătăţii, dacă nu se transformă în obişnuinţa practicării curente a acestora.

Vom enunţa rolul major pe care-l joacă în procesul transformării deprinderilor în obişnuinţe exersarea acţiunilor respective cu copiii, chiar în momentele în care aceştia ar urma să acţioneze în virtutea obişnuinţelor. Exersarea acţiunii spălatului pe mîini, de exemplu, se recomandă a se efectua înaintea meselor, după folosirea closetului etc., după cum aceea a spălării pe dinţi se va efectua seara, după cină, şi dimineaţa, la trezire.

Dezvoltarea morfofuncţională a copiilor din grupa mijlocie permite, aşadar:

- perfecţionarea deprinderilor;
- consolidarea deprinderilor formate anterior, aflate în curs de elaborare;
- transformarea deprinderilor existente în obişnuinţe;
- îmbogăţirea conţinutului unor deprinderi noi, corespunzătoare cerinţelor igienice adecvate vîrstei.

***Grupa mare* (5-6 ani)**

Procesul elaborării şi consolidării deprinderilor igienice este facilitat de experienţa acumulată şi de nivelul dezvoltării multilaterale atins de copii, de

posibilitatea motivării solicitărilor, a conştientizării acţiunilor prin explicarea finalităţii lor, prn lămurirea clară, precisă asupra necesităţii deprinderilor şi obişnuinţelor igienice [5, 37, 55, 210]. Deprinderile igienice elaborate anterior, la vîrstă antepreşcolară, mică şi mijlocie preşcolară, se consolidează şi se îmbogăţesc continuu. Multe deprinderi s-au transformat în obişnuinţe. Altele, însă, necesită încă influenţe educaţionale. Asupra acestora educatoarea trebuie să-şi concentreze prioritar atenţia, depistînd eventualele cauze frenatoare şi combatîndu-le cu fermitate.

Respectarea cu stricteţe a regulilor de igienă individuală în totalitatea lor, considerate ca deprinderi şi obişnuinţe, trebuie să constituie la grupa mare un bun cîştigat [55, 210]:

- spălatul pe mîini, faţă, gît, urechi;
- spălatul pînă la brîu;
- spălatul pe dinţi cu aplicarea corectă a tehnicii periajului;
- tăierea unghiilor;
- spălatul pe picioare;
- perierea îmbrăcămintei şi a încălţămintei;
- schimbarea lenjeriei murdare cu alta curată sau a celei de zi cu cea de noapte etc.

Deprinse şi intrate în obişnuinţă sub influenţele educaţionale din grădiniţă, aceste reguli de igienă vor fi respectate de preşcolarii mai mari, ca acţiuni conştiente, şi în viaţa de familie. Conştientizarea regulilor de igienă determină, ca o consecinţă directă, independenţa de acţiune a copilului şi formarea obişnuinţei de a respecta aceste reguli, deci de a se comporta igienic, chiar atunci cînd nu este supravegheat de adult.

Paralel, se impun a fi deprinse şi intrate în obişnuinţă: respectarea strictă a momentelor programului zilnic; relaţiile corecte dintre fetiţe şi băieţi; relaţiile corecte în microgrupul familial.

Activitatea de formare a deprinderilor şi obişnuinţelor igienice, civilizate se impune a fi împletită cu grija pentru sănătatea mintală a copiilor. Îndeosebi în grădiniţele cu orar normal şi săptămînal, ruperea de mediul familial pentru un timp relativ mare afectează puternic copilul, putîndu-i provoca traume psihice, dacă acesta nu găseşte în instituţia preşcolară o ambianţă favorabilă, de calm şi înţelegere, capabilă să suplinească absenţa căldurii specifice căminului părintesc.

Aşadar, este necesar ca, în cadrul procesului instructiv-educativ, educatoarea să depună eforturi susţinute pentru prevenirea apariţiei la copii a unor stări de interiorizare, de însingurare, de izolare. Evitarea unor asemenea fenomene reclamă o serie de influenţe educaţionale în sensul cultivării la cei mici a unui spirit dezvoltat de sociabilitate, a unui profund ataşament faţă de ceilalţi copii, a dragostei pentru colegii din grupa lor. În acest scop, este nece-

sar ca prin întreaga sa comportare, printr-o atitudine calmă, caldă, apropiată educatoarea să cîştige încrederea copiilor, convingîndu-i să discute cu ea sau cu părinţii toate nemulţumirile, toate problemele care-i neliniştesc.

Deseori, tulburările de comportament apărute în viaţa unor copii, cu implicaţii potenţiale pe planul sănătăţii mintale, pot fi cauzate de relaţiile deficitare ale acestora cu grupul. Un atare gen de interrelaţii de frustare, chiar şi numai sub raportul „acordării" unei atenţii preferenţiale sau al „acceptării" unor prietenii diferenţiate, oricît de benigne ar părea, pot influenţa sensibilitatea unor copii mai emotivi, cu o afectivitate mai labilă, inhibîndu-i, lezîndu-le personalitatea şi limitîndu-le independenţa de manifestare.

Datoria educatoarei este de a decela, într-un stadiu cît mai incipient posibil, profilarea unor astfel de relaţii şi de a interveni cu promptitudine şi fermitate pentru echilibrarea raportului de forţe dintre „tabere", dintre o anumită grupare şi copilul predispus izolării sau dintre întreaga grupă şi copilul (sau cei cîţiva copii) în pericol de a fi frustraţi de „graţiile" celorlalţi.

În astfel de cazuri, intervenţiile educatoarei trebuie să vizeze temperarea grupărilor „agresive", anihilîndu-le tendinţele frustraţionale de grup, prin eventuala regrupare a copiilor izolaţi sau în curs de „rejectare".

Manifestările de egoism, invidie, egocentrism trebuie combătute, acţionîndu-se prin influenţe de natură să dezvolte la copii sentimentul prieteniei, al dragostei pentru munca armonioasă în colectiv, al gustului estetic.

Educarea la preşcolari a politeţii, amabilităţii, respectului faţă de colegi, fraţi, părinţi etc., trezirea interesului pentru audiţiile muzicale, manifestările distractiv-recreative şi pentru tot ceea ce, în general, generează stări afectiv-pozitive constituie, în esenţă, o contribuţie substanţială la rezolvarea problemelor de sănătate mintală.

Superficialitatea în relaţiile educatoarei cu copiii, indiferenţa afectivă, ori insuficienta sau falsa căldură sînt de natură să afecteze sfera emoţională a preşcolarilor, să le zdruncine încrederea în personalul didactic, lipsindu-i în acelaşi timp de afecţiunea atît de necesară la această vîrstă.

Unilateralizarea mijloacelor de influenţare determină monotonia activităţii copiilor, plictiseala acestora, diminuarea interesului de cunoaştere, cu întreaga gamă de consecinţe negative pe planul sănătăţii mintale. Consecinţe similare pot rezulta, de asemenea, şi din absenta îndrumării jocului. Dintr-un excelent mijloc educativ, jocul neîndrumat de educatoare poate deveni un element conflictual, generînd discordie, stări de spirit anarhic, animozităţi şi manifestări contradictorii.

În ansamblul măsurilor de ocrotire a sănătăţii mintale a preşcolarilor, o componentă de valoare o constituie bine cunoscuta metodă stimulativă a recompensei şi sancţiunii. Folosirea raţională a acesteia în activitatea curentă, favorizează stabilirea unor relaţii calitativ superioare, capabile să aducă o

contribuție valoroasă la tonifierea neuropsihică a copiilor. Este recomandabil ca recompensele și sancțiunile să se acorde „public", explicînd grupei meritele copiilor recompensați, evidențiați, sau greșelile celor pedepsiți ori apreciați negativ. În felul acesta poate fi evitată apariția în grupă a unor opinii contradictorii generatoare de stări de spirit conflictuale, nemulțumiri care, afectînd sfera emoțională a copiilor, pot exercita influențe negative asupra echilibrului lor psihic. În familie este necesar a se milita pentru înlocuirea recompensei materiale cu cea morală, prilejuită de satisfacția aprecierii rezultatelor obținute prin efort propriu, precum și pentru abandonarea sancțiunilor coercitive în favoarea celor restrictive [5, 37, 55, 210].

Mijloace de educație pentru sănătate

Calitatea și eficiența activității de educație pentru sănătate, desfășurate în cadrul procesului instructiv-educativ din învățămîntul preșcolar, este în raport direct cu metodele utilizate. Date fiind particularitățile procesului instructiv-educativ din instituțiile preșcolare, nu se poate vorbi de forme de muncă specifice activității de educație pentru sănătate cu copiii. Transmiterea cunoștințelor și exercitarea influențelor educaționale necesare formării deprinderilor și obișnuințelor igienice se realizează prin formele curente de lucru cu preșcolarii [5, 37, 55, 210].

Activitatea obligatorie, ca mijloc de educație pentru sănătate

Activitățile obligatorii (comune) constituie forma principală prin care se realizează sarcinile instructiv-educative prevăzute de programă, în consecință, este necesar ca educatoarea să aloce săptămînal problemelor de educație pentru sănătate un anumit număr de activități obligatorii.

Planșele, albumele ilustrate și celelalte tipărituri de educație pentru sănătate editate de Ministerul Sănătății pot fi utilizate de educatoare cu eficiență maximă în cadrul diferitelor tipuri de activități obligatorii desfășurate cu copiii, oferindu-i un valoros material pentru organizarea și desfășurarea acestor activități.

Independent de activitățile obligatorii axate, în exclusivitate, pe problemele de educație pentru sănătate, în cadrul diferitelor activități obligatorii cu teme și obiective variate educatoarea poate integra, paralel, și aspecte teoretice și practice, cu caracter formativ și informativ, privind elaborarea deprinderilor și obișnuințelor igienice [5, 37, 55, 210].

Jocul, ca mijloc de educație pentru sănătate

Rolul major al jocului în dezvoltarea multilaterală a copiilor este unanim recunoscut. În funcție de tema și ideea jocului, oricare dintre cele trei categorii ale acestuia (de creație, de mișcare sau didactic) poate constitui un mijloc eficient pentru exercitarea unor influențe de educație pentru sănătate [5, 37, 55, 210].

- **Jocurile de creație**, cu cele trei variante ale lor („cu subiecte din viața cotidiană", „cu subiecte din povești și basme" sau „jocurile de construc-

ţie"), desfăşurate, după cum se ştie, pe teme şi după reguli create de copii, pot constitui un excelent mijloc de educaţie pentru sănătate, dacă, fără a înăbuşi caracterul creator şi iniţiativa copiilor, educatoarea îndrumă diferitele jocuri astfel încît ele să influenţeze pozitiv conduita igienică a copiilor.

• **Jocurile de mişcare** („cu subiect", „cu text şi cînt", „distractive" şi „fără subiect") sînt, prin conţinutul lor, extrem de variate, fiecare categorie putînd avea însă şi un mesaj de educaţie pentru sănătate. În desfăşurarea jocurilor de mişcare, prezenţa educatoarei este indispensabilă, vizînd asigurarea respectării de către copii, pe parcursul jocului, a unei serii de cerinţe igienice, ca:

- echiparea corespunzător caracteristicilor jocului şi anotimpului;
- alternarea mişcărilor cu odihna, în scopul prevenirii supraîncălzirii şi îmbolnăvirii;
- îndeplinirea regulilor elementare de igienă personală (spălatul pe mîini sau al corpului pînă la brîu) după terminarea jocului, dacă în cursul acestuia s-au murdărit ori au transpirat.

• **Jocurile didactice** realizează o îmbinare armonioasă a elementului instructiv cu cel distractiv, contribuind la fixarea cunoştinţelor igienice predate în cadrul activităţilor obligatorii şi la consolidarea deprinderilor şi a obişnuinţelor care vor fundamenta comportamentul igienic al copilului. Astfel sînt jocurile didactice al căror conţinut îl constituie cunoştinţele despre corpul omenesc. Jocurile cu un atare conţinut permit completări de educaţie pentru sănătate referitoare la igiena corporală şi vestimentară, igiena dinţilor, călirea organismului.

Îmbogăţirea jocurilor didactice cu unele componente din sfera comportamentului igienic este, de asemenea, realizabilă. În jocul „De-a familia", pentru copiii care îndeplinesc rolul „părinţilor", regulile jocului se pot completa cu obligativitatea acestora de a verifica respectarea de către „copii" a principalelor reguli de igienă personală în diferite momente ale programului zilnic: la sculare, înaintea meselor, după joacă, la culcare.

Ca mijloc de educaţie pentru sănătate, jocul poate fi utilizat nu numai parţial, prin intermediul unora dintre laturile sale constitutive sau al completărilor adecvate efectuate creator de educatoare, ci şi prin dedicarea integrală a unor jocuri problemelor de igienă şi sănătate specifice vîrstei.

Activităţile şi jocurile alese de copii, ca mijloace de educaţie pentru sănătate

Publicaţiile cu teme igienico-sanitare (albume, pliante, broşuri bogat ilustrate cu un colorit viu, atractiv etc.) pot avea un rol major în buna desfăşurare a activităţilor şi jocurilor alese de copii. Urmărind şi îndrumînd îndeaproape activitatea copiilor cu aceste materiale, prin intervenţiile sale şi prin participarea directă la jocurile şi activităţile alese, educatoarea poate canaliza gîndirea şi imaginaţia copiilor astfel încît să sublinieze şi să pună în evidenţă

componentele igienice ale acestor jocuri şi activităţi, contribuind la elaborarea deprinderilor şi la formarea obişnuinţelor adecvate vîrstei preşcolare.

Regimul de zi, ca mijloc de educaţie pentru sănătate

Buna organizare a regimului de zi în grădiniţe are o importanţă deosebit de mare pentru elaborarea deprinderilor şi formarea obişnuinţelor igienice. Grija pentru formarea deprinderilor igienice începe încă de la intrarea în grădiniţă. Ştergerea picioarelor la uşă, dezbrăcarea şi aşezarea ordonată a hainelor şi încălţămintei, punerea uniformei şi corectarea ţinutei în oglindă sînt componente comportamental-igienice care permit educatoarei să sesizeze zilnic stadiul elaborării deprinderilor de autoservire şi să intervină oportun şi eficient [5, 37, 55, 210].

„Controlul sanitar" efectuat de educatoare în momentul primirii joacă un rol major în procesul de formare a deprinderilor igienice. Controlul curăţeniei corporale, al mîinilor, unghiilor, urechilor, gîtului etc., ca şi al stării de igienă a îmbrăcămintei joacă un important rol educativ, aprecierea pozitivă sau negativă a educatoarei producînd o profundă impresie asupra copilului.

Toate celelalte „momente" ale regimului zilei, ca spălatul, alimentaţia, activităţile şi jocurile, programul distractiv, somnul, plecarea copiilor acasă, permit nenumărate intervenţii cu caracter de educaţie pentru sănătate, apte să influenţeze formarea deprinderilor şi obişnuinţelor igienice.

5.2.3. *Educaţia pentru sănătate a antepreşcolarilor şi preşcolarilor în familie*

Munca educativă continuată în familie este o condiţie esenţială pentru realizarea obiectivelor procesului de instruire şi educare igienico-sanitară a copiilor antepreşcolari şi preşcolari [5, 37, 55, 210].

Asigurarea acestei continuităţi impune o temeinică instruire a părinţilor în educaţia pentru sănătate, pentru ca ei înşişi să posede un nivel ridicat de cultură sanitară şi să se poată integra efectiv în rîndul educatorilor propriilor lor copii.

Personalul medico-sanitar şi cel didactic are datoria ca, pe baza legăturii permanente cu familia, să furnizeze părinţilor sfaturi concrete cu privire la viaţa copilului în familie, la atitudinea părinţilor şi a celorlalţi membri ai familiei faţă de copii, la condiţiile igienico-sanitare ale mediului familial, folosind cu precădere [5, 37, 55]:

- **mijloace individuale**: convorbirile şi sfaturile date însoţitorilor (părinţi, bunici, persoane îngrijitoare), în momentul primirii copiilor sau luării lor din instituţia preşcolară, axate pe date curente de observaţie; convorbirile la domiciliu cu părinţii, bunicii sau alţi membri ai familiei, avînd de obicei un caracter intim. Este recomandabil ca vizitele la domiciliu să fie efectuate

preferenţial în familiile ai căror copii prezintă probleme pe plan de sănătate şi comportamental-igienic; difuzarea în rîndul părinţilor, prin intermediul copiilor a literaturii de educaţie pentru sănătate cu adresabilitate specifică (broşuri, pliante, memoratoare, foi volante etc.); apelurile individuale scrise, adresate direct părinţilor care, prin solicitări concrete şi răspunsuri operative, gen corespondenţă prin intermediul copiilor, implesnesc un schimb permanent de opinii între educatoare şi părinţi, favorizează luarea unor decizii şi exercitarea unor influenţe educaţionale unitare, stabilite de comun acord.

• **mijloace de grup**: convorbiri organizate cu grupuri omogene de părinţi. Criteriile stabilirii unor grupuri omogene de părinţi sînt foarte variate:
- vîrsta copiilor;
- starea de sănătate a acestora;
- întîrzieri sau deficienţe în creşterea şi dezvoltarea lor;
- greşeli în comportarea faţă de copii sau în îngrijirea acestora etc.

Tematica unor astfel de convorbiri trebuie să fie axată pe problemele curente, ridicate de acordarea asistenţei medicale, de desfăşurarea acţiunilor profilactice, şi pe constatările curente, care interesează toţi părinţii unei anumite grupe de copii, cu privire la unele aspecte deficitare în activitatea de educaţie pentru sănătate a preşcolarilor din acea grupă şi la măsurile ce se impun pentru reglementarea acelor deficienţe. „Colţul părinţilor" poate fi utilizat, de asemenea, cu rezultate pozitive în educaţia pentru sănătate a părinţilor, ca şi panoul de întrebări şi răspunsuri. Informarea părinţilor asupra rezultatelor controalelor sanitare ale copiilor s-a dovedit a fi o formă eficientă pentru stimularea părinţilor şi acordarea unei atenţii sporite îngrijirii igienice a copiilor. Este recomandabil ca astfel de informări să se facă în zilele în care au loc consfătuirile cu părinţii [5, 37, 55, 69, 210].

5.2.4. *Educaţia pentru sănătate în învăţămîntul primar*

Învăţămîntul primar contribuie la formarea copilului ca personalitate liberă şi creativă, la dezvoltarea capacităţilor intelectuale, a deprinderilor trainice de citit, scris şi calcul, asigurînd dezvoltarea aptitudinilor de comunicare şi a competenţelor de examinare într-o limbă modernă [5, 37, 55, 61, 77, 82, 202, 213].

Învăţămîntul primar cuprinde clasele I-IV şi se organizează ca învăţămînt de zi şi în şcoli primare, care pot funcţiona ca unităţi separate sau în cadrul şcolilor secundare generale.

În acţiunea de educaţie pentru sănătate a elevilor este necesar: „a insufla elevului că este necesar să fie un om cu o sănătate perfectă, pentru a deveni un bun concetăţean; că e necesar să fie curat, să ia precauţii contra bolilor, epidemiilor, accidentelor, pentru sine însuşi şi din respect faţă de alţii" [5].

Educaţia pentru sănătate în şcoli se realizează în mod complex, prin includerea acesteia atît în activitatea instructiv-educativă generală, cît şi în cea extraşcolară.

Includerea în sistemul de învăţămînt de toate gradele şi profilele a compartimentului de educaţie pentru sănătate, a unor noţiuni de igienă şi sanogeneză corespunzătoare vîrstei trebuie să constituie o preocupare majoră a tuturor factorilor responsabili.

Activitatea de educaţie pentru sănătate în învăţămîntul primar cuprinde două aspecte [5, 37, 55, 82]:

a) Activitatea de educaţie pentru sănătate *din cadrul procesului de învăţămînt*, care interesează, în primul rînd, corpul didactic.

b) Educaţia pentru sănătate *în afara procesului de învăţămînt*, interesînd deopotrivă corpul didactic şi cadrele medico-sanitare, care trebuie să colaboreze pentru realizarea acestui obiectiv.

Obiective

Obiectivele de educaţie pentru sănătate în învăţămîntul primar pot fi sintetizate astfel [5, 37, 55, 213]:

- ***Obiective directe***:

– Dezvoltarea componentelor comportamentului igienic, realizate la vîrsta preşcolară.
– Formarea unor noi componente ale comportamentului igienic, sanogenetic, corespunzătoare vîrstei şi sarcinilor şcolare.
– Dobîndirea unor noţiuni şi elemente ale motivaţiei ştiinţifice, necesare conştientizării acţiunilor.

- ***Obiective indirecte***:

– Promovarea sănătăţii.
– Dezvoltarea armonioasă fizică şi mintală.
– Îmbunătăţirea indicatorilor stării de sănătate.
– Creşterea randamentului şcolar.

În cadrul obiectivelor educaţiei pentru sănătate menţionate, şcoala primară îşi propune, în general, consolidarea deprinderilor igienice şi, ceea ce este esenţial, transformarea acestora în obişnuinţe; îmbogăţirea componentelor comportamentului sanogenetic elaborate în anii anteriori.

În consecinţă, prestaţiile de educaţie pentru sănătate trebuie să corespundă acestui scop. Ansamblul influenţelor educaţionale, abordînd tematica prezentată, necesită a fi astfel orientate sub raportul conţinutului, încît să conducă la perfecţionarea, în procesul exersării şi al activităţii curente, a tuturor actelor automatizate care stau la baza deprinderilor igienice şi, în acelaşi timp, să determine transformarea acestora în obişnuinţe, integrarea lor în ansamblul acitvităţilor cotidiene şcolare, de întreţinere şi refacere, astfel încît, pe baza adoptării lor treptate, la finele clasei a IV-a să se poată spune că procesul

formării comportamentului igienic, sanogenetic, corespunzător vîrstei, este practic încheiat.

Conţinutul activităţii

Pentru realizarea obiectivelor menţionate, trebuie desfăşurate o serie de acţiuni după o tematică ce poate fi structurată astfel [5, 37, 55]:

1. ***Igiena individuală***, care se va referi la noţiuni ce privesc:

a) Igiena corporală: dinţi, păr, unghii, organe genitale, tegumente;
b) Igiena vestimentară: îmbrăcăminte, încălţăminte;
c) Călirea organismului prin: factori naturali (aer, apă, soare); educaţie fizică şi sport; joc în aer liber;
d) Nocivitatea alcoolului, tutunului şi drogurilor;

2. ***Regimul igienic de viaţă***:

a) *Bugetul de timp*:
– activităţi şcolare (igiena în clasă şi la recreaţie, pregătirea lecţiilor acasă – tehnică, durată, poziţie corectă a corpului);
– activităţi de întreţinere (igiena personală, respectarea orarului şcolar şi a "orarului" activităţilor zilnice, alimentaţia raţională);
– activităţi de refacere (odihna activă ce cuprinde activităţi extraşcolare deconectante, recreative, reconfortante, distractive; odihna pasivă – prin somn).
b) *Igiena alimentaţiei*, cu respectarea orarului de masă (inclusiv pachetelul cu gustare), servirea igienică a gustării şi a mesei, păstrarea igienică a alimentelor, evitarea consumului de dulciuri între mese.
c) *Combaterea deprinderilor dăunătoare* (privind dauna adusă sănătăţii de consumul de alcool, fumat, droguri).

3. ***Igiena în colectivitate***:

a) *În familie*: igiena şi înfrumuseţarea mediului familial; relaţiile de microgrup (atitudine reciprocă între membrii familiei); participarea la activităţi utile; accidente posibile în mediul casnic – prevenirea şi primul ajutor.
b) *În internate, semiinternate, tabere şi în excursii*: atitudine ecologică; relaţii de microgrup; accidente – prevenirea şi primul ajutor.
c) *Pe stradă*: igiena străzii şi comportament ecologist; accidentul rutier – prevenirea şi primul ajutor.
d) *În societate*: comportare civilizată; noţiuni elementare de microbiologie, epidemiologie şi profilaxie; boli transmisibile; intoxicaţii.

4. ***Elemente de educaţie sexuală***:

a) Relaţiile dintre fetiţe şi băieţi; atitudinea civilizată faţă de sexul opus.
b) Prevenirea situaţiilor de autoexcitare.
b) Prevenirea izolării, însingurării şi crearea unui climat de comunicativitate.
c) Un regim de viaţă igienic.

5. ***Probleme privind sănătatea mintală***:

a) Formarea şi respectarea bioritmului.
b) Adoptarea unor conduite de viaţă pentru crearea unui climat tonic, deconectant, reconfortant în familie, internate, semiinternate, tabere.
c) Evitarea suprasolicitării fizice şi psihice.

6. ***Noţiuni elementare de acordare a primului ajutor***:

a) însuşirea teoretică şi practică a tehnicilor elementare de acordare a primului ajutor;
b) adoptarea spiritului de întrajutorare, a conduitelor de solidaritate, a actelor de umanitate în caz de accident.

Mijloacele de educaţie pentru sănătate în învăţământul primar [5, 37, 55]

1. ***În procesul de învăţământ***:

– La clasa I-a – în contextul predării limbii române, cunoaşterii mediului exterior; educaţiei fizice, lucrărilor practice.
– La clasele II-IV – în contextul predării limbii române, cunoştinţelor despre natură, geografie; educaţiei fizice, lucrărilor practice.

2. ***În afara procesului de învăţământ***:

• *În şcoală*:
– „Cinci minute de control igienic".
– Formaţiuni sanitare şcolare.
– Convorbiri individuale şi colective.
– Vizionări de filme, expoziţii tematice, buletine sanitare.
– Lecturi cu un conţinut de educaţie pentru sănătate.
– Demonstraţii practice de formare a deprinderilor igienice.
– Audierea organizată de emisiuni de educaţie pentru sănătate la radio.
– Activităţi de educaţie ecologică.
– Activităţi de educaţie rutieră.
– Organizarea de concursuri pe teme de cultură sanitară între colectivele sanitare pe clasă; între posturile de prim-ajutor:

a) concursuri sanitare între colectivele sanitare pe clasă; între posturile de prim-ajutor;
b) concursuri cu premii („Cea mai igienică sală de clasă", „Cel mai igienic dormitor", „Cel mai instruit colectiv sanitar", „Cei mai îngrijiţi elevi");
c) concursuri cu public („Regimul igienic de viaţă al şcolarului", „Igiena individuală a şcolarului mic", „Igiena în colectivitate" etc.);
d) concursuri sportive; concursuri cultural-artistice; concursul de creaţie literară şi de artă plastică „Pentru sănătate şi umanitate"; concursul „Sanitarii pricepuţi".

• *Activităţi extraşcolare*:
– În cadrul „caselor" sau „palatelor" copiilor.

- Vizite.
- Excursii şi tabere.
- Vizionări de spectacole şi emisiuni televizate de educaţie pentru sănătate.

În fapt, absolventul clasei a IV-a va trebui să posede următoarele deprinderi şi obişnuinţe care, aplicate în totalitatea lor, vor fundamenta un comportament favorabil dezvoltării armonioase, promovării sănătăţii elevului şi creşterii randamentului şcolar:

- **În domeniul igienei individuale** [5, 37, 55]

Igiena corporală:

- îmbăierea săptămînală sau bisăptămînală, după posibilităţi;
- spălatul pe mîini, faţă, gît, urechi şi pînă la brîu, în fiecare dimineaţă;
- spălatul pe dinţi, în special în fiecare seară înainte de culcare, dar şi dimineaţa, cu aplicarea corectă a tehnicii periajului;
- îngrijirea părului: spălatul săptămînal sau după nevoie; perierea şi pieptănarea zilnică;
- tunderea periodică, după nevoie; îngrijirea unghiilor prin curăţirea zilnică şi tăierea scurtă ori de cîte ori este cazul;
- spălatul pe picioare în fiecare seară;
- spălarea regiunii genito-anale, în fiecare seară;
- curăţirea corectă după folosirea closetului;
- spălarea regiunii axilare (subsuori) în fiecare seară sau dimineaţa.

Igiena vestimentară:

- perierea zilnică a îmbrăcămintei de stradă, imediat după sosirea de la şcoală;
- schimbarea îmbrăcămintei de corp: iarna – săptămînal; vara – de 2-3 ori pe săptămînă; schimbarea rufăriei de zi cu cea de noapte, în fiecare seară;
- adaptarea îmbrăcămintei la anotimp;
- schimbarea ciorapilor: vara – zilnic, iarna – la două zile;
- schimbarea încălţămintei de stradă cu cea de casă, imediat după sosirea de la şcoală, la întrarea în locuinţă;
- curăţirea zilnic a încălţămintei de stradă şi depunerea ei în spaţii anume destinate, în afara camerelor de locuit; adaptarea încăţămintei la anotimp.

Călirea organismului:

- practicarea călirii prin ansamblul factorilor naturali;
- aplicarea procedurilor de călire prin aer: băi de aer, somn în aer liber, somn în încăperi cu ferestrele permanent deschise, aerisirea periodică a dormitorului;
- aplicarea procedurilor de călire prin apă: fricţionarea, stropirea, duşul, scăldatul, înotul;

- practicarea pentru călire a băilor de soare;
- practicarea călirii prin exerciții fizice și sport;
- practicarea gimnasticii de dimineață (de înviorare);
- executarea corectă a exercițiilor fizice la ora de gimnastică;
- respectarea zilnică a acestora, acasă;
- practicarea drumețiilor, excursiilor, plimbărilor, jocurilor în aer liber și curat;
- practicarea sporturilor adecvate vîrstei: înot, ciclism, tenis (de masă, de cîmp), dans etc.

• **În domeniul regimului de viață** [5, 37, 55]:

Bugetul de timp

Activități școlare:

- respectarea regulilor igienice în clasă;
- respectarea regulilor igienice în timpul recreațiilor;
- aplicarea regulilor igienice privind tehnica și durata pregătirii lecțiilor acasă;
- păstrarea poziției corecte în bancă, la masa de lucru, în timpul pregătirii lecțiilor (scris/citit).

Activități de întreținere:

- respectarea cu strictețe a tuturor regulilor de igienă personală;
- respectarea tuturor „momentelor" regimului zilnic de viață, efectuarea diferitelor componente ale regimului zilnic la aceleași ore;
- adoptarea unei alimentații raționale;
- abandonarea manifestărilor de rezervă față de unele preparate culinare și a refuzului unor feluri de mîncare, meniuri etc.

Activități de refacere

odihna activă:

- organizarea igienică a activității extrașcolare;
- adoptarea unor activități, practici, proceduri de odihnă activă;
- organizarea igienică a zilei libere;
- integrarea în timpul liber a unor activități deconectante, reconfortante, recreative, distractive;

odihna pasivă:

- odihna prin somn;
- respectarea strictă a orelor de somn.

Igiena alimentului. Aplicarea cu strictețe a măsurilor de protecție a alimentului:

- igiena pachețelului cu gustare;
- servirea gustării la recreația mare, în condiții igienice;
- spălarea mîinilor înainte de a mînca, ferirea alimentelor de praf și muște;
- păstrarea alimentelor alterabile la rece.

- **În domeniul igienei în colectivitate**

În familie:

- adoptarea unei atitudini cooperante pentru protecția, igienizarea și înfrumusețarea mediului familial;
- adoptarea unei atitudini civilizate în relațiile cu membrii familiei, de respect, considerație și bunăvoință, de înțelegere și întrajutorare, contribuind la crearea unui climat familial de cruțare, de tonifiere, apt să asigure căldura căminului părintesc și coeziunea grupului familial;
- participarea activă la diferitele îndeletniciri casnice;
- conlucrarea cu grupul familial pentru rezolvarea variatelor interese comune;
- aplicarea măsurilor de prevenire a accidentului domestic, prin eliminarea sau anularea efectelor factorilor de risc (chimici, mecanici, termici, electrici) din mediul familial;
- însușirea unor practici elementare de acordare a primului ajutor, în cazul accidentelor domestice.

În internate, semiinternate, tabere și în excursii:

- adoptarea unui comportament igienic, civilizat pentru protecția și igienizarea mediului;
- întreținerea unor relații colegiale, de cruțare și tonifiere neuropsihică, prin crearea unui climat de încredere și bună dispoziție, prin evitarea stărilor conflictuale tensiogene;
- respectarea măsurilor de prevenire a accidentelor și însușirea unor practici elementare de prim-ajutor și autoajutor.

Pe stradă:

- menținerea curățeniei;
- comportarea igienică, civilizată față de trecători;
- respectarea regulilor de circulație;
- adoptarea tuturor măsurilor pentru prevenirea accidentului rutier;
- evitarea busculadelor, alergării, jocului pe stradă;
- evitarea străzilor, bulevardelor, piețelor aglomerate, cu circulație intensă la intersecții.

În societate (în colectivitate):

- aplicarea măsurilor de prevenire a bolilor transmisibile;
- clarificarea unor noțiuni teoretice și practice de microbiologie, epidemiologie și profilaxie (concepte ca: microb, microscop, boală transmisibilă, cale de transmitere, măsură de prevenire);
- adoptarea unei ținute demne, corecte, civilizate în locuri publice (muzee, expoziții, cinematografe, teatre etc.);
- adoptarea unei atitudini de respect și considerație față de oamenii în vîrstă, de ajutorare a persoanelor cu handicap.

În domeniul educației sexuale:
- adoptarea unei atitudini civilizate față de sexul opus;
- manifestarea unei atitudini de ocrotire a fetițelor de către băieți;
- purtarea unei lenjerii de noapte (în special, a unor pijamale) adecvate, corespunzătoare ca măsură (lărgime), pentru evitarea autoexcitării;
- manifestarea unei conduite comunicative, sociabile, a unui spirit de viață colectivă, de evitare a izolării, a însingurării.

În domeniul sănătății mintale:
- înscrierea pe orbita bioritmului cotidian a componentelor regimului rațional de învățătură și odihnă;
- adoptarea unor conduite de viață colectivă apte să creeze un climat favorabil în familie, să asigure căldura căminului părintesc, coeziunea grupului familial, relații normale de respect și ajutorare între membrii familiei, între părinți și copii;
- instaurarea unui climat de cruțare în internate, semiinternate, tabere sau orice alte forme de viață și activitate în colectiv;
- practicarea învățării ritmice, evitarea muncii în asalt, a supraîncărcării programului cu prea multe ore dedicate unor activități suplimentare de învățătură, care presupun eforturi sporite, suprasolicitare.

În domeniul acordării primului ajutor:
- însușirea teoretică și practică a tehnicilor elementare de acordare a primului ajutor;
- adoptarea spiritului de întrajutorare, a conduitelor de solidaritate, a actelor de umanitate în caz de accident.

5.2.5. *Educația pentru sănătate în învățământul gimnazial*

Învățământul gimnazial se organizează ca învățământ de zi, cu clasele V–IX. Asigură dezvoltarea aptitudinilor și capacităților intelectuale ale elevului, concepute drept nivel definitoriu în formarea personalității, în orientarea profesională și în pregătirea către învățământul liceal sau profesional.

Vom reda, în continuare, obiectivele educației pentru sănătate în învățământul gimnazial, precum și cîteva repere din tematica ce se impune a fi abordată în cadrul acestei activități, atît de cadrele didactice, cît și de personalul medico-sanitar într-o strînsă colaborare [5, 37, 51, 53, 55, 61, 62, 65, 82, 97, 104, 107, 134, 140, 141, 151, 152, 153, 158, 166, 201, 202, 213, 225].

Obiective

Educația pentru sănătate a școlarului mijlociu are următoarele obiective:

Directe:

a) Formarea unui comportament igienic conștient prin:
- consolidarea cunoștințelor, deprinderilor și obișnuințelor dobîndite în ciclul primar;

- dezvoltarea cunoştinţelor asimilate anterior şi dobîndirea de noi cunoştinţe, formarea de noi deprinderi şi obişnuinţe corespunzătoare vîrstei;
- formarea unor componente ale comportamentului sanogenetic, menite să contribuie atît la promovarea propriei sănătăţi, cît şi a colectivităţii.

b) Instruirea teoretică şi practică în probleme de prim-ajutor în caz de accidente şi îmbolnăviri acute.
c) Educaţia rutieră.
d) Formarea spiritului de întrajutorare umană.

Indirecte:

- Dezvoltarea armonioasă – fizică, mintală şi spirituală;
- realizarea unui rang superior de sănătate;
- îmbunătăţirea performanţelor şcolare.

Tematica

Pentru înfăptuirea acestor obiective, activitatea de educaţie pentru sănătate în învăţămîntul gimnazial trebuie să fie axată pe următoarele elemente tematice:

a) ***Igiena individuală***:

- noţiuni de anatomie şi fiziologie; anatomia şi fiziologia diferitelor aparate şi sisteme;
- noţiuni de igienă şi profilaxie a îmbolnăvirilor (boli transmisibile şi cronice);
- despre influenţa factorilor de mediu (social, fizic şi biologic) în ocrotirea sănătăţii;
- influenţa nocivă a alcoolului, tutunului, drogurilor şi a unor medicamente asupra organismului şi părerile greşite privind efectele terapeutice, antiinfecţioase, stimulative, reconfortante ale acestora; combaterea prejudecăţilor referitoare la considerarea fumatului şi a consumului de alcool ca o dovadă de maturitate sau ca un corolar al modului de integrare în viaţa modernă şi formarea concepţiei potrivit căreia prin abţinerea de la aceste nocivităţi se dă dovadă de reală maturitate, de personalitate, de afirmare a stăpînirii de sine, a dorinţei de perfecţiune fizică şi mintală, de independenţă (prin aceea că nu se imită obiceiurile nesănătoase ale celorlalţi).
- importanţa igienei corporale şi buco-dentare: pielea şi funcţiile acesteia; importanţa menţinerii curăţeniei mîinilor şi unghiilor; despre structura dintelui, legăturile funcţionale, modul de producere a cariei dentare, de prevenire;
- importanţa igienei vestimentare în prevenirea bolilor contagioase;
- alimentaţia raţională: principii alimentare, vitamine, săruri minerale; importanţa luării meselor la ore fixe; igiena alimentelor şi prevenirea toxiinfecţiilor alimentare; prepararea culinară a alimentelor (cum se asi-

gură o hrană bogată în vitamine şi alţi factori nutritivi); diferenţierea alimentelor proaspete de cele alterate; păstrarea şi conservarea igienică a alimentelor.

- influenţa nocivă a alcoolului şi tutunului asupra sănătăţii şi a randamentului la învăţătură;
- importanţa practicării sportului, călirea organismului prin factorii naturali (aer, apă, soare), cultură fizică şi sport.

b) ***Regimul igienic de viaţă***:

- regimul raţional de învăţătură la domiciliu;
- odihna activă şi cea pasivă;
- activităţi extraşcolare deconectante, recreative, distractive;
- evitarea suprasolicitării fizice şi psihice prin îmbinarea raţionala a pregătirii lecţiilor cu odihna activă, aplicarea regulilor de igienă a învăţăturii la domiciliu şi respectarea orarului de somn prin evitarea suprasolicitării.

c) ***Igiena în colectivitate***:

- noţiuni privind bolile contagioase: consolidarea şi dezvoltarea cunoştinţelor privind modul de îmbolnăvire în bolile contagioase (lanţul epidemiologie: sursa de infecţie, calea de transmitere, organismele receptive); boli cu transmitere digestivă, aerogenă, de la animal la om şi măsurile profilactice; bacterii patogene şi virusuri. Dezvoltarea cunoştinţelor privind profilaxia bolilor transmisibile: testări biologice, vaccinări, măsuri de dezinfecţie;
- igiena personală şi a mediului: înţelegerea ştiinţifică a relaţiei dintre mediu şi organism; importanţa acestora sub raportul sănătăţii.
- probleme de igienă şi sanitaţie în mediul rural: măsuri igienice de folosire a surselor de apă; evacuarea igienică a dejectelor umane şi animale; igiena locuinţei, a curţii, a gospodăriei; prevenirea zoonozelor, bolilor ce se transmit de la animale la om şi a intoxicaţiilor cu pesticide;
- igiena în internate, semiinternate şi tabere;
- cultivarea unei atitudini ecologiste prin cultivarea atitudinii active de ocrotire a naturii şi de conservare a mediului vital al omului, protecţia solului, a plantelor de cultură şi a animalelor domestice, a apelor şi aerului, a speciilor de plante şi animale din peisajul montan; protecţia peisajelor naturale;
- măsuri de prevenire a accidentelor şi intoxicaţiilor: cunoştinţe teoretice şi deprinderi practice privind acordarea primului ajutor în caz de intoxicaţii, răniri, entorse, luxaţii, fracturi; acordarea primului ajutor în situaţii speciale, în cazul unor calamităţi naturale;
- formarea şi consolidarea spiritului de întrajutorare şi solidaritate umană, a sentimentului de empatie.

d) ***Educaţia sexuală***:

- iniţierea în problemele igienei şi ale vieţii sexuale; noţiuni de igienă sexuală; modificările fiziologice specifice acestei vîrste de preadolescenţă; cultivarea unor opinii corecte privind relaţiile dintre sexe; formarea convingerii că viaţa sexuală timpurie este dăunătoare sănătăţii;
- noţiuni de igienă individuală în perioada menstruală (pentru fete); lămurirea unor aspecte legate de poluţii şi prevenirea onaniei (pentru băieţi).
- noţiuni elementare privind bolile venerice, infecţia HIV/SIDA şi prevenirea acestora.

Mijloace de educaţie pentru sănătate

Cadrul şi mijloacele de realizare a educaţiei pentru sănătate în ciclul gimnazial este diferenţial pentru procesul de învăţămînt şi pentru activităţile din afara acestuia.

A. ***Pentru procesul de învăţămînt***

În cadrul ciclului gimnazial, concepţia integrativă vizează următoarele obiecte de studiu care permit integrarea noţiunilor privind menţinerea şi promovarea sănătăţii şcolarilor: cursul „educaţie pentru sănătate" în cadrul obiectului „Educaţia civică", ştiinţele biologice, limba română, chimia, fizica, educaţia fizică, desenul şi instruirea practică.

Ştiinţele biologice. Programa de biologie pentru clasele VI–IX precizează principalele obiective instructiv-educative ale studierii acestui obiect de învăţămînt, în acord cu particularităţile de vîrstă ale elevilor şi cu scopurile generale ale şcolii în etapa actuală.

Între aceste obiective, pe prim-plan se situează „înarmarea elevilor cu un sistem de cunoştinţe ştiinţifice despre organizarea generală a plantelor, animalelor şi omului, despre procesele cele mai importante care au loc în organismul lor, despre mediul înconjurător şi relaţiile omului cu acestea" [55].

În vederea realizării unui atare obiectiv pînă la sfîrşitul ciclului gimnazial, programa stabileşte cuantumul de cunoştinţe pe care elevii trebuie să şi le însuşească, între care subliniem: corelaţia dintre organism şi mediu; ecosistemul şi fizionomia lui; dinamica ecosistemelor studiată în raport cu factorii de mediu; principalele reguli de igienă individuală şi colectivă; rolul şi locul omului în natură, necesitatea conservării mediului înconjurător.

Un tot atît de important obiectiv formulat în programă vizează: „Dezvoltarea capacităţilor de a aplica cunoştinţele la rezolvarea unor probleme practice şi formarea unor deprinderi utile", pentru a căror realizare se apreciază necesar: participarea activă a elevilor la acţiunile de ocrotire a naturii şi conservare a mediului înconjurător; aplicarea corectă a principalelor reguli de igienă individuală şi colectivă.

Este uşor de identificat între aceste obiective şi între căile de realizare a lor orientarea ştiinţifică a gîndirii elevilor spre concepţia profilactică, sanoge-

netică a medicinei moderne, pentru a căror cultivare profesorul de biologie este solicitat să integreze în structura lecţiilor sale noţiunile necesare acestor deziderate, concurînd, astfel, la canalizarea acţiunilor elevilor pe făgaşul comportamentelor favorabile sănătăţii.

În acest scop, conţinutul biologiei în gimnaziu, avînd în vedere fondul de cunoştinţe însuşite de elevi şi deprinderile formate în ciclul primar în cadrul obiectului „Cunoştinţe despre natură", structurează noţiunile generale, de bază despre lumea vie (plante, animale, om, mediu), în cadrul unor discipline biologice distincte, care au următoarea succesiune: Botanica, Zoologia, Anatomia, fiziologia şi igiena omului, care studiază „anatomia, fiziologia şi igiena organelor care asigură funcţiile de nutriţie", „anatomia, fiziologia şi igiena organelor care asigură funcţiile de reproducere, originea şi evoluţia omului, igiena colectivităţilor umane, omul şi rolul său în conservarea şi protecţia factorilor naturali".

Limba română. Bugetul de timp alocat limbii române ca obiect de învăţămînt, varietatea temelor sale oferă profesorului posibilitatea de a contribui la educaţia pentru sănătate a elevilor prin integrarea în ansamblul lecţiilor a noţiunilor de igienă şi sanogeneză, cuprinse în prezenta lucrare la capitolul de conţinut.

Spaţiul restrîns nu permite detalierea procedeelor de realizare a acestei integrări pe ani de studii. Subliniem însă faptul că natura activităţilor desfăşurate la limba română pe clase permite o atare integrare de-a lungul întregului ciclu gimnazial, îndeosebi la lecţiile de limbă română propriu-zisă (vocabular, fonetică, gramatică, ortografie, ortoepie şi punctuaţie) şi la cele de compunere.

Acţionînd în spiritul concepţiei integrative, profesorul este solicitat să adapteze la specificul lecţiilor sale tematica educaţiei pentru sănătate, să utilizeze pentru realizarea lecţiilor noţiuni, expresii, propoziţii, fraze, texte din domeniul igienei şi sanogenezei, să conceapă exerciţii cu conţinut de educaţie pentru sănătate, să imagineze compuneri inspirate din tematica sănătăţii şi să solicite copiilor conceperea unor asemenea eseuri sau să le dea teme, ca declinarea sau conjugarea unor cuvinte axate pe probleme de sănătate etc.

Se poate afirma că nu există capitol prevăzut în programă şi detaliat în manuale care să nu poată fi valorificat în această manieră, în scopuri de educaţie pentru sănătate, „Morfosintaxa", „Sintaxa propoziţiei" sau „Sintaxa frazei" – larga varietate a lecţiilor aferente acestor capitole – oferă tot atîtea posibilităţi de abordare a elementelor de conţinut specificate anterior, astfel încît, prin îmbinarea acestora cu metodica predării limbii române, se pot realiza, pe de o parte, obiectivele precizate în programă referitor la studierea limbii române, iar pe de altă parte, obiectivele prevăzute la educaţia pentru sănătate a şcolarilor din ciclul gimnazial.

În acelaşi timp, subliniem necesitatea de a se exercita influenţe educaţionale asupra elevilor, în vederea cultivării comportamentului igienic, sanogenetic, nu numai în cadrul lecţiilor, ci şi în oricare alte împrejurări în clasă şi în afara clasei, legat sau nu de procesul de învăţămînt.

În definirea poziţiei sale faţă de obligativitatea noţiunilor, a mesajelor de educaţie pentru sănătate în cadrul lecţiilor de profil, profesorul de limbă română ar fi necesar nu atît să cîntărească obligativitatea în sine, cît să estimeze nevoia de cultură sanitară a tineretului şcolar, apreciată ca produs al educaţiei pentru sănătate, carenţele frecvent manifeste în comportamentul igienic al elevilor, imperativul cultivării conduitelor favorabile sănătăţii, interrelaţia sano- sau patogenetică între stilul de viaţă şi evoluţia lor sub raportul dezvoltării sănătăţii şi, implicit, al randamentului şcolar.

Cunoştinţele teoretice şi cele practice dobîndite la ştiinţele biologice, în general, şi la lecţiile de educaţie pentru sănătate, în special, sînt deosebit de necesare şi utile. Formarea deprinderilor însă, a obişnuinţelor şi componentelor comportamentale cere repetarea acţiunilor în timp, exersarea lor în contextul activităţilor curente, astfel încît treptat acestea să se poată înscrie în bioritmul cotidian. Apoi, în procesul formării personalităţii elevului, al educării sale multilaterale, cultivarea comportamentului igienic, sanogenetic implică un complex de motivaţii considerate, pe bună dreptate, „dispoziţii dinamice" pentru inducerea actului decizional de trecere la acţiune, mobilul declanşator apt să determine componentele comportamentului dorit.

După cum se ştie însă, nu totdeauna informaţia transmisă şi asimilată este urmată de modificări comportamentale. Adesea, în nonsens cu bogăţia fondului informaţional, cu acumulările cognitive, achiziţiile comportamentale întîrzie, producîndu-se cunoscutul fenomen al decalajului dintre nivelul ridicat de cunoaştere şi practicile, conduitele tînărului, care urmează o curbă ascendentă mai lină.

Specialiştii consideră chiar că, pentru declanşarea acţiunii, pentru adoptarea comportamentului igienic, sanogenetic, nu este hotărîtoare totdeauna cantitatea informaţiei, cît mai ales calitatea acesteia, socotindu-se necesară o anumită categorie informaţională aptă să inducă atitudini, conduite favorabile sănătăţii.

Iată argumentele pentru care corpul didactic, în ansamblul său, este solicitat să concure la educaţia pentru sănătatea elevilor, pentru înfăptuirea unui înalt nivel de cultură sanitară, componentă a culturii umane, atît de necesară sănătăţii şi vieţii omului educat multilateral, despre care în literatura de specialitate se spune: „Nu putem concepe omul multilateral educat, fără componenta cultural-sanitară a conceptului. Atitudinea pozitivă faţă de sănătate şi boală, comportamentul igienic, sanogenetic definesc omul educat multilateral, cu adevărat cult; după cum absenţa acestora fac din omul oricît de cultivat un incult" [55].

Chimia, ca obiect şcolar, oferă profesorului de specialitate posibilităţi pentru integrarea celor mai multe dintre noţiunile de igienă şi sanogeneză, precum şi pentru transmiterea unor variate cunoştinţe teoretice şi practice referitoare la problemele de „igiena muncii şcolare", care vizează profilaxia accidentelor cu ocazia efectuării unor experienţe în laboratorul de chimie, în cadrul activităţii independente sau cu alte prilejuri.

Programa de chimie prevede, în cadrul conţinutului, o serie de teme care, fie la lecţiile de predare, fie la experienţele demonstrative, permit intervenţii educaţionale pentru cultivarea unor conduite favorabile menţinerii şi promovării sănătăţii. Astfel, la lecţiile privind:

- „Aparatul şi ustensilele", cu accent pe tehnica manipulării corecte a acestora şi, în special, a surselor de încălzire şi a vaselor de sticlă pentru prevenirea incendiilor, a arsurilor şi a microtraumatismelor prin tăiere sau înţepări; „Amestec şi combinaţie", cu privire la experienţele efectuate pentru înţelegerea conceptelor „decantare", „filtrare", „cristalizare", „distilare" şi cu accent pe cele ilustrînd proprietăţile fizice ale sulfului, pentru prevenirea accidentelor ce se pot produce cu sulfura de carbon sau cu acidul clorhidric.
- „Simbolul chimic", cu privire la efectele favorabile sau defavorabile în planul sănătăţii ale unora dintre elementele prezentate, efecte care pot fi aprofundate şi la lecţiile următoare ale acestui capitol, în special în cadrul temei „Sistemul periodic al elementelor".
- „Ecuaţiile reacţiilor chimice", cu accent pe tehnica efectuării experienţelor în deplină securitate.
- „Importanţa aerului", cu privire la poluare şi la mijloacele practice de valorificare pentru sănătate a aerului proaspăt, curat.
- „Prepararea oxigenului" şi „Proprietăţile chimice ale oxigenului", cu accent pe tehnica efectuării experienţelor, fără riscuri pentru sănătatea organismului, precum şi „Importanţa biologică a oxigenului", axată pe mijloacele practice de valorificare a acestuia în folosul sănătăţii.
- „Obţinerea hidrogenului", cu accent pe riscurile posibile în timpul efectuării diferitelor experienţe şi pe măsurile necesare eliminării acestor riscuri.
- „Apa potabilă", cu accent pe sistemele de aprovizionare cu apă potabilă, în special în mediul rural, cu detalii referitoare la condiţiile igienico-sanitare ale acestora: amplasare, construcţie, întreţinere a surselor de apă, cu referiri la afecţiunile hidrice; „Apa distilată", privind proprietăţile chimice şi îndeosebi tehnica efectuării experienţelor.
- „Oxizii", „Bazele", „Acizii", „Săruri", cu privire la proprietăţi şi cu accent pe tehnica efectuării experienţelor fără riscuri pentru sănătate.

Programa de chimie prevede, în cadrul celor două părţi – „Nemetale" şi „Metale" –, familiarizarea elevilor cu principalele grupe ale sistemului perio-

dic al elementelor, prezentîndu-se pe scurt caracterele generale, proprietăţile fizice şi chimice şi clasificarea combinaţiilor anorganice ale metalelor şi nemetalelor. Marea varietate a experienţelor demonstrative şi a celor efectuate de elevi în cadrul activităţii independente, riscul la care sînt expuşi în acest context şi diversitatea măsurilor de protecţie necesare incluse în tehnica efectuării acestor experienţe reclamă insistente intervenţii educaţionale pentru capacitarea elevilor de a respecta întru totul aceste măsuri, în scopul prevenirii îmbolnăvirilor, intoxicaţiilor şi accidentelor potenţiale.

Fizica. Predată la clasele a V-a, a VI-a, a VIII şi a IX-a, fizica familiarizează elevii, în mod gradat, cu fenomenele fizice. La unele dintre lecţii, se pot face completări cu caracter de educaţie pentru sănătate, în contextul noţiunilor teoretice şi practice transmise, mesajele igienice, sanogenetice integrîndu-se organic în structura lecţiilor respective şi contribuind la făurirea culturii sanitare a elevilor.

Capitolul „Fenomene fizice" conţine o serie de lecţii referitoare la fenomenele mecanice, termice, electrice, magnetice şi optice, în structura cărora profesorul de fizică poate integra noţiuni privind protecţia şi promovarea sănătăţii personale şi a stării de sănătate comunitare. Este, în special, vorba despre fenomenele termice şi electrice, care pot beneficia de completări referitoare la prevenirea accidentului domestic prin arsuri sau electrocutări. Locuinţa modernă prezintă un potenţial de accidentare deosebit de crescut, iar măsurile de eliminare a multiplilor factori de risc, inclusiv a celor termici şi electrici, sînt simple şi la îndemîna elevilor.

În principalele capitole – „Procese mecanice", „Echilibru termic", „Procese termodinamice" şi „Stări de agregare" –, se succed teme ce pot beneficia de aportul educaţiei pentru sănătate, îmbogăţindu-se volumul cunoştinţelor predate cu noţiunile de igienă şi sanogeneză ce se impun în raport cu conţinutul lecţiilor respective.

Pe lîngă temele noi referitoare la electrizarea corpurilor şi interacţiunea sarcinilor electrice, este prevăzută reluarea şi detalierea unor teme abordate sumar. Aşa sînt, de exemplu, temele: „Curentul", „Inducţia electromagnetică" şi „Noţiuni de optică geometrică", în cadrul cărora se recomandă a fi detaliate şi aspecte cu caracter de educaţie pentru sănătate, aferente conţinutului diferitelor lecţii, astfel încît elevii să beneficieze de influenţe educaţionale atît în sensul prevenirii unor îmbolnăviri, intoxicaţii şi accidente, cît şi al optimizării sănătăţii prin valorificarea mjiloacelor ce se desprind din aceste lecţii.

Alte obiecte de învăţămînt. Motivaţi de aceleaşi considerente şi folosind aceeaşi tehnică în spiritul concepţiei integrative, pot acţiona şi profesorii de limbi moderne, filozofie, geografie-geologie, desen, muzică, educaţie fizică, adaptînd la specificul obiectului unele dintre elementele de conţinut referitoare la menţinerea şi promovarea sănătăţii.

Totodată, în cadrul practicii în producţie, corpul didactic şi maiştrii dispun de largi posibilităţi, în sensul integrării unor noţiuni şi acţiuni de educaţie pentru sănătate, axate prioritar pe probleme de igiena muncii specifice meseriei, proceselor tehnologice respective, cu accent pe combaterea noxelor profesionale şi eliminarea factorilor de risc sau diminuarea efectelor lor defavorabile sănătăţii.

Dirigenţia

A consulta „Educaţia pentru sănătate în învăţământul liceal" (p. 256).

B. ***În afara procesului de învăţământ***

Activitatea de educaţie pentru sănătate, desfăşurată cu elevii în afara procesului de învăţământ în şcoală şi în afara şcolii, antrenează întregul corp profesoral, personalul medico-sanitar, activul de masă şi obştesc, urmăreşte aceleaşi obiective şi abordează aceleaşi elemente tematice şi de conţinut ca şi în cadrul procesului de învăţământ.

Diferenţiate în raport cu cadrul de desfăşurare – în şcoală sau în afara şcolii –, mijloacele utilizate cunosc o mare diversitate.

În şcoală. Aprofundarea, fixarea, consolidarea cunoştinţelor dobîndite în cadrul procesului instructiv-educativ, la diferite obiecte de studiu, care au permis integrarea noţiunilor de igienă şi sanogeneză şi acţionarea în vederea formării deprinderilor şi obişnuinţelor favorabile sănătăţii, se continuă în afara procesului de învăţământ, şcoala putînd găzdui organizarea şi desfăşurarea unor acţiuni şi manifestări de educaţie pentru sănătate cu pondere mare în canalizarea comportamentului elevilor pe făgaşul profilaxiei şi al sanogenezei. Le enunţăm în continuare pe cele mai reprezentative, consfinţite de practica educaţiei pentru sănătate în şcoală:

- „Colectivul sanitar al clasei"; convorbirea individuală şi pe grup; diapozitivul şi diafilmul, spot publicitar, filmul în proiecţie simplă sau însoţită de expunere; reprezentările scenice în toată diversitatea lor: monologul, sceneta, scheciul, teatrul de păpuşi; colţul sănătăţii şcolarului: monotematic şi politematic.
- Concursurile de toate genurile: „cu public", „cu premii", „Sanitarii pricepuţi", „Pentru sănătate şi umanitate"; concursuri sportive şi cultural-artistice.
- Cercurile „Prietenii Crucii Roşii" şi „Viitorii donatori onorifici de sînge".
- Radioteleemisiunile şcolare; exponatele vizuale: afişe, panouri, expoziţii, buletine sanitare, literatura de educaţie pentru sănătate.
- Manifestări cultural-artistice şi sportive cu largă audienţă (serbări şcolare, „Mai aveţi o întrebare?", proiecţii de filme de educaţie pentru sănătate, jocuri şi întreceri sportive).
- Activităţile de înfrumuseţare a mediului, ca mijloace de educaţie pentru sănătate.

5.2.6. *Educaţia pentru sănătate în învăţământul liceal*

Învăţământul liceal asigură o pregătire teoretică fundamentală şi formarea unei ample culturi generale, necesare pentru continuarea studiilor în învăţământul superior, mediu de specialitate sau în instituţii de învăţământ secundar profesional. Durata învăţământului liceal cu frecvenţă la zi este de 3 ani (clasele X–XII).

Activităţile de edicaţie pentru sănătate în învăţământul liceal sînt specifice trecerii elevilor la vîrsta continuă adolescenţei şi contextului cunoştinţelor acumulate în perioada anterioară [5, 37, 48, 51, 53, 55, 61, 62, 65, 77, 82, 97, 104, 107, 134, 140, 141, 151, 152, 153, 158, 166, 193, 194, 201, 202, 213, 225].

Obiective

Educaţia pentru sănătate a şcolarilor în perioada de vîrstă liceală vizează următoarele obiective:

Directe:

a) Perfecţionarea comportamentului igienic conştient; dezvoltarea componentelor definitorii ale sanogenezei prin:

- înţelegerea ştiinţifică a fenomenelor legate de sănătate şi boală, prin transmiterea organizată şi sistematică a cunoştinţelor igienice;
- cultivarea unei concepţii ştiinţifice şi a unei orientări profilactice, în scopul prevenirii îmbolnăvirilor;
- formarea unor deprinderi igienice noi şi consolidarea celor dobîndite;
- informarea ştiinţifică, formarea unei concepţii corecte şi a unui comportament civilizat cu privire la relaţiile sexuale şi viaţa de familie;
- aprofundarea cunoştinţelor de acordare a primului ajutor în caz de accidente;
- pregătirea viitorilor donatori de sînge.

b) Dobîndirea cunoştinţelor şi deprinderilor de igiena muncii şi de profilaxie a îmbolnăvirilor profesionale: formarea şi consolidarea unor deprinderi igienice, a unor atitudini corecte şi a unui comportament corespunzător la locul de muncă, în perioadele de practică în producţie, în scopul prevenirii îmbolnăvirilor profesionale şi a accidentelor, pentru menţinerea şi promovarea sănătăţii şi a capacităţii de muncă, prin respectarea cu stricteţe a normelor de igienă a muncii şi a unui regim raţional de viaţă şi activitate.

Indirecte:

- dezvoltarea armonioasă fizică, mintală, socială şi spirituală;
- optimizarea stării de sănătate şi a randamentului şcolar.

Tematica

Pentru înfăptuirea acestor obiective, activitatea de educaţie pentru sănătate în învăţământul liceal de diferite profiluri trebuie să fie axată pe următoarele elemente tematice:

a) Factorii care condiționează sănătatea; înțelegerea conceptului de sănătate în accepția ei modernă; măsuri pentru menținerea sănătății; relația dintre sănătate și capacitatea de muncă.

b) Motivarea științifică a modului igienic de pregătire a lecțiilor și de petrecere a timpului liber, a ritmului alimentației, a igienei, odihnei și somnului. Necesitatea organizării raționale a regimului de odihnă, potrivit cu particularitățile funcționale ale organismului, ceea ce favorizează elaborarea unui stereotip dinamic al organismului. Înțelegerea modului în care se pot obține reacții prompte cu un consum minim de energie (dozarea efortului în funcție de capacitatea organismului, gradarea activității, alternarea activităților care presupun efort intens cu altele mai ușoare, alternarea ritmică a activității cu odihna).

c) Igiena personală (a pielii, părului, unghiilor, buco-dentară și a îmbrăcămintei) în raport cu imperativele menținerii sănătății, precum și cu cerințele estetice specifice vîrstei. Evitarea bravadei și a snobismului în moda vestimentară, ținînd seama de rolul îmbrăcămintei în păstrarea sănătății. Formarea concepției potrivit căreia igiena corporală și vestimentară contribuie nu numai la prevenirea bolilor și la păstrarea sănătății, ci și la înfățișarea plăcută caracteristică unui tînăr civilizat, cu repercusiunile ei pozitive pe planul relațiilor sociale.

d) Etiologia microbiana a bolilor transmisibile (cu poartă de intrare cutanată, digestivă, respiratorie etc.) și prevenirea acestor boli. Combaterea părerilor greșite privind rolul presupus determinant al factorilor favorizanți, fără a omite totuși explicarea importanței intervenției acestor factori în declanșarea bolii. Profilaxia bolilor venerice și a infecției HIV/SIDA; importanța tratării competente în caz de îmbolnăvire. Necesitatea prezentării la vaccinări, la examenele radiofotografice, dentare, clinice, la testările biologice etc.

e) Alimentația rațională; ritmul alimentației, orarul; conceptul de factori nutritivi: proteine, lipide, glucide și înțelesul lor; consumul alimentelor bogate în substanțe nutritive; igiena alimentelor, păstrarea și prelucrarea igienică a acestora.

f) Bolile cronice, degenerative. Importanța regimului rațional de viață, muncă, odihnă și alimentație în prevenirea acestor boli.

g) Influența nocivă a alcoolului, tutunului, drogurilor și a unor medicamente asupra organismului și părerile greșite privind efectele terapeutice, antiinfecțioase, stimulative, reconfortante ale acestora; combaterea prejudecăților referitoare la considerarea fumatului și a consumului de alcool ca o dovadă de maturitate sau ca o cale de integrare în viața modernă și formarea concepției potrivit căreia prin abținerea de la aceste nocivități se dă dovadă de reală maturitate, de personalitate, de afirmare a stăpînirii de sine, a dorinței de perfecțiune fizică și mintală, de independență.

h) Importanţa folosirii factorilor naturali ai mediului pentru călirea organismului, prevenirea îmbolnăvirilor, întărirea şi promovarea sănătăţii, pentru sanogeneză. Pe baza datelor ştiinţifice care demonstrează efectele evidente asupra sănătăţii, vigorii şi ţinutei estetice, se va urmări înrădăcinarea unui comportament corect privind aplicarea consecventă a mijloacelor de călire a organismului. Combaterea atitudinilor negative în utilizarea timpului liber (exces de spectacole cinematografice, şederea prelungită în spaţii închise în faţa televizorului etc.). Importanţa educaţiei fizice şi a sportului.

i) Igiena în colectivitate. Atitudinea civilizată de muncă şi trai, în scopul menţinerii curăţeniei, prevenirii răspîndirii bolilor şi asigurării unui climat favorabil sănătăţii mintale:

- igiena în internate, semiinternate şi tabere;
- măsuri de autoajutor şi prim ajutor în caz de accidente;
- promovarea unei atitudini civilizate, igienice privind viaţa în colectivitate;
- promovarea unei gîndiri ecologiste;
- consolidarea spiritului de întrajutorare umană.

î) Comportarea corespunzătoare igienei mintale (politeţe şi amabilitate în relaţiile cu oamenii şi colegii; evitarea atitudinilor turbulente, a zgomotului, certurilor, stărilor de tensiune). Menţinerea bunei dispoziţii, adoptarea unei conduite demne, civilizate, evitînd snobismul şi extravaganţele comportamentale, vestimentare, de limbaj şi gestică etc.

j) Educaţia sexuală:

- aprofundarea noţiunilor de anatomie şi fiziologie a aparatului de reproducere; transformările psihofiziologice care au loc la vîrsta adolescenţei, caracterul natural al acestor modificări; factorii cu potenţial vătămător pentru organele reproducătoare şi efectele lor; fiziologia aparatului de reproducere; igiena intimă;
- etica vieţii sexuale: abstinenţa nu periclitează sănătatea; viaţa sexuală timpurie dăunează organismului şi totodată prejudiciază învăţătura, pregătirea profesională, afirmarea elanului juvenil, succesele la învăţătură, sport, activităţile cultural-obşteşti şi artistice – prilej de mari satisfacţii;
- noţiuni de planificare familială: relaţiile dintre tineri de sex opus în contextul moralei, al principiilor eticii; importanţa împlinirii vieţii sexuale în cadrul familiei, rolul acesteia în existenţa societăţii; pregătirea pentru căsătorie şi viaţa de familie. Boli genetice; consultaţiile genetice şi importanţa lor; fecundaţia, sarcina şi naşterea; pericolul avortului; noţiuni elementare de puericultură;
- bolile cu transmitere sexuală, HIV/SIDA şi prevenirea lor.

k) Noţiuni generale de igiena muncii; prevenirea îmbolnăvirilor profesionale şi accidentelor de muncă: măsuri generale (pauzele de muncă, condiţiile

de mediu, utilajele şi uneltele, echipamentul de protecţie, comportarea la locul de muncă); măsuri specifice (pulberi industriale, temperaturi înalte, zgomot şi vibraţii industriale, noxe chimice, radiaţii etc.); primul ajutor în caz de accidente: măsuri generale; măsuri specifice; prevenirea zoonozelor şi a intoxicaţiilor; ajutorul de urgenţă în caz de intoxicaţii: măsuri generale; măsuri specifice.

l) Probleme de igienă şi sanitaţie în mediul rural: măsuri igienice de folosire a surselor de apă; evacuarea igienică a dejectelor umane şi animale; igiena locuinţei, a curţii, a gospodăriei; prevenirea zoonozelor, bolilor ce se transmit de la animale la om şi a intoxicaţiilor cu pesticide.

Cadrul şi mijloacele de realizare a educaţiei pentru sănătate în învăţămîntul liceal sînt structurate diferenţial pentru procesul de învăţămînt şi pentru activităţi în afara acestuia [5, 37, 55].

Pentru procesul de învăţămînt

Planurile de învăţămînt pentru toate tipurile şi profilurile de licee trebuie să prevadă integrarea în principale obiecte de studiu a noţiunilor referitoare la menţinerea şi promovarea sănătăţii: biologia, fizica, chimia, limba română, limba modernă, tehnologia meseriei, cunoştinţe social-politice, filozofie, psihologie, educaţie fizică, desen, practica în producţie.

Aceste recomandări vizează un program minimal, axat în special pe disciplinele fundamentale, de cultură generală şi social-politice. Bogăţia variatelor obiecte de învăţămînt pentru diferitele tipuri şi profiluri de licee oferă un larg cîmp de acţiune la îndemîna corpului profesoral şi personalului medico-sanitar, pentru înfăptuirea acestei integrări şi la disciplinele de specialitate.

O structură distinctă prezintă obiectele din cadrul „disciplinelor tehnologice specifice meseriei". Şirul acestor obiecte de studiu nu numai că permite abordarea temelor de igienă şi sanogeneză, dar multe dintre acestea obligă, chiar, la abordarea unor aspecte de igiena muncii, în consens cu profilul activităţii în general, al meseriei, al tehnologiilor şi practicilor curente, proprii procesului de învăţămînt tehnic, în toată complexitatea sa, practicii în producţie, comune tuturor tipurilor şi profilurilor de licee.

Ştiinţele biologice. Programa de biologie pentru clasele X-XII enunţă principalele obiective instructiv-educative ale studierii acestui important obiect de învăţămînt, printre care se evidenţiază: „Formarea deprinderilor de a aplica reguli de igienă şi de protecţie a patrimoniului vegetal şi animal, pentru menţinerea echilibrelor biologice, şi de a participa activ la conservarea mediului înconjurător".

Pentru înfăptuirea acestui obiectiv, pînă la finele clasei a XII-a conţinutul biologiei în liceu, diferenţiat pe trepte, vizează în treapta I: „Integrarea acelor probleme din domeniul fiziologiei vegetale, animale şi umane, geneticii şi filogeniei implicate în rezolvarea unor cerinţi vitale ale omenirii, ca alimen-

taţia, menţinerea sănătăţii, combaterea poluării, conservarea mediului, menţinerea echilibrelor; cunoaşterea acelor particularităţi ale organismului uman, care constituie baza ştiinţifică pentru înţelegerea funcţiilor vitale solicitate în activitate şi formarea deprinderilor necesare pentru menţinerea sănătăţii; evidenţierea modificărilor funcţionale ale organismului în procesul muncii şi crearea condiţiilor necesare pentru păstrarea sănătăţii şi creşterea randamentului în raport cu particularităţile de vîrstă"; în treapta a II-a: „Studierea principalelor probleme din domeniul anatomiei şi fiziologiei umane, cu largă aplicabilitate în practică".

Potrivit profilului şi tematicii specifice fiecăruia dintre aceste obiecte de studiu, noţiunile de igienă şi sanogeneză pot fi integrate, completate, îmbogăţite de la caz la caz, în funcţie de structura diferitelor lecţii, pe obiecte şi ani de şcolarizare.

Limba română. Programa prevede, pe ansamblul învăţămîntului liceal, un bogat volum de timp destinat atingerii obiectivelor generale şi specifice studierii limbii şi literaturii române din liceu, pe trepte de învăţămînt şi ani de studii care, în majoritatea lor, implică activităţi, strategii, tehnici şi mijloace active, participative, aplicative, cu un ridicat potenţial adaptativ la conţinutul educaţiei pentru sănătate.

În cele ce urmează, nu vom proceda la detaliere pe obiective, mijloace şi clase a posibilităţilor de integrare în structura lecţiilor de limbă şi literatură română a noţiunilor sanogenetice. Ne vom rezuma doar la a nominaliza, în general, obiectivele urmărite în liceu prin studierea limbii române şi, în special, modalităţile de învăţare care permit integrarea.

Considerăm, spre exemplu, că ansamblul metodelor utilizate pentru atingerea primului obiectiv enunţat în programă – „Însuşirea şi aplicarea normelor de vorbire şi scriere corectă a limbii române, folosirea corectă a vocabularului limbii literare, precum şi a celui specific profesiei, meseriei pentru care se pregăteşte elevul", care se proiectează în timp, de-a lungul întregului ciclu, oferă o gamă largă de modalităţi privind valorificarea lor paralelă, în scopul integrării noţiunilor de igienă şi sanogeneză corespunzătoare vîrstei.

În acest sens, subliniem necesitatea ca profesorul de limba română, în cadrul multiplelor preocupări privind eficienta exercitare a frumoasei sale profesiuni, să-şi înscrie şi imperativul cooperării la făurirea culturii sanitare a elevilor, produs al educaţiei pentru sănătate, care concură la formarea personalităţii şcolarului, la educarea sa multilaterală.

Între principalele modalităţi de studiere a literaturii, programa prevede „Comentariul literar" sau „Comentariul testului literar", practicat ca exerciţiu de investigare, organizare, metodic, cu scopul de a furniza elevilor argumente care să-i ajute în înţelegerea operelor literare. Simpla enunţare a menirii comentariului apare suficientă pentru a putea stabili interrelaţia cu concepţia

integrativă a mesajelor de educaţie pentru sănătate. Ea induce atribuţiile profesorului în domeniu, căile de valorificare a metodei în scopul includerii demersului sanogen, concretizînd ca mod de valorificare selecţia operei literare sau a părţii acesteia, a capitolului, a pasajului ori pasajelor din ea care, prin temă sau conţinut, enunţă sau detaliază o ideaţie vizînd domeniile sănătăţii.

Comentariul unui atare text sau lectura explicativă a lui contribuie la înfăptuirea acestui prim obiectiv al studierii limbii române, avînd în paralel valenţe de educaţie pentru sănătate prin conţinutul său ideativ consacrat, într-o manieră literară, unora dintre fenomenele legate de sănătate sau boală. Acestea exercită desigur influenţe educaţionale directe, interesînd sănătatea; în acelaşi timp, comentariul poate lărgi sfera acestor influenţe, îmbogăţindu-se mesajele sanogenetice, care pot fi extrapolate la probleme de sănătate tangente, slujind în general obiectivelor educaţiei pentru sănătate în învăţămînt sau, mai util, aspectelor eventuale, particulare, oarecum specifice, cu care se poate confrunta, la un anumit moment, colectivitatea şcolară respectivă.

Într-o manieră asemănătoare, pot fi utilizate, în scopul capacitării elevilor de a adopta un comportament favorabil sănătăţii, un stil de viaţă sanogen. „Lecţiile de sinteză", în cadrul cărora se poate concluziona nu numai asupra elementelor referitoare la studierea limbii şi literaturii române, ci şi a demersurilor vizînd sănătatea, lecturate în intervalul de timp dat, din textele selectate.

Estimate în programă ca „mijloc specific pentru realizarea sarcinilor legate de perfecţionarea exprimării şi lărgirea orizontului cultural al elevilor, compunerea şi exerciţiile de cultivare a limbii" capătă o pondere deosebită pentru scopurile educaţiei pentru sănătate, deoarece unele dintre acestea pornesc de la texte literare studiate, de la citate şi aforisme, precum şi de la fapte de viaţă trăite sau relatate în presă, la radio şi televizor, fără a fi neglijată crearea unor compuneri cu destinaţie specială, elevii putînd fi solicitaţi să elaboreze, individual sau pe grupuri restrînse, lucrări de sinteză în domeniul literaturii sau din sfera mai largă a faptelor de cultură, avînd menirea să le dezvolte capacitatea de a investiga şi utiliza uriaşele resurse informaţionale acumulate, prin eforturile generaţiilor, în toate domeniile cunoaşterii, inclusiv al sănătăţii publice.

Valorificarea acestui gen de compuneri/eseuri pentru educaţia pentru sănătate a elevilor necesită diversificarea temelor, ţinîndu-se seama de problemele de igienă şi sanogeneză corespunzătoare vîrstei şi capacităţilor intelectuale ale elevilor.

Paralel cu compunerile, pot fi valorificate, în folosul educaţiei pentru sănătate, şi exerciţiile de cultivare a limbii, destinate îmbunătăţirii exprimării elevilor, fixării unor noţiuni privind stilurile limbii, ortografia, punctuaţia şi vocabularul, exerciţii care vor fi orientate de profesor spre teme cu un conţinut igienic, sanogenetic.

De asemenea, pentru însuşirea de către elevi a unor criterii şi modalităţi de înţelegere, comentare şi apreciere a operelor literare, ştiinţifice, politice etc., a presei, a emisiunilor de radio şi televiziune, a spectacolelor teatrale şi cinematografice, în perspectiva educaţiei permanente, se pot integra, în ansamblul activităţilor şi mijloacelor utilizate pentru însuşirea acestor criterii şi modalităţi, noţiunile corespunzătoare de igienă şi sanogeneză, folosindu-se în acest scop literatura de educaţie pentru sănătate, editată de Ministerul Sănătăţii pentru tineretul şcolar, şi valorificîndu-se radioteleemisiunile de profil, rubricile şi articolele apărute în presa centrală sau locală, filmele artistice de lung metraj cu tematică adecvată sau de scurt metraj, realizate prin grija Ministerului Sănătăţii, special axate pe problematica educaţiei pentru sănătate.

Toate acestea pot servi ca material didactic de analiză pentru procesul învăţării criteriilor şi modalităţilor sus-menţionate, contribuind, în acelaşi timp, prin conţinutul lor la consolidarea şi îmbogăţirea fondului de cunoştinţe, deprinderi, obişnuinţe şi conduite igienice, sanogenetice care alcătuiesc cultura sanitară a elevilor.

Evident că adaptarea unora dintre lecţii la conţinutul educaţiei pentru sănătate solicită eforturi suplimentare, pentru a se răspunde ambelor categorii de obiective: cele ale studierii limbii şi literaturii române şi cele ale educaţiei pentru sănătate. Aceasta nu este, firește, simplu. Cu experienţa sa pedagogică şi competenţa profesională, profesorul de limba română va găsi resursele necesare pentru adaptarea modalităţilor clasice de învăţare la temele specifice, contribuind astfel la acoperirea nevoii de cultură sanitară a tineretului şcolar.

Chimia. Planul de învăţămînt prevede predarea chimiei de-a lungul întregului învăţămînt liceal, programa precizînd tematica şi cuantumul de cunoştinţe pe ani de studii. Marea majoritate a acestei tematici necesită, în contextul lecţiilor de predare, al experienţelor demonstrative sau al activităţii independente, intervenţiile educaţionale ferme ale profesorului, în scopul cultivării în rîndul elevilor a unui comportament adecvat şi al respectării măsurilor de protecţia muncii, pentru prevenirea accidentelor sau a intoxicaţiilor, pentru eliminarea oricărui risc de îmbolnăvire.

Unele lecţii de chimie oferă, totodată, posibilitatea reîmprospătării unor cunoştinţe şi practici sanogenetice, care se recomandă a fi substanţial valorificate.

Tematica chimiei la capitolele „Procese chimice", „Teoria protolitică a acizilor şi bazelor" şi, în special, „Protecţia mediului înconjurător" permite preţioase completări cu elemente de educaţie pentru sănătate, dezvoltarea în cadrul diferitelor lecţii a noţiunilor de igienă şi sanogeneză cu caracter practic, în strînsă interrelaţie cu cunoştinţele de chimie, acordîndu-se o atenţie majoră procedeelor de îndepărtare a riscurilor şi de valorificare în folosul sănătăţii a tuturor factorilor cu efecte sanogene, care se află într-o relaţie, oricît de neînsemnată ar părea, cu conţinutul acestor lecţii.

Capitolul „Protecția mediului înconjurător" cere detalierea componentelor comportamentale apte să concure la ocrotirea naturii, la folosirea factorilor naturali ca elemente de mărire a rezistenței generale, nespecifice și de combatere, pe această cale, a efectelor defavorabile ale poluării.

La studierea chimiei organice, în patru dintre cele șapte capitole se structurează un volum de cunoștințe referitoare la „Hidrocarburi", „Corpuri organice cu funcții simple", „Derivații funcționali ai acizilor" și „Substanțele naturale cu importanță fiziologică". În cadrul variatelor lecții referitoare la aceste capitole, în special în interrelație cu clasificarea, structura, proprietățile chimice, metodele de obținere și activitățile experimentale, se impun completări privind menținerea și promovarea propriei sănătăți. O atenție sporită se cere a se acorda valorificării lecțiilor referitoare la „Alcoolism" și „Zaharide", privind combaterea alcoolismului și a consumului de dulciuri în exces, ca factori de lise cu mare pondere în etiologia unor boli cronice.

Fiecare dintre capitolele chimiei „Aspecte energetice ale reacțiilor chimice", „Energia chimică și energia termică", „Reacții chimice" și „Echilibrul chimic" conțin elemente care confruntă elevul cu necesitatea efectuării unor experiențe, a manipulării și combinării unor substanțe sau utilizării unor surse de căldură ori electricitate, care prezintă un risc potențial, față de care se impun măsuri de eliminare sau de anulare a efectelor nocive pentru organism.

Achizițiile informaționale pe care elevul le realizează în general la această vîrstă îi conferă capacitatea de discernămînt, necesară nu numai pentru estimarea acestor riscuri, ci și pentru adoptarea unui stil de viață sanogen, fondat pe elemente ale cunoașterii științifice.

În capitolele de tehnologie chimică, reacții ale compușilor organici și scheme de chimizare a unor materii prime naturale, cele mai multe lecții tratează aspecte și impun activități experimentale, care obligă profesorul la completări pentru menținerea și promovarea sănătății elevilor în dublu sens: fie pentru cunoașterea și aplicarea măsurilor de protecție în timpul manipulărilor substanțelor și efectuării diferitelor activități experimentale, fie pentru sublinierea efectelor sanogenetice ale unora dintre multiplele aspecte dezbătute în clasă cu elevii.

În același timp, lecțiile privind aplicațiile diferitelor reacții sau cele referitoare la chimizarea materiilor prime permit valorificarea acelor elemente care constituie factori de optimizare a condiției de viață, de îmbunătățire a mediului fizic și social, context în care omul este solicitat să introducă în sistemul propriu de valori un comportament igienic, util sănătății, comportament pentru a cărui înfăptuire aportul profesorului de chimie poate fi deosebit de valoros.

Fizica. Predarea fizicii an de an prevede, la clasele X-XII, abordarea capitolelor „Mișcarea și repausul", „Principiile mecanicii Newtoniene", „Miș-

carea punctului material sub acţiunea unor tipuri de forţă", „Energia mecanică a punctului material", „Lucrul mecanic", „Momentul cinetic", „Cinematica şi dinamica rigidului", „Echilibrul mecanic al corpurilor", „Mecanica fluidelor", „Noţiuni de acustică", „Elemente nelineare de circuit", „Oscilaţii electromagnetice", „Optica", „Elemente de fizică cuantică", „Fizica atomului", „Elemente de fizica solidului", „Fizica nucleului" şi „Elementele de fizica plasmei".

Varietatea tematică şi detaliile de conţinut de care beneficiază elevul de-a lungul liceului îl înzestrează cu un bogat volum de informaţie, făcîndu-l apt să înţeleagă complexele probleme de fizică şi să valorifice el însuşi informaţia în favoarea sănătăţii sale. Această capacitate va dobîndi însă noi valenţe, dacă profesorul de fizică, pătrunzînd esenţa demersurilor educaţionale adiacente diverselor teme, va acţiona în acest sens, transmiţînd, paralel cu noţiunile de fizică propriu-zise, şi mesajele de educaţie pentru sănătate în interrelaţie cu ele.

Desigur că în cadrul fiecăruia dintre capitolele menţionate sînt înscrise teme care necesită completări şi intervenţii educaţionale cu caracter igienic, preventiv, sanogenetic. Între acestea însă, temele capitolelor „Fizica atomului" şi „Fizica nucleului" permit o mai substanţială îmbogăţire a conţinutului, noţiunile de educaţie pentru sănătate de profil fiind deosebit de actuale.

Alte obiecte de învăţămînt. Indicaţiile tehnico-metodologice formulate pentru ciclul gimnazial cu privire la integrarea noţiunilor de educaţie pentru sănătate în cadrul celorlalte obiecte de învăţămînt, ca limbi moderne, cunoştinţe social-politice, filozofie, geografie-geologie, desen, muzică, educaţie fizică, precum şi în timpul practicii în producţie, sînt valabile şi pentru învăţămîntul liceal, cadrele didactice de profil fiind solicitate să adapteze diferitele mijloace şi tehnici la specificul tematicii şi conţinutului corespunzător vîrstei şcolare mari.

Tot astfel, întregul ansamblu de mijloace, acţiuni şi manifestări de educaţie pentru sănătate prezentate în ciclul gimnazial pentru activităţi în afara procesului de învăţămînt în şcoală şi extraşcolar sînt adaptabile la vîrsta elevilor de liceu, corpul profesoral trebuind să axeze aceste mjiloace pe elementele tematice şi de conţinut specifice.

5.2.7. *Educaţia pentru sănătate în cadrul dirigenţiei în învăţămîntul gimnazial şi cel liceal*

Fondul informaţional din domeniul sănătăţii furnizat elevilor în procesul de învăţămînt (la diferitele obiecte de studiu), în afara acestuia (în şcoală şi în afara ei), precum şi prin mijloacele moderne ale comunicaţiei de masă (televiziune, radio, presă, broşuri etc.) constituie un bogat bagaj de cunoştinţe pentru aplicarea în cadrul orelor de dirigenţie a unor metode şi mijloace menite să formeze o concepţie ştiinţifică în problemele de sănătate şi boală. În

consecință, nu este indicat ca timpul afectat educației pentru sănătate în orele de dirigenție să se consume cu expuneri teoretice în care profesorul emite, iar elevul recepționează pasiv [55, 201, 213].

Această orientare este valabilă chiar și în situația expunerii unor probleme noi, de actualitate, acordîndu-se preponderență aspectului informativ al temelor cu conținut igienic-sanogenetic, în orele de dirigenție, nu trebuie să se omită tocmai scopul final al educației pentru sănătate: formarea unei concepții științifice și a unui comportament corect favorabil sănătății. Este cunoscut că informarea în acest domeniu nu este eficientă decît în măsura în care asigură și formarea deprinderilor, obișnuințelor, conduitelor respective.

Prin urmare, elementele de conținut prezentate în această lucrare nu trebuie folosite „ad literam" de profesorii-diriginți pentru a efectua expuneri teoretice pe baza lor. Acestea au rolul de a pune la îndemîna cadrelor didactice un material informativ, un ghid privind conținutul educației pentru sănătate, necesitînd a fi prelucrate de către profesori astfel încît să poată produce efecte pozitive asupra elevilor, stări de spirit cooperante, prin utilizarea comunicației directe „de la unul la altul", care asigură în general feedbackul.

În cele ce urmează, vor fi prezentate unele elemente metodice privind educația pentru sănătate în cadrul dirigenției.

Rezolvarea individuală a unor probleme-întrebări

Știința realizării idealului educațional – praxiologia pedagogică – pune accentul nu atît pe cunoștințe, cît mai ales pe metodele de dobîndire, interpretare și utilizare a cunoștințelor, astfel încît prin stăpînirea tehnicii de a învăța rapid și temeinic ceea ce trebuie să știe omul să poată înfrunta orice situație nouă. Transmiterea cunoștințelor într-un cadru problematic urmărește mobilizarea, punerea elevului în acțiune, în sensul de a fi situat în fața unor întrebări, a unor sarcini cognitive care, antrenîndu-l în găsirea unor noi legături, în stabilirea unor concluzii, în „descoperirea" adevărurilor, să-i trezească interesul și să-l determine să-și pună singur probleme, să le sesizeze și să caute soluții pentru rezolvarea lor [55, 209].

Confruntat cu unele contradicții (între experiența anterioară și cunoștințele noi, spre exemplu), cu unele situații problematice, elevul este solicitat în găsirea mijloacelor de rezolvare, ceea ce constituie stimulentul activității intelectuale. Este necesar însă ca sarcina-problemă să aibă pentru el o anumită semnificație, „să vadă" problema prin prisma nevoilor și intereselor sale.

Participarea activă a școlarilor la rezolvări de probleme, de situații, antrenarea lor la „a învăța prin a face", în esență problematizarea, poate fi considerată în prezent a fi cea mai practică metodă de învățare. De aceea, dacă vrem ca elevii să aibă capacitatea de a rezolva probleme, ei trebuie să practice

această rezolvare tot aşa cum, dacă dorim să-şi formeze deprinderi, obişnuinţe, este nevoie să le oferim condiţiile materiale pentru a le aplica.

Renumitul proverb chinez, anticipînd cu sute de ani principiul problematizării, spune: „Ceea ce aud uit aproape totdeauna, ceea ce văd îmi amintesc uneori, dar ceea ce fac nu uit niciodată".

Metodele active sînt fundamentate ştiinţific prin ideea că elevul care nu manifestă un interes profund pentru ceea ce i se transmite nu se va instrui niciodată. Această idee are o largă aplicabilitate şi în problemele de sănătate.

Cercetările din domeniul educaţiei pentru sănătate au demonstrat că, în rîndurile tineretului, interesul pentru problemele de sănătate este limitat. Ca urmare, stimularea interesului pentru aceste probleme trebuie să fie cheia oricărei metode de educaţie pentru sănătate. Aplicarea măsurilor şi regulilor de igienă este adesea motivată de efecte favorabile tardive, ceea ce îi îndepărtează pe tineri de la integrarea acestora în sfera intereselor lor dominante. De aceea, poate mai mult ca în oricare alt domeniu, în educaţia pentru sănătate stimularea, trezirea în rîndurile tinerilor a unor interese care să asigure aplicarea, găsirea unei motivaţii, a unei satisfacţii imediate care să provoace aplicarea, decelarea unei categorii informaţionale apte să determine actul decizional constituie sarcina oricărei metode eficiente.

Prestaţiile de educaţie pentru sănătate trebuie să fie direct legate de nevoile şi interesele elevilor, de condiţiile în care aceştia trăiesc, să fie astfel concepute, orientate, efectuate, încît să suscite individului dorinţa justificată de a adopta un comportament corect.

Educaţia pentru sănătate, ca şi oricare alt domeniu educaţional, trebuie să obţină adeziunea şi colaborarea subiectului; atitudinea cooperantă generează o activitate creatoare, fecundă. Tinerii trebuie să ajungă să-şi rezolve singuri problemele curente de viaţă, ca, de pildă, cele referitoare la dezvoltarea fizică, la dragoste, la relaţiile dintre sexe, la căsătorie. Aplicarea principiului problematizării, al situaţiilor confiictuale în educaţia pentru sănătate porneşte tocmai de la ideea potrivit căreia experienţele igienice, sanogenetice ale elevilor pot folosi acestora în rezolvarea problemelor lor personale de sănătate.

În domeniul sănătăţii, principiul problematizării este considerat a fi aplicabil, deoarece scopul educaţiei pentru sănătate, mai ales la vîrsta preadolescenţei, este de a-i învăţa pe tineri să facă lucrurile pentru ei înşişi şi să folosească în orice acţiune cunoştinţele ştiinţifice. Prin problematizare, elevul învaţă să aplice fapte în soluţionarea problemelor, învaţă să aibă o atitudine critică faţă de sursele sale de informare, învaţă modul de rezolvare a problemelor de sănătate şi valoarea unei acţiuni întreprinse în mod organizat şi planificat, pentru rezolvarea unor probleme viitoare de sănătate.

După cum se ştie, în multe situaţii, chiar în cazul unei bune informări sanitare, subiecţii nu acţionează în consecinţă, ci rămîn pasivi sau persistă în

unele păreri şi obiceiuri opuse cunoştinţelor pe care le-au dobîndit. Adesea, diferitele forme de educaţie pentru sănătate, care se adresează analizorului auditiv sau vizual pentru determinarea unor procese perceptive şi mnemice, nu contribuie suficient la stimularea unor atitudini active din partea subiectului. Acesta nu este pus în situaţia de a solicita activ şi conştient surse de informare, ele fiindu-i prezentate „de-a gata", prin diferite mijloace de educaţie pentru sănătate folosite în cadrul acţiunilor de influenţare.

Stimulii utilizaţi sînt de multe ori bine cunoscuţi, ceea ce face ca impulsurile nervoase să fie îndreptate spre vechile „urme" din scoarţă şi să se suprapună acestora. În aceste cazuri, nu apare acel proces conflictual menit să trezească „reacţia de curiozitate" care stimulează interesul de cunoaştere. Este situaţia în care trecem nepăsători pe lîngă un panou de educaţie pentru sănătate, de exemplu, fără a înregistra măcar existenţa acestuia, pentru simplul motiv că el a devenit „stimul indiferent", grafica, textele şi conţinutul fac parte din categoria „deja văzut". Starea de curiozitate apare doar în cazul în care excitantul este cunoscut parţial subiectului, fiind totuşi suficient de asemănător cu excitanţii anteriori. În acest caz, impulsurile nervoase primite sînt îndreptate spre vechile urme din scoarţă, dar nu se încadrează total, iar în scoarţă apare un proces conflictual, care trezeşte reacţia subiectivă de curiozitate, generează dorinţa de cunoaştere, de informare şi stimulează activitatea ulterioară de investigaţie.

În scopul trezirii interesului, trebuie aplicate, aşadar, în mod selectiv anumite mijloace care să pună probleme ce urmează a fi rezolvate, să-l determine pe elev de a participa activ la rezolvarea problemelor de sănătate, de a căuta răspunsuri, soluţii la o serie de situaţii, să-i stimuleze dorinţa pentru o informare activă, din proprie iniţiativă, şi pentru o atitudine şi comportare favorabilă realizării unui nivel superior de sănătate.

Discuţiile în grup

Variatele tehnici de stimulare a interesului în lumina principiului problematizării, aplicabile şi în domeniul sănătăţii, sînt frecvent dezbătute în literatura de specialitate.

Tehnica incidentului critic, ca tehnică de învăţare, se adresează profesorilor care predau educaţia pentru sănătate în şcoli. Pornind de la ideea că rolul profesorului în relaţia profesor – elev constă, în esenţă, în dirijarea situaţiei de învăţare, se susţine că a preda înseamnă de fapt a ajuta pe altcineva să înveţe, a crea anumite situaţii care să-i determine, să-i stimuleze pe elevi de a învăţa. Se afirmă că ceea ce se predă în şcoala elementară şi cea secundară în materie de sănătate urmează să devină semnificativ abia prin experienţa proprie a elevului. Metoda constă din citirea incidentului, a situaţiei dificile, conflictuale, pe baza unor povestiri imaginate de profesor în care se descriu situaţii conflictuale ce pot interveni curent în activitatea practică a elevilor şi

la care există mai multe rezolvări posibile. Scopul este de a găsi, prin discuţii colective, soluţia cea mai bună în situaţii în care şcolarii sînt puşi în dilemă.

O atare metodă are ca obiectiv punerea în comun a cunoştinţelor şi capacităţii elevilor, pentru a duce la bun sfîrşit o sarcină de care echipa este responsabilă, pentru a rezolva o problemă. Experienţa a arătat că în interiorul fiecărui grup se creează un sentiment colectiv de responsabilitate şi de ajutor reciproc, care împinge pe fiecare să-şi aducă contribuţia maximă. Condiţiile igienico-sanitare se înscriu printre temele cele mai indicate pentru munca de grup. Noţiunile igienice n-au valoare decît dacă sînt respectate; de aceea, clasele se pot organiza în grupuri, avînd de îndeplinit sarcini variate, în funcţie de nevoi şi de posibilităţi, şi urmărind îmbunătăţirea igienei şi menţinerea sănătăţii.

Una dintre condiţiile esenţiale pentru reuşita şi eficacitatea discuţiilor în grup o constituie alegerea unor probleme de sănătate legate de interesele şi nevoile specifice vîrstei şi care prezintă mai totdeauna aspecte controversate, opinii diverse ce pot stimula participarea la discuţii.

Activitatea în grup denumită şi ***metoda Cousinet*** urmăreşte ca grupuri alcătuite din 5-6 tineri să se unească prin afinitate şi să-şi aleagă o activitate care să fie executată în colaborare, fiecare membru al colectivului venind cu aportul său. Membrii grupului îşi împart sarcinile pentru studierea problemei, caută material informativ, grupează, analizează, gîndesc, notează observaţiile, apoi elaborează o lucrare. În problemele de sănătate se pot studia, de pildă, aspecte ale comportamentului igienic, ale modului de întreţinere igienică a locuinţei, de prevenire a bolilor, de respectare a unor reguli de igienă personală şi comunitară etc.

Asaltul asupra creierului sau ***asaltul de idei – brainstormingul***, cum este cunoscut în literatura de specialitate, este o metodă prin care elevii sînt solicitaţi să enunţe cît mai multe idei şi păreri privind o numită problemă, fără să se preocupe de valoarea lor şi fără să încerce a le aprecia critic, urmînd ca în final ideile enunţate să fie selecţionate, ierarhizate şi acceptate sau rejectate. Brainstormingul poate fi un instrument eficace în rezolvarea unor probleme de sănătate de către elevi, dar necesită o oarecare practică. În special, se cere o exprimare cantitativă a ideilor, fără aprecieri calitative. Deşi la început ideile rezultate din brainstorming par convenţionale, spre sfîrşitul şedinţelor apar cele mai bune idei, iar cu cît şedinţa durează mai mult şi grupul este mai experimentat, imaginaţia devine mai bogată şi apar idei valoroase, rezultate de gîndirii creatoare. Un grup care a folosit metoda „asaltului asupra creierului" a dat cu 44% mai multe idei de valoare decît un grup echivalent în care fiecare membru a lucrat singur şi a prezentat ideile sale ca rezultat al unei munci individuale.

Dezbaterile colective – buzz-session (*busy* = ocupat şi *session* = sesiune, şedinţă, dezbatere). După ascultarea unei conferinţe, expuneri, discuţii la

masa rotundă, dezbateri la un simpozion etc. privind probleme de sănătate, se organizează în clase grupuri de 4-6 elevi, care se sfătuiesc între ei timp de 5-10 minute şi înscriu de comun acord, pe cartonaşe, trei aspecte referitoare la problema dezbătută anterior (de pildă, cu ce aspect al problemei au fost de acord, cu care nu sînt de acord, ce ar dori să ştie în plus, ce nu le este clar). Cartonaşele sînt strînse de profesor, care seriază aspectele înscrise şi le citeşte clasei. Apoi, el îi invită la dezbaterea colectivă a acestor aspecte şi, în final, elucidează, motivînd ştiinţific, aspectele controversate sau neclare.

Metoda proiectelor, aplicată în educaţia pentru sănătate, presupune ca elevul să întreprindă ceva în legătură cu un interes sanitar, în aşa fel încît să aducă o modificare a situaţiei sau a condiţiilor existente în raport cu interesul respectiv. De exemplu, a desfăşura în şcoală un proiect privind prevenirea accidentelor presupune ca elevii să cunoască, să stabilească, să descopere numărul accidentelor care au avut loc în şcoală, cauza şi natura lor, posibilităţile de accidentare existente, mijloacele de prevenire (existente şi propuneri), costul accidentelor (pentru individ şi stat).

Derivînd din această metodă, s-a iniţiat *„probleme assignment"* – tehnică recomandată ca aplicabilă în educaţia pentru sănătate, în care fiecare elev îşi ia un angajament pentru soluţionarea unei probleme. De pildă, elevul se angajează, în urma propunerii profesorului, să rezolve o problemă privind amenajarea civilizată şi igienică a clasei, să contribuie la prevenirea accidentelor sau a răspîndirii bolilor transmisibile în şcoală, ceea ce presupune un efort creator şi are, mai ales în problemele de sănătate, o valoare educaţională practică.

Metoda centrelor de interes, fără a schimba cadrul tradiţional al clasei, raportează toate activităţile şcolare pe o anumită perioadă (exerciţii, probleme, dictare, scriere, compunere, desen, lectură, muzică, ştiinţe etc.) la o singură temă: iarna, apa, fructele etc., care constituie un centru de interes. Desigur că, în cadrul centrelor de interes, grupate de obicei în jurul a ceea ce se consideră nevoi fundamentale ale speciei umane, ca alimentaţia, protecţia împotriva intemperiilor, apărarea de duşmani, nevoia de muncă, odihnă, distracţie, se pot integra şi probleme de sănătate.

Integrarea în practica dirigenţiei a unor asemenea metode cu caracter stimulativ, a unor procedee ale metodei problematizării contribuie la activizarea elevilor pentru o muncă independentă, le stimulează iniţiativa şi gîndirea creatoare şi contribuie la îmbunătăţirea nivelului lor de cultură sanitară. Experimentele au arătat că, prin aplicarea unor procedee metodice ale problematizării în educaţia pentru sănătate, elevii au fost antrenaţi ca pe fondul cunoştinţelor acumulate să pătrundă mai adînc în semnificaţia noţiunilor, să înţeleagă mai bine importanţa măsurilor de apărare şi întărire a sănătăţii, fixîndu-şi în mod temeinic cunoştinţele prin stabilirea unor structuri logice, bazate pe fapte şi idei noi privind sănătatea, izvorîte din selectarea şi rezolvarea în mod inde-

pendent a unor probleme practice de sănătate. Totodată, s-a constatat că prin stimularea contribuţiei personale şi colective la găsirea unor soluţii practice în problemele de sănătate se satisfac interesele cognitive specifice vîrstei, se dezvoltă gîndirea creatoare şi se obţine integrarea problemelor privind apărarea şi întărirea propriei sănătăţi, ca şi a sănătăţii colectivităţii, în ansamblul concepţiilor şi comportamentului viitorului tînăr.

Prezentăm spre exemplificare tehnica şi **conţinutul unor dezbateri colective**, procedeu al problematizării care, desigur, nu epuizează gama posibilităţilor de adaptare şi aplicare creatoare a altor variante educaţionale ale metodei respective. Procedeul metodic al dezbaterilor colective constă în solicitarea unui grup de trei-patru elevi care se oferă voluntar ca pînă la următoarea oră de dirigenţie cu temă igienico-sanitară să prezinte un referat privind problema pusă în discuţie şi părerile controversate pe care le cunosc sau le-au auzit, să-şi exprime şi să-şi motiveze ştiinţific propria opinie, să combată prin argumente întemeiate ceea ce consideră că este eronat.

Aceste dezbateri colective urmăresc discutarea unor aspecte ale sănătăţii controversate încă în mentalitatea unor adolescenţi, ca, de exemplu, fumatul, consumul de alcool, rolul antibioticelor, prezentarea la vaccinări, modul de folosire a timpului liber etc.

Formulăm cîteva idei, cîteva asemenea aspecte care pot fi dezbătute în cadrul unui referat privind alcoolul şi tutunul:

- Stabiliţi motivele pentru care fumează unii tineri şi precizaţi-vă părerea faţă de acestea: pe care le acceptaţi şi pe care le respingeţi?
- Enumeraţi efectele fumatului asupra organismului; precizaţi care dintre ele credeţi că sînt folositoare şi care sînt dăunătoare sănătăţii.
- De ce beau unii oameni? Întocmiţi o listă cu motivaţiile pe care le cunoaşteţi; indicaţi motivele cu care sînteţi de acord şi pe care le respingeţi, argumentîndu-vă opinia.
- Enumeraţi efectele consumului de alcool asupra organismului; stabiliţi care credeţi că sînt dăunătoare şi care sînt folositoare.

Un alt referat privind folosirea timpului liber poate fi axat pe următoarele subteme-întrebări:

- Care este modul cel mai igienic de petrecere a timpului liber în cursul anului şcolar?
- Cum este mai bine să fie petrecut timpul liber duminica?
- Ce se înţelege prin folosirea igienică a timpului liber în perioada vacanţelor?
- Care sînt greşelile pe care le fac unii tineri privind folosirea timpului lor liber?

După prezentarea referatului, clasa este solicitată să-şi exprime părerea. Dirigintele va sesiza eventualele opinii greşite, rezultate din prezentările fă-

cute de elevi, şi le va supune dezbaterii clasei, organizînd şi conducînd discuţiile pentru a se ajunge la un punct de vedere comun şi corect, pentru a călăuzi elevii spre formarea unor concepţii clare, ştiinţifice şi spre adoptarea unor comportamente favorabile sănătăţii, a unor conduite cu valoare sanogenetică.

5.2.8. *Introducerea elementelor unui mod sănătos de viaţă în activitatea extraşcolară*

Mijloacele moderne, active, stimulative organizate în cadrul programului şcolar nu trebuie considerate ca avînd un caracter limitativ sau exclusiv [5, 37, 55, 65, 82, 202].

Un rol important în consolidarea cunoştinţelor, deprinderilor, obişnuinţelor, comportamentelor igienice dobîndite de elevi ca urmare a influenţelor de educaţie pentru sănătate aparţine activităţilor extraşcolare.

Exercitarea influenţelor educaţionale asupra elevului în afara şcolii, în cadrul activităţilor denumite clasic extraşcolare, este de natură să asigure continuitatea procesului instructiv-educativ, să creeze prin consens de acţiune climatul necesar fixării, consolidării noţiunilor teoretice şi practice dobîndite în şcoală inclusiv în domeniul educaţiei pentru sănătate. În acest scop, se impune a se adopta şi cu acest prilej concepţia integrativă, abordîndu-se integral sau parţial, în funcţie de cadru, de împrejurări, tematica specifică ciclului gimnazial în ansamblul mijloacelor educaţionale adecvate activităţii extraşcolare.

Excursiile şi ***vizitele*** ca mijloace consacrate activităţii extraşcolare permit integrarea celor mai variate teme şi elemente de conţinut cu caracter de educaţie pentru sănătate, adaptate la variatele situaţii concrete în care elevii se pot afla pe parcursul unei excursii sau al unei vizite.

Problemele privind igiena individuală, călirea organismului, igiena alimentului, apa potabilă, prevenirea incendiilor, relaţiile dintre fetiţe şi băieţi etc. – toate pot fi abordate în cadrul excursiilor şi vizitelor organizate cu elevii ciclurilor gimnazial şi liceal.

Taberele de întremare constituie un cadru favorabil organizării unor prestigioase manifestări cultural-educative în general, în ale căror programe integrarea unor puncte cu conţinut de educaţie pentru sănătate este deosebit de utilă. Experienţa unor cadre didactice şi medico-sanitare cu bogată activitate în domeniul organizării şi funcţionării taberelor pune în evidenţă faptul că, în contextul unui atare climat, se înregistrează o creştere a forţei de atracţie a unora dintre formele curente specifice muncii cultural-educative, o mai mare putere de transmitere a mesajelor în lumea şcolarilor aflaţi în tabără. Este un argument în plus pentru abordarea în cadrul programului cultural-educativ

şi distractiv (focul de tabără, reprezentările scenice, radioficarea etc.) a celor mai variate teme şi elemente de conţinut specifice vîrstei şi cadrului, astfel încît prin activităţile desfăşurate să se poată realiza atît scopul, obiectivele majore ale prezenţei copiilor în tabără – recreere, deconectare, reconfortare, călire, cît şi consolidarea cunoştinţelor, deprinderilor, obişnuinţelor, comportamentelor igienice dobîndite de elevi ca urmare a influenţelor de educaţie pentru sănătate exercitate asupra lor.

Cercurile de specialitate pentru elevi oferă largi disponibilităţi integrative, fie că este vorba de cele cu caracter literar sau artistic, fie de cele tehnice, ştiinţifice. Cercurile literare sau ale micilor naturalişti, spre exemplu, permit abordarea conţinutului în spiritul concepţiei integrative, utilizate în cadrul procesului de învăţămînt la ştiinţele biologice. Cercurile tehnice favorizează cuprinderea prioritară a unor teme igienice în directă corelaţie cu activităţile tehnice prestate în cadrul cercului, amintind unele elemente de igiena muncii, de reducerea fatorilor de risc specifici prestaţiilor respectivului cerc etc.

Caracteristicile unora dintre mijloacele prezentate ca specifice activităţii de educaţie pentru sănătate, desfăşurate în şcoală în afara procesului de învăţămînt, prezintă mari posibilităţi de adaptare şi utilizare a lor în cadrul activităţii extraşcolare. ***Concursurile cu public*** gen „Cine ştie – cîştigă" sau ***cu premii*** de tipul celor exemplificate anterior – „Cel mai îngrijit (curat) elev", „Cel mai bine întreţinut dormitor" etc. – pot fi organizate cu tot atît de largă audienţă în rîndul elevilor în tabere, în internate, la palatele pentru elevi etc.

Tot atît de corespunzătoare poate deveni integrarea acestora în programul elevilor interni, care, în afara activităţii de pregătire a lecţiilor şi de autogospodărire, este necesar să cuprindă şi manifestări diverse de odihnă activă, în cadrul cărora în special concursurile cu public se pot înscrie cu prioritate.

5.2.9. *Desfăşurarea educaţiei pentru sănătate cu părinţii elevilor*

Lucrul cu părinţii permite a observa concordanţa dintre stilul de viaţă în instituţiile de învăţămînt şi în familie, a preîntîmpina desconsiderarea educaţiei igienice în cadrul familiei elevului sau de a introduce în procesul de învăţămînt a formelor avansate de pregătire a familiei pentru un mod sănătos de viaţă. Astfel se vor diminua problemele care apar în educarea copiilor. Lucrul cu părinţii se desfăşoară sub mai multe forme [5, 37, 40, 51, 55, 82, 213]:

- Desfăşurarea adunărilor tematice cu părinţii, organizate de către vicedirectorul în educaţie, de psihologul şcolii sau de profesorul de biologie. La adunări este necesar să ia parte medici în educaţia pentru sănătate, psihologi, dermatovenerologi, specialişti în medicina sportivă etc.
- Atragerea părinţilor în defăşurarea măsurilor extraşcolare, participarea la emisiunile radio, crearea panourilor cu tematică medico-igienică etc.

- Introducerea de către dirigintele clasei în planul adunării cu părinţii a comunicărilor scurte privind problemele modului sănătos de viaţă, familiarizarea părinţilor cu măsurile educaţionale petrecute în instituţia de învăţămînt, cu rezultatele concursurilor, TVC-urilor etc.
- Organizarea clubului pentru părinţi („O familie sănătoasă", „Casa mea – calea spre sănătate" etc.).
- Activităţi de educaţie pentru sănătate cu părinţii: despre importanţa alimentaţiei naturale; necesitatea contiuării şi acasă a orarului de mese şi a regimului de viaţă stabilit în creşă, şcoală; creşterea rezistenţei nespecifice prin folosirea factorilor naturali şi a exerciţiilor fizice; importanţa filtrului şi a respectării măsurilor indicate de acest triaj; educaţia sexuală a copiilor şi adolescenţilor; bolile transmisibile, măsuri de prevenire, vaccinările. Ele pot fi organizate de administraţia şcolii, lucrătorul medical, comitetul părintesc, dirigintele clasei în forme de: conferinţe, proiecţii de filme, discuţii în grup, la adunările părinţelor etc.

5.3. Educaţia pentru sănătate a tineretului şi studenţilor

Odată cu depăşirea vîrstei şcolare, educaţia pentru sănătate nu-şi reduce sfera de acţiune. Dimpotrivă, tot aşa cum influenţa educaţională generală se exercită mai departe prin intrarea tînărului în facultate, şi educaţia pentru sănătate trebuie să acţioneze în continuare. Ceea ce se modifică sînt obiectivele, conţinutul şi mijloacele [5, 37, 55, 61, 62, 65, 82, 166, 178].

5.3.1. *Educaţia pentru sănătate în învăţămîntul superior*

Activitatea de educaţie pentru sănătate în rîndul studenţilor se continuă prin intensificarea eforturilor pentru formarea unui ideal de viaţă corespunzător, pentru corecta înţelegere şi apreciere a valorilor etice, estetice şi sociale [5, 37, 55].

La vîrsta studenţească, are loc o deplasare în obiectivele, conţinutul şi orientarea muncii educative, în sensul că studentul trebuie format astfel încît să fie obişnuit să gîndească singur, să decidă în cunoştinţă de cauză asupra conduitei pe care o adoptă şi asupra sistemului de valori pe care şi-l însuşeşte. Aceeaşi orientare este necesar a fi imprimată şi activităţii de educaţie pentru sănătate în rîndul studenţilor, care trebuie să sprijine şi să completeze eforturile menite a forma un om cult, civilizat şi sănătos.

Coordonatele culturii contemporane, avîntul crescut al ştiinţei şi tehnicii, saltul în nivelul de informatizare şi tehnologii informaţionale, viteza de obţi-

nere a informaţiei, cantitatea impresionantă de cunoştinţe care se acumulează neîncetat, transformarea ştiinţei într-o adevărată forţă de producţie impun sarcini noi şi educaţiei pentru sănătate moderne.

Informarea ştiinţifică a viitorilor intelectuali cu privire la principalele cunoştinţe din domeniul medicinei este o primă sarcină, atît pentru ca studenţii să fie în pas cu acest important sector al ştiinţei şi pentru a completa sfera lor informaţională generală la nivelul cerinţelor actuale ale omului modern, cît şi pentru a asigura baza necesară formării unor convingeri şi atitudini corecte în problemele de sănătate.

În timp ce la vîrsta şcolară organismul copiilor şi adolescenţilor se află într-o continuă şi dinamică transformare, cu o accentuată creştere staturo-ponderală, cu importante modificări neuroendocrine, sexuale şi psihice, studenţii prezintă un organism cu un echilibru relativ stabilizat. Adolescenţa este considerată mai mult un proces decît o perioadă, un proces în care au loc acumulări de cunoştinţe, concepţii, convingeri, atitudini, experienţe, exemple ale mediului, care contribuie împreună la integrarea tînărului în viaţa socială.

Datorită complexităţii vieţii moderne, condiţiilor noi social-economice apărute după anii '90 ai secolului trecut odată cu obţinerea independenţei statale, prelungirii duratei studiilor ca urmare a creşterii rapide şi neîncetate a volumului de cunoştinţe din domeniul ştiinţei şi tehnicii, durata adolescenţei, ca proces, tinde să se prelungească. Fenomenul nu este indiferent educaţiei pentru sănătate. Prelungirea adolescenţei, a perioadei de tranziţie pînă la vîrsta adultă pretinde ca tînărul să primească, în continuare, îndrumări competente, menite a-i întări şi promova sănătatea, a-l adapta din punct de vedere fiziologic şi psihic noilor condiţii de viaţă şi de muncă.

Condiţiile de studiu, odihnă, alimentaţie şi asistenţă medicală create studenţilor sînt deosebit de favorabile. Este necesară însă şi o activitate de educaţie pentru sănătate sistematică, concepută şi organizată pentru integrarea corectă a studenţilor în aceste condiţii, pentru a-i deprinde să le folosească din plin în folosul sănătăţii proprii şi al randamentului la studii.

Educaţia pentru sănătate trebuie să-i determine pe studenţi să gîndească şi să acţioneze în problemele de sănătate de pe poziţiile omului adult, să opteze pentru un mod de viaţă igienic, sanogenetic şi să se conformeze exigenţelor pe care le implică această opţiune, să-şi asume responsabilităţi în domeniul sănătăţii.

Între altele, acest mod de viaţă presupune o bună igienă corporală, o alimentaţie raţională, somn suficient, un minim de timp în aer liber şi obţinerea unei bune rezistenţe fizice, abţinerea de la fumat şi droguri, abţinerea sau, în orice caz, consumul moderat al băuturilor alcoolice, antrenarea pentru efort şi stăpînire de sine, un echilibru corect între muncă şi timpul destinat recreerii, o utilizare judicioasă a timpului liber.

Înfăptuirea acestor deziderate presupune acțiuni de educație pentru sănătate bine conduse, deoarece uneori studenții manifestă o anumită rezistență pentru unele forme de educație, printre care, trebuie s-o recunoaștem, se situează și cele de educație pentru sănătate.

Cauza acestui fenomen ar putea consta în particularitățile psihice specifice vîrstei. Tendința de afirmare a personalității face ca studentul, încă adolescent în perioada de trecere spre maturitate, să privească critic, chiar și pe plan sanitar, încercările de moralizare, de impunere a unor cerințe foarte bine cunoscute de către el, dar despre a căror valoare este departe de a fi convins.

Ca urmare, studentului trebuie să i se vorbească de la egal la egal, de pe poziții de paritate, ca de la un intelectual mai vîrstnic și cu mai multă experiență la un intelectual tînăr, în plină formare. Dacă se vor aborda pe un ton peremptoriu, fără posibilități de replică, adevăruri bine cunoscute, ca, de exemplu, pericolul fumatului și al alcoolului, necesitatea de a învăța zilnic, spre a nu-și prejudicia sănătatea prin efortul depus în preajma examenelor etc., legînd aceste sfaturi de interdicții și asociindu-le, nemijlocit, de pericole iminente pentru sănătate, eșecul unei astfel de educații pentru sănătate va fi mult mai probabil. Studentul va reține nu semnificația medicală, ci rezonanța psihologică a sfaturilor, avînd senzația unei imixtiuni în viața sa personală, a unei lezări a personalității, a unei tendințe de modelare a comportării sale după dorințele educatorului sanitar.

Educația pentru sănătate trebuie să-l convingă dimpotrivă pe student că tocmai alegerea și aplicarea normelor de viață igienică, prin selectarea lor preferențială, constituie o dovadă de afirmare a personalității. Este poate „modern" să-ți petreci timpul liber prin baruri, în spații închise, consumînd alcool și fumînd, dar oare cine dovedește mai multă originalitate și o personalitate mai puternică? Desigur că studentul care aplică modele de viață în aer liber, sport, de abținere de la abuzuri, chiar de privarea momentană de unele senzații eventual plăcute, dar efemere și dăunătoare, în schimbul unor scopuri mai mari și mai îndepărtate, ca menținerea unei bune sănătăți fizice și psihice, în vederea obținerii unor rezultate cît mai bune în munca de creație intelectuală.

Mijloacele cu adresabilitate directă, de grup și individuale au cele mai multe șanse de a fi acceptate. Studenții sînt adesea mult mai receptivi cînd se abordează (individual sau pe colective omogene din punctul de vedere al intereselor și comportării) anumite teme de sănătate, cum ar fi cele referitoare la problemele sexuale, antiveneriene, de organizare igienică a studiului și odihnei sau cele adresate unor categorii de studenți care, prin modul lor de viață și alimentație, sînt „la risc" sau au ajuns deja în stadii incipiente de îmbolnăvire (din cauza fumatului, consumului de alcool, vieții dezordonate, regimului alimentar greșit etc.).

Cultivarea convingerilor, formarea unei concepţii corecte care să stea la baza atitudinilor şi comportamentului igienic al studentului este sarcina principală a cadrelor medicale din sectorul studenţesc. Este necesar ca medicii să folosească toate posibilităţile existente în unităţile de asistenţă medico-sanitară şi în locurile de studiu, odihnă, culturalizare, sport etc. ale studenţilor, pentru a efectua, pe diverse căi, o influenţare prin educaţia pentru sănătate permanentă şi organizată, eficientă.

Odată terminate studiile universitare, ajunşi la locul de muncă, foştii studenţi trebuie să devină ei înşişi educatori sanitari direcţi ai celor cu care lucrează. Profesorul este educatorul sanitar cel mai indicat al elevilor săi; inginerul poate şi trebuie să fie educatorul sanitar al muncitorilor în problemele de igienă generală, igiena muncii, prevenirea îmbolnăvirilor profesionale, a intoxicaţiilor şi a accidentelor de muncă; inginerul-agronom şi medicul-veterinar au sarcina de a contribui din plin la culturalizarea sanitară a populaţiei rurale. De altfel, orice intelectual trebuie să fie un exemplu de comportare igienică pentru cei în mijlocul cărora trăieşte şi lucrează, participînd astfel la întreaga acţiune de culturalizare sanitară a populaţiei din ţara noastră.

Obiective

În învăţămîntul superior, obiectivele educaţiei pentru sănătate trebuie să contureze:

- formarea unei concepţii ştiinţifice despre sănătate şi boală, care să fundamenteze atitudini şi comportamente igienice, sanogenetice;
- formarea convingerii că selectarea adecvată a normelor de viaţă igienică contribuie la conturarea personalităţii;
- promovarea culturii sanitare ca o componentă a culturii umane specifice omului educat multilateral;
- consolidarea comportamentului privind igiena muncii şi a vieţii în colectiv, profilaxia îmbolnăvirilor profesionale;
- informarea ştiinţifică, cultivarea şi dezvoltarea unei concepţii şi a unui comportament corect şi responsabil privind relaţiile dintre sexe; cunoaşterea normelor vieţii de familie, educarea viitorilor părinţi;
- educarea în spiritul înaltei semnificaţii morale, patriotice şi umanitare a acordării primului ajutor şi a donării onorifice de sînge.

Conţinut

Pentru înfăptuirea acestor obiective, conţinutul educaţiei pentru sănătate în rîndurile tineretului universitar trebuie să abordeze, pe lîngă problemele de sănătate de interes general, următoarele subiecte specifice:

- necesitatea respectării bioritmului uman, a programului de viaţă, muncă şi odihnă pornind de la cerinţele şi ritmurile funcţiilor vitale ale organismului: necesitatea realizării unui microclimat corespunzător în familie, în căminul studenţesc, la locul de muncă şi învăţătură; control asupra respectării microclimatului igienic;

- noțiuni privind etiologia, epidemiología și profilaxia bolilor transmisibile și bolilor cronice degenerative, cu accent pe tulburările neuropsihice și pe afecțiunile aparatului respirator și digestiv; noțiuni de igienă mintală;
- igiena studiului individual și a pregătirii examenelor; igiena alimentației; igiena odihnei, a locului de trai (familie, cămin, cantină) și a locului de muncă (săli de curs, laboratoare, ateliere, întreprinderi);
- igiena sexuală, relațiile dintre sexe, legislația privind ocrotirea mamei și a copilului, dinamica demografică;
- promovarea unei concepții și dezvoltarea unui comportament care să determine integrarea relațiilor dintre tinerii de sex opus în contextul moralei, al principiilor eticii și echității sociale;
- importanța împlinirii vieții sexuale în cadrul familiei; rolul acesteia în viața societății; pregătirea pentru căsătorie și viața de familie; fecundația, sarcina și nașterea; noțiuni elementare de puericultură.

Mijloace de educație pentru sănătate

Selecția mijloacelor de educație pentru sănătate se face în funcție de locul desfășurării activității și de caracteristicile grupei de tineri cărora li se adresează.

În dispensarul (policlinica) studențesc

Specificul dispensarului (policlinicii) studențesc oferă posibilitatea cuprinderii tuturor studenților în activitatea de educație pentru sănătate. Contactul permanent și prelungit al medicului cu studenții creează condiții optime pentru testarea lacunelor existente în domeniul cunoștințelor și obișnuințelor igienice și, deci, a cerințelor sub raportul informării și al acțiunilor de influențare comportamentală.

În acest cadru, mijloacele de educație pentru sănătate necesită o diferențiere în funcție de tematica specifică celor două grupe de studenți aflați în evidență: sănătoși și bolnavi.

Prima grupă, constituită din studenții cărora li se efectuează controalele stării de sănătate, imunizările, testările biologice etc., beneficiază de aportul educației pentru sănătate în cadrul asistenței active, acordate la inițiativa unității medico-sanitare, în contextul actului profilactic primar și al actului sanogen vizînd prevenirea îmbolnăvirilor și atingerea unui nivel superior de sănătate.

Șirul mijloacelor de educație pentru sănătate adecvate cadrului oferit de dispensarul studențesc întrunește, în special, mijloacele de grup, concretizate în:

- convorbiri organizate cu microgrupuri diverse de studenți;
- exponate vizuale (afișe, panouri, expoziții) în sala de așteptare;
- exponate electrice și mecanoelectrice;
- proiecții de diapozitive;
- filme cu tematică respectivă;
- literatură de educație pentru sănătate.

Cea de a doua grupă, studenții bolnavi aflați în evidenta dispensarului pentru diverse afecțiuni, dispensarizații, și cei cărora li se acordă asistență medicală la cerere, beneficiază de influențe educaționale în cadrul asistenței pasive, în contextul actului profilactic secundar și terțiar, al actului medical-recuperator, vizînd recuperarea biologică, readaptarea și reintegrarea profesională, reinserția socială.

În cazul acestor categorii de studenți, cele mai recomandate mijloace sînt:

- convorbirea individuală, în cadrul căreia se acordă sfaturi individualizate în raport cu evoluția, cu stadiul de recuperare a fiecărui student;
- memoratoare medicale care facilitează acordarea sfatului individualizat;
- exponate vizuale diverse (afișe, panouri, expoziții);
- exponate electrice și mecanoelectrice;
- literatură de educație pentru sănătate adecvată (broșuri, pliante);
- convorbiri organizate pe grupe de bolnavi care solicită asistență medicală, cu înmînarea unor memoratoare sau broșuri la temă.

Esența mesajelor transmise prin aceste mijloace vizează determinarea atitudinii cooperante a studenților bolnavi în aplicarea complexului terapeutic, cu accent pe terapia igienico-dietetică.

Interesul selectiv pentru sfaturi privind afecțiunea de care suferă face să nu se recomande la această categorie de studenți abordarea unei alte tematici de educație pentru sănătate, în afara celei legate de boala lor. Temele se recomandă a fi alese în raport cu profilul cabinetului de specialitate și cu anumite probleme specifice formelor nosologice mai frecvente, indicîndu-se convorbirile pe grupuri de bolnavi care solicită asistență medicală la același serviciu de specialitate și sfatul medical diferențiat și individualizat, cu înmînarea unor memoratoare sau broșuri la temă.

Formele vizuale, exponatele electrice și literatura de educație pentru sănătate sînt utilizabile cu bune rezultate în policlinica studențească, avînd în vedere operativitatea abordării lor de către studentul bolnav direct interesat.

În orășelele/căminele studențești

Pentru organizarea educației pentru sănătate a studenților în orășelele/căminele studențești, pot fi aplicate următoarele măsuri:

- Fondarea bibliotecilor de educație pentru sănătatea proprie de larg interes, care este necesar să fie înzestrate cu toate tipăriturile de educație pentru sănătate, axate pe tematica generală și cea specială pentru studenți. Buna funcționare reclamă popularizarea acestor tipărituri și folosirea sistemului de împrumut.
- Stațiile de radio, unde ele există, pot fi folosite pentru transmiterea unor mesaje de educație pentru sănătate prin forme specifice. Această cale de comunicare își atinge cel mai bine scopul dacă emisiunile se referă

la viaţa din cămin, la aspecte cu caracter igienic specifice căminului respectiv (evitarea zgomotului, păstrarea alimentelor în condiţii igienice, organizarea timpului de studiu şi de odihnă etc.).

- Existenţa Comitetului de cămin, format din studenţi care, printre alte probleme, se ocupă şi de cele privind întreţinerea civilizată şi igienică a căminului şi comportamentul studenţilor, comitet care este bine să fie instruit şi îndrumat periodic de medicii policlinicii, pentru a se orienta în sprijinul activităţii de educaţie pentru sănătate. Membrii comitetului de cămin pot desfăşura o activitate directă prin discuţii individuale colegiale pentru asigurarea respectării normelor igienice şi formarea comportamentului corect al studenţilor.
- Organizarea meselor rotunde şi a convorbirilor în grup, desfăşurate periodic, cu participarea medicilor-specialişti din policlinică, pe teme de interes special, ca, de exemplu: probleme de educaţie sexuală, organizarea raţională a timpului liber, igiena studiului, evitarea abuzurilor (alcool, tutun, petreceri nocturne).
- Expunerile, referatele, convorbirile studenţilor facultăţii de medicină cu studenţii altor facultăţi, adică educaţia pentru sănătate a studentului de către student (cu condiţia ca cel care o efectuează să fie bine documentat şi îndrumat în prealabil de lucrătorii medicali) poate elimina eventualele reţineri ce se manifestă faţă de alte persoane mai vîrstnice. Studenţii se simt mult mai în largul lor de a pune întrebări, a cere răspuns la probleme care îi frămîntă, a discuta şi dezbate cu colegii anumite aspecte din domeniul sănătăţii. Totodată, se creează posibilitatea ca studenţii în medicină, viitori educatori sanitari, să-şi însuşească metodica acestei activităţi.
- Organizarea programelor cultural-educative pentru locurile de recreere, culturalizare şi odihnă, întocmite cu măiestrie, oferă o mare varietate de mijloace pentru a aborda şi problemele de sănătate.
- În cluburile studenţeşti, tematica de educaţie pentru sănătate poate fi introdusă în programele artistice studenţeşti prin proiecţii de filme, organizarea de expoziţii, cicluri de conferinţe, simpozioane, seri cultural-sanitare, seri de întrebări şi răspunsuri, mese rotunde, reprezentări scenice diverse – scenete, monologuri, epigrame.
- Concursurile cu public în lumea studenţească în domeniul educaţiei pentru sănătate. Selectată cu predilecţie din domeniul informării ştiinţifice, tematica va prezenta la un înalt nivel intelectual probleme de actualitate şi de interes specific pentru studenţi privind sănătatea şi boala. Este recomandabil ca lectorii să fie selecţionaţi dintre medicii cu prestigiu şi cadrele universitare de specialitate.
- În sălile şi pe terenurile de sport, se impune a fi abordată cu studenţii tematica de profil prin convorbiri în grup şi individuale, prin instructaje

separate cu cei care practică anumite sporturi şi prin masiva utilizare a formelor vizuale, axate prioritar pe igiena antrenamentelor, igiena personală, alimentaţia sportivului, regimul de muncă şi odihnă în perioada concursurilor, comportarea igienică şi civilizată pe terenurile de sport, pericolul alcoolului, tutunului şi al vieţii dezordonate pentru sportivi.

– În taberele de odihnă studenţeşti este util să se asigure continuitatea procesului de educaţie pentru sănătate din timpul anului de studii. Se pot iniţia, în acest scop, forme atractive specifice activităţii educativ-culturale a taberei – jocuri de tabără, brigăzi artistice, simpozioane, mese rotunde, concursuri, întreceri etc. axate pe teme ca: organizarea igienică a timpului liber în perioada vacanţelor, igiena îmbrăcămintei, alimentaţia în excursie etc.

5.3.2. *Educaţia sexuală a tineretului*

Pentru tinerii de ambele sexe, adolescenţa înseamnă un timp plin de schimbări. Adolescenţii au nevoie să înveţe cum să înţeleagă dezvoltarea sexuală, fizică şi emoţională. Astfel ei vor fi pregătiţi să ia decizii corecte despre relaţiile sexuale. Presiunea din exterior poate să-i forţeze pe tineri să se implice sexual înainte de a fi pregătiţi pentru acest pas [5, 12, 29, 30, 32, 37, 37, 51, 55, 104, 161, 173, 177, 186].

Adolescenţa este o perioadă de dezvoltare şi curiozitate sexuală, astfel încît tinerii fără o educaţie şi fără cunoştinţe suficiente despre aceasta sînt în pericol să se descopere în situaţii nedorite şi dificile. Sîntem datori cu toţii să-i îndrumăm în această perioadă grea de schimbări.

Este greu de dat o difiniţie unică a educaţiei sexuale. Educaţia sexuală este privită în multe moduri. Concepţia conservatoare şi tradiţională se referă la prezentarea informaţiilor „ştiinţifice obiective" cu termeni de anatomie, fiziologie şi igienă sexuală.

În modelul modern, educaţia sexuală este considerată o parte a educaţiei personale, sociale şi sanitare. Aspectele biologice şi sexuale sînt folosite pentru a încuraja discutarea unei game întregi de valori morale, în cadrul general al ideii că elevii trebuie să-şi formeze propriile lor opinii, în cunoştinţă de cauză.

Educaţia sexuală, parte componentă a educaţiei multilaterale, este astăzi cu atît mai necesară, cu cît au apărut o serie de elemente noi, care pledează cu prisosinţă în favoarea unei educaţii sexuale corecte a tineretului. Această cerinţă este determinată, pe de o parte, de o serie de factori biopsihologici şi sociali, generaţi de condiţiile dezvoltării vieţii moderne, iar pe de altă parte, se impune datorită deficienţelor de informare şi educare a tineretului în problemele sexuale, din cauza accelerării maturizării sexuale.

Necesitatea educaţiei sexuale apare şi ca urmare a recrudescenţei bolilor venerice, a apariţiei şi răspîndirii infecţiei HIV/SIDA, răspîndirii pe cale

sexuală a maladiilor contagioase, cum ar fi hepatitele virale B şi C. Printre cauzele incriminate de Organizaţia Mondială a Sănătăţii sînt:

- o educaţie sexuală deficitară în rîndurile tineretului;
- dezinteresul părinţilor şi, parţial, şi al şcolii pentru educaţia copiilor;
- necunoaşterea de către tineri a condiţiilor de răspîndire a bolilor venerice, a infecţiei HIV/SIDA şi a pericolului acestora;
- iresponsabilitatea din partea tinerilor faţă de propria sănătate şi a celor apropiaţi.

Există o contradicţie între fenomenul de maturizare biosexuală şi creşterea numărului de îmbolnăviri venerice, a infecţiei HIV/SIDA, pe de o parte, iar pe de altă parte, rămînerea în urmă a culturii sanitare a tinerei generaţii. Aceasta cu atît mai mult, cu cît, odată cu dezvoltarea sexuală timpurie a tineretului, intervine o complexitate de factori care atestă deosebita actualitate a educaţiei sexuale, dintre care citãm: falsa înţelegere a noţiunii de *emancipare a fetelor*, insuficienta îndrumare şi supraveghere din partea părinţilor; fluctuaţia şi migraţia populaţiei din mediul rural spre centrele urbane, peste hotarele ţării; creşterea consumului de alcool în rîndurile tineretului; ponderea pe care mass-media o acordă unor aspecte erotice şi sexuale, ignorarea pericolului venerian etc.

O idee călăuzitoare a educaţiei sexuale o constituie aceea privind *umanizarea instinctului sexual*, idee potrivit căreia este specific fiinţei umane de a-şi stăpîni instinctele, că omul prin inteligenţa şi voinţa sa, prin particularităţile sale neuropsihice şi de viaţă socială îşi împleteşte instinctele cu componente afective, elevînd astfel conţinutul relaţiilor dintre sexe, de la simple porniri şi acte instinctive la sentimente superioare. Educaţia sexuală are menirea de a îngloba sexualitatea în viziunea de ansamblu a unei vieţi şi a unor relaţii armonioase, demne de respect reciproc între oameni.

Morala sexuală se bazează în societate pe recunoaşterea demnităţii umane, pe principiul egalităţii în drepturi şi obligaţii a bărbatului şi a femeii în toate domeniile vieţii sociale şi personale. De aici decurg cerinţe morale de respect şi consideraţie pentru persoana celuilalt, de onestitate şi încredere, de o stăpînire de sine şi tact, de conştiinţă a răspunderii şi fidelităţii faţă de familie şi societate.

Educaţia sexuală constituie o misiune comună a familiei, şcolii şi societăţii, avînd ca obiect pregătirea tineretului pentru căsătorie şi viaţa de familie.

În cadrul educaţiei morale a tineretului, atunci cînd tinerii sînt îndrumaţi să înţeleagă just conţinutul unor noţiuni ca tovărăşie, prietenie, dragoste, educatorul are prilejul potrivit de a aprofunda aceste aspecte ale relaţiilor dintre tineri.

Este necesar ca tinerii să înţeleagă că dragostea este un sentiment înalt, nobil, prin ale cărui manifestări se reflectă caracteristicile tînărului şi care este menit să ducă la fericirea personală, la realizarea multilaterală în viaţă.

Se impune, de asemenea, a fi abordat cadrul social în care se manifestă instinctul sexual al omului, faptul că relaţiile dintre tineri necesită integrarea în contextul moralei şi al cerinţelor majore ale societăţii. Satisfacerea instinctului sexual trebuie să constituie concomitent un izvor de satisfacţii personale, de stimul în muncă, în afirmarea personalităţii. În acelaşi timp, este necesar ca tînărul să fie pătruns de răspunderile sale, de faptul că familia constituie o componentă de bază a societăţii.

O altă componentă este igiena propriu-zisă a organelor genitale externe, necesitatea îngrijirii lor zilnice, cu o atenţie specială în perioada menstruaţiei. Deosebit de importantă este abordarea problemelor legate de bolile venerice şi de infecţia HIV/SIDA.

Pentru evitarea onaniei, se va insista spre dirijarea atenţiei adolescenţilor spre practicarea sporturilor, activitate în cercuri ştiinţifice, literare, artistice; excursii, activitate în aer liber etc.

În cadrul familiei, părinţii trebuie să aibă convorbiri cu copiii lor în care să li se dea explicaţii sumare despre proveniența copiilor, despre diferenţa dintre sexe etc., spre a evita infiltrarea unor idei dăunătoare şi eronate.

Printre şocurile afective pe care le poate suferi copilul, unele sînt determinate de ignoranţa în care este lăsat cu privire la diferenţele morfofiziologice dintre sexe şi la legile elementare ale reproducerii vieţii. Neinformat, copilul caută să-şi satisfacă curiozitatea în altă parte. Tăcerea părinţilor şi educatorilor sau lipsa de cunoştinţe şi de orientare a acestora la întrebările fireşti ale copilului nu este o soluţie.

O cerinţă esenţială a educaţiei sexuale constă în prezentarea clară, corectă, sinceră şi naturală a noţiunilor, adaptîndu-le gradului de maturizare a copilului. Falsificarea primei informări duce mai totdeauna la o îndepărtare a copilului de părinţii săi şi la o apropiere de „prieteni" mai mari sau colegi etc.

Este cunoscut faptul că educaţia şi instruirea sexuală în şcoală, ca şi celelalte domenii ale procesului instructiv-educativ, trebuie să fie predată şi adaptată vîrstei, nivelului de dezvoltare a copiilor. În clasele mici, educaţia sexuală se poate face în comun. Odată cu înaintarea în vîrstă, este preferabil ca anumite teme să fie tratate separat pe sexe, fără a se exclude discuţii mixte, îndeosebi în legătură cu problemele etico-afective ale relaţiilor dintre sexe.

La efectuarea educaţiei sexuale trebuie de ţinut cont de cîteva principii şi elemente esenţiale:

- nivelul de cunoştinţe şi vîrsta adolescentului/tînărului;
- punerea în prim-plan a cunoştinţelor concrete şi încurajarea explorării acestora;
- prezentarea în mod repetat şi diferit;
- examinarea opiniilor şi conceptelor, încurajarea gîndirii şi discutarea unor opinii şi concepte;

- încurajarea dezvoltării aptitudinilor personale şi impersonale;
- încurajarea reflectării şi asumării responsabilităţii: responsabilitatea partenerilor nu se împarte, ci este de 100% pentru fiecare;
- discutarea în prealabil a problemelor cu tinerii, pentru identificarea punctelor lor de pornire, mai degrabă decît impunerea unor nivele comune.

Dezvoltarea comportamentului tipic de adolescent în ceea ce priveşte sexualitatea necesită un climat deschis şi de siguranţă, în care tinerii să-şi discute sincer propriile idei şi sentimente legate de sexualitate.

Este mai eficient să se adopte o atitudine flexibilă faţă de stilul de viaţă, făcîndu-se precizarea că educaţia respectă diferitele moduri de viaţă sexuală şi libertatea individului de a-şi adopta propriul stil de viaţă.

Un alt deziderat al educaţiei sexuale este folosirea metodelor de educaţie orientate cu precădere spre încurajarea luării neformale de decizii privind metodele de clasificare a valorilor. Multe cercuri educaţionale din interiorul şi din afara şcolii nu sînt familiarizate cu aceste forme de educaţie, care implică şi anumite condiţii pe care trebuie să le îndeplinească un bun educator. Acestea pot fi structurate pe patru nivele: personal, pedagogic, informaţional şi managerial.

a) *Nivelul personal*:
- să recunoască importanţa sexualităţii;
- să fie familiarizat cu limbajul sexual;
- să privească cu toată seriozitatea sexualitatea la tineri;
- să ia cunoştinţă de complexitatea sexualităţii;
- să fie conştient de ideile/atitudinile personale privind sexualitatea.

b) *Nivelul pedagogic*:
- competenţă în capacitatea de comunicare;
- să posede o gamă largă de aptitudini didactice;
- să accepte faptul că educaţia sexuală izvorăşte din înseşi necesităţile tinerilor;
- cunoştinţe în folosirea resurselor.

c) *Nivelul informaţional*:
- accesul la informaţie;
- cunoştinţe despre sexualitate, contracepţie şi boli cu transmitere sexuală etc.

d) *Nivelul managerial*:
- să participe la luarea deciziilor (elaborarea strategiilor);
- să fie capabil să examineze toate posibilităţile de punere în practică.

Pe lîngă aceste condiţii, sînt necesare şi anumite aptitutdini pe care trebuie să le posede cei implicaţi în educaţia sexuală:
- să înţeleagă şi să accepte complexitatea şi diversitatea sexualităţii;
- să cunoască caracterul dinamic şi necesităţile ciclului uman;

- să fie competent în materie de comunicare;
- să fie capabil să facă faţă situaţiilor conflictuale;
- să fie familiarizat cu limbajul sexual;
- să fie informat asupra sexualităţii la tineri;
- să posede calităţi şi metode didactice;
- să fie capabil să creeze o atmosferă deschisă, sigură;
- să poată influenţa mediul şcolar, educaţional;
- să fie entuziast în legătură cu subiectele predate;
- să nu emită judecăţi;
- să aiba simţul umorului.

Orice persoană care se implică în acest domeniu de activitate trebuie să aibă în vedere cîteva considerente, de care trebuie să ţină seama:

- De ce este implicat în educaţia sexuală?
- Poziţia pe care se află faţă de această activitate.
- Pe ce şi pe cine se bazează?
- Ce subiecte va aborda şi ce subiecte nu va aborda?
- Ce limbaj va folosi?
- Ce bagaj de cunoştinţe sînt necesare?
- Ce trebuie să facă pentru a crea o atmosferă propice de lucru?
- Cum va lucra cu individul sau grupul?

Tehnicile didactice care pot fi aplicate sînt următoarele:

a) *Conferinţa* – constă în prezentarea de informaţii de către unul sau mai mulţi experţi, urmată de întrebări şi răspunsuri.

b) *Discuţiile* – reprezintă un schimb verbal de idei, condus de lider pe un subiect specific. Participanţii au ocazia să împărtăşească fapte şi idei şi pot să asculte şi să ia în consideraţie puncte de vedere variate.

c) *„Ploaia" de idei* – este o „curgere" de idei despre un subiect specific. Liderul sau unul din participanţi pune o problemă, după care participanţii îşi prezintă opiniile, ideile în legătură cu problema pusă. Cînd „ploaia" de idei s-a oprit, se face evaluarea şi selectarea acestora, pentru a le identifica pe cele mai realiste şi utile.

d) *Audiovizuale* – acestea prezintă o atractivitate şi o receptivitate deosebită în rîndul participanţilor distrîndu-i, dar dîndu-le şi posibilitatea de a se identifica cu personajele şi situaţiile din film.

e) *Dramatizarea* – jocul de rol dă posibilitatea participanţilor să se pună în diverse situaţii, ipostaze, pe care încearcă să le rezolve. Cînd grupul de lucru este mai mare, este recomandat să fie folosiţi voluntari pentru jocul de rol, pentru că unii participanţi sînt mai timizi în faţa unui grup mare.

f) *Tehnici combinate* – de obicei se asociază două sau mai multe tehnici, pentru a realiza obiectivul propus.

Este bine ca la sfîrşitul activităţii să se facă o clarificare a noţiunilor însuşite şi, eventual, o evaluare a acţiunii.

5.3.3. *Organizarea centrelor consultative şi de asanare, de prestare a serviciilor prietenoase tinerilor*

Centrele consultative şi de asanare pot fi organizate în baza cabinetelor medicale din şcoli. În aceste centre, elevilor li se dau recomandări medicale de asanare, consultaţii individuale pe problemele promovării modului sănătos de viaţă, se organizează măsuri profilactice (vitaminizare, masaj), pot fi deschise cabinete de psihotrainînguri, relaxare etc. [224]

Coodonatorul de bază al tuturor activităţilor educative este profesorul ce predă educaţia pentru sănătate, în colaborare cu serviciile medicale pentru copii şi adolescenţi, cu colaboratorii serviciului de educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informare. Coordonatorul trebuie să distingă şi să pregătească din grupul de elevi un formator (moderator). Acest lucru e necesar, deoarece persoanele de aceeaşi vîrstă comunică mai uşor, îşi cunosc interesele şi comportamentul, au mai multă încredere unul în celălalt, discutînd de la egal la egal. De asemenea, adolescenţii par a fi mai inventivi în atragerea atenţiei asupra problemelor de sănătate şi ale modului sănătos de viaţă, asupra sporirii interesului în rîndul persoanelor de aceeaşi vîrstă în promovarea unui comportament igienic pozitiv.

Dacă procesul de instruire a elevilor în domeniul promovării unui mod sănătos şi inofensiv de viaţă va fi organizat la nivel, pe viitor vom avea o populaţie mult mai sănătoasă. Pentru a soluţiona o problemă foarte importantă din domeniul sănătăţii publice – menţinerea şi fortificarea sănătăţii populaţiei şi perfecţionarea educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă –, este necesar de a asigura:

1. Determinarea formelor eficiente de cooperare cu organizaţiile nonguvernamentale, obşteşti, religioase şi coordonarea activităţii lor la compartimentul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă;
2. Participarea la crearea unor asociaţii obşteşti pe interese de sănătate (societatea bolnavilor cu diabet zaharat, cu astm bronşic sau a foştilor bolnavi de alcoolism etc.);
3. Orientarea informaţiei medicale la dezvăluirea potenţialului pericol al promovării metodelor de tratament şi profilaxie practicate de „tămăduitorii populari";
4. Activitatea în domeniul planificării familiei, în scopul asigurării ataşării spirituale şi morale de familie şi mamă, diminuarea numărului de avorturi;
5. Excluderea publicităţii în mass-media ce conţine informaţii privind alcoolul, produsele din tutun şi alte produse ce dăunează sănătăţii;
6. Utilizarea pe larg a mijloacelor de informare în masă (televiziunea, radioul, presa) în popularizarea modului sănătos de viaţă, dezvoltarea unei

publicităţi sociale şi a unui marketing social, controlul publicităţii medicamentelor şi serviciilor medicale.

Soluţionarea acestor sarcini este posibilă doar cu condiţia că educaţia pentru sănătate se va manifesta multilateral în viaţa spirituală şi culturală a societăţii, iar ca mijloace intermediare vor servi literatura, teatrul, cinematografia, televiziunea, presa, radioul, care au menirea de a forma ideologia modului sănătos de viaţă şi de a prezenta latura frumoasă a sănătăţii psihice şi fizice a omului.

Este de menţionat că persoanele tinere de 10-24 de ani se confruntă cu probleme de sănătate şi dezvoltare (ITS/HIV/SIDA, sarcină nedorită, utilizarea de droguri, răspîndirea deprinderilor dăunătoare – tabagism, consumul de alcool, deficienţele nutriţionale etc.), care constituie în prezent cauzele majore ale morbidităţii în acest grup de vîrstă [224].

Adolescenţii şi tinerii, în cazul survenirii acestor probleme de sănătate, apelează pentru asistenţă medicală doar în cazuri limitate sau cu întîrziere, din cauza lipsei unor servicii bazate pe necesităţile şi particularităţile acestui grup de vîrstă, în special, din frica lipsei de confidenţialitate şi atitudinii acuzative a personalului medical.

Evidenţele oferite de Organizaţia Mondială a Sănătăţii demonstrează că asigurarea accesului la servicii calitative de sănătate pentru tineri, oferite integrat conform standardelor de servicii de sănătate prietenoase tinerilor, constituie unul dintre factorii majori de protecţie a tinerilor în prevenirea problemelor de sănătate, în special în prevenirea infecţiei HIV.

Scopurile serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor (SSPT), oferite de Centrele de sănătate prietenoase tinerilor (CSPT) şi alte instituţii, sînt de a spori accesul acestora la informaţii şi servicii calitative de sănătate şi la alte servicii, care corespund definiţiei şi criteriilor de „prietenoase tinerilor", elaborate de catre Grupul Comun ONU, şi au ca bază respectarea Convenţiei Drepturilor Copilului (CDC).

Aceste scopuri trebuie atinse într-un mod eficient, prin intervenţii bazate pe dovezi şi în cadrul unui sistem, care să fie sensibil la necesităţile beneficiarului.

Beneficiarii potenţiali ai acestei iniţiative sînt tinerii de 10-24 de ani. O atenţie deosebită în cadrul serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor este acordată urmatoarelor categorii de tineri, cu o probabilitate mai mare de a se supune unor riscuri de dezvoltare şi de sănătate:

- toţi adolescenţii de 10-19 ani (la 10-14 ani trebuie de axat pe servicii de informare şi formare a deprinderilor de viaţă, la 15-19 ani – de asigurat şi accesul la servicii medicale şi de consiliere);
- tinerii în stare de vulnerabilitate (rămaşi fără tutela părinţilor, în special din zona rurală, „copiii străzii" etc.);

– tinerii care au relaţii sexuale;
– orice tînăr sau tînără în momentul cînd se confruntă cu o problemă de sănătate şi de dezvoltare.

Reieşind din analiza situaţiei privind sănătatea şi dezvoltarea tinerilor, în Republica Moldova s-au evidenţiat un şir de probleme de sănătate şi dezvoltare a acestora. Apreciind fezabilitatea şi relevanţa implicării serviciilor de sănătate în soluţionarea acestor probleme, s-a stabilit că serviciile de sănătate prietenoase tinerilor ar putea contribui semnificativ la rezolvarea următoarelor probleme prioritare de sănătate şi dezvoltare:

1. ITS/HIV/SIDA;
2. Sarcina nedorită;
3. Probleme de sănătate mintală în rezultatul abuzului de substanţe (alcoolism, narcomanie);
4. Tulburări psihoemoţionale şi de personalitate;
5. Probleme de sănătate în rezultatul violenţei;
6. Dereglări de nutriţie, în special malnutriţia (iod, fier).
7. Tulburări de dezvoltare în perioada pubertară.

Serviciile de sănătate prietenoase tinerilor conţin următoarele componente: informare; consiliere; servicii medicale; referire.

Intervenţiile prevăzute de serviciile respective sînt orientate să soluţioneze problemele prioritare cu care se confruntă adolescenţii şi tinerii, enumerate mai sus.

Punctele de prestare a serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor pot fi plasate în cadrul instituţiilor şi organizaţiilor de diferite nivele. Astfel, pachetul de bază de servicii sau „abordarea prietenoasă" poate fi oferită:

• ***la nivel primar*** de (*tabelul 8.1*):
– cabinetul de sănătate a reproducerii;
– oficiul medicului de familie, centrele de sănătate, centrul medicilor de familie, centrele de sănătate publică;
– instituţiile de învăţămînt (asistentele medicale din instituţiile de învăţămînt etc.);
– cabinetul pentru adolescenţi;
– instituţiile medicale private;
– serviciile sociale, juridice, economice, ONG-urile etc. din afara reţelei;
• ***la nivel secundar*** de:
– centrele de sănătate a femeii;
– instituţiile medico-sanitare de nivel republican: Centrul SIDA, Dispensarul Republican Dermatovenerologic, centrele perinatologice, Centrul Naţional de Sănătate Publică etc.

Pachetul desfăşurat de servicii la nivel secundar poate fi oferit de centrele de sănătate prietenoase tinerilor.

Tabelul 8.1

Pachetul de bază de servicii de sănătate prietenoase tinerilor

Impactul	Tipul serviciilor oferite			
	Informare	**Consiliere**	**Servicii medicale**	**Trimitere**
Reducerea incidenţei ITS/HIV	Informare referitor la riscurile/ prevenirea ITS/ HIV prin lecţii, ore informative, discuţii individuale, mass-media, distribuirea materialelor	Consilierea şi testarea confidenţială şi benevolă la HIV şi ITS, schema de consiliere „Ajutor"	Distribuirea de prezervative, schimbul seringilor, testare expresă, colectarea testelor, tratamentul sindromal ITS (opţional)	Pentru testare la laborator, trimitere la specialişti, internare pentru tratament în secţii specializate, trimitere la servicii sociale etc.
Reducerea nivelului de sarcini nedorite şi avortului nesigur	Informarea referitor la concepţie, contracepţie, specificul şi complicaţiile sarcinii la adolescente, responsabilităţile în sarcină	Consiliere contraceptivă („Ajutor"), preavort, postavort	Oferirea contraceptivelor, inclusiv contracepţia de urgenţă, teste la sarcină	La medicul obstetrician-ginecolog, asistenţi sociali, servicii juridice, secţii de ginecologie, centre perinatologice, alte instituţii republicane
Reducerea utilizării drogurilor, a abuzului de alcool şi altor substanţe	Informarea referitor la consecinţele utilizării substanţelor, semnele de dependenţă	Consilierea persoanelor-utilizatori, pentru a preveni un abuz serios	Recunoaşterea semnelor de utilizare de droguri, de supradozare	Trimitere la serviciul narcologic
Reducerea tulburărilor psihoemoţionale	Informarea referitor la recunoaşterea semnelor de stres şi a altor semne de tulburări psihoemoţionale	Nivel de bază de consiliere psihologică în starea de stres etc.	Identificarea semnelor de tulburări psihoemoţionale, identificarea stărilor psihosomatice la adolescenţi	Trimitere la psihologi, psihoterapeuţi, la alte servicii de sănătate mintală
Reducerea violenţei	Informarea despre tipurile şi consecinţele violenţei, actele legislative şi normative	Consiliere primară a victimei şi a abuzatorului	Identificarea semnelor de violenţă	Trimitere la servicii medico-legale, juridice, psihologice, dermatovenerologice, ginecologice

Impactul	Tipul serviciilor oferite			
	Informare	**Consiliere**	**Servicii medicale**	**Trimitere**
Reducerea dereglărilor de nutriție	Informații despre principiile alimentației raționale în perioada de adolescență, promovarea siluetelor-„model" fără semne de subnutriție printre adolescente	Formarea unor deprinderi de alimentare rațională la preadolescenți și adolescenți	Testarea Hb, indicarea preparatelor cu fier și iod, la necesitate identificarea dereglărilor nutriționale (bulimia, anorexia etc.)	Trimitere la consultația medicilor-dietologi, psihologilor, psihoterapeuților
Reducerea dereglărilor de dezvoltare în perioada pubertară	Informarea referitor la particularitățile dezvoltării fizice și psihoemoționale în perioada de adolescență	Formarea unor comportamente sigure de activitate și odihnă	Cunoașterea particularităților dezvoltării fizice și psihoemoționale la adolescenți, a stărilor limitrofe, morfometria, evaluarea dezvoltării semnelor sexuale secundare după Tanner	Trimitere spre secțiile specializate în cazul identificării devierilor în dezvoltare (endocrinologie, ginecologie pediatrică, sănătate mintală etc.)

Pachetul extins al serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor conține măsurile complexe, care țin de competența unei instituții specializate sau a unei subdiviziuni specializate în oferirea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor.

Prestarea pachetului extins de servicii prevede atît dezvoltarea capacităților umane, reorganizarea orarului de lucru, a conținutului activității specialiștilor implicați în oferirea SSPT, cît și prezența unei echipe multidisciplinare de specialiști, a echipei de voluntari, precum și reorganizarea respectivă a spațiilor.

Pachetul extins de servicii prevede abordarea tuturor problemelor prioritare de sănătate și dezvoltare a adolescenților și tinerilor și este oferit de centrele de sănătate prietenoase tinerilor (*tabelul 8.2*).

Tabelul 8.2

Pachetul extins de servicii de sănătate prietenoase tinerilor

Impactul	Tipul serviciilor oferite				
	Informare	**Consiliere**	**Servicii medicale**	**Trimitere**	**Asistenţa organizator-metodică**
Reducerea incidenţei ITS/HIV	+ Seminare şi traininguri pentru specialişti, ONG-uri ce activeaza în domeniu	+ Consiliere post-test	+ Testare, diagnostic, tratament, prevenirea infecţiilor oportuniste la HIV-infectaţi, tratamentul antiretroviral	+ La unele instituţii cu posibilităţi mai avansate de diagnostic, la servicii de reabilitare, servicii sociale	Elaborarea materialelor informative, programelor instructive despre prevenirea sarcinii şi ITS etc.
Reducerea numărului sarcinilor nedorite şi avorturilor nesigure	+ Seminare şi traininguri pentru specialişti, ONG-uri ce activează în domeniu	+	+ Oferirea diverselor tipuri de contraceptive, efectuarea avortului sigur	Oferirea contraceptivelor, inclusiv contraceptia de urgenţă, teste la sarcină	Elaborarea materialelor informative, programelor instructive despre prevenirea sarcinii şi ITS etc.
Reducerea utilizării drogurilor, abuzului de alcool şi alte substanţe	+ Seminare şi traininguri pentru specialişti, ONG-uri ce activează în domeniu	+	+ Testarea şi tratamentul, formarea grupurilor de suport, tratamentul de reducere a noxelor (metadona etc.)	Pentru reabilitare (centre de reabilitare etc.)	Elaborarea materialelor informative, programelor instructive
Reducerea tulburărilor psihoemoţionale	+ Informare referitor la atitudinea pozitivă faţă de propria persoană; seminare şi traininguri pentru specialişti, ONG-uri ce activează în domeniu	Consilierea individuală şi în grup	Testări psihologice, psihoterapie	Secţii specializate de sănătate mintală	Elaborarea materialelor informative, programelor instructive

Reducerea violenței	+ Seminare și traininguri pentru specialiști, ONG-uri ce activează în domeniu	Consilierea integrată (cu includerea juristului, asistentului social) a persoanelor implicate în violență, a victimei și abuzatorului	Test la sarcină, HIV/ITS, ședințe psihoterapeutice	Trimitere la servicii de reabilitare	Elaborarea materialelor informative, programelor instructive
Reducerea dereglărilor de nutriție	+ Seminare și traininguri pentru specialiști, ONG-uri ce activează în domeniu	Consilierea individuală și cu părinții	Testarea la Fe, iod, testări psihologice, psihoterapie, recomandarea rațiilor individuale adaptate, supravegherea persoanelor cu dereglări de nutriție	-	Elaborarea normativelor clare (cu specificarea produselor și a cantității) de alimentație rațională în timpul adolescenței
Reducerea dereglărilor de dezvoltare în perioada pubertară	+ Seminare și traininguri pentru specialiști, ONG-uri ce activează în domeniu	Consiliere (integrată) individuală și cu părinții (medici și psihologi)	Testarea hormonală, cariotipală, radiografia bazei craniului, a scheletului palmei etc., testarea psihologică, corecția medicamentoasă și psihoterapeutică	Secții specializate	Elaborarea materialelor informative, programelor instructive

Pentru sporirea accesibilității, în conformitate cu recomandările OMS (echitabile, accesibile, acceptabile, corespunzatoare, comprehensive, efective, eficiente), și pentru reducerea obstacolelor în accesarea serviciilor de sănătate de catre adolescenți și tineri, au fost elaborate 6 standarde de calitate a serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor:

Standardul 1. Persoanele tinere ştiu cînd şi unde să solicite servicii de sănătate.

Standardul 2. Persoanele tinere au acces uşor la serviciile de sănătate de care au nevoie şi cînd au nevoie.

Standardul 3. Prestatorii de servicii de sănătate respectă confidenţialitatea şi intimitatea tinerilor.

Standardul 4. Serviciile de sănătate mobilizează comunitatea pentru promovarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor.

Standardul 5. Prestatorii de servicii de sănătate oferă servicii efective şi comprehensive, în conformitate cu necesităţile reale ale tinerilor.

Standardul 6. Toate persoanele tinere au acces egal la servicii de sănătate.

5.4. Educaţia pentru sănătate în rîndul vîrstnicilor

Bătrînețea milioanelor de oameni a devenit una dintre marile probleme ale contemporaneităţii şi necesită o schimbare radicală în concepţia publicului larg despre îmbătrînire, iar educaţia pentru sănătate poate contribui la modificarea opiniei publice, a colectivităţii faţă de bătrînii săi, lucru ce poate fi realizat numai prin educarea corespunzătoare a tinerilor şi a adulţilor [5, 37].

- **Acţiunile de largă informare**

Populaţia trebuie informată corect în ceea ce priveşte procesul îmbătrînirii – proces dinamic, complex, constînd dintr-o multitudine de modificări biochimice şi biofizice ale întregului organism, neputînd fi etichetată ca o boală.

Problema bătrîneţii şi menţinerii capacităţii de muncă a oamenilor în vîrstă are nu numai o importanţă de ordin biologic, ci şi social-economic. Ea poate fi rezolvată pe calea dezvoltării fiziologice a organismului, dar mai ales pe calea prevenirii şi combaterii bolilor care determină scăderea activităţii vitale a organismului în perioada bătrîneţii.

Astfel, se cere abordarea constructivă a problemei menţinerii sănătăţii populaţiei vîrstnice şi bătrîne, insistînd în mod deosebit asupra aspectelor profilactice.

Prin profilaxia îmbătrînirii se înţelege, pe de o parte, preîntîmpinarea apariţiei senilităţii (a îmbătrînirii patologice), iar pe de altă parte, întîrzierea cît mai mult posibil a bătrîneţii fiziologice. Oamenii, în majoritatea cazurilor, trăiesc mai puţin decît ar putea să trăiască.

Involuţia funcţională, lentă la adult se accelerează în jurul vîrstei de 50 de ani, cînd slăbesc procesele metabolice, scade forţa musculară, se diminuează metabolismul bazal şi schimburile respiratorii. Eliminarea metaboliţilor

încetineşte, funcţiile renale şi hepatice sînt mai puţin active şi ureea, acidul uric şi colesterolul au tendinţa de a se depune în sînge şi ţesuturi. Capacitatea de reacţie scade, mecanismele de reglare îşi pierd din eficacitate. Infecţiile, ca tuberculoza, gripa etc., apar mai frecvent.

În activitatea sa de largă popularizare, educatorul pentru sănătate va sublinia că procesele de îmbătrînire au loc în ritm diferit de la individ la individ, că debutul îmbătrînirii coincide, de obicei, cu oprirea activităţii de muncă (cu pensionarea) şi că această perioadă are adeseori efecte nefaste asupra psihicului şi moralului individului, fapt pentru care va convinge persoanele în pragul îmbătrînirii de a se supune controlului medical privind igiena psihică şi morală.

Exerciţiile fizice sînt indispensabile. Alimentaţia persoanelor în pragul îmbătrînirii trebuie să fie îndestulătoare, bogată în vitamine şi săruri minerale, recomandîndu-se, în special, fructe şi sucuri de fructe, produse lactate, precum şi reducerea cantităţii de sare şi evitarea pe cît posibil a toxicelor uzuale ca tutunul, alcoolul şi excesul de cafea.

Igiena mintală este la fel de importantă. Cel mai mare pericol pentru omul în pragul îmbătrînirii este frica de bătrîneţe; această obsesie duce la o îmbătrînire şi mai rapidă.

Lipsa pregătirii pentru bătrîneţe duce frecvent la o moarte timpurie. Schimbarea structurii sociale (prin pensionare) duce, odată cu îmbătrînirea, la o întrerupere bruscă a obligaţiilor de serviciu, fapt pentru care educatorul pentru sănătate va recomanda activităţi uşoare, preocupări cu caracter de destindere. Cu cît sfera preocupărilor este mai largă şi mai potrivită, cu atît trecerea de la activitatea profesională la perioada post-activitate este mai uşoară.

Educatorul pentru sănătate trebuie să ştie că ideea îmbătrînirii este acceptată cu greu de persoanele în plină activitate profesională, mai ales de acei care nu consimt la necesitatea abandonării obiceiurilor lor de la vîrsta de 40-50 de ani. Dacă în jurul vîrstei de 50 de ani ideea este acceptată, însă, cu un mod de viaţă şi un regim raţional se poate menţine o stare de sănătate satisfăcătoare. Surmenajul la această vîrsta este nefast. Repausul şi somnul îndestulător trebuie respectate cu stricteţe. Practicarea exerciţiilor fizice uşoare, reconfortante, fără oboseală, plimbările zilnice etc. menţin capacitatea fizică şi psihică a omului în perioada de preîmbătrînire.

Acţiunile medico-sociale în etapa de preîmbătrînire obligă la supravegherea medicală periodică, care are o deosebită importanţă.

O îmbătrînire armonioasă trebuie pregătită încă la apogeul vieţii, prin formarea unei opinii corecte despre viaţă şi moarte, astfel ca gîndul la bătrîneţe să nu devină un coşmar. Viaţa adultului este dezvoltarea la maxim, bătrîneţea în schimb nu înseamnă robire şi resemnare, ci de multe ori atingerea

scopului vieţii. De aceea, ar fi nejust să acceptăm nuanţa negativa care s-a dat bătrîneţii. Omul este abia atunci bătrîn, cînd boala sau izolarea îi creează sentimentul inutilităţii.

- **Educaţia pentru sănătate a vîrstnicilor şi bătrînilor**

Educatorul pentru sănătate trebuie să promoveze acţiunile medico-sociale care vizează supravegherea activă a vîrstnicilor şi bătrînilor, subliniind că îngrijirea bătrînilor este o obligaţie umană, familială şi socială, care urmăreşte evitarea rupturii dintre generaţii şi adaptarea acestor categorii de vîrste la condiţiile de mediu fizic şi social.

A devenit actuală aplicarea mijloacelor de protejare a sănătăţii membrilor mai în vîrsta a societăţii, de stimulare şi promovare a capacităţii lor de muncă şi de menţinere a sentimentului utilităţii lor în societate. Persoanele în vîrstă sînt deseori capabile să ofere, încă mult timp după pensionare, servicii importante şi utile societăţii. Trebuie organizată doar modalitatea prestării acestor servicii.

Oprirea activităţii creează deseori un traumatism psihic care prejudiciază sănătatea omului. În îmbătrînirea normală (fiziologică), procesul de involuţie se instalează lent şi armonios, după vîrsta de 60 de ani, în schimb la îmbătrînirea prematură, acest proces începe la vîrsta de 45-50 de ani. Această îmbătrînire este determinată de anumite caractere ereditare şi este favorizată de boli şi factori de mediu.

În cadrul îmbătrînirii precipitate sau patologice, se întîlnesc persoane trecute de 60 de ani la care procesul de îmbătrînire este accentuat, împovărat de diverse tulburări şi boli, cu modificări structurale şi funcţionale.

Mai rar se observă fenomenul de îmbătrînire întîrziată sau încetinită, în care starea morfofuncţională, în raport cu vîrsta calendaristică, exprimă un raport biologic favorabil, iar individul pare, din punct de vedere biologic, mai tînăr decît indică vîrsta sa calendaristică. Acest ritm încetinit de îmbătrînire creează premise pentru longevitate.

În igiena omului vîrstnic sau bătrîn, educatorul pentru sănătate trebuie să aibă în vedere că alimentaţia să rămînă completă, complexă şi îndestulătoare, evitîndu-se excesul alimentar, reducînd astfel pericolul unei morţi timpurii. Respectînd această indicaţie, omul peste 50 de ani îşi va modifica obiceiurile alimentare din anii precedenţi, evitînd supraalimentaţia. Hrana va fi bogată în vitamine şi săruri minerale, recomandîndu-se, în special, laptele şi produsele lactate, sucuri şi fructe, viscere animaliere (ficat, irimă, creier). Obezitatea trebuie combătută la fel ca şi sedentarismiu1. Se vor recomanda plimbări şi mişcări reconfortante în aer liber; zece ore de somn sînt absolut necesare.

Igiena mintală este esenţială. În acest sens, educatorul pentru sănătate va milita pentru un climat psihologic adecvat în familie şi în colectivitate. Singurătatea şi izolarea bătrînului sînt nefaste pentru psihicul său.

Cu toate că bătrînețea nu este o boală, persoanele bătrîne, datorită structurii lor fiziologice, sînt expuse unor afecțiuni care apar insidios și au o durată lungă de evoluție, de exemplu, bolile cardiovasculare și cerebrovasculare, cancerul, tulburările mintale, bolile aparatului locomotor și stările patologice ce alterează auzul și văzul. Acestea, alături de accidente, generează invalidități care fac ca vîrstnicii să devină dependenți de ajutorul familiei sau al colectivității.

De aceea, educatorii și promotorii sănătății au un rol important în a-i învăța pe acești oameni să-și cunoască boala, să adopte o atitudine corespunzătoare față de ea, responsabilă și lipsită de teamă. În acest sens trebuie educați și apropiații sau cei care au grijă de bătrîni.

5.5. Educația pentru sănătate în intreprinderile industriale

Este de mult timp recunoscută importanța educației pentru sănătate în cadrul medicinei muncii/ocupaționale, rolul acesteia crescînd pe măsură ce industrializarea a început să ia amploare [4, 5, 37, 55, 204, 218].

Dezvoltarea științei și tehnicii, extinderea proceselor de modernizare a industriei, accelerarea ritmului de urbanizare, intensificarea fenomenului de migrare din zonele rurale spre orașe generează profunde transformări în bioritmul vieții umane, ridică multiple și complexe probleme de integrare socioprofesională, de adaptare la noi și variate medii de muncă, cu implicații directe pe plan sanitar [4, 5, 37, 55, 204, 218].

Specificul și marea diversitate a proceselor tehnologice, cu nenumărații factori de risc prezenți în diferitele sectoare industriale, cu factorii stresanți și cu condițiile de muncă într-o permanentă modificare, schimbă structura morbidității, conturîndu-se o nouă patologie, caracterizată uneori prin îmbolnăviri profesionale, îmbolnăviri cronice, accidente de muncă, tulburări psihice, toate cu un grad invalidant ridicat.

În situația unei variate game de factori legați direct de mediul de muncă, se impune atenției deplasarea efortului fizic spre cel intelectual, fapt ce generează o suprasolicitare și o stare de tensiune specifică sistemului nervos central. Astfel, activitățile rutiniere și hipokinezia din anumite întreprinderi determină sedentarismul, monotonia, lipsa de efort fizic și mintal. La acestea trebuie să adăugăm problemele complexe ale relațiilor umane din interiorul fiecărei întreprinderi, relații care conțin adesea un mare potențial stresant.

Chiar și cele mai perfecționate măsuri de protecție a sănătății nu pot avea decît efecte limitate, dacă muncitorii nu utilizează instalațiile igienico-sanitare, nu folosesc corect și permanent echipamentul de protecție sau neglijează diferitele dispozitive și echipamente de securitate a muncii.

Această situaţie impune ca, paralel cu modernele utilaje şi instalaţii, cu echipamentul şi dispozitivele de protecţie a muncii cu care sînt înzestrate întreprinderile industriale, să se desfăşoare şi o activitate sistematică de educaţie pentru sănătate a muncitorilor.

Educaţia pentru sănătate în întreprinderile industriale urmăreşte culturalizarea sanitară a celor angajaţi în procesul de producţie prin popularizarea ştiinţifică şi transmiterea unor noţiuni de bază privind sănătatea şi boala; cunoaşterea şi respectarea normelor igienico-sanitare: de profilaxie în general şi igienă a muncii în special; formarea unor deprinderi şi a unui comportament igienic faţă de muncă, viaţă şi sănătate, pentru aplicarea permanentă a tuturor măsurilor în scopul prevenirii îmbolnăvirilor profesionale şi reducerii morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, a accidentelor de muncă, în scopul apărării şi întăririi atît a propriei sănătăţi, cît şi a sănătăţii colectivităţii.

În acest sens, este necesar ca acţiunile de educaţie pentru sănătate să-şi extindă sfera de cuprindere dincolo de aspectele legate strict de îmbolnăvirile profesionale, să vizeze întreaga morbiditate cu incapacitate temporară de muncă, întreaga gamă de factori stresanţi nu numai în ceea ce priveşte mediul profesional-industrial, dar şi ritmul trepidant al vieţii în marile centre urbane şi industriale, la care se adaugă: problemele integrării socioprofesionale, ale adaptării la noile condiţii de muncă şi de viaţă într-un continuu proces de transformare. Ţinînd cont de întreaga gamă de factori stresanţi specifici nu numai mediului profesional-industrial, se vor lua în consideraţie raportul om – maşină, condiţiile de muncă şi viaţă, precum şi raportul om – colectivitate, relaţiile interumane, care în anumite condiţii pot genera accentuate stări de tensiune nervoasă, abordîndu-se paralel aspectele referitoare la profilaxia afecţiunilor neuropsihice, la sănătatea mintală.

Aceste măsuri sînt cu atît mai necesare cu cît în cele mai multe întreprinderi industriale are loc o permanentă creştere a numărului de muncitori recrutaţi, în marea lor majoritate din rîndul tinerilor absolvenţi ai şcolilor generale, profesionale sau tehnice, care iau pentru prima dată contact cu producţia şi cu problemele ei specifice, între care şi cele referitoare la apărarea şi întărirea propriei lor sănătăţi.

Remarcăm faptul că mulţi muncitori se bizuie încă exclusiv pe sistemele de protecţie organizate de întreprindere, renunţînd de a lua în consideraţie rolul activ ce le revine în apărarea consecventă a măsurilor profilactice, ceea ce impune acţiuni de educaţie pentru sănătate adaptate particularităţilor nivelului de cultură sanitară al acestor grupe de muncitori.

De aici rezultă că educaţia pentru sănătate trebuie să acţioneze asupra acestor factori subiectivi, în strînsă legătură cu influenţele concrete care se impun a fi exercitate asupra proceselor de producţie, tehnologice, asupra organizării muncii, a mediului de muncă, a alimentaţiei etc., în scopul favoriză-

rii adaptării active, şi nu reactive şi a introducerii unui comportament igienic în muncă şi viaţă.

Educaţia pentru sănătate în întreprinderile industriale trebuie să se integreze cu ergonomia. Dacă ergonomiştilor şi igieniştilor le revine cu precădere sarcina elaborării măsurilor de adaptare a maşinii, a tehnicii şi a procesului de producţie la cerinţele omului, la posibilităţile sale fiziologice, educatorului pentru sănătate îi revine misiunea de a acţiona în direcţia ameliorării mediului ambiant şi al omului.

Trebuie subliniat faptul că educaţia pentru sănătate nu se rezumă doar la transmiterea unor cunoştinţe, ci trebuie să se implice în formarea unui comportament sanogen.

Educaţia pentru sănătate în întreprinderile industriale implică acţiuni informaţionale, de instruire a oamenilor muncii, de lămurire asupra principalelor noxe specifice, vizînd convingerea şi determinarea lor de a acţiona conform regulilor igienice pe baza integrării voluntare şi conştiente.

Educatorul pentru sănătate trebuie să acţioneze energic în sensul orientării activităţii extraprofesionale spre componente capabile să prevină sau să neutralizeze efectele factorilor nocivi ai mediului de muncă şi de viaţă. În acest sens, acţiunile de educaţie pentru sănătate îşi propun să combată tendinţa unor persoane de a prelungi suprasolicitarea generată de muncă în condiţiile automatizării cu activităţi stresante, specifice ritmului vieţii moderne, sau de a continua sedentarismul generat de hipokinematoza caracteristică anumitor procese de producţie, cu lipsa generală de preocupare pentru mişcare prin cultură fizică, sport sau pentru alte activităţi în aer liber.

Culturalizarea sanitară a muncitorilor în condiţiile introducerii tehnicii noi trebuie făcută ţinînd seama de particularităţile derivînd din nivelul cultural sanitar al muncitorilor industriali.

Obiective

Pornind de la considerentele menţionate, în structura metodicii educaţiei pentru sănătate privind întreprinderile industriale se conturează două categorii de obiective: directe şi indirecte.

Directe:

- ridicarea nivelului de cultură sanitară generală şi specifică;
- modificări conceptuale privind stilul de viaţă;
- adoptarea unui mod de trai igienic, sanogenetic;
- modificări comportamentale privind aplicarea măsurilor de eliminare a factorilor de risc profesionali şi de combatere (anulare sau atenuare) a efectelor noxelor specifice diferitelor procese tehnologice.

Indirecte:

- creşterea rezistenţei generale, nespecifice a organismului;
- ameliorarea condiţiilor de mediu fizic profesional; îmbunătăţirea indica-

torilor stării de sănătate;
- reducerea morbidităţii generale;
- reducerea morbidităţii profesionale;
- micşorarea numărului de zile cu incapacitate temporară de muncă.

Conţinutul educaţiei pentru sănătate

Pentru înfăptuirea acestor obiective, distingem două subcapitole esenţiale privind tematica şi conţinutul activităţii de educaţie pentru sănătate; pe de o parte, cultura sanitară generală a muncitorilor, iar pe de altă parte, cultura sanitară specifică.

Conţinutul educaţiei pentru sănătate trebuie să reflecte cerinţele şi interesul muncitorilor, tematica trebuind a fi orientată spre acele probleme care constituie o preocupare directă pentru muncitori (tehnica securităţii şi igienei muncii). Pentru a fi realmente educativă, acţiunea trebuie să obţină participarea activă a subiecţilor.

Instruirea igienică a celor care conduc producţia, antrenarea lor în culturalizarea sanitară a oamenilor muncii constituie un mijloc important în asigurarea succesului educaţiei pentru sănătate, recomandîndu-se în acest scop cursuri şi instructaje speciale în probleme de igienă a muncii cu maiştrii şi a unor consfătuiri cu inginerii, în cadrul cărora se pot prezenta principalele probleme de igiena muncii specifice sectorului. La acestea, conducerea colectivă a întreprinderii trebuie să fie antrenată pentru aplicarea măsurilor de protecţie a muncii, de calm şi bună dispoziţie a muncitorilor, evitînd situaţiile conflictuale etc.

Analiza periodică a morbidităţii ce duce la incapacitate temporară de muncă oferă un prilej pentru educaţia pentru sănătate a conducătorilor. În acest scop, informaţia prezentată de medic în faţa organului colectiv de conducere nu trebuie să se reducă la citirea unor date statistice şi consideraţii generale, ci să aibă un accentuat caracter educativ pentru sănătate.

Colaborarea personalului medico-sanitar din centrele de sănătate publică, centrele medicilor de familie cu organele sindicale, cu serviciul de protecţie a muncii şi tehnica securităţii din întreprindere, pe baza unui plan integrat în planul comun educativ-cultural, constituie o cale utilă pentru realizarea unor acţiuni complexe de educaţie pentru sănătate.

Acţiunile de educaţie pentru sănătate în întreprindere trebuie să se bazeze pe o cunoaştere prealabilă nu numai a morbidităţii profesionale, a particularităţilor procesului tehnic, a specificului de muncă, a condiţiilor de tehnică a securităţii şi de igiena muncii, ci şi a morbidităţii generale, cu incapacitate temporară de muncă, a influenţelor exercitate pe plan de sănătate de unele condiţii ale vieţii moderne.

Activitatea de educaţie pentru sănătate în industrie trebuie desfăşurată, în primul rînd, cu cei care prezintă cunoştinţe încă insuficiente, dezvoltînd nivelul existent. Este necesar ca oamenii muncii să fie instruiţi în raport cu permanenta introducere a tehnicii noi, să cunoască principalele cauze ale accidentelor de muncă şi ale îmbolnăvirilor profesionale, îndeosebi măsurile concrete de prevenire. Accentul trebuie pus pe acele reguli ale protecţiei muncii a căror îndeplinire depinde de muncitorii înşişi. În acest scop, conţinutul educaţiei pentru sănătate va fi diferenţiat în funcţie de profilul de muncă. Totodată, derivînd din necesităţi legate de procesul adaptativ şi de depistarea fenomenului de inadaptare, tematica acţiunilor de educaţie pentru sănătate trebuie să cuprindă şi aspecte referitoare la simptomatologia incipientă a inadaptării, în scopul adresabilităţii timpurii la medic. Educaţia pentru sănătate are şi importantul rol de a acţiona asupra acelor muncitori care posedă cunoştinţe corecte, dar încalcă voit sau inconştient normele de tehnică a securităţii. Se impune, în consecinţă, să se influenţeze asupra motivaţiilor subiective care stau la baza comportamentului greşit, în vederea modificării acestora şi a înlocuirii lor cu motivaţii concrete.

Practica a demonstrat că pentru realizarea obiectivului esenţial al educaţiei pentru sănătate în întreprinderi privind culturalizarea sanitară a muncitorilor pot fi utilizate unul sau mai multe din următoarele tipuri de mijloace: mijloace de largă informare; mijloace de instruire specifică; mijloace de grup.

În legătură cu aceasta, trebuie să existe condiţii materiale corespunzătoare pentru asigurarea igienei locului de muncă. Este clar că în lipsa unora din aceste condiţii sau chiar în cazul unor deficienţe sporadice (de exemplu, funcţionarea defectuoasă a spălătoarelor, duşurilor etc.), acţiunea de educaţie pentru sănătate nu-şi atinge scopul. De aceea, înainte de aplicarea mijloacelor de educaţie pentru sănătate, educatorul trebuie să cerceteze situaţia din punctul de vedere al asigurării condiţiilor materiale de protecţie a muncii şi să ceară conducerii întreprinderii remedierea eventualelor lipsuri.

Sistemul complex de educaţie pentru sănătate trebuie să înzestreze muncitorii cu cunoştinţe concrete privind necesitatea respectării diferitelor măsuri profilactice, a utilizării raţionale a timpului liber, a creării unui climat agreabil interuman la locul de muncă, a importanţei odihnei active etc.

În final, subiecţii trebuie să-şi însuşească motivaţii obiective care să fie favorabile acceptării regulilor preventive şi să elimine motivaţiile subiective: de obişnuire cu pericolul, graba şi neglijenţa care duc la o atitudine nefavorabilă.

Înainte de a opta pentru unul sau altul din mijloacele de acţiune, este recomandabil să se testeze nivelul de cultură sanitară al grupului-ţintă.

a) **Mijloacele de largă informare**

Acestea cuprind o gamă largă, din care trebuie selecţionate cele mai potrivite grupuri căruia i se adresează. Aceste mijloace trebuie să fie cît mai

bine integrate în timpul disponibil al muncitorilor şi astfel planificate, încît să asigure o influenţare permanentă.

Conţinutul tematic al mijloacelor de largă informare trebuie să se refere la transmiterea de cunoştinţe privind noxele profesionale existente, măsurile tehnico-organizatorice luate de conducerea întreprinderii pentru înlăturarea sau reducerea pericolului acestora, măsurile de protecţie individuală ce stau la îndemîna muncitorilor şi care trebuie cunoscute şi aplicate.

Alegerea se face, în general, în raport cu posibilităţile concrete, urmărindu-se folosirea unor forme active, care să stimuleze interesul pentru problemele de igienă şi de securitate a muncii.

Integrarea activităţilor de educaţie pentru sănătate trebuie făcută de aşa manieră, încît să se încadreze perfect în timpul disponibil al celor vizaţi, iar eficienţa să fie cît mai mare, adică să îmbunătăţească nivelul de cultură sanitară al grupului.

Conferinţele şi ciclurile de conferinţe trebuie precedate de proiecţii de filme tematice şi urmate de întrebări şi răspunsuri sau discuţii pe marginea temei prezentate. Nu se recomandă mai mult de 1-2 conferinţe pe trimestru, iar durata expunerii să nu depăşească 20-30 de minute.

Radioemisia de educaţie pentru sănătate constă în transmiterea la posturile locale de radio a unor scurte recomandări, sfaturi medicale, cu o durată de 2-3 minute. Tot pe această cale se pot mediatiza încălcări ale normelor de igienă sau ale protecţiei muncii şi urmările acestora.

Teleemisiunea de educaţie pentru sănătate. Prin colaborarea cu postul de televiziune se pot realiza diverse emisiuni de educaţie pentru sănătate. Se pot difuza spoturi publicitare şi filme tematice de scurt metraj; se pot realiza dezbateri cu participarea unor specialişti din diverse domenii, care vor răspunde la întrebările adresate prin telefon sau prin scrisori, dacă tema a fost anunţată din timp; se pot organiza concursuri finalizate cu premii. În acest sens, este importantă participarea în calitate de sponsori a diferitelor întreprinderi industriale care doresc să li se facă reclamă.

Serata cultural-sanitară este o formă atractivă, în care pot fi antrenaţi mai ales tinerii. Poate fi organizată într-un club prin prezentarea unei scurte expuneri (circa 10 minute) tematice, urmate eventual de întrebări şi răspunsuri. Partea artistică trebuie să aibă ponderea cea mai mare şi poate consta în audiţii muzicale de toate genurile, momente umoristice, dans etc.

Aceste seri cultural-educative pot îmbrăca şi un aspect particular, adică să fie organizate pentru anumite categorii: „Seara burlacilor", „Seara doamnelor" etc., aceasta fiind pretextul atragerii tinerilor.

b) **Mijloace de instruire specifică**

Instruirea igienică constituie modalitatea practică de educaţie pentru sănătate, ce constă într-o acţiune sistematică şi organizată de instruire a munci-

torilor în probleme igienico-sanitare şi de igienă a muncii specifice procesului de producţie.

Instruirea igienică se poate face tuturor muncitorilor, întîi la angajare, apoi periodic, odată cu instructajul tehnic de protecţie a muncii. În cadrul acestui instructaj, se vor prezenta atît probleme de interes general, cît şi aspecte specifice fiecărui loc de muncă. De mare utilitate sînt demonstraţiile practice şi prezentarea de filme tematice.

Instructajele cu maiştrii se fac de către medic şi au ca scop pregătirea şi formarea acestora ca viitori "educatori" ai muncitorilor pe care îi au în subordine. De aceea, ei trebuie să posede cunoştinţe privind problemele igienico-sanitare, să capete deprinderi privind comunicarea, pentru a fi capabili să răspundă cu mare competenţă la solicitările celor cu care colaborează.

Convorbirile cu inginerii în problemele de igienă a muncii, specifice locului de muncă, se efectuează de către medic în scopul antrenării inginerilor în activitatea de educaţie pentru sănătate.

c) **Mijloace folosite în grup**

Aceste mijloace urmăresc atragerea unor persoane strict interesate sau care au nevoie de un sfat diferenţiat.

Convorbirile sau ciclurile de convorbiri se organizează cu grupuri de muncitori, omogene din punct de vedere al calificării, sexului, vîrstei, care desfăşoară acelaşi gen de activitate, sau cu muncitorii dispensarizaţi pentru aceeaşi boală cronică etc.

Discuţia stimulativă în grup are drept scop modificarea atitudinilor greşite şi formarea unui comportament adecvat. Cu prilejul acestor discuţii, medicul (de obicei) sau persoana care conduce discuţia va insista pe o anumită problemă, cum ar fi, de exemplu, folosirea corectă a echipamentului de protecţie sau respectarea anumitor reguli de igienă individuală sau colectivă.

Liderul va căuta să antreneze grupul pentru participarea la discuţii, urmărind prin aceasta să constate nivelul de cunoştinţe acumulate, corectitudinea informaţiilor asimilate (eventual corectarea lor) şi, dacă este cazul, să fixeze mai bine acele aspecte ale problemei pe care le consideră mai importante.

5.6. Educaţia pentru sănătate în mediul rural

Schimbările survenite în ultimul timp în viaţa oamenilor din comune şi sate, în care de bază au devenit gospodăriile individuale, necesită o adaptare a educaţiei pentru sănătate. În condiţiile în care s-au desfiinţat majoritatea formelor de muncă în colectiv, abordarea populaţiei rurale este mai dificilă, dar nu imposibilă, pentru că oamenii satelor pot fi adunaţi cu ocazia diverselor sărbători religioase sau de altă natură [4, 5, 35, 37, 55, 71, 72, 74, 82, 83, 85, 89, 125, 136].

Nivelul de trai din mediul rural este în continuă creştere, dar aceasta nu înseamnă că sînt rezolvate probleme ca: aprovizionarea cu apă potabilă, îndepărtarea reziduurilor, alimentaţia corectă şi igienică etc.

De asemenea, trebuie avute în vedere instituţiile pentru copii şi tineret – creşa, grădiniţa, şcoala, căminul cultural etc. –, unde trebuie respectate normele igienico-sanitare pentru promovarea sănătăţii.

Aspectele pregnante ale nivelului de cultură sanitară a populaţiei rurale permit unele consideraţii cu privire la obiectivele şi conţinutul activităţii de educaţie pentru sănătate la această grupă populaţională.

Obiective

În concordanţă cu problemele de sănătate de bază ale satului, activitatea de educaţie pentru sănătate vizează următoarele obiective:

- promovarea sănătăţii în mediul rural;
- dezvoltarea unui curent de opinie favorabil profilaxiei, cu accent pe prevenirea bolilor transmisibile şi a unor boli cu largă răspîndire;
- difuzarea noţiunilor fundamentale privind igiena individuală, a familiei, a colectivităţii şi a mediului ambiant;
- instruirea şi educarea gravidelor şi a tinerelor mame în problemele ocrotirii sănătăţii lor şi a copiilor;
- informarea periodică a populaţiei, iar unde s-au păstrat gospodării colective agricole – instruirea periodică în problemele de igienă a muncii, în folosirea pesticidelor şi erbicidelor;
- transmiterea cunoştinţelor şi cultivarea unor obişnuinţe privind alimentaţia raţională, formarea unui comportament corespunzător în acest sens;
- combaterea alcoolismului;
- combaterea tabagismului;
- combaterea prejudecăţilor şi superstiţiilor, a obiceiurilor şi tradiţiilor cu caracter nociv asupra sănătăţii;
- conştientizarea importanţei şi formarea unui comportament igienic corespunzător;
- promovarea unei gîndiri ecologiste.

Conţinutul educaţiei pentru sănătate în mediul rural

Conţinutul activităţii de educaţie pentru sănătate în mediul rural trebuie să includă următoarele aspecte:

1. **Igiena mediului:**

a) ***Aprovizionarea cu apă potabilă***, care în majoritatea colectivităţilor rurale ridică importante probleme igienico-sanitare prin amplasarea sau exploatarea necorespunzătoare a fîntînilor, care în unele localităţi sînt unice, folosind şi pentru adăpatul animalelor. În aceste condiţii, există pericolul unor epidemii hidrice.

De aceea, educația pentru sănătate, în acest domeniu, vă insista asupra necesității existenței unei ape de bună calitate, protejarea surselor de apă de orice fel de poluare și necesitatea controlului fizic, chimic și bacteriologic periodic al surselor de apă, pentru prevenirea epidemiilor hidrice.

Educatorul pentru sănătate are, în acest sens, un rol important în:

- popularizarea celor mai igienice sisteme de aprovizionare cu apă potabilă, asanarea și recondiționarea sistemelor existente;
- combaterea aspectelor negative de comportament (lipsa de preocupare pentru evacuarea apelor reziduale din jurul fîntînilor, care duce la impurificarea perimetrului de protecție, impurificarea găleții etc.);
- crearea în rîndurile populației din sate a unei opinii favorabile înlocuirii sistemelor perimate, necorespunzătoare de aprovizionare cu apă cu sisteme noi, adaptate condițiilor geologice locale.

Mijloacele de educație pentru sănătate și culturalizare sanitară a populației cele mai eficiente în acest sens sînt consfătuirile cu decizii, cu demonstrații practice în teren.

b) ***Educația pentru sănătate privind evacuarea reziduurilor***. Pentru prevenirea poluării aerului, apei și solului, colectarea, depozitarea și transportul reziduurilor lichide și solide trebuie să se facă în condiții igienice, ținînd cont de particularitățile ce există în această privință în mediul rural. De aceea, educația pentru sănătate constituie o cerință esențială în păstrarea sănătății individului și a colectivității în care trăiește.

Educatorul pentru sănătate va trebui să aibă în vedere și faptul că în mediul rural frecvent se folosește îngrășarea grădinilor cu reziduuri.

Un alt aspect important în prevenirea transmiterii unor boli este combaterea eficientă a insectelor și rozătoarelor, insistîndu-se asupra folosirii corecte a substanțelor toxice, pentru evitarea unor accidente.

Ca metodă de educație pentru sănătate se recomandă consfătuirile cu decizii însoțite, acolo unde este posibil, și de demonstrații practice în teren.

c) ***Igiena locuinței rurale***. Printr-o muncă susținută de culturalizare sanitară a populației rurale, se poate realiza conștientizarea de către aceasta a importanței pe care o are o locuință igienică asupra sănătății. În consecință, ponderea activității de educație pentru sănătate trebuie să cadă pe carențele constatate local, abordîndu-se cu prioritate teme ca:

- amplasarea și construcția igienică a locuinței;
- condițiile de locuit și influența lor asupra organismului, construcția și amenajarea interioară a locuinței, cu accent pe distribuția rațională a spațiului;
- iluminarea și întreținerea igienică a locuinței;
- amenajarea interioară a locuinței (camera de locuit sau camera de zi, dormitorul, bucătăria, cămara, camera de baie), cu accent pe importanța dis-

tribuirii raţionale a spaţiului, în sensul atribuirii unor încăperi separate diferitelor îndeletniciri casnice şi evitării aglomerării camerelor de dormit.

2. **Problemele de educaţie pentru sănătate în legătură cu prelucrarea pămîntului**

În situaţia în care există forme diferite de lucrare a pămîntului (gospodării individuale, asociaţii), cu utilaje mai mult sau mai puţin moderne, expunerea organismului la eforturi şi solicitări se face inegal. La aceasta se adaugă condiţiile specifice de muncă: căldură, umiditate, praf, curenţi de aer etc.

Necunoaşterea sau neluarea în seamă a unor măsuri profilactice, consumarea de băuturi alcoolice, care induc scăderea atenţiei şi a reflexelor, pot genera o serie de accidente de muncă.

Folosirea incorectă a unor substanţe toxice, cum sînt pesticidele organofosforice etc., poate duce la accidente cu sfîrşit letal. În consecinţă, tematica activităţii de educaţie pentru sănătate în domeniul fitosanitar trebuie axată pe noţiunile esenţiale privind igiena şi protecţia muncii în timpul folosirii toxicului, ca: utilizarea echipamentului de protecţie, respectarea regulilor de igienă individuală, evitarea stropirilor cu vîntul în faţă sau la o temperatură de peste 25 grade Celsius, evitarea folosirii pompelor fără mănuşi, păstrarea corectă a substanţelor cu neadmiterea accesului copiilor etc. În mod deosebit se impune a fi combătut falsul sentiment de securitate, care poate fi întîlnit frecvent la folosirea pesticidelor.

Referitor la culturalizarea sanitară a populaţiei pentru prevenirea intoxicaţiilor cu pesticide, este necesar a se acorda o atenţie deosebită informării asupra riscului utilizării toxicului în scopuri casnice, asupra necesităţii de a se evita consumul de fructe stropite cu substanţe toxice şi nespălate. De aceea, educatorul pentru sănătate trebuie să insiste pe folosirea echipamentului de protecţie, mînuirea corectă a toxicelor cu respectarea tuturor instrucţiunilor ce însoţesc ambalajul original.

În timpul lucrului, trebuie luate şi respectate anumite măsuri pentru a evita apariţia unor situaţii nedorite: acoperirea capului împotriva insolaţiei, consumul de cel puţin 2-3 litri de apă potabilă pe zi, mai ales apă minerală, legarea părului lung cu un batic, folosirea ochelarilor de protecţie împotriva prafului; la treierat, de exemplu – verificarea stării maşinilor înainte de începerea lucrului şi evitarea remedierilor în timpul funcţionării, respectarea regulilor de circulaţie pe drumurile publice etc.

Aceste noţiuni privind protejarea propriei sănătăţi sînt însuşite cel mai bine dacă sînt oferite oamenilor chiar în teren, acolo unde îşi desfăşoară activitatea.

3. **Prevenirea şi combaterea antropozoonozelor**

Ţinînd cont de specificul muncii şi vieţii în mediul rural, există un risc mai crescut de apariţie a unor afecţiuni, printre care şi antropozoonozele: antrax, febră aftoasă, bruceloză, tuberculoză bovină etc.

De aceea, educaţia pentru sănătate trebuie să-şi canalizeze acţiunile şi în ceea ce priveşe prevenirea şi combaterea acestor afecţiuni. În acest sens, oamenii trebuie să dobîndească o serie de noţiuni elementare privind etiologia, căile de transmitere şi manifestările antropozoonozelor. Trebuie subliniate rolul pe care îl joacă animalele în transmiterea acestor boli şi măsurile de igienă ce trebuie luate şi respectate pentru prevenirea şi combaterea antropozoonozelor.

5.7. Promovarea sănătăţii şi educaţia pentru sănătate a migranţilor

Procesele migraţiei, inclusiv emigraţia forţei de muncă, se numără printre factorii principali care modelează evoluţia economico-socială din Republica Moldova. Moldova este o ţară care înregistrează fenomenul de emigrare masivă a cetăţenilor săi. Plecarea în masă peste hotare a moldovenilor a început în anii 1990-1991 şi a continuat cu o intensitate sporită din anul 1998, fiind condiţionată de o combinaţie între factorii economici şi o serie de alte şocuri interne şi externe, şi a apărut ca un mecanism de reducere a sărăciei populaţiei ţării (*figura 5.1*).

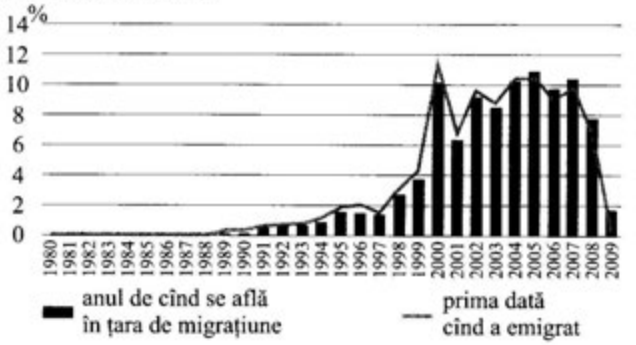

Figura 5.1. *Rezultatele răspunsurilor la întrebările: „Cînd aţi migrat pentru prima dată?" şi „Din ce an vă aflaţi în ţara-gazdă actuală?"*

În Moldova, incidenţa „migraţiei potenţiale", definită ca „ambiţie generală de a migra în viitor", este destul de înaltă. Un studiu efectuat în anul 2007 arată că 44,2% din populaţia ţării, cu precădere populaţia tânără (18-40 ani) şi cu nivel înalt de studii, au declarat că ar dori să migreze, mai ales în UE.

Un studiu recent arată că factorii economici, precum sărăcia, şomajul şi salariile mici reprezintă peste 72% din factorii de creştere a migraţiei. Rezultatele cercetării statistice prin *Ancheta forţei de muncă*, efectuată de Biroul Naţional de Statistică, denotă faptul că, la începutul anului 2012, un număr de peste 635.600 cetăţeni ai Republicii Moldova au plecat peste hotare în

căutare de locuri de muncă. Acest număr însă nu include şi numărul emigranţilor ilegali. Aproximativ o treime din migranţii moldoveni locuiesc ilegal în ţările-gazdă. Se pare că şederea ilegală a devenit mai frecventă printre moldovenii plecaţi în ţările CSI, situaţia la acest capitol fiind mai bună în Uniunea Europeană şi în alte ţări-gazdă.

Persoanele care migrează în diferite teritorii se confruntă cu un şir de fenomene ca:

1. Schimbări de altitudine, umiditate, temperatură şi agenţi microbieni care pot cauza apariţia problemelor de sănătate.
2. Migranţii sînt supuşi unor riscuri sporite de a contracta virusul HIV din cauza statutului lor pe care îl înfruntă în procesul de migraţiune: sărăcia, despărţirea pe termen îndelungat de familie şi partener, condiţii de muncă nesatisfăcătoare, acces limitat la informaţia cu privire la HIV/SIDA şi la serviciile profilactice şi cele medicale.
3. Mulţi lucrători care emigrează ilegal se confruntă pe teritoriul ţării de destinaţie cu dificultăţi de a beneficia de servicii medicale, avînd frică de deportare. Orice contact cu agenţiile guvernamentale, chiar şi în cazuri de asistenţă medicală, sporeşte teama de a fi declarat poliţici.
4. Migranţii infectaţi cu HIV înfruntă multiple forme de stigmă şi discriminare, în cadrul şi în afara comunităţilor lor. Femeile migrante se confruntă şi cu mai multe forme de discriminare, violenţă, inclusiv sexuală, din cauza faptului prevalării inegalităţii între sexe.
5. Se menţin pentru sănătatea publică riscuri reale de import al maladiilor, inclusiv al celor extrem de periculoase, în ţări libere de aceste maladii.
6. Cetăţenii Republicii Moldova emigrează în ţările cu prevalenţă înaltă a infecţiei HIV, cum ar fi: Federaţia Rusă, Ucraina, Italia, Portugalia, Spania etc., infecţiile cu transmitere sexuală, tuberculoza şi probleme de sănătatea reproductivă cauzate de abuzul/violenţa sexuală, sarcina nedorită şi contractată în condiţii nesigure.
7. Emigranţii sînt consideraţi o categorie vulnerabilă la HIV/SIDA, la infecţiile cu transmitere sexuală şi tuberculoză.
8. Problemele psihice cauzate de migraţia cetăţenilor R. Moldova în străinătate în scopul angajării în câmpul muncii, munca prestată în condiţii extrem de grave, fără zile de odihnă sau concedii, situaţiile de discriminare, izolarea socială, diferenţa de limbaj şi cultură, care pot influenţa decizia de a utiliza sau nu serviciile medicale disponibile în acel stat, din confirmările migranţilor şi specialiştilor Spitalului de Psihiatrie din Chişinău, fac tot mai sesizabile durerile de cap, oboseala cronică şi depresiile şi de multe ori declanşează adevărate tragedii familiale, cu un impact negativ asupra copiilor, asupra părinţilor vârstnici, precum şi a lor înşişi. În ultimul timp, numărul migranţilor în dificultate, care se adresează cu

probleme psihologice şi psihice, creşte semnificativ şi constituie circa 30% din beneficiari.

9. Numeroase categorii de migranţi sînt nevoite să-şi asume anumite riscuri din cauza presiunilor, a constrîngerilor şi a mediilor de viaţă specifice statutului şi situaţiei lor curente. Mulţi dintre ei locuiesc în medii culturale diferite, departe de soţi/soţii, familii şi parteneri sexuali permanenţi, fapt care le afectează comportamentul sexual şi igiena în general, inclusiv utilizarea serviciilor sexuale comerciale de către bărbaţii migranţi.
10. Femeile, copiii, persoanele implicate în sexul comercial, imigranţii fără acte şi persoanele traficate reprezintă categoriile de imigranţi deosebit de vulnerabili la apariţia unor probleme de sănătate şi necesită o atenţie deosebită.
11. Studiile efectuate confirmă influenţa problemelor frecvente întîmpinate la locul de muncă, cum ar fi: expunerea la temperaturi înalte sau joase (89% din răspunsuri), absenţa sau condiţii sanitare proaste (26%) şi aglomerarea (16%). În ceea ce priveşte locul de trai, cele mai multe răspunsuri au indicat absenţa sau condiţii sanitare proaste (39%), absenţa sau condiţii igienice proaste (24%) şi aglomerarea (22%).

Una dintre caracteristicile migraţiei din Moldova este vîrsta relativ tînără a subiecţilor. Vîrsta medie la momentul primei plecări peste hotare a fost de 29, 7 ani, ridicîndu-se la 36,1 ani la momentul realizării sondajului. Nu există diferenţe de vîrstă importante în funcţie de regiunile sau ţările de destinaţie. Majoritatea migranţilor (79%) au vîrsta cuprinsă între 18 şi 44 de ani. Bărbaţii predomină în categoria de vîrstă 18-29 ani, iar femeile – în cea de 45-65 ani.

Astfel, ridicarea nivelului de educaţie şi informarea despre riscurile pentru sănătatea lor în timpul aflării peste hotare este una dintre pîrghiile de bază pentru reducerea pericolelor pentru sănătate. Aceasta impune necesitatea acordării unei atenţii deosebite profilaxiei consecinţelor riscurilor sporite de sănătate, comportate de migraţiune, în situaţia în care o parte însemnată a populaţiei active a Republicii Moldova pleacă peste hotare, la muncă sau în alte scopuri, majoritatea revenind, după anumite perioade, în ţară. În aceste cazuri, cele mai mari riscuri sînt asociate cu migraţia şi aflarea ilegală peste hotare, dar totodată riscurile îi vizează şi pe membrii familiilor migranţilor. Conştientizarea acestor riscuri de către întreaga populaţie ar îmbunătăţi starea generală a sănătăţii în ţară.

Este important ca migranţii să conştientizeze gradul lor sporit de vulnerabilitate şi necesitatea măsurilor de profilaxie. Înţelegerea riscurilor pentru sănătate, a comportamentului/obişnuinţelor practicate de migranţi, motivaţiile lor, starea psihologică, funcţia ocupată peste hotare şi cea ocupată la întoarcere şi motivaţia lor – toate sînt nişte etape esenţiale pentru elaborarea

intervenţiilor eficiente de prevenire a fenomenului şi determinarea schimbării comportamentului persoanelor din grupurile de risc.

Scopul intervenţiilor de promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate este promovarea modului sănătos de viaţă, profilaxiei în grupurile vulnerabile de migranţi potenţiali, în special tinerii din zonele rurale, prin:

- Ridicarea nivelului de informare şi conştientizare a populaţiei generale cu privire la riscurile exercitate de fenomenul de migraţie asupra sănătăţii.
- Ridicarea nivelului conştientizării impactului migraţiei şi reducerea migraţiei care expune la riscuri.
- Îmbunătăţirea gradului de informare a migranţilor potenţiali cu privire la impactul HIV/SIDA, infecţiile cu transmitere sexuală, tuberculoza şi problemele de sănătate reproductivă, cauzate de abuzul/violenţa sexuală, sarcina nedorită şi apărută în condiţii nesigure.
- Promovarea comportamentului fără risc şi de securitate în rîndurile migranţilor.

Ca activităţi de bază în domeniul dat trebuie să servească:

- realizarea campaniilor de informare în rîndul populaţiei, inclusiv al elevilor claselor 10-12 şi studenţilor, privind riscurile migraţiei asupra sănătăţii, prin sursele mass-media, forme de informare scrise, clipuri audio şi video etc.;
- informarea populaţiei privind respectarea igienei personale, prin intermediul mass-mediei;
- elaborarea şi editarea posterelor cu tematica „Migraţia şi sănătatea" şi afişarea lor în locurile de trecere a frontierei;
- elaborarea ghidurilor speciale pentru persoanele care lucrează cu grupurile de risc sporit şi printre emigranţi;
- elaborarea diverselor materiale, inclusiv fluturaşi publicitari, pliante, foi volante, calendare, care se vor axa pe riscurile exercitate de migraţie asupra sănătăţii, cum ar fi maladiile, violenţa şi exploatarea, condiţiile de lucru care nu oferă siguranţă, cu distribuirea lor în rîndul migranţilor la punctele de trecere a frontierei, elevilor din clasele 10-12 şi studenţilor;
- ridicarea nivelului de alertă a populaţiei, în special prin intermediul Internetului, cu folosirea resurselor web utilizate pe larg în Republica Moldova;
- crearea unei pagini web speciale, destinate problemelor legate de migraţie şi sănătate;
- oferirea serviciilor de consiliere migranţilor în domeniul profilaxiei, sănătăţii individuale şi colective.

Capitolul VI

EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE ÎN BOLILE TRANSMISIBILE ŞI ÎN CELE NETRANSMISIBILE

6.1. Educaţia pentru sănătate în bolile transmisibile

Acţiunile de sănătate publică ce vizează lichidarea unor boli transmisibile, eradicarea altora şi prevenirea transmiterii şi chiar apariţiei lor implică o activitate intensă de educaţie pentru sănătate variată şi fundamentată ştiinţific. Această activitate desfăşurată în rîndul populaţiei trebuie să se facă cu participarea activă şi conştientă a cetăţenilor [4, 5, 37, 55].

Educaţia pentru sănătate trebuie să fie orientată spre acele obiective care sînt posibile într-o anumită perioadă de timp sau la un anumit moment dat, dar totodată nu trebuie neglijate obiectivele cu caracter permanent. De asemenea, trebuie se ţină cont şi de caracteristicile populaţiei căreia i se adresează acţiunile educative: vîrstă, sex, profesie etc.

Obiective

În lupta cu bolile transmisibile, unul dintre obiectivele prioritare este realizarea unei culturi sanitare a populaţiei, deoarece ignoranţa se împleteşte adeseori cu superstiţiile sau supraaprecierea unor mijloace profilactice şi terapeutice moderne.

Un alt ţel al educaţiei pentru sănătate este realizarea profilaxiei bolilor transmisibile, cu sprijinul conştient al populaţiei, care să se implice activ în această acţiune.

Comunicarea în masă

În munca de educaţie pentru sănătate, trebuie alese mijloacele cele mai adecvate scopului urmărit, particularităţilor problemei şi grupei-ţintă de populaţie.

Astfel, la grupa de populaţie sănătoasă se urmăreşte o largă informare prin mass-media în probleme antiepidemice, interesarea populaţiei pentru cunoaşterea măsurilor de apărare a propriei sănătăţi. În funcţie de morbiditatea specifică de sezon, de grupele de populaţie care au un rol în profilaxia anumitor boli transmisibile (mame, persoane cuprinse în activităţi din sectorul alimentar etc.), se organizează diferite forme de transmitere de cunoştinţe, care să determine formarea unei opinii favorabile punerii în practică a măsurilor antiepidemice.

În situaţii epidemiologice, este necesar ca acţiunea de educaţie pentru sănătate să fie corect şi la timp planificată. Precederea acţiunilor antiepide-

mice de cele educativ-informative convingătoare contribuie, în mare măsură, la succesul acţiunilor respective prin aceea că se creează o opinie favorabilă şi o participare conştientă a populaţia la aplicarea măsurilor profilactice. Explicîndu-se utilitatea şi necesitatea unor imunizări, arătîndu-se, prin date şi argumente ştiinţifice, valoarea imunizărilor respective în prevenirea îmbolnăvirilor, aceste acţiuni vor avea mult mai multe şanse de largă cuprindere a populaţiei.

Populaţia trebuie stimulată în unele situaţii şi antrenată în sprijinirea directă a măsurilor antiepidemice, prin participarea la acţiuni de salubrizare, de igienizare a unor obiective (locuinţă, fîntînă, curte, closet etc.). Pentru aceasta se recomandă organizarea unor consfătuiri cu organele locale, consfătuiri cu decizii pe grupe de populaţie interesată în problema respectivă şi discuţii stimulative în grup.

Comunicarea în grup. În planificarea acţiunilor de educaţie pentru sănătate pe probleme antiepidemice se vor cuprinde:

1) **grupe mari de populaţie** sănătoasă, folosind forme de largă informare;

2) **grupe limitate de populaţie** direct interesate într-o anumită problemă antiepidemică (contactanţi, purtători de germeni patogeni, infectaţi HIV sau bolnavi SIDA etc.), cu care se organizează acţiuni de educaţie pentru sănătate specifice, folosindu-se următoarele forme: instructaje privind căile de transmitere a infecţiei şi mijloacele de prevenire a transmiterii acesteia; convorbiri în focar, demonstraţii practice în focar (dezinfecţie); convorbiri la domiciliu, atît cu bolnavii sau cu purtătorii de germeni, cît şi cu familiile acestora; convorbiri cu bolnavii în spital; înmînarea de memoratoare la externare.

3) **Grupe profesionale**, care prin specificul activităţii lor au un rol important în prevenirea unor boli transmisibile (sector alimentar, sectorul serviciilor: frizerie, unităţi de găzduire etc.) şi care trebuie să urmeze cursurile de sanminim de profil.

Comunicarea interpersonală este o formă de comunicare ce permite educatorului un contact de la persoană la persoană, creînd o atmosferă de intimitate şi confidenţialitate sporită. Poate fi utilizată în spitale, centrele medicilor de familie, centrele de sănătate publică, centrele de sănătate, dar şi în cabinetele cu profil de consiliere. Are o eficienţă deosebită în special atunci cînd este vorba de boli cu transmitere sexuală, „boli ruşinoase", cum sînt categorisite de multe persoane. Este foarte important de explicat celor care suferă de aceste afecţiuni care sînt căile de transmitere, manifestările şi modalităţile de prevenire.

Probleme deosebite prezintă persoanele infectate HIV privind depistarea şi integrarea lor în societate, pentru că pe lîngă problemele medicale şi antiepidemice apar şi altele de ordin psihologic.

În toate situaţiile, indiferent de forma folosită în educaţia pentru sănătate, eficienţa creşte dacă se folosesc mijloace combinate, punîndu-se accent pe cele audiovizuale, cu exemple reale din viaţa cotidiană.

6.2. Educaţia pentru sănătate în combaterea tuberculozei

Preocupările în domeniul combaterii tuberculozei continuă să aibă o pondere importantă din cauza că în ultimii ani se semnalează din nou o creştere a morbidităţii prin forme rezistente la tratament [4, 5, 37, 55].

Există încă un număr important de bolnavi cronici baciliferi, care creează serioase probleme de epidemiologie.

Obiective şi conţinut

Populaţia trebuie informată corect cu privire la caracterul infecţios, transmisibil şi totodată cronic al tuberculozei, cu toate consecinţele care derivă din acesta. În cadrul acţiunilor de educaţie pentru sănătate, se va insista asupra măsurilor de igienă care trebuie cunoscute şi aplicate de întreaga populaţie: călirea organismului prin factori naturali şi cultură fizică, alimentaţia raţională, regimul raţional de viaţă şi muncă, evitarea abuzurilor de alcool şi tutun, odihna activă, toate constituind elemente ce contribuie la crearea rezistenţei biologice faţă de această maladie.

Obiectivele şi conţinutul educaţiei pentru sănătate în lupta antituberculoasă decurg din caracterul de boală infecţioasă al tuberculozei şi, în special, din aplicarea consecventă a măsurilor antiepidemice (izolare, dezinfecţie, imunizare specifică etc.).

În cadrul culturalizării sanitare a populaţiei privind prevenirea şi combaterea tuberculozei, trebuie combătute unele idei greşite, care mai circulă încă, cum sînt: caracterul ereditar al tuberculozei şi încrederea în anumite practici empirice.

Educaţia pentru sănătate a bolnavilor trebuie să transmită nu numai importanţa tratamentului cu antibiotice, tuberculostatice, ci să şi explice necesitatea respectării ritmului şi continuării tratamentului timp îndelungat.

Tot educatorului îi revine obligaţia de a arăta şi limitele tratamentului cu antibiotice, precum şi importanţa unui tratament complex, de la caz la caz: chirurgical, medicamentos şi igienico-dietetic.

Educaţia pentru sănătate trebuie să aibă în vedere şi familiile bolnavilor sau ale purtătorilor cronici, explicîndu-le ce măsuri igienice trebuie să ia ca să evite contaminarea prin convieţuirea în aceeaşi locuinţă.

Trebuie cunoscut caracterul infectant al sputei, posibilitatea infectării prin folosirea în comun a diferitelor obiecte de uz casnic, precum şi măsurile şi metodele de dezinfecţie pentru evitarea transmiterii maladiei.

6.3. Educaţia pentru sănătate în bolile netransmisibile (cronice)

Noile aspecte demografice şi ale structurii stării de sănătate a populaţiei, complexitatea vieţii contemporane, preponderenţa bolilor cronice în patologia generală, creşterea posibilităţilor de investigare paraclinică au orientat atenţia medicilor spre aceste boli cu largă răspîndire [4, 5, 35,36, 37, 40, 55, 56, 57, 69, 152, 154, 181, 182, 185, 187, 188, 189, 195, 196, 211, 212, 216, 226, 227, 228].

Procesele înnoitoare care au avut loc în toate domeniile vieţii materiale şi spirituale – industrializarea, mecanizarea, automatizarea, chimizarea, urbanizarea, modernizarea generală, cu tot cortegiul de influenţe asupra vieţii şi activităţii umane –, precum şi o seamă de componente comportamentale exprimate în excese, în tradiţii culinare agresive, consum exagerat de alcool, tutun, cafea, medicamente au determinat deplasarea tot mai accentuată a atenţiei în direcţia bolilor cronice degenerative.

Afecţiunile cardiovasculare, tumorile maligne, leziunile vasculare afectînd sistemul nervos central, bolile metabolice, afecţiunile cronice – digestive, pulmonare, neuropsihice, diabetul zaharat, alături de accidente, ocupă poziţii superioare în tabloul morbidităţii generale şi, datorită frecvenţei, duratei îndelungate, gravităţii şi implicaţiilor economico-sociale, constituie azi probleme primordiale de sănătate publică şi, după cum se ştie, sînt printre principalele cauze de deces.

Această creştere necontenită a ponderii absolute şi relative a bolilor cronice degenerative, în ansamblul morbidităţii şi mortalităţii, nu afectează numai vîrstele înaintate, ci şi vîrstele tinere. Spre exemplu, bolile cardiovasculare nu pot fi considerate azi afecţiuni ale bătrîneţii, deoarece ele cuprind mai frecvent bărbaţi şi femei de vîrstă mijlocie şi chiar tineri, adolescenţi.

Afectarea cu precădere a grupelor de vîrstă productive, generînd incapacitate de muncă îndelungată şi stări de invaliditate, precum şi frecvenţa crescută în ambianţa vieţii moderne a factorilor de risc favorizanţi şi chiar declanşatori, determină numeroase guverne şi instituţii internaţionale să iniţieze studii multidisciplinare şi acţiuni de largă cuprindere.

În contextul acestor acţiuni, la loc de frunte se situează educaţia pentru sănătate a populaţiei, căreia îi revine un rol deosebit de dificil şi de complex, datorat nu numai multiplelor implicaţii medico-sociale pe care le generează

astfel de afecțiuni, ci și actualelor limite ale cunoașterii științifice pe acest tărîm, tendinței generale de creștere, încă neelucidată etiopatogenetic, însuși faptului că în domeniile epidemiologiei, profilaxiei și terapiei există încă multe necunoscute, înfruntîndu-se chiar unele opinii contradictorii.

Intervențiile de educație pentru sănătate devin cu atît mai complicate, cu cît în realizarea unor măsuri de profilaxie primară și secundară se impun adesеori mutații comportamentale radicale în existența individului sau microgrupului, condamnarea unor obișnuințe puternic înrădăcinate ori schimbarea condițiilor de muncă, a întregului mod de viață. Din aceste motive, educația pentru sănătate trebuie să acorde o atenție sporită acestor afecțiuni.

Sub raportul metodicii de educație pentru sănătate, majoritatea acestor boli au unele trăsături comune, care derivă din faptul că afecțiunile cu un caracter cronic au un debut lent, insidios, o simptomatologie inițial variată, rar patognomonică, ceea ce duce la subaprecierea pericolului, deci la o depistare și tratare de obicei tardivă.

Un rol important în educația pentru sănătate îi aparține personalului medico-sanitar. Este evident necesară determinarea unor schimbări conceptuale, fondate pe cunoașterea științifică, pe familiarizarea populației cu noțiuni elementare teoretice și practice privind etiopatogenia, epidemiologia, profilaxia și terapia bolilor cronice degenerative.

În acest scop, principalele obiective ale educației pentru sănătate, sarcinile majore ale personalului sanitar constau în:

- capacitarea populației sănătoase și a persoanelor în situația de risc de a adera la măsurile de profilaxie primară, astfel încît, printr-un comportament sanogenetic, de cruțare, de tonifiere, să contribuie la promovarea propriei sănătăți, să anuleze efectele nocive ale factorilor de risc și să împiedice declanșarea bolii, s-o prevină;
- determinarea diferitelor categorii de bolnavi cronici de a adera la măsurile de profilaxie secundară, prin adoptarea unei atitudini cooperante la aplicarea complexului terapeutic (igienico-dietetic și medicamentos) încă din faza de debut, pentru a opri sau lichida evoluția bolii în stadiul incipient și a preveni astfel complicațiile;
- cultivarea încrederii bolnavului convalescent în posibilitatea readaptării, a reintegrării profesionale și a reinserției sociale și capacitarea acestuia de a adera la măsurile de profilaxie terțiară, de metafilaxie prin parcurgerea întregului proces recuperator.

Realizarea acestor obiective ale educației pentru sănătate necesită exercitarea unui ansamblu de influențe diferențiate, în funcție de adresabilitate și entitatea nosologică.

Pentru înfăptuirea profilaxiei primare, sînt necesare largi acțiuni de cuprindere de masă, axate pe următoarele elemente tematice:

- ansamblul măsurilor preventive, comune şi al celor specifice diferitelor entităţi nosoflogice;
- factorii de risc care favorizează apariţia unor boli sau potenţează un anumit substrat morbid, ereditar;
- formarea unei convingeri privitoare la necesitatea prezentării la examenele profilactice de masă şi a încadrării în formele de supraveghere medicală activă;
- cunoaşterea primelor simptome şi a semnalelor avertizoare ale bolilor cronice, degenerative;
- prezentarea la medic la primele semne de boală, pentru diagnosticare în forme cît mai incipiente, subclinice, cînd este posibilă terapia abortivă.

În scopul înfăptuirii profilaxiei secundare, sînt necesare influenţe educaţionale exercitate asupra bolnavilor, paralel cu stabilirea şi aplicarea conduitei terapeutice medicamentoase şi igienico-dietetice, axate prioritar pe următoarele elemente tematice:

- cultivarea încrederii în posibilităţile terapeutice, convingerea bolnavilor asupra necesităţii de a se trata, prin prezentarea rezultatelor favorabile ce se obţin în cazurile de instituire timpurie a tratamentului;
- convingerea bolnavilor asupra necesităţii unei stricte aplicări a complexului terapeutic prescris, chiar în cazurile unor terapii radicale, ale unor intervenţii chirurgicale;
- combaterea tendinţelor de „autotratament"; pledoarie pentru valoarea terapiei igienico-dietetice;
- pledoarie pentru prevenirea apariţiei unor complicaţii, a unor boli grave;
- educarea familiei, a rudelor şi îngrijitorilor, în consens cu influenţele exercitate asupra bolnavilor.

Pentru înfăptuirea profilaxiei terţiare, a metafilaxiei, sînt necesare acţiuni educaţionale apte să redea încrederea bolnavului în propria-i capacitate, în posibilităţile de recuperare, de reluare a activităţii, de readaptare profesională şi reinserţie în viaţa socială. Sub acest aspect, influenţele educaţiei pentru sănătate trebuie să fie axate pe următoarele elemente tematice:

• *Tonifierea neuropsihică* a bolnavului încă din faza de debut, cunoscute fiind traumele psihice cauzate de restricţiile impuse de complexul terapeutic. În acest scop, bolnavul trebuie să fie convins asupra următoarelor aspecte:

a) eventuala scădere a capacităţii fizice şi de muncă este relativă; în general, există posibilitatea reluării muncii obişnuite sau a altor activităţi profesionale tot atît de importante;
b) boala este vindecabilă sau starea sensibil ameliorabilă, ceea ce va permite bolnavului să-şi reia locul său (ca element productiv în comunitatea socială), abandonat temporar din cauza bolii.

• *Educarea bolnavului convalescent* sau în faza de stabilizare, cînd se pune problema readaptării profesionale înainte de a reintra în activitate. Ideea reinserţiei sale în viaţa socioprofesională constituie un element psihologic de mare valoare, care permite ca, prin intervenţii atente, să se redea bolnavului încrederea în vindecare şi reintegrare.

Îndrumarea bolnavilor cere suplețe psihologică, spre a-i convinge de faptul că tratamentul timpuriu şi adesea radical al unor afecţiuni aflate într-un stadiu incipient constituie o profilaxie reală şi necesară a unor boli mai grave la care aceştia pot fi expuşi (neoplasmele, bolile cardiovasculare, reumatismul cronic deformant).

Din cauza mijloacelor terapeutice limitate într-o seamă de boli din această categorie, unii bolnavi au adesea o tendinţă de autotratament, fapt ce favorizează psihoza „medicamentelor miraculoase", a „tratamentelor noi", precum şi apelul la practici empirice, avînd consecinţe nu numai asupra stării bolnavilor, ci uneori şi pe plan social.

În vederea readaptării şi reintegrării sociale a bolnavilor, educaţia pentru sănătate are un conţinut specific, cu accent pe convingerea privind necesitatea respectării recomandărilor medicale de care depinde, în mare măsură, obţinerea unei recuperări integrale sau parţiale, o stabilizare a stării patologice, prevenirea sau întîrzierea agravării, regresiunea unor tulburări funcţionale.

• *Educarea în cursul reluării muncii*, al reintegrării, cunoscute fiind dificultăţile etapei, determinate de eventualele consecinţe ale bolilor pe plan biologic şi psihic.

Aspectele medico-sociale ale bolilor cronice impun un conţinut specific, care să urmărească consolidarea rezultatelor terapeutice şi redarea încrederii în capacităţile proprii, în perspectiva favorabilă a bolnavilor al căror psihic este, de obicei, afectat. De asemenea, educaţia pentru sănătate a bolnavilor aflaţi în convalescenţă sau în curs de stabilizare, apoi în perioada reluării activităţii lor profesionale, spre a se încadra în condiţii cît mai bune în viaţa activă, trebuie să aducă o contribuţie esenţială la vindecarea completă, deoarece vindecarea în accepţia integrală a cuvîntului se împlineşte prin reîncadrarea bolnavului în viaţa socială.

Paralel cu influenţele exercitate asupra fostului bolnav, se impune a fi abordaţi şi ceilalţi factori chemaţi să faciliteze procesul de readaptare şi reîncadrare ca: familia, organele tehnico-administrative şi cele obşteşti, microgrupul profesional, microgrupurile simpatetice care, cu toţii, trebuie să concure la recuperarea efectivă a acestuia, prin plasarea într-o muncă corespunzătoare noii sale condiţii fizice şi prin crearea unui climat reconfortant, de încredere în forţele proprii.

În cele ce urmează, prezentăm structura unui sistem educaţional complex, care-şi propune ca, în cadrul celor 4 capitole distincte – *obiective, or-*

ganizare, conţinut şi *mijloace* – să abordeze, într-o optică nouă, eficientă, ansamblul problemelor privind educaţia sanitară a populaţiei în prevenirea şi combaterea bolilor cronice, degenerative.

Obiective

În tentativa de promovare a sănătăţii, obiectivele educaţiei pentru sănătate sînt:

Obiective directe:

- sporirea nivelului de cultură sanitară al grupelor de populaţie integrate în sistem;
- modificări conceptuale privind modul de viaţă;
- eliminarea factorilor de risc implicaţi în etiologia şi epidemiologia bolilor cronice, degenerative;
- adoptarea unui mod de viaţă sănătos.

Obiective indirecte:

- reducerea morbidităţii prin boli cronice, degenerative; scăderea numărului de zile cu incapacitate temporară de muncă;
- creşterea vigorii şi capacităţii de muncă;
- optimizarea sănătăţii individuale şi a stării de sănătate comunitare, cu efecte în sfera productivă.

Organizare

Grupele de populaţie interesate în aplicarea sistemului:

- populaţia sănătoasă adultă de vîrstă activă (18-65 de ani);
- populaţia sănătoasă expusă unor factori de risc profesionali, ambientali, comportamentali;
- populaţia bolnavă luată la evidenţă pentru diferite entităţi nosologice, cu evoluţie cronică (cardiovasculare, neuropsihice, respiratorii, digestive, tumorale).

Personalul necesar

Medico-sanitar:

- medici generalişti (din centrele medicilor de familie, centrelor de sănătate, din întreprinderi);
- medici de diferite profiluri din unităţile spitaliceşti, sanatoriale şi de asistenţă de ambulatoriu;
- personal mediu aferent.

Nemedical: activul obştesc, activul sanitar voluntar.

Durata aplicării sistemului: în populaţia sănătoasă – 1,5–2 ani; cu populaţia „la risc" – ciclic (3–4 luni anual), pînă la anularea factorilor de risc respectivi; cu populaţia bolnavă – ciclic, pe parcursul întregului proces recuperator.

Conținut

Pentru populația sănătoasă, conținutul educației pentru sănătate include:

a) Noțiuni de etiologie și epidemiologie:

- principalele boli cronice, degenerative cardiovasculare, neuropsihice, respiratorii, digestive, tumorale și locul lor în tabloul morbidității și mortalității;
- factorii de risc genetici-constituționali, metabolici și bolile cronice;
- factorii de risc ambientali și bolile cronice;
- factorii de risc profesionali și bolile cronice;
- factorii de risc comportamentali și bolile cronice;
- modul de viață și implicațiile sale în geneza bolilor cronice.

b) Noțiuni de profilaxie primară:

- aplicarea ansamblului de măsuri preventive prin adoptarea unui regim de cruțare;
- combaterea factorilor de risc genetici-constituționali și metabolici;
- eliminarea factorilor de risc comportamentali; atenuarea efectelor nocive ale factorilor de risc ambientali și profesionali; importanța controlului medical periodic în depistarea timpurie a bolilor cronice.

c) Noțiuni de sanogeneză:

- conceptele de sănătate, nivele de sănătate, ideal de sănătate;
- regimul rațional de muncă și odihnă: bioritmul cotidian, bugetul și consumul timpului liber, conceptul de loisir; mișcarea și sănătatea;
- factorii naturali și sănătatea.

Pentru populația bolnavă, conținutul educației pentru sănătate include noțiuni de profilaxie secundară și terțiară:

- importanța controlului medical periodic în depistarea timpurie a bolilor cronice;
- importanța aplicării tratamentului în stadiile incipiente, subclinice, pentru recuperarea biologică;
- pledare pentru terapia igienico-dietetică, rolul acesteia în recuperarea biologică;
- microgrupul familial și rolul său în recuperarea „ad integrum" biologică, profesională, socială;
- microgrupul profesional, factorii de decizie și reintegrarea în muncă;
- microgrupurile simpatetice șl reinserția socială.

Mijloace de educație pentru sănătate

Pentru a desfășura o activitate eficientă de educație pentru sănătate, se pot folosi o multitudine de metode și mijloace, care pot fi aplicate pentru populația sănătoasă sî populația bolnavă.

Pentru populaţia sănătoasă

a) *Acţiuni de obţinere a adeziunii:*
- scrisoare de optimizare a climatului;
- invitaţie nominalizată;
- convorbire iniţială;
- examen clinic.

b) *Acţiuni instructiv-informative:*
- curs de instruire sanogenetică;
- conferinţe, cicluri de conferinţe;
- simpozioane, mese rotunde;
- radioemisiuni de educaţie pentru sănătate;
- literatură de educaţie pentru sănătate;
- ansamblul mijloacelor vizuale;
- ansamblul mijloacelor audiovizuale.

c) *Acţiuni demonstrative:*
- cercuri de menaj;
- demonstraţii practice de gastrotehnie;
- consultaţii pe teme de dietetică;
- demonstrarea alcătuirii unor meniuri de cruţare;
- reţete culinare model;
- structuri-model ale regimului raţional de viaţă zilnică.

d) *Acţiuni stimulative*:
- „luna/săptămîna sanogenetică";
- concursuri cu public;
- „Mai aveţi o întrebare?".

Pentru populaţia bolnavă
- consultaţia profilactică pe grupe omogene de bolnavi;
- sfatul medical diferenţiat şi individualizat, în cadrul actului medical pentru aplicarea complexului terapeutic cu înmînare de memoratoare;
- consultaţii privind terapia igienico-dietetică;
- lecturi individuale şi în cadrul unor microgrupuri omogene de bolnavi;
- emisiuni la posturile de radio în unităţile spitaliceşti, unităţile sanatoriale, unităţile medicale de întreprindere, teritoriale etc.

Înainte de a fi prezentate cîteva afecţiuni cronice degenerative, cu cerinţele lor de educaţie pentru sănătate, se impune a stărui asupra educaţiei sanitare a bolnavului, în special a celui internat, şi a formula cîteva consideraţii metodologice valabile atît pentru cronici, cît şi pentru celelalte categorii de bolnavi.

Îndrumarea bolnavilor cere multă înţelegere, răbdare şi tact, pentru a-i convinge de faptul că tratamentul corect şi la timp al unor afecţiuni împiedică evoluţia spre cronicizare a acestora.

Bolnavii cronici pot fi educaţi de aşa manieră, încît să nu privească boala ca pe un handicap în realizarea diverselor activităţi, bineînţeles în anumite limite, şi să se simtă egali cu semenii lor.

De asemenea, trebuie să înţeleagă că într-o serie de afecţiuni se poate obţine recuperarea parţială sau integrală, dar numai îmbinînd recomandările medicale cu viaţa proprie.

Dispensarizarea corectă a bolnavilor cronici are o deosebită importanţă, fiind şi un prilej de culturalizare sanitară a bolnavilor, concomitent cu urmărirea şi supravegherea acestora.

Dispensarizarea permite educarea bolnavilor sistematică, repetată, consecventă şi de durată.

6.4. Educaţia pentru sănătate în bolile cardiovasculare

Bolile cardiovasculare, alături de cele tumorale, constituie în prezent principala cauză de deces [5, 35, 36, 37, 55, 152, 181, 182, 185, 187,188, 191, 192, 193, 221, 223].

Mutaţiile intervenite în structura stării de sănătate, cu indici ai mortalităţii prin boli cardiovasculare deosebit de crescuţi, impun necesitatea unor acţiuni sistematice pentru combaterea acestora. În ţara noastră, ponderea crescîndă a acestor afecţiuni în rîndul cauzelor de deces se datorează îndeosebi creşterii duratei medii de viaţă, procentului sporit de populaţie vîrstnică şi scăderii continue a mortalităţii prin boli transmisibile şi afecţiuni acute în general.

Este unanim acceptat faptul că în păstrarea sănătăţii şi, implicit, în prevenirea afecţiunilor cardiovasculare are o importanţă hotărîtoare respectarea unui regim raţional de muncă, de alimentaţie, de odihnă şi, în general, a regulilor de igienă şi sanogeneză, respectarea unui mod sănătos de viaţă.

Difuzarea în rîndurile populaţiei a îndrumărilor şi sfaturilor practice igienico-dietetice, dezvoltarea unei atitudini conştiente, responsabile faţă de prevenirea şi tratarea bolilor cardiovasculare sînt sarcini primordiale ale educaţiei pentru sănătate care ar contribui la crearea unui mediu de viaţă şi de muncă adecvat şi ar induce adoptarea de către populaţie a unui mod de trai sănătos.

Experţii Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii în problema bolilor cardiovasculare subliniază necesitatea unor studii prealabile pentru orientarea ştiinţifică a acţiunilor de prevenire şi combatere a acestor boli. Datele de cercetare existente în prezent permit direcţionarea diferenţiată a acţiunilor de educaţie pentru sănătate în raport cu specificul a două grupe distincte de populaţie:

• Îndrumarea *populaţiei sănătoase* şi a persoanelor expuse unor potenţiali factori de risc cardiaci:

a) asupra cauzelor bolilor de inimă şi a simptomatologiei elementare;
b) prevenirea reumatismului articular acut prin asanarea focarelor de infecţie;
c) cunoaşterea înlănţuirii patologice *infecţie de focar – reumatism articular acut – cardiopatie organică*;
d) importanţa controlului preventiv stomatologic, otorinolaringologic şi cardiac la copiii care suferă frecvent de amigdalită;
e) rolul controlului periodic al bolnavilor de ateroscleroză şi celor hipertensivi, în scopul depistării timpurii şi prevenirii afecţiunilor cardiace;
f) combaterea unor păreri şi interpretări neştiinţifice privind variaţiile tensiunii arteriale, algiile precordiale, nevroza cardiacă etc.

• Instruirea *cardiacilor*, în rîndul cărora ideea centrală trebuie să fie aceea că boala de inimă nu este una fatală, care scurtează în mod inevitabil viaţa bolnavului. Cardiacii "actuali" trebuie educaţi şi convinşi să-şi formeze un comportament just faţă de boala lor:

a) respectarea riguroasă a recomandărilor igienice privind odihna, munca, alimentaţia, cruţarea „rezervei cardiace";
b) respectarea tratamentului medicamentos recomandat;
c) evitarea oricărei terapeutici empirice.

Trebuie propagate şi noţiunile în legătură cu:

- importanţa controlului periodic, pentru prevenirea recăderilor şi urmarea justă a tratamentului;
- întărirea moralului bolnavilor şi lămurirea realist-optimistă a acestora asupra bolii lor (această muncă trebuie dusă şi cu anturajul bolnavilor);
- sfătuirea cu prudenţa necesară a bolnavilor şi, în special, a familiei sau rudelor, care trebuie să cunoască anumite măsuri pe care să le aplice în situaţii de urgenţă.

6.5. Educaţia pentru sănătate a populaţiei în domeniul oncologiei

Cancerul, a cărui incidenţă în ultimii ani este în continuă creştere şi care se află pe locul doi în ierarhia cauzelor de deces, reprezintă o afecţiune căreia educaţia pentru sănătate trebuie să-i acorde o atenţie deosebită, pentru că o depistare timpurie, urmată de un tratament adecvat, poate prelungi viaţa pacientului. Locul pe care acestea îl ocupă în tabloul mortalităţii şi al morbidităţii generale, caracterul dramatic al cazurilor irecuperabile, limitele diagnosticării timpurii şi ale terapeuticii în fazele avansate, precum şi lipsa de informare a

populației determină o serie de particularități care imprimă educației sanitare în combaterea cancerului un anumit specific [5, 37, 55, 56, 57, 60, 69, 70, 71, 188, 191, 192, 193].

O parte din populație nu cunoaște factorii de risc din mediul de muncă și viață incriminați în onocogeneză, ignoră sau subapreciază unele stări potențiale de cancer (ulcerații și inflamații persistente, tulburări digestive și bronșite cronice, hemoragii recidivante etc.), încalcă cerințele elementare ale regimului de viață, de alimentație, de muncă, bioritmul uman fiind adesea tulburat, în condițiile suprasolicitării cotidiene, stresului cu implicații în cancerogeneză.

Pe bună dreptate, un document al Organizației Mondiale a Sănătății relevă că „cei trei factori aliați ai cancerului sînt: ignoranța, frica și întîrzierea prezentării la medic".

Deficitul de informare a populației se află în atenția majorității specialiștilor. Problema rezolvării lui printr-o propagandă anticanceroasă este însă controversată. Rezerva se explică prin teama de a nu genera cancerofobia, care constituie frecvent cauza neprezentării la medic. Personalități marcante din numeroase țări se pronunță, totuși, categoric în favoarea educației pentru sănătate oncologică a populației. A evita informarea nu înseamnă a preveni cancerofobia. Situația inversă este mai probabilă. O acțiune de educație pentru sănăîtate bine condusă, cu prezentarea just dozată a posibilităților de prevenire și tratament asigură un climat propice măsurilor medico-sanitare și nu determină, de obicei, stări cancerofobe.

Teama exagerată față de cancer este într-adevăr periculoasă. Frica duce la amînarea consultației medicale. Cancerofobia se manifestă printr-un sentiment de descurajare, de pasivitate, prin lipsă de încredere în prognosticul bolii, ajungînd pînă la panică. Toate acestea pot provoca neglijarea tratamentului, neprezentarea la control periodic după încheierea terapiei etc.

O altă particularitate a propagandei anticanceroase, care servește la evitarea cancerofobiei, este necesitatea desfășurării acțiunilor educaționale cu un caracter ponderat, optimist. Acesta trebuie să se bazeze pe ceea ce se consideră ca un bun cîștigat prin diagnostic și terapie. Datele statistice, de pildă, este indicat a nu se referi decît în mod excepțional la mortalitatea și morbiditatea prin cancer, dar mai mult la posibilitățile de vindecare în diferite stadii și la localizările care se pretează cel mai bine unui tratament eficace.

Pornindu-se de la aceste considerente, este necesar a se face cunoscut populației următoarele:

a) factorii de risc incriminați, în general, în oncogeneză: ambientali (naturali), profesionali și comportamentali;
b) factorii etiologici, identificați pe localizări:
– fumatul pentru cancerul bronho-pulmonar (85%-90% din cazuri), can-

cerul bucal, laringian, faringian, esofagian, cancerul pancreasului şi al vezicii urinare;
- alcoolul pentru cancerul ficatului, esofagian şi gastric;
- radiaţiile solare (în zonele tropicale şi subtropicale) pentru cancerul cutanat;
- antioxidanţii pentru cancerul vezical;
- anticoncepţionalele pe bază de hormoni pentru cancerul de sîn, uter, ovare;
- substanţele chimice (în expunerea profesională) pentru cancerul pulmonar, vezical, nazal, cutanat şi al sistemului hematopoietic.

Cunoaşterea acestor factori de către populaţie ar putea determina abandonarea fumatului şi a consumului excesiv de băuturi alcoolice, precum şi evitarea expunerii la produsele incriminate în cancerogeneză.

În general, nu se cunosc sau sînt ignorate aşa-numitele *stări potenţiale de cancer* (ulceraţii şi inflamaţii persistente, microtraumatisme repetate, de exemplu la buză etc.), încălcîndu-se, de asemenea, o serie de cerinţe elementare ale regimului de viaţă, de muncă, de alimentaţie, ale bioritmului, atît de solicitat în condiţiile civilizaţiei noastre, ceea ce poate favoriza sau determina apariţia cancerului.

Obiective şi conţinut

Particularităţile educaţiei în domeniul oncologiei rezidă în: conştientizarea populaţiei asupra cerinţelor profilaxiei cancerului, importanţei depistării şi tratamentului timpuriu, precizînd că obiectivele educaţiei în domeniul oncologiei sînt următoarele:

a) *Informarea corectă* a populaţiei prin mass-media cu privire la simptomatologia de avertizare, la metodele moderne şi tratamentele empirice. Această acţiune pleacă de la premisa că populaţia ignoră, în general, primele semne de boală, ajungînd uneori tîrziu la medic, cînd nu se mai poate face nimic.

Educaţia pentru sănătate a populaţiei este foarte utilă în profilaxia cancerului, în vederea efectuării unor examinări anuale, începînd cu vîrsta de 35 de ani, sau ori de cîte ori apar semne de alarmă:
- persistenţa plăgilor atone;
- apariţia de induraţii sau noduli subcutanaţi sau în piele;
- creşterea volumului şi consistenţei ganglionilor (cervicali, axilari, inghinali);
- modificări ale unui neg sau ale unei excrescenţe mamelonate;
- tulburări digestive prelungite sau dureri stomacale;
- tuse persistentă sau disfonie;
- sîngerări oculte sau evidente;
- sîngerări post-menstruale, menstre la intervale diferite, în special la vîrsta climacteriului;

- alterarea stării generale, cu scădere accentuată în greutate;
- paloare marcată şi de lungă durată;
- tulburări de micţiune sau hematurie.

Apariţia, după vîrsta de 45 de ani, a unora dintre aceste semne trebuie să mobilizeze pe cel vizat la un examen de specialitate, deci implică participarea activă a populaţiei la depistarea timpurie a diverselor forme de cancer.

b) *Acţiuni de convingere a populaţiei,* în vederea tratării stărilor precanceroase. În acţiunile de educaţie pentru sănătate este recomandabil să se evite termenul de „stare precanceroasă", deoarece acesta poate genera confuzii în rîndul populaţiei neavizate. Este indicat ca acţiunile propagandistice să se axeze pe tratamentul corect al unor boli cronice cu leziuni aparent neînsemnate, realizîndu-se astfel profilaxia cancerului, obiectiv care se atinge prin programe diferenţiate, adresate unor grupuri-ţintă precis delimitate după criteriul afecţiunilor pe care le prezintă.

Alternarea noţiunilor specifice anticanceroase (simptomatologie, frecvenţa localizărilor etc.) cu cele de igienă generală poate contribui la realizarea unui climat mai adecvat, în cadrul căruia să se desfăşoare informarea populaţiei. Această îmbinare este valoroasă sub aspectul aportului la combaterea îmbătrînirii timpurii, prezentînd avantajele unui regim raţional de muncă, de odihnă, ale regimului alimentar corect, ale renunţării la obiceiurile corelate cu creşterea morbidităţii prin cancer.

În afara acestor noţiuni, care interesează populaţia în general, este utilă informarea şi educarea anumitor grupe de populaţie în probleme de igiena muncii, punîndu-se accentul pe ramurile industriale care prezintă un interes special în profilaxia cancerului. Folosirea echipamentului de protecţie, respectarea regulilor de igienă individuală, a normelor de igienă la locul de muncă completează conţinutul educaţiei pentru sănătate în profilaxia şi combaterea cancerului.

Acţiunile nespecifice, dar în legătură directă cu profilaxia cancerului, sînt destinate să trezească interesul populaţiei pentru controlul periodic al sănătăţii.

Acţiunile de educaţie pentru sănătate trebuie diferenţiate, avîndu-se în vedere caracteristicile populaţiei-ţintă: vîrstă, sex, mediu, profesie etc. În acest sens, trebuie să se ţină seama de faptul că există profesii cu factori de risc cancerigeni, a căror acţiune poate fi evitată sau atenuată prin respectarea măsurilor de igienă a muncii, de igienă individuală etc.

În cadrul examinărilor periodice ale muncitorilor din întreprinderi, se pot furniza informaţii asupra factorilor nocivi de la locul de muncă al acestora şi atitudinea pe care ei trebuie să o ia faţă de aceşti factori, pentru a-şi proteja sănătatea. Diferenţierile privind sexul şi vîrsta vor avea ca bază de plecare localizările mai frecvente ale tumorilor în cadrul acestor categorii.

Educaţia pentru sănătate a bolnavilor depistaţi trebuie să aibă în vedere două obiective de bază:

- determinarea bolnavilor de a se supune tratamentului conform indicaţiilor medicale;
- determinarea bolnavilor a căror tratament s-a încheiat de a se prezenta la control, la intervalele recomandate de specialist.

Toate acestea solicită din partea educatorului sanitar (e de dorit medicul) să păstreze legătura directă cu bolnavul şi cu familia acestuia.

Mijloace de educaţie pentru sănătate

a) *Prima categorie* de mijloace trebuie să aibă un caracter prin excelenţă instructiv, răspunzînd imperativului informării ştiinţifice a populaţiei, înzestrării acesteia cu fondul de cunoştinţe necesare privind etiologia, epidemiología, profilaxia şi terapia oncologică. În cadrul acestor mijloace, se impun prioritar atenţiei:

- cursurile de instruire în domeniul oncologiei, a căror programă cuprinde întreaga tematică privind comportamentul sanogenetic şi profilactic primar;
- manifestările educativ-sanitare de prestigiu cu audienţă de masă (simpozioane, mese rotunde, proiecţii de filme etc.);
- conferinţele, ciclurile de conferinţe şi convorbirile organizate pe grupe distincte de populaţie: muncitori expuşi aceloraşi noxe profesionale cu risc cancerigen; grupuri de sănătoşi expuşi aceloraşi factori de risc ambientali sau comportamentali; microgrupuri cu stări precanceroase etc.;
- sfaturi individualizate acordate: persoanelor cu stări precanceroase; persoanelor expuse unor factori de risc comportamentali; tinerelor fete şi femei expuse factorilor de risc incriminaţi în etiologia cancerului mamar, uterin, ovarian;
- literatura de educaţie pentru sănătate de profil, anticanceroasă, adresată diferenţiat variatelor grupe populaţionale confruntate cu diverşi factori etiologici – certi sau presupuşi a fi cancerigeni pentru om.

b) *A doua categorie* de mijloace trebuie să aibă un caracter demonstrativ-stimulativ, pentru a reuşi să creeze în rîndul populaţiei convingeri, opinii, atitudini în favoarea profilaxiei primare, pentru a determina actul decizional de abandonare a unor factori de risc comportamentali şi de adoptare hotărîtă a măsurilor privind atenuarea sau anularea efectelor factorilor profesionali şi ambientali implicaţi în cancerogeneză. În cadrul acestei categorii de mijloace, se înscriu prioritar următoarele:

- convorbirile intime organizate cu: persoane cu stări precanceroase; femei expuse profesional; fumători; băutori; persoane expuse altor factori de risc;
- consultaţia profilactică pe grupuri omogene de persoane, cu stări precanceroase sau expuse aceloraşi factori de risc;

- concursuri cu public, organizate în prezența unor categorii de muncitori confruntați cu factori de risc profesionali, sau a unor grupe populaționale expuse ansamblului factorilor etiologici, ambientali și comportamentali;
- „Mai aveți o întrebare?", organizată cu aceleași persoane ca și convorbirile;
- „Luna sanogenetică", „Săptămîna sanogenetică", organizate cu persoane expuse unor factori de risc comportamentali;
- exponate vizuale diverse;
- cercul tinerelor fete și femei, organizat în cadrul clubului „Femina", cu scopul efectuării unor demonstrații privind tehnica autocontrolului mamar și stimulării practicării periodice a acestuia.

Populația bolnavă poate beneficia, de asemenea, de două categorii de mijloace, diferențiate în funcție de stadiul depistării tumorilor.

În stadiile incipiente, considerate recuperabile, se va urmări capacitarea bolnavilor de a aplica complexul profilactic secundar, ansamblul terapeutic prescris în vederea recuperării. În acest scop, pot fi utilizate:

- convorbiri intime, de natură să ridice tonusul neuropsihic al bolnavului, sădindu-i încrederea în posibilitățile recuperării;
- sfaturi individualizate, asistîndu-l educațional pentru aplicarea completă și corectă a indicațiilor terapeutice;
- întîlniri cu foștii bolnavi în supraveghere, pentru tonifiere neuropsihică prin prezentarea cazurilor similare recuperante;
- literatură de educație pentru sănătate și memoratoare cu sfaturi concrete, adaptate la caz;
- proiecții de filme, organizate în incinta unităților de profil, prilej cu care se pot organiza vizite pentru familiarizarea cu aparatura modernă, destinată terapiei oncologice, cunoscută fiind reacția frecvent negativă a bolnavilor la primul contact cu aceasta și rolul cunoașterii prealabile în inducerea unor stări pozitive, de încredere în perspectiva tratării și vindecării.

Acest complet de mijloace se cere a fi extins asupra foștilor bolnavi, pentru determinarea lor ca, după încheierea completă a tratamentului, să se prezinte la controale periodice recomandate de specialist, accentuîndu-se situația lor de „persoane în supraveghere".

De asemenea, convorbirile intime și sfaturile individualizate sînt în mod expres recomandate pentru cazurile care necesită intervenții radicale, chirurgicale, față de care unii bolnavi manifestă rezerve, tendință de sustragere, cu urmări grave, induse de pierderea timpului.

Asupra modului de abordare a acestor convorbiri nu pot fi emise rețete-standard, medicul trebuind să se orienteze de la caz la caz și să obțină reușită fără a tulbura echilibrul psihic al bolnavului. Contactul nemijlocit cu bolnavul

şi alianţa cu persoana cea mai apropiată ar putea concura la rezultate pozitive în acest sens.

În stadiile avansate, considerate irecuperabile, se va urmări sădirea încrederii într-o durată de supravieţuire cît mai mare, în care scop se pot organiza convorbiri intime cu bolnavul şi cu familia sa, sfaturi individualizate, literatură educativ-sanitară de profil.

6.6. Educaţia pentru sănătate în diabetul zaharat

Diabetul zaharat este o boală cu evoluţie cronică, cu o largă răspîndire, în care rolul principal îl deţin tulburările secreţiei de insulină, ce atrage după sine o serie de tulburări în întregul organism. De aceea, în munca de educaţie pentru sănătate ce vizează diabetul zaharat, se vor folosi mijloace de largă informare şi mijloace de instruire specifică [5, 15, 18, 20, 24, 25, 26, 30, 32, 37, 56, 57, 69].

Mijloacele de largă informare sînt adresate populaţiei şi grupelor de cetăţeni cu risc deabetogen crescut.

În rîndul maselor, educatorul sanitar va propaga ideea de profilaxie a îmbolnăvirilor, a profilaxiei individuale, în special care vizează un regim alimentar corect, combaterea obezităţii şi examinarea periodică a persoanelor cu risc crescut – examinare la fel de importantă ca cea făcută pentru depistarea tuberculozei sau a cancerului. Boala descoperită într-o fază incipientă, înainte de apariţia complicaţiilor, poate fi mai uşor corectată şi tolerată de bolnav prin instituirea unui regim igienico-dietetic adecvat.

Educatorul în educaţia pentru sănătate va instrui grupele cu risc crescut asupra unor semne care pot indica prezenţa bolii: sete pronunţată, poliurie, bulimie, scădere ponderată, adinamie, parodontoză, prurit, infecţii repetate ale pielii şi mucoaselor, naştere prematură etc.

De multe ori, boala este descoperită cu totul întîmplător (în urma efectuării unor analize de laborator pentru angajare sau pentru o altă afecţiune, cu ocazia plecării la tratament balneo-climatic). Uneori boala nu se descoperă decît la apariţia unei complicaţii a diabetului zaharat.

Mijloacele de instruire specifică se adresează acelor bolnavi care consideră că diabetul zaharat este o afecţiune ce nu poate fi controlată şi stăpînită din punct de vedere medical.

Trebuie de explicat bolnavilor că apariţia complicaţiilor este cu atît mai rapidă, cu cît nu sînt respectate indicaţiile medicale. Întîrzierea sau ameliorarea complicaţiilor este strîns legată şi de respectarea unui regim de viaţă şi de muncă, a unei alimentaţii igienico-dietetice, iar în cazurile mai avansate – de iniţierea tratamentului medicamentos (oral sau injectabil).

Cele mai eficiente mijloace de educaţie sînt convorbirile individuale sau în grup cu bolnavii diabetici, fie în spital, fie la controalele medicale periodice. Se pot ţine lecţii sau conferinţe însoţite de imagini. În cadrul acestora, se va explica detaliat bolnavilor cum trebuie să respecte medicaţia prescrisă, cum trebuie să se alimenteze, ce alimente le sînt interzise, va accentua asupra faptului că mişcarea (mersul, înotul, drumeţia, gimnastica, efortul fizic moderat are efecte favorabile asupra diabeticului, prevenind obezitatea, angiopatia diabetică, hiperlipidemia etc., de asemenea necesitatea păstrării unei igiene individuale riguroase.

De asemenea, se va insista pe necesitatea efectuării mişcării (mers, înot, gimnastică de întreţinere etc.), pentru a preîntîmpina obezitatea.

Deosebit de utile sînt demonstraţiile practice, prin care bolnavii învaţă să-şi facă singuri testarea glicozuriei, să-şi facă corect tratamentul injectabil cu insulină, memoratoarele care li se înmînează la externarea din spital sau de la cabinetele de nutriţie.

Bolnavii pot fi învăţaţi să recunoască o comă hipo- sau hiperglicemică. Acest lucru se poate face şi cu familia bolnavului, explicîndu-se că nu trebuie să intre în panică în situaţiile respective şi, totodată, ce măsuri trebuie şi pot să ia în primă urgenţă.

Este util ca aceste convorbiri sau conferinţele să fie urmate de lecţii demonstrative, care să releve utilitatea şi avantajul efectuării de către bolnavul însuşi a testului de glicozurie, a efectuării corecte a tratamentului injectabil. Aceste lecţii demonstrative se vor adresa, în special, copiilor diabetici şcolari, cu scopul instruirii lor practice.

Cu ocazia acestor convorbiri şi conferinţe pe grupuri de bolnavi, educatorul în educaţia pentru sănătate va vorbi despre complicaţiile diabetului neglijat sau netratat, fără a exagera însă gravitatea cetozei sau a comei hipoglicemice, va atrage atenţia bolnavilor (cu multă prudenţă), dar fără a influenţa în sens negativ psihicul lor, asupra neajunsurilor şi complicaţiilor diabetului zaharat.

Apariţia diabetului în viaţa unui om reprezintă un moment greu, poate chiar şocant. De aceea, întreaga activitate educativ-sanitară în diabetul zaharat va fi optimistă. Internarea în spital, întîlnirea cu alţi pacienţi, observaţiile şi constatările personale, evoluţia favorabilă în condiţiile respectării tratamentului trebuie să consolideze încrederea în viitor şi convingerea în ducerea unei vieţi cît mai normale.

Profundele consecinţe medico-sociale ale bolii impun recuperarea cît mai grabnică a bolnavilor, atît din punct de vedere organic, cît şi psihic şi profesional-social.

În activitatea de educaţie pentru sănătate a diabeticului nu trebuie neglijat aspectul psihic al problemei, pentru că unii bolnavi sînt şocaţi sau se simt

handicapaţi. Ei trebuie convinşi că, atîta timp cît respectă toate indicaţiile medicului şi nu apar complicaţii, pot desfăşura aproape orice activitate pe care o desfăşoară un om sănătos şi pot face acest lucru pînă la adînci bătrîneţi.

6.7. Educaţia pentru sănătate ca metodă de promovare a sănătăţii mintale

De cîteva decenii, preocuparea pentru sănătatea mintală a populaţiei şi, în special, a copiiilor şi tineretului se amplifică necontenit. Importanţa bolilor psihice este marcată prin frecvenţa lor ridicată, afectarea grupurilor tinere şi productive ale populaţiei, creşterea incapacităţii temporare de muncă şi a invalidităţii, evoluţia îndelungată, precum şi prin diminuarea capacităţii intelectuale şi afective a celor bolnavi. De aceea, actualmente problema sănătăţii mintale a devenit un domeniu prioritar al preocupărilor medicale şi sociale, psihicul cerînd mai mult menajament decît fizicul, fiind cu atît mai fragil cu cît este mai tînăr [4, 5, 37, 55, 57, 58, 63, 175].

Problema sănătăţii mintale ţine, în primul rînd, de creşterea evidentă a incidenţei bolilor neuropsihice. Se constată, totodată, o sporire continuă a tulburărilor nervoase neîncadrate efectiv într-o entitate nosologică a manifestărilor nesociale, delictuale. Se află, de asemenea, într-o continuă creştere consumul excesiv de alcool, tutun, cafea, substanţe psihochimice (tranchilizante, sedative, stimulative).

Aceste fenomene, pe plan medico-social, sînt considerate de majoritatea autorilor ca fiind expresia unei insuficiente adaptări a omului la condiţiile vieţii moderne. Într-adevăr, în esenţa ei, sănătatea mintală, aşa cum o defineşte o comisie de experţi ai OMS, constă în „aptitudinea de a stabili relaţii armonioase cu mediul înconjurător". Dezvoltînd această definiţie, numeroşi autori consideră că scopul educaţiei pentru sănătate este dublu: să permită dezvoltarea liberă, nestînjenită a personalităţii umane şi, totodată, să favorizeze integrarea omului în microgrupurile profesional şi social, în comunitatea în mijlocul căreia trăieşte.

Aptitudinea de integrare este deosebit de importantă la orice vîrstă, dar ea este esenţială pentru copil şi tînăr, deoarece de modul în care îşi dezvoltă capacitatea de adaptare activă la mediu, la întregul context de relaţii interumane, depind atît comportarea sa în familie şi şcoală, cît şi manifestările viitoare, ca adult, ca membru al societăţii de mîine.

După cum o demonstrează cercetările ştiinţifice, imensa majoritate a tulburărilor mintale şi de comportament ale copiilor şi tinerilor se datorează nu unor afecţiuni organice, nici unor tare ereditare, ci unor deficienţe educative în familie, în şcoală, în colectivitate, nerespectării unor norme raţionale de

viaţă în general. Aceste cerinţe educative sînt cu atît mai stringente şi mai actuale, cu cît o serie întreagă de factori ai vieţii moderne conţin un potenţial nociv privind sănătatea în general şi sănătatea mintală în special. Cunoaşterea acestui potenţial, evitarea sau atenuarea unora dintre aceste nocivităţi constituie cerinţe majore pentru ocrotirea sănătăţii mintale.

Ritmul precipitat al vieţii moderne, de exemplu, ridică serioase probleme de adaptare, de integrare, care solicită un echilibru dinamic, un efort continuu al sistemului nervos.

În zilele noastre, fenomenul sedentarismului dobîndeşte cu atît mai multe valenţe negative, cu cît este încă nedezvoltată deprinderea folosirii judicioase a timpului liber, foarte adesea imobilismul „profesional" continuîndu-se în faţa televizorului, la volanul maşinii etc.

De asemenea, dezvoltarea mass-mediei supune omul societăţii contemporane unui adevărat „bombardament" informaţional şi cultural. Numeroasele ore petrecute, adesea nediscriminat, în faţa micilor ecrane, în dauna somnului sau a odihnei active, accentuează oboseala şi favorizează surmenajul. Consecinţele acestor excese sînt deosebit de evidente la copii, care manifestă adesea tulburări psihice sau insomnii.

Cercetările de profil stabilesc o legătură directă între creşterea numărului cazurilor de tulburări mintale la copii, la tineri şi chiar la adulţi şi „carenţa afectivităţii materne". „Modificările, ca şi ruptura cu tradiţiile familiale, precizează un document al OMS, sînt însoţite, inevitabil, de tensiune şi şocuri afective, care se traduc prin tulburări de comportament, delincvenţă, crime, prostituţie, alcoolism, narcomanie" [234].

Fără a omite sau a subapercia deosebita importanţă în acest domeniu a factorilor genetici, marea majoritate a autorilor consideră că sporirea incidenţei îmbolnăvirilor neuropsihice, tulburările psihosociale pot fi consecinţa inevitabilă a evoluţiei rapide a societăţii. Creşterea populaţiei şi a mobilităţii acesteia, dislocările familiale şi confruntarea individului cu un număr mare de situaţii noi şi neaşteptate au drept urmare o adaptare neadecvată şi într-o durată scurtă de timp.

Din ansamblul aspectelor prezentate, rezultă cît de puternic ancorată se impune a fi educaţia pentru sănătate în profilaxia bolilor psihice, valenţele multiple ale culturii sanitare în prevenirea acestor îmbolnăviri, în recuperarea bolnavilor, în reîncadrarea profesională şi reinserţia sociala a foştilor handicapaţi psihic.

De aceea, problema sănătăţii mintale a devenit un domeniu prioritar al preocupărilor medicale şi sociale, psihicul cerînd mai mult menajament decît fizicul, fiind cu atît mai fragil, cu cît este mai tînăr. Pornind de la aceste considerente, educaţia pentru sănătate privind igiena mintală urmăreşte multiple obiective.

Obiective şi conţinut

Educaţia pentru sănătate urmăreşte realizarea următoarelor obiective în promovarea sănătăţii mintale:

- informarea publicului larg şi antrenarea cooperării lui, în vederea asigurării unei sănătăţi mintale adecvate;
- mobilizarea populaţiei în acţiunea de depistare timpurie şi tratamentul bolnavilor psihic;
- formarea unei opinii publice corecte a populaţiei privind aceşti bolnavi;
- instruirea populaţiei privind influenţa pe care psihicul îl are asupra organismului, cu accentuarea faptului că emoţiile, sentimentele de frică, tristeţe au efecte similare cu toxicele;
- contribuţia educaţiei pentru sănătate la eforturile medicale de reducere a sechelelor bolilor psihice şi, deci, a invalidităţii prin integrarea bolnavilor psihici în mediul lor profesional, familial şi social;
- cunoaşterea şi acceptarea de către bolnavi şi familiile lor a necesităţii îngrijirilor de către serviciile de specialitate, precum şi acceptarea fără rezerve în mediul familial a bolnavilor psihic;
- realizarea unei ameliorări a stării de sănătate mintală a populaţiei.

Un rol important în acţiunile de educaţie pentru sănătate îl are sensibilizarea populaţiei privind rolul muncii ca factor reconfortant şi stimulativ, rolul odihnei şi a măsurilor specifice de igienă generală, în funcţie de vîrstă şi domeniile de activitate a bolnavilor.

Pornind de la aceste consideraţii, în domeniul bolilor psihice se conturează două categorii de obiective de educaţie pentru sănătate: directe şi indirecte.

Obiectivele directe vizează, pe de o parte, profilaxia primară, iar pe de altă parte, profilaxia secundară şi cea terţiară. Pentru profilaxia primară distingem:

a) *Ridicarea nivelului de cultură sanitară*, cu accent pe:
- adoptarea unui regim raţional de viaţă zilnic;
- integrarea în sistemul propriu de valori a cunoştinţelor şi practicilor necesare adaptării organismului la condiţiile de mediu (fizic, profesional, social) în continuă transformare;
- eliminarea factorilor de risc cu efect angosant, conflictual, tensiogen;
- crearea unui minim de confort psihic în familie şi la locul de muncă prin asigurarea climatului relaţional pozitiv, a coeziunii de microgrup familial şi profesional;
- evitarea crizelor relaţionale în microgrupurile familiale şi simpatetice.

b) *Modificări conceptuale privind relaţia mod de viaţă – sănătate mintală*, urmărindu-se prioritar:
- familiarizarea cu ansamblul factorilor de risc (genetici-constituţionali, metabolici, ambientali, profesional-ocupaţionali şi comportamentali) şi

cu căile de eliminare a lor, ori de neutralizare sau diminuare a efectelor acestor factori;

- adoptarea unui mod de trai igienic, sanogen, cu diverse componente deconectante, recreative, reconfortante şi cu efecte implicit favorabile în sfera sănătăţii mintale; abandonarea modului de trai neigienic, patogen, cu nişte componente stresante, distructive şi cu efecte defavorabile în sfera sănătăţii mintale, concretizate în dezadaptări şi destructurări psihice; abandonarea intoxicaţiilor „de plăcere" (fumat, alcool etc.), a consumului excesiv de medicamente şi a automedicaţiei.

Pentru profilaxia secundară şi terţiară, distingem:

a) Cultivarea încrederii bolnavului şi convalescentului în posibilitatea recuperării medicale, a reintegrării în activitatea profesională şi a reinserţiei în viaţa socială.
b) Tonifierea neuropsihică a acestora, prin acreditarea ideii restituţiei integrale, ca factor psihoterapeutic.
c) Capacitarea microgrupurilor familiale, profesionale şi simpatetice de a coopera pentru „restitutiae ad integrum" a bolnavilor.

Obiectivele indirecte, ca o completare a obiectivelor directe, s-ar putea formula astfel:

- Diminuarea incidenţei bolilor psihice, a tulburărilor nervoase în general, a manifestărilor nesociale, delictuale şi a altor elemente comportamentale carenţiale, neîncadrate efectiv în sfera patologiei neuropsihice, dar considerate „semnale avertizoare", apte să inducă o entitate nosologică specifică.
- Reducerea masei bolnavilor, prin recuperarea unui număr cît mai mare, şi reducerea corespunzătoare a morbidităţii prin afecţiuni psihice.

În scopul împlinirii acestor obiective directe şi indirecte ale educaţiei pentru sănătate, în profilaxia bolilor psihice sînt necesare următoarele elemente de conţinut.

- Dezvoltarea capacităţii fiinţei umane de a se adapta dinamic şi fără tulburări la noile situaţii, la schimbările ce pot interveni în viaţă şi muncă, păstrîndu-şi echilibrul neuropsihic şi manifestînd un comportament social de bună înţelegere şi calm.
- Înzestrarea populaţiei cu cunoştinţele biomedicale elementare privind activităţile esenţiale ale sistemului nervos, ritmicitatea funcţiilor vitale ale organismului, mecanismele care facilitează adaptarea la variaţii stimuli din mediile fizic, chimic, biologic, social etc.
- Acordarea unei atenţii deosebite problemelor legate de deplasarea de la efortul fizic spre cel intelectual, de suprasolicitarea sistemului nervos în

anumite perioade, monotonia muncii, sedentarismul şi implicaţiile lor asupra sănătăţii mintale.

- Combaterea prejudecăţilor, potrivit cărora oboseala, surmenajul sau tulburările nervoase incipiente pot fi combătute prin diferite medicamente şi droguri, prin consumul de alcool, tutun, cafea etc., eludîndu-se odihna prin somn.
- Rolul hotărîtor al climatului familial afectuos, cald, echilibrat, pentru dezvoltarea armonioasă, senină a copiilor, pentru sănătatea fizică şi mintală a întregii familii.
- Necesitatea respectării unei atmosfere de înţelegere, de bunăvoinţă reciprocă, de respect, de linişte şi calm la locul de muncă şi de trai, ca o premisă esenţială a sănătăţii mintale.
- Importanţa cooperării pentru evitarea unor factori de risc incriminaţi în alterarea sănătăţii mintale, ori pentru atenuarea sau anularea efectelor lor nocive.
- Dezvoltarea preocupării pentru cerinţele speciale ale igienei mintale, în anumite perioade nodale ale vieţii, ca:

a) perioada procreaţiei şi a graviditătii, în care traumele psihice, stările tensionale, abuzurile, consumul de alcool, tutun, medicamente, droguri etc. pot avea asupra copilului influenţă şi sub aspectul integrităţii neuropsihice;
b) perioada între 0 şi 3 ani, considerată esenţială sub raportul sensibilităţii copilului şi al necesităţilor sale de căldură afectivă, maternă, familială;
c) epoca intrării copilului în colectivitate, în special momentul intrării sale în şcoală, ceea ce-i solicită un efort adaptativ special;
d) pubertatea, care solicită imperios o prezenţă înţelegătoare, sfaturi competente acordate în timp util de părinţi şi educatori, spre a se evita interpretarea eronată a unor procese fiziologice, precum şi alunecarea spre deprinderi neigienice, relaţii sexuale premature, dăunătoare dezvoltării psihofizice armonioase a tinerilor;
e) căsătoria şi începerea vieţii de familie, care impun informarea tinerilor asupra cerinţelor noii vieţi în care se angajează şi asupra modului de a-şi organiza un cămin fericit, ştiut fiind faptul că ignorarea cerinţelor privind comportamentul în relaţiile dintre tinerii căsătoriţi stă frecvent la originea unei ambianţe familiale alterate, a unor traume psihice pricinuite de separare, divorţ etc.;
f) intrarea în perioada muncii, care reprezintă un moment deosebit în viaţa individului, cu largi implicaţii asupra sferei neuropsihice; în acest domeniu, momentele importante sînt reprezentate şi de schimbarea locului de muncă sau de recalificare, ca urmare a unor restructurări tehnologice sau a modificării stării de sănătate;

g) menopauza şi andropauza, perioade în care, printr-o educaţie prealabilă, se poate realiza dedramatizarea acestor momente, care generează nejustificat frămîntări, anxietate, nervozitate etc.;
h) pensionarea, care duce uneori la stări depresive, la dezvoltarea unor sentimente de inutilitate, de însingurare, impunînd intervenţii educative şi o îndrumare competentă;
i) perioada vîrstei înaintate, care ridică probleme de informare şi îndrumare concretă pentru adaptarea în împrejurări cît mai favorabile şi pentru crearea unui climat de înţelegere şi de sprijin moral;
j) pierderea, temporară sau definitivă, a capacităţii de muncă, ceea ce impune o optică şi o grijă specială, manifestate prin educaţie corespunzătoare, atît a bolnavilor, a convalescenţilor, cît şi a familiei acestora şi colegilor, reîncadrarea în muncă şi, în general, recuperarea socială, reintrarea în ansamblul vieţii în condiţii în care să se simtă utili, să aibă satisfacţia muncii, acesta constituind unul dintre obiectivele majore ale educaţiei pentru sănătate.

Mijloace de educaţie pentru sănătate

Mijloacele de largă informare cele mai adecvate educaţiei pentru sănătate, pentru promovarea sănătăţii mintale a publicului larg sînt: conferinţele, tipăriturile de educaţie pentru sănătate, avînd ca tematică promovarea sănătăţii mintale şi prevenirea bolilor mintale, evitarea inadaptabilităţii indivizilor la mediul lor social, prevenirea nevrozelor şi psihozelor reactive.

Educatorul sanitar va sublinia faptul că promovarea şi păstrarea unei igiene mintale este favorizată de asigurarea unei educaţii generale, a unui venit care să permită un nivel de trai corespunzător, păstrarea unui echilibru între muncă şi odihnă, evitarea stresului, asigurarea unui cadru familial sănătos şi evitarea tuturor factorilor ce ar putea produce în dezechilibru psihic.

În cadrul programului de psihoprofilaxie, un accent deosebit trebuie pus pe măsurile de prevenire ce se adresează copiilor şi tinerilor, deoarece sensibilitatea lor la factorii de stres, surmenaj etc. este mult mai mare. În acest sens este necesară instituirea unui regim optim de activitate şi odihnă, învăţarea deprinderilor de viaţă sănătoase, stimularea dezvoltării fizice şi psihice armonioase etc.

Igiena mintală colectivă trebuie să înceapă odată cu puericultura, deoarece multiple anomalii psihice sînt deseori favorizate de tare organice sau reprezintă sechele de alterare somatică prenatală sau ale primei copilării. Este necesară informarea părinţilor şi a profesorilor, care au o pondere importantă în formarea copilului, trebuie să fie instruiţi în sensul cunoaşterii principalelor cauze ale constituţiei psihice aberante.

În cadrul acţiunilor de lungă informare, educatorul sanitar va atenţiona asupra principalilor factori de risc în apariţia şi dezvoltarea bolilor psihice. Aceştea sînt:

- Factorii de risc ereditari negativi, care pot determina apariţia oligofreniei, psihopatiilor, psihozelor afective sau a unor forme de epilepsie. Toate aceste afecţiuni scad capacitatea de adaptare, chiar în condiţiile obişnuite de viaţă, ca urmare a sumării efectelor nefavorabile ale factorilor de mediu asupra activităţii creierului;
- Factorii postnatali, care în primii ani de viaţă pot determina aceleaşi afecţiuni ca şi în cazul intervenţiei factorilor perinatali;
- Factorii de risc psihosociali, reprezentaţi de suprasolicitarea intelectuală care duce la surmenaj, carenţele de educaţie a copiilor, dezorganizarea familiilor, migraţia internă şi externă a populaţiei, schimbări bruşte ale statutului sau poziţiei sociale (şomajul, falimentul etc.). Ponderea acestor factori este în creştere în noile condiţii de viaţă, cu schimbări rapide şi uneori radicale, cu existenţa unei competiţii permanente şi pe toate planurile;
- Factorii demografici, dintre care vîrsta subiectului este importantă pentru faptul că de aceasta se leagă anumite afecţiuni, ceea ce a dus la apariţia unor subspecialităţi (neuropsihiatrie infantilă, gerontopsihiatrie).

Mijloacele de instruire se adresează familiilor cu bolnavi psihic, asociaţiilor/ONG-urilor de voluntari care au ca obiectiv ajutorarea persoanelor handicapate psihic.

În cadrul instruirii, se vor urmări mai multe aspecte: importanţa şi necesitatea colaborării cu serviciile de specialitate, în vederea recuperării cît mai rapide a persoanelor bolnave, prezentarea caracteristicilor şi manifestărilor afecţiunii, importanţa respectării stricte a indicaţiilor de tratament, atitudinea ce trebuie avută faţă de persoanele handicapate psihic, aplicînd o terapie ocupaţională şi ergoterapia.

Scopul este de a sustrage bolnavul psihic de la preocupările sale morbide, de a-i mări receptivitatea, de a-i stimula interesul pentru ambianţă, creîndu-i treptat condiţii optime pentru desfăşurarea unei activităţi coerente, absolut necesare reintegrării sale, evitînd astfel întreruperea îndelungată a activităţii sale profesionale şi a contactului cu familia.

În cadrul măsurilor de prevenire şi de îngrijire a bolnavilor psihic, trebuie să se acorde o atenţie deosebită unei anumite categorii: copiii. Educatorul pentru sănătate va atenţiona că există obligativitatea, legală şi morală, ca membrii familiilor cu bolnavi psihici să anunţe organele sanitare, pentru efectuarea în timp util a tratamentului.

6.8. Educaţia pentru sănătate în maladiile cavităţii orale

Starea şi maladiile cavităţii bucale sînt o preocupare majoră a sănătăţii publice. Sănătatea cavităţii bucale este necesară pentru sănătatea generală şi pentru calitatea vieţii [5, 37].

O problemă stringentă pentru sănătatea generală a populaţiei sînt afecţiunile stomatologice – unele dintre cele mai răspîndite boli ale omului. Cele mai frecvente boli ale aparatului dentomaxilar sînt caria dentară, pulpita şi paradontitele (boală gingiei), fiind totodată pricinile de bază de cădere a dinţilor.

Datele statistice denotă că, la nivel mondial, peste 90% din populaţie este afectată de boli ale dinţilor, la 60-90% copii de vîrsta şcolară şi aproape la 100% adulţi şe înregistrează caria dentară, care porvoacă dureri şi inconvenienţă. Cazuri grave de paradontite, care pot duce la căderea dinţilor, se depistează la 15-20% din populaţia de vîrstă mijlocie (35-44 ani).

La nivel global, 30% din populaţie cu vîrstele între 65 şi 74 de ani nu au dinţi naturali. La 16-40% de copii de 6–12 ani se înregistrează tarume ale dinţilor pe terenurile de joacă, în şcoli, în rezultatul accidentelor rutiere şi violenţei.

Răspîndirea considerabilă a acestor suferinţe pune în faţa organelor sănătăţii sarcini şi obiective noi de asistenţă stomatologică, care, concomitent cu formele noi de tratament şi reabilitare, prevede şi o activitate profilactică eficientă în acest domeniu.

Necesitatea profilaxiei, susţinute printr-o activitate de educaţie pentru sănătate, este justificată de [5, 37]:

- frecvenţa mare a bolilor sistemului dentomaxilar;
- instalarea foarte devreme, încă din primii ani de viaţă, a principalelor boli specifice sistemului dentomaxilar, care determină necesitatea unei îngrijiri continue de-a lungul întregii vieţi;
- gradul mare de cuprindere progresivă a majorităţii dinţilor de carie şi paradontopatie;
- efectele importante ale acestor boli asupra dezvoltării şi sănătăţii generale somatice şi psihice a individului;
- necunoaşterea sau cunoaşterea insuficientă a acestor afecţiuni şi a precarităţii terapiei lor de către marea masă a populaţiei;
- costul ridicat al îngrijirilor curative;
- relativitatea rezultatelor tratamentelor efectuate sporadic, nesistematic sau doar în caz de urgenţă.

Obiective şi conţinut

În activitatea educatică de culturalizare în domeniul sănătăţii orale a maselor, se urmăreşte atingerea următoarelor obiective:

- cunoaşterea de către populaţie a principalelor afecţiuni bucodentare şi a impactului acestora asupra sănătăţii generale;
- cunoaşterea cauzelor cariei dentare, paradontopatiilor şi anomaliilor dentomaxilare, a măsurilor de prevenire a acestora;
- necesitatea îngrijirii sistematice a danturii încă din copilărie;
- larga popularizare a faptului că bolile sistemului dentomaxiliar sînt caracteristice evoluţiei vieţii, că limitarea lor, mai ales a consecinţelor, se poate obţine doar prin cunoaşterea şi aplicarea unor reguli de igienă bucodentară, de alimentaţie şi de viaţă.

Mijloace de educaţie pentru sănătate în domeniul sănătăţii orale

Modalităţile şi mijloacele utilizate în educaţia pentru sănătatea bucodentară sînt diverse şi specifice prin conţinut. Trebuie să se ţină seama, pe de o parte, de multitudinea informaţiilor, iar pe de altă parte, de particularităţile grupei-ţintă căruia îi sînt adresate. În acest sens, munca de educaţie pentru sănătate prezintă cîteva aspecte particulare:

Asistenţa la solicitare, care poate fi şi primul contact al bolnavului cu cabinetul şi cu personalul medical stomatologic. Trebuie de explicat corect, pe înţelesul pacientului, de ce afecţiune suferă, ce tratament se impune, măsurile de igienă pe care trebuie să le respecte pentru a preveni o recidivă, o complicaţie sau apariţia unei alte afecţiuni.

Prezentarea problemei trebuie făcută prin mijloace vizuale (planşe, afişe, fluturaşi, pliante), astfel încît bolnavul să conştientizeze importanţa cabinetului stomatologic şi să dispară acea imagine de "cameră de tortură", pe care o au multe persoane.

Asistenţa activă de specialitate, care este o formă superioară de asistenţă, se desfăşoară pe baza unor programe cu obiective predominant profilactice. Astfel, sînt cunoscute acţiunile de dispensarizare stomatologică organizate în colectivităţile de copii şi tineret sau în întreprinderile cu noxe.

Prin natura ei, asistenţa activă este o formă de educaţie pentru sănătate.

a) **Asistenţa activă de dispensarizare stomatologică a preşcolarilor şi şcolarilor.** De o deosebită importanţă este aplicarea unei asistenţe active stomatologice de la cele mai fragede vîrste. Aceasta, coroborată de munca şi educaţie pentru sănătate a educatorilor, învăţătorilor şi a cadrelor medicale de la cabinetul de pediatrie, poate induce formarea unor deprinderi igienice corecte la copii, cu implicaţii asupra dezvoltării lor armonioase în deplină sănătate.

La această vîrstă, au o mare eficienţă filmele tematice, demonstraţiile practice, concursurile tematice cu premii, la care se pot adăuga prezentări de planşe, afişe, fluturaşi etc.

b) **Asistenţa activă în colectivităţile de adulţi.** Aceasta se referă la întreprinderi, mai ales la cele în care există noxe ce pot favoriza sau determina apariţia afecţiunilor bucodentare.

Printr-o colaborare între cadrele de la dispensarul de întreprindere, de la cabinetul stomatologic şi specialiştii din medicina muncii, trebuie să se difuzeze toate informaţiile în legătură cu noxele care există la locul de muncă, cu influenţa lor asupra sănătăţii bucodentare şi cu modalităţile de evitare a acestora.

Angajaţii trebuie să cunoască şi să recunoască primele simptome ale acestor afecţiuni şi să conştientizeze importanţa tratării lor la timp.

Fiind vorba de adulţi, mijloacele de sensibilizare şi propagandă vizuală pot avea o contribuţie substanţială la culturalizarea sanitară a acestora. De asemenea, pot fi utilizate convorbirile individuale sau în grup, lecţiile, conferinţele, filmele tematice sau combinarea mai multor metode.

c) **În cadrul asistenţei medicale generale şi de alte specialităţi.** Importanţa patologei bucodentare pentru sănătate este cunoscută de întregul personal sanitar, indiferent de specialitate şi grad. De aceea medicii, dar şi cadrele medii, indiferent că sînt la dispensarul de circumscripţie, centrul medicilor de familie, spital sau cabinet particular, trebuie să acorde în cadrul consultaţiei o atenţie deosebită cavităţii bucale a pacientului. Trebuie să se intereseze dacă pacienţii se îngrijesc de aparatul dentomaxilar, dacă o fac corect, sistematic şi să le dea toate informaţiile în legătură cu această îngrijire. În cazul în care consideră că este necesar, vor îndruma pacienţii spre cabinetele stomatologice. Dintre sfaturi nu trebuie omise cele legate de o alimentaţie igienico-dietetică, raţională.

Pot fi folosite mijloace vizuale sau audiovizuale, se pot ţine conferinţe cu participarea unor personalităţi de specialităţi diferite, precedate de filme tematice de răspunsuri la eventualele întrebări pe tema respectivă. Prin aceste acţiuni de culturalizare stomatologică, populaţia trebuie să devină conştientă că este apărătorul propriei sănătăţi, că poate singură, cu mijloacele pe care le are la îndemînă (periuţa, pasta, alimentaţia igienico-dietică etc.), să-şi menţină propria sănătate dentomaxilară şi generală [5, 37].

6.9. Educaţia pentru sănătate în prevenirea şi combaterea parazitozelor intestinale

Parazitozele intestinale au o largă răspîndire în cadrul populaţiei rurale, copiii fiind cei mai afectaţi. De aceea, munca de educaţie pentru sănătate trebuie să fie axată pe transmiterea cunoştinţelor minime privind sursa de infestare, calea de transmitere, manifestările şi măsurile igienico-sanitare de profilaxie [5, 37, 124,125,126, 127, 132, 156, 198, 202, 205].

În ceea ce priveşte lupta în focar, se au în vedere atît bolnavul, cît şi suspecţii. Măsurile ce trebuie luate în privinţa bolnavului constau în aplicarea corectă a tratamentului pînă la vindecare, neutralizarea dejectelor, respectarea regulilor

de igienă etc. În cadrul măsurilor privind suspecţii, vor fi popularizate cunoştinţele referitoare la ciclul evolutiv al parazitului şi, implicit, necesitatea efectuării repetate a examenului coproparazitologic, utilizarea corectă, în condiţii igienice a latrinelor, respectarea regulilor de igienă individuală etc., precum şi a prevenirii infestării porcilor cu trichine şi a vitelor cu proglote de tenie.

Populaţia trebuie să cunoască la fel de bine importanţa asanării sursei de infestare, a întreruperii ciclului evolutiv şi a căilor de transmitere a bolii. Pentru acestea sînt necesare: salubrizarea mediului extern, cu îndepărtarea corectă a reziduurilor solide şi lichide, consumarea de fructe şi zarzavaturi bine spălate, aplicarea dezinsecţiei şi deratizării, evitarea infestării animalelor, distrugerea muştelor şi rozătoarelor, îngrijirea igienică a mîinelor, manipularea şi prepararea igienică a alimentelor, în special a cărnii.

Metode şi tehnici de acţiune

Pentru a fi eficienţi în munca de educaţie pentru sănătate, pentru a reuşi ridicarea nivelului de cultură sanitară a populaţiei în domeniu, trebuie alese acele mijloace şi metode care să fie stimulative, atractive, încît să stîrnească interesul maselor, să le determine să se implice activ în promovarea propriei sănătăţi. În acest sens, este cît se poate de benefică colaborarea dintre centrul/oficiul medicului de familie, şcoală, biserică şi organele administraţiei locale. Cîteva dintre cele mai potrivite forme de educaţie pentru sănătate în mediul rural sînt:

1. *Sensibilizarea populaţiei şi răspîndirea cunoştinţelor.* Utilizînd fluturaşi, pliante, afişe, prezentînd filme educative înaintea filmelor artistice la căminul cultural, se realizează o sensibilizare a populaţiei asupra problemelor pe care dorim să le abordăm şi se creează un climat favorabil pentru celelalte acţiuni ce se vor desfăşura ulterior.

2. *Realizarea unor obiective-model* (cu sprijinul unor voluntari şi/sau al primăriei), cum ar fi: o fîntînă, o platformă de depozitare a gunoiului, un closet etc.

3) *Acţiuni instructiv-educative*, desfăşurate timp îndelungat şi susţinut, unele chiar cu caracter permanent, cu scopul de a transmite populaţiei, în mod organizat, cunoştinţe minime necesare formării unui comportament igienic corect şi a antrena populaţia la apărarea conştientă a propriei sănătăţi, precum şi a colectivităţii. Un ţăran cu o cultură sanitară înseamnă un ţăran sănătos.

Dintre acţiunile cu caracter instructiv-educativ fac parte: cursurile de sanminim, cursurile „Şcoala mamei", consfătuirile cu decizii, concursurile cu premii etc.

Un aport substanţial îl poate aduce biserica şi şcoala, ţinînd cont de faptul că, în mediul rural, preotul şi învăţătorul sînt personalităţi marcante, uneori cu o influenţă mult mai puternică asupra colectivităţii decît cadrele medicosanitare.

CAPITOLUL VII

EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE ÎN UNELE „BOLI ALE CIVILIZAŢIEI"

Schimbările survenite în societatea din Republica Moldova, începînd cu anul 1990, au atras după sine şi modificări de comportament, de gîndire a populaţiei. Sînt în schimbare chiar şi conceptele despre sănătate şi boală, despre normal şi patologic, despre moral şi imoral etc., care implică şi modificări ale obişnuinţelor igienice ale populaţiei.

Au apărut o serie de organizaţii guvernamentale şi neguvernamentale care se implică, mai mult sau mai puţin, în menţinerea sănătăţii publice, fie direct, fie indirect, prin protejarea mediului înconjurător.

Vom prezenta cîteva dintre marile probleme ale societăţii contemporane, probleme de sănătate publică ce constituie obiectul unor activităţi susţinute de educaţie pentru sănătate.

7.1. Educaţia pentru sănătate în prevenirea şi combaterea alcoolismului

Consumul excesiv de alcool constituie una dintre cele mai importante preocupări sociale şi de sănătate [5, 37, 55, 56, 57, 70, 128, 158, 159, 214, 226, 227, 228]. Efectele nocive produse de consumul de alcool, conform Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, provoacă anual moartea a 2,5 milioane de persoane şi ating cota de 4% din toate cazurile de decese la nivel mondial, făcînd mai multe victime decît SIDA sau tuberculoza. Anual, la nivel global, 320 de mii de persoane cu vîrsta între 15 şi 29 de ani mor din cauza alcoolului, ceea ce constituie 9% din toate cazurile de decese în această grupă de vîrstă. În plan regional, 40% din bolile şi decesele timpurii sînt condiţionate de trei factori de risc ce pot fi preîntîmpinaţi: fumatul, alcoolul şi accidentele rutiere (care, la rîndul lor, în mare parte sînt determinate de consumul de alcool). 7,4% din totalul cazurilor de boală sau de moarte prematură din Uniunea Europeană sînt cauzate de consumul nociv de alcool. Consecinţele acestor excese se soldează cu majorarea numărului de persoane afectate de alcoolismul cronic, apariţia tuturor tipurilor de schilodire intenţionată şi a traumelor neintenţionate, cu dereglări psihice, afecţiuni hepatice, cardiovasculare, cerebrovasculare etc. şi a decesului prematur.

Consumul excesiv de alcool agravează riscul problemelor de familie, sociale şi la locul de muncă, cum ar fi dependenţa alcoolică, violenţele, leziunile neintenţionate, numărul semnificativ de accidente rutiere mortale în urma

conducerii mijloacelor de transport în stare de ebrietate, comportamentul de huliganism şi cel criminal, infracţionalitatea, comportamentul sexual riscant, excluderea din societate, precum şi scăderea productivităţii muncii şi pierderile economice enorme.

Alcoolul aduce daune nu doar celor care consumă, dar şi altor persoane: sub aspect de violenţă în stradă sau violenţă în viaţa de familie, sub aspect de irosire a resurselor de stat, parţial la acordarea ajutorului medical, la lupta împotriva criminalităţii şi încălcării ordinii publice. Prejudiciul ca urmare a consumului de alcool este cu mult mai mare decît de pe urma fumatului (inclusiv acţiunea repetată a fumului de ţigară asupra nefumătorilor) şi, totodată, depăşeşte cu mult urmările negative şi cheltuielile legate de consumul de droguri interzise. Consecinţele consumului excesiv de alcool se manifestă pe multiple planuri şi au un impact economic şi social.

Cercetările ştiinţifice au demonstrat că utilizarea alcoolului este cauza principală a peste 60 de maladii şi stări morbide, inclusiv a unor maladii fatale. Pentru toate acestea riscul creşte odată cu cantitatea consumată. Nu există nivel de consum fără risc. Cirozele, cancerul de ficat şi pancreatitele acute sînt cauzele majore ale mortalităţii asociate consumului de alcool. Există suficiente studii ce demonstrează relaţia cauzală dintre alcool şi cancerul cavităţii bucale, faringelui, laringelui, esofagului, de ficat, colon, rect şi cancerul mamar la femei. Alcoolul este unul dintre factorii majori de risc pentru maladiile cardiovasculare şi acţiunile teratogene.

Consumul a 1-2 doze de alcool pe zi contribuie cu 5-7% la creşterea prevalenţei hipertensiunii arteriale. La consumarea cu regularitate a şase porţii convenţionale (60 gr alcool) pe zi de-a lungul întregii vieţi, şansa de a deceda din cauza alcoolului a unui om matur este de una la zece. Consumul cronic şi nociv de alcool este asociat cu adverse efecte cardiace, inclusiv boala ischemică, cardiomiopatiile, aritmiile cardiace şi accidentele vasculare cerebrale hemoragice. Alcoolul a fost identificat drept cauză a 30-60% de cazuri de pacienţi cu debut nou al fibrilării atriale. Alcoolul este asociat cu diferite maladii hepatice, dar cele mai frecvent întîlnite sînt hepatitele alcoolice şi cirozele, probabilitatea de apariţie a cărora creşte în funcţie atît de durata, cît şi de cantitatea consumului de alcool. Persoanele cu probleme de sănătate mintală au un risc mai mare asociat de consumul de alcool şi viceversa.

Situaţia devine şi mai alarmantă, deoarece consumul de alcool se practică tot mai frecvent în rîndurile copiilor şi persoanelor tinere, viciu pe care-l iniţiază de la o vîrstă tot mai fragedă. Cu cît vîrsta de iniţiere a consumului de alcool este mai timpurie, cu atît devin mai devastatoare consecinţele viciului, fiind cu mult mai grave decît la persoanele mature.

La gravidele consumatoare de alcool se înregistrează subdezvoltarea fătului, creşte riscul de naştere prematură, greutate mică la naştere şi dezvol-

tarea anomaliilor şi/sau invaliditate a nou-născutului, daune în dezvoltarea creierului la făt, care corelează cu tulburările posibilităţilor intelectuale, ce se manifestă la o vîrstă infantilă mai mare etc. În întreprinderi şi organizaţii, consumul de alcool măreşte riscul de apariţie a unor probleme: lipse nemotivate, productivitate a muncii scăzută şi comportament inadmisibil, de asemenea, creşte riscul dezvoltării tulburărilor de sănătate şi a dependenţei alcoolice. Alcoolul, de asemenea, este cauza deceselor rezultate în urma conducerii mijloacelor de transport în stare de ebrietate.

Consumul de alcool, pe teritoriul ţării noastre, are vechi tradiţii, iar consumul nociv de alcool constituie una dintre cele mai importante preocupări sociale şi de sănătate pentru Republica Moldova. Aceasta este o problemă destul de complicată, din motivul că ţara noastră este una agrară, în care viticultura şi vinificaţia sînt ramuri importante în economia ţării. De aceea, s-au creat tradiţii şi obiceiuri însoţite de consumul unor cantităţi mari de alcool.

Ca urmare, Republica Moldova se află printre ţările cu cel mai mare consum de alcool pe locuitor. Conform raportului OMS „Global status report on alcohol and health", publicat în 2011, consumul per capita în litri de alcool pur constituie în total 18,2 litri printre persoanele de la 15 ani. Conform datelor Studiului Demografic şi de Sănătate din Republica Moldova din 2005, consumul per capita în litri de alcool pur constituie în total 13,2 litri printre persoanele de la 15 ani.

Alcoolismul rămîne una din principalele provocări ale sănătăţii publice şi a securităţii demografice a Republicii Moldova. Astfel, mortalitatea generală în ţara noastră este cu circa 10% mai înaltă decît ratele medii pentru ţările europene din grupul B şi C, şi de circa două ori mai înaltă decît în ţările europene din grupul A. Bolile netransmisibile reprezintă cauza a circa 87% din mortalitatea generală.

Bolile cardiovasculare sînt cauza principală a mortalităţii în Republica Moldova, cauzînd circa 60% din mortalitatea generală, şi sînt de 2,3 ori mai răspîndite decît media pe ţările europene din grupul A, iar cancerul deţine circa 11% în mortalitatea generală.

Astăzi, consumul de alcool s-a extins atît de mult, încît este considerat ca fiind drogul cu cea mai mare utilizare, statisticile medicale înregistrînd un număr tot mai mare de cazuri de dependenţă faţă de alcool.

În campania antialcoolică, educaţia pentru sănătate privind prevenirea şi combaterea consumului nociv de alcool trebuie să fie completată cu unele măsuri restrictive şi economice privind combaterea alcoolismului.

Obiective şi conţinut

Obiectivele educaţiei pentru sănătate privind prevenirea şi combaterea consumului nociv de alcool urmăresc:

- combaterea prejudecăţilor şi a concepţiilor tradiţionale asupra faptului că alcoolul nu este dăunător, ba chiar este folositor;
- antrenarea maselor largi ale populaţiei în campania antialcoolică;
- crearea unei opinii publice conştiente şi corecte privind necesitatea reducerii abuzului de alcool la toate categoriile de vîrstă şi, în special, la tineri;
- întîrzierea cît mai posibil a vîrstei de debut în consumul de alcool;
- reducerea cantităţii de alcool la cei care sînt deja consumatori, încît să nu se ajungă la consumul nociv şi la dependenţă faţă de acest viciu (alcoolism). Pentru aceasta, este indicat să se facă în prealabil o testare a cunoştinţelor, credinţelor, atitudinilor şi practicilor populaţiei.

În acest sens, o serie de studii au determinat existenţa unor concepte eronate privind alcoolul ca aliment, alcoolul ca stimulent (chiar în ceea ce priveşte potenţa sexuală) sau ca medicament.

Punînd în balanţă cele de mai sus cu ceea ce ar trebui să cunoască şi să facă populaţia în mod ideal, rezultă cunoştinţele, credinţele, atitudinile şi practicile care trebuie induse acesteia. Pentru a induce un comportament corect, trebuie găsite canalele de comunicaţie prin care mesajele adecvate să ajungă la destinaţie, folosind cea mai bună strategie.

Mijloacele de educaţie pentru sănătate în prevenirea şi combaterea alcoolismului

Acestea trebuie să ducă la influenţarea conştientă a populaţiei în ceea ce priveşte consumul de alcool, în sensul evitării sau diminuării acestuia sub limita nocivităţii.

Mijloacele de largă informare. Educaţia sanitară pentru prevenirea şi combaterea consumului de alcool trebuie să demonstreze maselor largi populare pericolul abuzului de băuturi alcoolice, mai ales pentru tineri, necesitatea evitării obişnuinţei etc. Este recomandabil de a accentua, cu această ocazie, importanţa evitării „plăcerilor" momentane, pe care le dă alcoolul, în dauna sănătăţii întregului organism.

Populaţia trebuie convinsă pe orice cale de dauna alcoolismului, iar anumite grupe de populaţie (gravide, mame cu copii mici, vîrstnici părăsiţi, tineri) trebuie convinse, prin exemple concrete, de urmările nefaste ale consumului exagerat de alcool: decădere morală, economică şi socială.

Fără a exagera proporţiile fenomenului, educatorul pentru sănătate va evidenţia faptul că alcoolismul depăşeşte sfera aspectelor medicale, interesînd, în primul rînd, viaţa socială a individului, prin gravitatea alcoolismului ca boală, pe lîngă faptul că alcoolismul afectează vîrstele medii şi începe să afecteze tot mai mult vîrstele tinere.

Mijloacele cele mai eficiente sînt conferinţele urmate de film, convorbirile individuale şi difuzarea diverselor tipărituri cu un conţinut propagandistic antialcoolic.

Un rol important le revine campaniilor de nivel naţional sau local privind renunţarea sau reducerea consumului de alcool prin sursele mass-media, în furnizarea cunoştinţelor şi totodată a motivaţiilor pentru renunţarea sau reducerea consumului de alcool, cu transmiterea în orele de maximă audiere; prezentarea unor filme cu exemple reale, cu unele cazuri sociale, care vor avea o influenţă puternică asupra conştiinţei populaţiei, putînd fi o cale de modelare a comportamentului.

În ceea ce priveşte implicaţiile medicale, se va arăta că alcoolismul deţine, la ora actuală, un loc tot atît de important ca şi bolile cardiovasculare, cancerul sau bolile mintale, iar complicaţiile neuropsihice ale alcoolismului – polinevritele, delirul, encefalopatiile, precum şi bolile cardiovasculare, digestive, tuberculoza, cancerul sînt agravate şi mai mult la alcoolici. Se va atenţiona şi asupra implicaţiilor demografice (alcoolismul diminuează fertilitatea şi influenţează negativ natalitatea), precum şi a celor morale, economice şi sociale.

Prin utilizarea de fluturaşi, pliante, postere, broşuri populaţia poate fi sensibilizată asupra pericolului pe care-l prezintă alcoolul pentru sănătate. În aceste acţiuni trebuie surprinse atît aspectele medicale ale problemei, cît şi cele sociomorale şi chiar economice.

Ridicarea nivelului de informare şi de cunoştinţe despre dimensiunile şi caracterul poverii condiţionate de consumul dăunător de alcool asupra sănătăţii, dezvoltării sociale şi economice, a nivelului culturii consumului de băuturi alcoolice poate fi realizată prin următoarele activităţi:

- elaborarea şi implementarea programelor educaţionale pentru diverse grupe-ţintă, inclusiv elevi, tineret, profesori, părinţi, la nivel de comunitate, întreprinderi şi organizaţii, care ar informa populaţia privind cultura consumului şi efectele alcoolului asupra sănătăţii, despre prevenirea şi reducerea consumului de alcool;
- includerea tematicii privind reducerea consumului de alcool în curricula şcolară şi desfăşurarea activităţilor extraşcolare cu elevii, părinţii, în instituţiile de învăţămînt superior etc.;
- imprimarea textelor cu tematică privind consecinţele alcoolului pentru sănătate şi reducerea consumului de alcool (pe copertele caietelor, cărţilor, semnelor de carte, calendarelor etc.);
- consolidarea şi dezvoltarea capacităţilor, continuitatea comunicării în rîndurile populaţiei şi grupe-ţintă – mass-media, educatori „de la egal la egal", lucrători „outreach", consilieri şi lucrători comunitari, grupurile de susţinere etc.;

- desfăşurarea campaniilor de informare şi de comunicare pentru tineret, familii, femei gravide şi alte categorii de populaţie de prevenire şi renunţare la consumul de alcool;
- desfăşurarea activităţilor sportive, concursurilor „Gospodărie/familie cu consum redus de băuturi alcoolice", „Fără alcool" în instituţiile din comunitate etc., cu premierea învingătorilor;
- antrenarea comunităţii în realizarea acţiunilor de educaţie pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă;
- elaborarea, editarea în tiraj de masă şi distribuirea materialelor ilustrative şi a literaturii de popularizare a cunoştinţelor privind consecinţele consumului nociv de băuturi alcoolice pentru sănătate;
- abordarea problemelor privind reducerea consumului nociv de alcool prin includerea în repertoriul teatrelor, inclusiv al celor pentru copii, a reprezentaţiilor cu această tematică;
- oganizarea în cadrul instituţiilor de învăţământ preuniversitar, al colegiilor, universităţilor, bibliotecilor, sălilor de lectură şi expoziţii a concursurilor de desen, a expoziţiilor de materiale ilustrative, trecerilor în revistă a materialelor editate, a conferinţelor, olimpiadelor; editarea buletinelor sanitare privind consecinţele consumului de alcool pentru sănătate şi renunţarea la consumul nociv de alcool;
- inaugurarea unor emisiuni permanente la posturile de radio şi TV cu tematica promovării modului sănătos de viaţă, pentru prevenirea şi renunţarea la consumul nociv de alcool;
- asigurarea accesului populaţiei la Internet prin intermediul punctelor de acces public, organizate în Centrele prietenoase tinerilor, şcoli, biblioteci, linii fierbinţi ale centrelor consultative etc., în scopul informării ample privind consecinţele abuzului de alcool pentru sănătate, prevenirea şi renunţarea la consumul nociv de alcool;
- turnarea filmelor de scurt metraj cu tematica privind consecinţele consumului alcoolului pentru sănătate, prevenirea şi reducerea consumului excesiv de alcool; lansarea acestora la posturile de televiziune naţionale şi teritoriale, în cinematografe etc.;
- realizarea şi difuzarea clipurilor video cu tematica privind cultura şi tradiţiile sănătoase ale consumului şi consecinţele consumului nociv de alcool pentru sănătate, prevenirea şi renunţarea la abuzul de alcool;
- organizarea campaniilor de marketing social privind promovarea serviciilor de prevenire şi reducere a consumului de alcool, mai ales printre copii şi adolescenţi, pentru părinţi, femei însărcinate, personalul medical şi cadrele didactice, angajatori, angajaţi, sindicate şi alte categorii de populaţie;
- instituirea unei linii fierbinţi gratuite pentru populaţie cu privire la prevenirea şi reducerea consumului de alcool;

– elaborarea unor programe de utilizare a noilor metode de consiliere şi pentru asistenţă psihologică în lucrul cu tinerii, femeile gravide, grupele vulnerabile, adulţii şi populaţia generală.

Mijloace specifice sînt atît cele strict medicale, reprezentate de unităţile medicale în care cei ce doresc pot fi ajutaţi prin cure de dezalcoolizare, cît şi organizaţiile, biserica, şcoala, administraţia locală.

Un ajutor preţios în această activitate educativă îl pot oferi clericii care, uneori, prin activitatea lor specifică, au o influenţă mai puternică asupra populaţiei decît alte categorii de educatori.

7.2. Educaţia pentru sănătate în prevenirea şi combaterea fumatului

În ultimii ani, se constată, pe de o parte, creşterea numărului de fumători, însoţită de o creştere a numărului de ţigări fumate, iar pe de altă parte, se atestă scăderea vîrstei de debut a fumătorilor [5, 28, 31, 37, 78, 158, 192, 193, 194, 206].

Utilizarea tutunului este una dintre cauzele principale evitabile ale morţii în lume. Fumatul ucide pînă la jumătate din numărul fumătorilor, fiind cauza fiecărui al zecelea deces în rîndul adulţilor şi reducînd viaţa fumătorului în medie cu 15 ani.

Fumatul reprezintă o problemă majoră a societăţii moderne, care anual produce mai multe victime decît SIDA, abuzul de alcool şi droguri, accidentele de circulaţie, crimele, suicidul, şi este una dintre primele cauze de deces care poate fi prevenită. În secolul XX, epidemia de tabagism a condus la decesul a cca 100 milioane de oameni.

Cercetările ştiinţifice au demonstrat că utilizarea tutunului este cauza principală a unor maladii fatale. Fumatul este unul dintre factorii principali de risc major şi agent cauzal pentru cel puţin şase maladii cronice devastatoare: bolile cardiace, cancerul, bolile cerebrovasculare, diabetul zaharat, afecţiunile pulmonare distructive cronice şi ateroscleroza. Tabagismul reprezintă cauza a peste 50% din tumorile maligne (din care circa 90% reprezintă cancerul pulmonar), a 80% din bronşitele enfizemice cronice (care exacerbează simptomele astmatice), provoacă mai mult de o jumătate din bolile cardiovasculare (atacul de cord, ateroscleroza) şi cele cerebrovasculare.

Fumatul dublează infertilitatea la femei, induce dereglarea potenţei sexuale şi sterilitatea la bărbaţi. Se afirmă că fumatul la vîrsta copilăriei şi cea a adolescenţei duce la dezvoltarea anormală a creierului, cu consecinţe nefaste, imprevizibile pentru sănătatea mintală. Situaţia devine şi mai alarmantă, con-

statînd ponderea tot mai mare în rîndul fumătorilor a unor categorii populaţionale care, în trecut, erau nesemnificative (femeile, adolescenţii).

Cu cît vîrsta de începere a fumatului este mai timpurie, cu atît mai devastatoare devin consecinţele viciului, fiind cu mult mai grave decît la persoanele mature, deoarece probabilitatea că persoanele tinere vor fuma permanent este mare, iar eventualitatea renunţării la fumat este mult mai mică. În cazul gravidelor fumătoare, se înregistrează subdezvoltarea fătului, provocată de slăbirea circulaţiei sangvine în uter şi placentă, de nivelul scăzut de oxigen în sînge. Drept urmare, creşte riscul de naştere prematură şi/sau de invaliditate a nou-născutului. Fumatul în timpul sarcinii poate cauza, de asemenea, greutate mică a fătului, naşteri premature, dezvoltarea anomaliilor (de exemplu, absenţa extremităţilor). Fumatului şi expunerii la fumul de tutun le revin un rol crucial în diminuarea numărului de populaţie, ceea ce reprezintă una dintre principalele provocări ale sănătăţii publice şi ale securităţii demografice a Republicii Moldova. În conformitate cu datele OMS pentru ultimii ani, mortalitatea generală în Moldova este cu circa 10% mai înaltă decît ratele medii în ţările europene din grupurile B şi C şi de circa două ori mai înaltă decît în ţările europene din grupul A. Bolile netransmisibile reprezintă cauza a circa 87% din mortalitatea generală, iar cancerul – circa 11%. Bolile cardiovasculare (în continuare – BCV) sînt cauza principală a mortalităţii în Republica Moldova, ele provocînd circa 60% din mortalitatea generală şi sînt de 2,3 ori mai răspîndite decît media pe ţările europene din grupul A. Două treimi (41%) din mortalitatea cauzată de BCV se datorează bolii ischemice a cordului, iar cealaltă treime (16,3%) este atribuită bolilor cerebrovasculare. Estimările costurilor economice ale tutunului, legate de productivitatea pierdută din cauza deceselor premature, spitalizărilor şi tratamentului ambulatoriu al bolilor provocate de fumat au ajuns la circa 430 milioane lei în 2010, ceea ce este practic egal cu veniturile colectate în bugetul de stat din vînzarea produselor din tutun.

Insuficienţa politicilor publice şi a acţiunilor care ar trebui să reducă rata utilizării tutunului şi expunerii la fumul de tutun, precum şi imperfecţiunea cadrului legal au contribuit la menţinerea tendinţelor negative privind fumatul în rîndurile tinerilor, femeilor şi grupelor vulnerabile din punct de vedere socioeconomic. Conform studiului *GYTS,* CDC Atlanta, SUA, 2008, jumătate dintre elevii cu vîrsta cuprinsă între 13 şi 15 ani din Republica Moldova au început să fumeze pînă la vîrsta de 10 ani, dintre care 54,1% erau băieţi şi 40,5% fete. Este înaltă şi rata de expunere la fumatul pasiv a populaţiei în locurile publice şi la domiciliu. La momentul actual, 11,3% dintre elevi şi tineri sînt fumători, dintre care 18,5% sînt băieţi şi 5,6% fete. Conform aceluiaşi studiu, 60% din intervievaţi au fost expuşi la fumul de tutun în locurile publice, iar 53,3% – la domiciliu. Potrivit Studiului Demografic şi de Sănătate din

Republica Moldova din anul 2005, extinderea fumătorilor în rîndul bărbaţilor este de cca 51,1% (locul IV în Europa) şi de 7,1% în rîndul femeilor. În comparaţie cu media europeană (şi a majorităţii statelor din Europa), aceste date sînt extrem de înalte.

Situaţia în domeniu din Republică Moldova necesită elaborarea şi aplicarea în continuare a măsurilor concrete de educaţie pentru sănătate privind prevenirea şi reducerea fumatului. Implementarea măsurilor de educaţie pentru sănătate, de ridicare a nivelului culturii, de comunicare şi de conştientizare a publicului cu privire la riscurile consumului de tutun şi a expunerii la fumul de tutun pentru sănătate prevăd necesitatea realizării următoarelor activităţi:

- elaborarea şi implementarea programelor educaţionale pentru diverse grupe-ţintă – elevi, tineret, profesori, părinţi etc., la nivel de comunitate, întreprinderi şi organizaţii, ce ar informa populaţia despre impactul tutunului asupra sănătăţii, despre prevenirea şi combaterea fumatului;
- includerea tematicii cu privire la prevenirea şi combaterea fumatului în curricula şcolară, pentru orele de dirigenţie, efectuarea activităţilor extraşcolare cu elevii, părinţii, în instituţiile de învăţămînt superior etc.;
- imprimarea textelor cu privire la consecinţele tabagismului pentru sănătate, prevenirea şi combaterea fumatului (pe copertele caietelor, cărţilor, semnelor de carte, calendarelor etc.);
- consolidarea şi dezvoltarea comunicării în rîndurile populaţiei şi grupele-ţintă – mass-media, educatori „de la egal la egal", lucrători „outreach", consilieri şi lucrători comunitari, grupurile de susţinere etc.;
- desfăşurarea campaniilor de informare şi de comunicare pentru tineret, familii, femei gravide şi alte categorii de populaţie, de prevenire şi renunţare la fumat la nevelele naţional şi local;
- desfăşurarea activităţilor sportive, concursurilor „Clasa fără fumat" în şcoli, „Gospodărie/familie fără fumat" în comunităţi, în instituţiile din comunitate etc., cu premierea învingătorilor;
- antrenarea comunităţii în realizarea acţiunilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă;
- elaborarea, editarea în tiraj de masă şi distribuirea materialelor ilustrative şi a literaturii de popularizare a cunoştinţelor privind consecinţele tabagismului pentru sănătate, prevenirea şi combaterea fumatului;
- organizarea în cadrul instituţiilor de învăţămînt preuniversitar, colegiilor, universităţilor, bibliotecilor, sălilor de lectură şi expoziţii a concursurilor de desen, expoziţiilor de materiale ilustrative, trecerilor în revistă a materialelor editate, conferinţelor, olimpiadelor; editarea buletinelor sanitare privind consecinţele tabagismului pentru sănătate şi combaterea fumatului;

- inaugurarea unor emisiuni permanente la posturile radio şi TV despre promovarea modului sănătos de viaţă, cu includerea tematicii privind consecinţele tabagismului pentru sănătate şi măsurile de combatere a fumatului;
- asigurarea accesului populaţiei la Internet prin intermediul punctelor de acces public, organizate între Centrele prietenoase tinerilor, şcoli, biblioteci, linii fierbinţi ale centrelor consultative etc., în scopul informării ample privind impactul tabagismului asupra sănătăţii şi combaterea fumatului;
- turnarea filmelor de scurt metraj, clipurilor video cu tematica privind consecinţele tabagismului pentru sănătate şi combaterea fumatului; lansarea acestora la posturile de televiziune naţionale şi teritoriale, în cinematografe etc.;
- organizarea campaniilor de marketing social privind promovarea serviciilor de prevenire şi combatere a tabagismului printre copii şi adolescenţi, părinţi, femei însărcinate, personalul medical şi cadrele didactice, pentru angajatori, angajaţi şi sindicate şi alte categorii de populaţie;
- instituirea unei linii fierbinţi gratuite pentru cei interesaţi de prevenirea şi combaterea tabagismului;
- elaborarea unor programe de utilizare a noilor metode de consiliere şi de asistenţă psihologică în lucrul cu tinerii, femeile gravide, grupurile vulnerabile, adulţii şi populaţia generală;
- instituirea unui sistem de acordare a serviciilor de consiliere privind abandonarea fumatului şi de acces la tratamentul dependenţei de tutun.

Mijloace specifice sînt, pe de o parte, cele strict medicale, reprezentate de unităţile medicale în care doritorii pot fi ajutaţi să se debaraseze de fumat, iar pe de altă parte, organizaţiile, biserica, şcoala, administraţia locală. Un ajutor preţios în această activitate educativă îl pot oferi clericii care, uneori, prin activitatea lor specifică au cea mai puternică influenţă asupra populaţiei.

Campania de combatere a fumatului trebuie să se facă diferenţiat pentru diverse categorii de populaţie: tineri, gravide, adulţi, vîrstnici etc. Înainte de a debuta într-o astfel de acţiune, trebuie determinate: cunoştinţele, atitudinile, credinţele, practicile fiecărei grupe. Trebuie identificată motivaţia care l-a determinat sau îl determină pe individ să fumeze.

Se ştie că tinerii fumează considerînd că aceasta este o dovadă de maturitate; sînt persoane care consideră tutunul un calmant; unii fumează pentru a nu face notă discordantă cu anturajul etc. Este foarte dificil de a găsi soluţii pentru combaterea acestui „flagel", dar cîteva sugestii pot fi utile.

- *În şcoală*: încă din clasele mici (I–IV), copiilor trebuie să li se explice acţiunea nocivă a fumatului, fără a se uza numai de măsuri restrictive şi represive, cum se întîmplă adeseori. Totodată, mai ales la adolescente, se poate

insista pe aspectul inestetic, ca o consecinţă a fumatului (riduri, unghii şi dinţi galbeni, halenă tabagică), ce ar putea deranja anturajul.

- *În cabinetele de consultare*: personalul medico-sanitar, prin propriul exemplu, este dator să facă educaţia pacienţilor, cu accent pe grupele cu risc crescut: gravide, lucrători din mediu cu noxe, vîrstnici etc.

În combaterea fumatului, educaţia pentru sănătate foloseşte o largă propagandă antinicotinică, de interzicere a fumatului în localurile publice şi la locurile de muncă în convorbirile individuale sau în grup cu tinerii, pentru combaterea motivelor fumatului, care constau de obicei în: curiozitate, dorinţa de a imita pe alţii, protest afectiv, complex de inferioritate etc.

Combaterea fumatului trebuie să fie bazată, în special, pe voinţa fermă a fumătorului de a nu mai fuma, hotărîre luată în anumite momente favorabile: concediu, îmbolnăvire, cu sprijinul familiei şi a colectivului de muncă.

În combaterea fumatului educaţia pentru sănătate se va accentua asupra tulburărilor nervoase şi senzoriale, pe care acesta le poate produce: cefalee, vertij, tremurături, slăbirea memoriei, fatigabilitate în cazuri mai grave, chiar şi instalarea ambliopiei; asupra tulburărilor respiratorii, asupra inflamaţiilor faringelui, laringelui şi bronşiilor (favorizante pentru instalarea unei bronşite cronice), precum şi asupra tulburărilor circulatorii: tahicardie, extrasistole, spasme arteriale, care se instalează în special la fumătorii inveteraţi.

Se va arăta rolul fumatului în agravarea ulcerului peptic, a tuberculozei pulmonare, a bolilor cardiovasculare, în apariţia bronşitei cronice tabagice, a cancerului laringian, faringian şi a celui bronhopulmonar.

În convorbirile în grup cu fumătorii trebuie de insistat asupra rolului extrem de toxic al nicotinei şi al gudroanelor din ţigarete, accentuîndu-se asupra potenţialului lor cancerigen (cancer laringian, faringian şi bronhopulmonar), subliniindu-se nocivitatea nicotinei asupra organismului femeii şi mai ales al gravidei.

În afară de aspectul medical, aspectul economic ar putea sensibiliza populaţia, dacă se demonstrează ce tară reprezintă pentru bugetul personal şi cel al familiei consumul de tutun.

Acţiunea de combatere a fumatului trebuie să fi susţinută şi de oficialităţi, printr-o serie de măsuri cum ar fi: interzicerea fumatului în anumite locuri publice, instituirea unor taxe suplimentare pentru comerţul cu tutun, interzicerea publicităţii făcute diverselor produse de tutun prin radio şi televiziune, aplicarea interdicţiilor privind comercializarea articolelor din tutun copiilor şi adolescenţilor pînă la atingerea vîrstei de 18 ani, sprijinirea directă a organizaţiilor publice, ONG-lor, ligilor sau asociaţiilor care desfăşoară o luptă antitabac.

Campania antitabac, organizată, dirijată şi susţinută, are ca scop final conştientizarea populaţiei în sensul adoptării unei atitudini volitive de renun-

ţare la fumat şi de alăturare la cei care luptă împotriva fumatului, înţelegînd că este vorba de apărarea propriei lor sănătăţi.

7.3. Combaterea abuzului de medicamente

În pofida costurilor ridicate şi pauperizării populaţiei, în ultimii ani consumul de medicamente este crescut [5, 37].

La consumul abuziv de medicamente concură mai mulţi factori, unul fiind, din păcate, precauţia excesivă a medicului care, gîndindu-se la eventualele complicaţii, prescrie medicamente multiple.

Consumul de medicamente creşte însă şi fără „contribuţia" medicului, şi anume prin automedicaţie, tratamente empirice, sfaturi binevoitoare, în corelaţie cu o largă accesibilitate a preparatelor.

Abuzul de medicamente, atît în ceea ce priveşte numărul preparatelor farmaceutice, cantitatea acestora, cît şi privind timpul îndelungat de utilizare, conduce la apariţia unei adevărate patologii medicamentoase. De aceea, educaţia pentru sănătate are un rol important în prevenirea populaţiei asupra pericolului ce îl reprezintă utilizarea fără control medical a preparatelor farmaceutice.

Populaţiei, în general, şi bolnavilor în special, trebuie de explicat că nu întotdeauna ultimul medicament apărut este şi cel mai eficace. De asemenea, trebuie explicat faptul că medicamentele nu au proprietăţi terapeutice miraculoase şi că terapia medicamentoasă trebuie încadrată în celelalte forme de tratament: igienic, dietetic, psihoterapeutic. Bolnavii cronici trebuie avertizaţi că unele medicamente sau asocieri empirice a unor medicamente incompatibile pot determina accidente sau diverse tulburări.

Prezentarea pericolului ce-l reprezintă consumul abuziv de medicamente trebuie făcută într-o asemenea manieră, încît să nu creeze o fabie faţă de acestea, ţinînd cont că există şi bolnavi cronici care sînt dependenţi de medicamente, uneori toată viaţa.

Un rol important revine medicilor în care pacienţii au mare încredere şi care, pe lîngă sfaturile pe care le oferă, pot interveni direct prin limitarea numărului şi cantităţii de medicamente prescrise sau prin înlăturarea cauzelor care au determinat afecţiunea, fără a folosi preparate farmaceutice. De exemplu, combaterea obezităţii, determinată de supraalimentare şi sedentarism, se poate face şi fără medicamente.

Astfel, educaţiei pentru sănătate în acest domeniu îi revine rolul nu numai de a preveni şi combate pericolul unor produse psihochimice, dar şi pentru a crea un climat de repulsie faţă de practicile nocive.

7.4. Combaterea toxicomaniei

După Organizația Mondială a Sănătății, „toxicomania este o stare de intoxicație periodică sau cronică produsă prin consumul unei substanțe și caracterizată prin [5,37]:

- dorința sau nevoia irezistibilă de a continua să ia drogul și să și-l procure prin orice mijloace;
- tendința de a mări dozele, în urma apariției unei toleranțe crescute față de drog;
- dependența psihică față de efectele drogului, rezultînd dintr-o apreciere individuală și subiectivă a acestor efecte;
- dependența fizică față de drog, a cărui prezență în organism este necesară pentru menținerea homeostaziei;
- apariția unui sindrom de abstinență cu simptomatologie somatică și psihică, în caz de întrerupere bruscă a consumului;
- efecte nocive pentru individ și societate".

Din această definiție se poate înțelege pericolul imens pe care-l reprezintă toxicomania atît pentru individ, cît și pentru societate.

Toxicomania poate fi rezultatul unor factori sociali, în primul rînd, sau a unei structuri deficitare a personalității toxicomanului. Orice situație socială care aduce mizeria, alienarea sau degradarea poate antrena unele persoane să caute refugiu în întrebuințarea drogurilor. Desigur, există și motivații individuale: curiozitatea, boala, anxietatea etc.

Situația privind răspîndirea narcomaniei, cu implicarea copiilor și tineretului, impune necesitatea educației pentru sănătate privind prevenirea și combaterea acestui viciu. Educația pentru sănătate va contribui la conștientizarea și avertizarea din timp a maselor largi, în special a tineretului, asupra pericolului pe care-l reprezintă toxicomania. Aceasta poate fi realizată prin aplicarea măsurilor prevăzute la tema tabagism, cu accentul pe combaterea narcomaniei.

Educatorul sanitar va instrui populația, în special, în depistarea și declararea toxicomanilor organelor sanitare, care vor lua măsuri imediate de instituire a curei de dezintoxicație și vor atenționa asupra obligativității anunțării cazurilor cunoscute de toxicomanie (morfinomani, persoane consumatoare de: psiholeptice, ataractice, psihanaleptice etc.).

7.5. Prevenirea accidentelor

În contextul vieții contemporane, trebuie integrată și educația pentru sănătate în profilaxia accidentelor [5,37, 226, 227, 228].

Abordarea acestei problematici trebuie făcută selectiv, ținîndu-se cont de tipul de accident: casnic, de circulație sau de muncă și, implicit, de categoria de populație implicată cu precădere în tipul respectiv de accident.

Studiile efectuate au arătat că cei mai expuşi accidentelor casnice sînt copiii mici, mai ales cei nesupravegheaţi. Deci educaţia pentru sănătate trebuie făcută atît părinţilor, cît şi copiilor, începînd de la cele mai fragede vîrste.

Pentru profilaxia accidentelor de circulaţie, trebuie să se ţină seama de cele trei elemente implicate în producerea unui accident: om, maşină, şosea. Un rol important în prevenirea accidentelor rutiere îl are evitarea consumului băuturilor alcoolice cu cel puţin 12 ore înainte de a se aşeză la volan.

Profilaxia accidentelor de muncă este cel mai uşor de realizat prin instruirea personalului, încă din momentul angajării, privind respectarea unor norme de protecţie a muncii.

Desigur că educaţiei, în general, şi celei pentru sănătate, în special, îi revine doar un rol parţial în prevenirea accidentelor, alături de o serie de alţi factori: legislativi, socioeconomici etc.

7.6. Educaţia pentru sănătate în promovarea unei alimentaţii raţionale

Pentru o dezvoltare fizico-psihică armonioasă a copiilor şi tinerilor, precum şi pentru menţinerea stării de sănătate a adulţilor şi vîrstnicilor, este necesară o alimentaţie raţională [5, 37, 56, 57, 69, 70, 95, 99, 100, 101, 133].

În acest sens, populaţia trebuie să cunoască necesarul de calorii şi factorii nutritivi pe care trebuie să-i conţină raţia alimentară, precum şi distribuirea pe parcursul a 24 de ore, în funcţie de vîrstă şi efortul fizic sau psihic efectuat de organism. De asemenea, trebuie să ştie că o alimentaţie excesivă este la fel de dăunătoare ca şi subalimentaţia (mai ales la copii).

În informarea populaţiei trebuie să se ţină cont şi de faptul că majoritatea familiilor au un buget scăzut, existînd pericolul unei alimentaţii foarte puţin diversificate şi cu alimente cu un preţ scăzut (preponderent lipidică).

Un alt aspect, asupra căruia trebuie să se insiste, este cel al respectării normelor de igienă atît la manipularea, cît şi la prepararea alimentelor. Deosebit de utile sînt, în acest sens, cursurile organizate cu lucrătorii din alimentaţia publică (vezi subcapitolul 5.2.6. din partea generală).

Educaţia pentru sănătate trebuie să promoveze o alimentaţie raţională privind:

- principalele componente ale conceptului (ce, cit, cînd şi cum mîncăm), aprofundîndu-se, în principal, factorii nutritivi (proteine, lipide, glucide, vitamine, săruri minerale) şi alimentele-surse;
- dozarea raţiilor; ritmicitatea meniurilor; igiena alimentului (manipulare, păstrare, preparare);

- elementarele noţiuni de gastrotehnie şi igiena servirii meselor, igiena alimentelor şi prevenirea toxiinfecţiilor alimentare;
- diferenţierea alimentelor proaspete de cele alterate;
- păstrarea şi conservarea igienică a alimentelor.

Conceptul „alimentaţie raţională" trebuie promovat cu accent pe conţinutul principalelor componente:

a) *CE mîncăm* (înţelesul noţiunii de factori nutritivi/substanţe hrănitoare care se găsesc în alimente);
- familiarizarea cu ideea că meniurile zilnice trebuie să fie astfel alcătuite, încît să cuprindă cîte puţin din fiecare grupă de alimente cunoscute:
  - carne, lactate ori brînzeturi, ouă;
  - grăsimi sau/şi uleiuri;
  - zahăr/dulciuri;
  - fructe, zarzavaturi, verdeţuri, legume, pentru a asigura toate substanţele hrănitoare (factorii nutritivi) de care organismul are nevoie;
- pledoarie pentru consumarea fără rezervă a meniurilor preparate în familie şi la cantine, meniuri care sînt astfel alcătuite încît cuprind toţi factorii nutritivi necesari zilnic;
- familiarizarea cu înţelesul noţiunilor de „vitamine" şi „săruri minerale", ca fiind substanţe absolut necesare creşterii, sănătăţii şi vieţii.

a) *CÎT mîncăm*: raţii corespunzătoare vîrstei, consumului de energie, muncii:
- combaterea credinţei că a mînca raţional înseamnă a mînca mult;
- distribuirea ştiinţifică a raţiei zilnice pe mese, astfel încît raţia zilnică de alimente să fie distribuită în 4-5 mese, după cum urmează: micul dejun – 20–25% din totalul caloriilor zilnice; gustarea de la ora zece – 10%; prînzul – 40–50%, iar cina – 15–20%).

b) *CÎND mîncăm*: servirea celor 4 mese zilnice totdeauna la aceleaşi ore, astfel creşte pofta de mîncare, digestia şi asimilarea substanţelor nutritive.

c) *CUM mîncăm*:
- familiarizarea cu noţiunea de „servire igienică" a meselor în tihnă, bună dispoziţie, curăţenie desăvîrşită a veselei, a tacîmurilor, a mîinilor etc.;
- importanţa meselor calde, necesitatea servirii a 1-2 mese calde zilnic;
- combaterea obiceiului de a citi în timpul mesei.

Trebuie de accentuat că deosebit de vătămătoare sînt consumul exagerat de băuturi alcoolice, folosirea unei raţii alimentare prea bogate în calorii şi lipide, la fel ca şi subalimentaţia (în special la copii).

7.7. Utilizarea raţională a timpului liber

Folosirea raţională a timpului liber este un factor important în sanogeneză. În condiţiile actuale, cînd factorul de stres acţionează tot mai intens şi cînd bugetul de timp, mai ales al populaţiei active, este tot mai redus, utilizarea raţională a timpului liber este cu atît mai importantă, laolaltă cu regimul raţional de muncă, de viaţă, de alimentaţie, şi trebuie să devină una dintre cele mai importante pîrghii pentru profilaxia tulburărilor nervoase, a unor boli cronice, a suprasolicitării şi pentru favorizarea mecanismelor de adaptare la noile situaţii [5, 37, 55, 56, 99, 100, 195].

Utilizarea raţională, judicioasă a timpului liber are o însemnătate deosebită pentru refacerea organismului – a capacităţii de muncă şi a dezvoltării multilaterale a omului.

Educaţia pentru sănătate trebuie să scoată în evidenţă faptul că menţinerea sănătăţii se poate realiza numai prin îmbinarea armonioasă dintre un regim raţional de muncă, de viaţă, de alimentaţie şi de folosire a timpului liber. În acest sens, populaţia trebuie sensibilizată cu privire la alternarea efortului fizic cu cel intelectual şi invers, la necesitatea combaterii sedentarismului, de importanţa practicării sportului, indiferent de vîrstă şi, în general, la practicarea unei odihne active.

Educaţia sanitară în problema folosirii timpului liber trebuie să se axeze pe următoarele teme:

- folosirea timpului liber în scop sanogen;
- utilizarea diferenţiată a timpului liber în funcţie de specificul muncii, mediul şi categoriile de vîrstă; alternarea muncii fizice cu cea intelectuală sau viceversa, organizarea timpului liber în cadrul familiei şi asigurarea unui climai deconectant în viaţa familială;
- evitarea unor mijloace ale civilizaţiei moderne, care pot determina continuarea sedentarismului: călătorii îndelungate cu maşina, vizionările necontenite şi nediscriminante la televizor/computer etc.

O atenţie majoră trebuie acordată tineretului, dată fiind, pe de o parte, necesitatea de a contribui la creşterea unei generaţii viguroase, iar pe de altă parte, pentru a evita alunecarea unor tineri către practici nesănătoase (abuz de alcool, fumat, viaţă agitată nocturnă etc.).

Capitolul VIII

EVIDENŢA ŞI EVALUAREA ACTIVITĂŢII DE EDUCAŢIE PENTRU SĂNĂTATE ŞI PROMOVARE A SĂNĂTĂŢII

8.1. Evidenţa activităţii de educaţie pentru sănătate

Această evidenţă se realizează prin consemnarea acţiunilor desfăşurate de întregul personal sanitar, de educatorii pentru sănătate în formularul statistic nr. 038-e *Registru de evidenţă a activităţilor de educaţie pentru sănătate*, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătăţii, în care se înscrie, în mod cronologic, munca de educaţie pentru sănătate desfăşurată de fiecare lucrător medical în parte. Sînt înregistrate: conferinţe, seminare, lecţii, convorbiri individuale sau cu grupul, serate tematice de întrebări şi răspunsuri, emisiunile TV şi radio, redactarea materialelor de educaţie pentru sănătate, redactarea unor materiale de culturalizare sanitară, distribuirea acestora populaţiei etc.

Această activitate nu trebuie să aibă un caracter formal. Ea trebuie înţeleasă ca o parte componentă şi utilă, de autocontrol al unei munci organizate a lucrătorului medical.

Controlul acestei activităţi se face în instituţiile medicale de către conducere, ori de cîte ori se consideră necesar, şi periodic, de către specialiştii în promovarea sănătăţii din cadrul centrelor de sănătate publică, conform legislaţiei în vigoare. Trimestrial instituţiile medico-sanitare întocmesc dări de seamă (formularul nr. 50-săn., aprobat prin ordinul Ministerului Sănătăţii).

8.2. Evaluarea educaţiei pentru sănătate şi a promovării sănătăţii

În condiţiile existenţei unor resurse limitate, peste tot în lume se pune problema calităţii acţiunilor de promovare a sănătăţii prin creşterea eficienţei şi eficacităţii lor. Planificarea, realizarea şi evaluarea calităţii ar trebui să facă parte din orice acţiune de promovare a sănătăţii [14, 119, 170].

Evaluarea este un proces de apreciere a celor realizate, precum şi a căilor şi metodelor prin care au fost atinse acestea. Există evaluarea procesului, a impactului şi a rezultatelor.

Evaluarea procesului (Cum au fost obţinute rezultatele?) utilizează, în special, metode calitative: interviuri, observaţii, focus-grup, analiza de conţi-

nut [14, 46, 47, 72, 78, 86, 87, 119]. De exemplu, a fost oare restricţia fumatului metoda cea mai optimă în obţinerea rezultatului dat?

Evaluarea impactului se referă la efectele imediate, în timp ce *evaluarea rezultatului* pune accesul pe toate rezultatele posibile ale unei intervenţii într-o anumită perioadă de timp, vîzînd efectele pe termen lung, şi nu numai impactul iniţial. De exemplu, într-un program de recuperare, destinat pacienţilor care au suferit un atac de cord, scopul este reducerea apariţiei altor episoade cardiace. Evaluarea impactului poate să vizeze modificările în dietă şi exerciţiile fizice, iar evaluarea rezultatelor poate să aprecieze incidenţa atacurilor subsecvente [130, 145, 170].

În general, impactul se apreciază prin prisma obiectivelor, în timp ce rezultatele corespund, de obicei, scopului care are un caracter general.

Calitatea şi eficacitatea se apreciază prin analiza cost-eficacitate (*figura 8.1*) [47]:

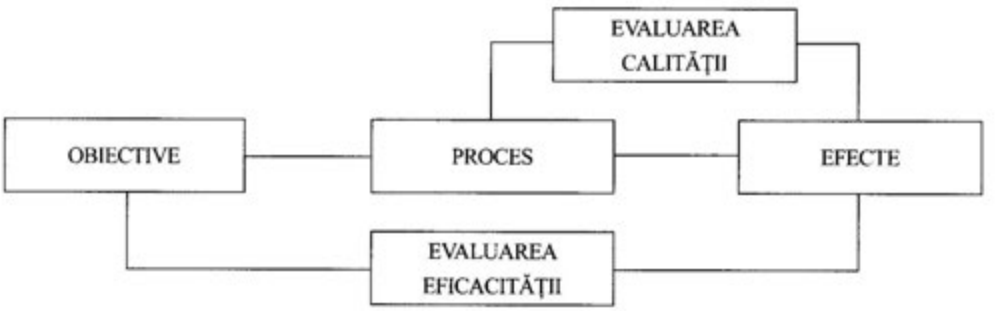

Figura 8.1. *Evaluarea eficacităţii şi a calităţii în promovarea sănătăţii (Deccache A, 1997; Duma O., 1999)*

De exexmplu: Cîţi oameni au abandonat fumatul într-o perioadă anumită de timp?

Prin evaluarea rezultatelor pot fi estimate:

- Schimbările în gradul de informare în problemele de sănătate (Cîte persoane sînt informate despre pericolul consumului de alcool?);
- Schimbările în cunoştinţe şi atitudini (Cîte persoane cunosc modul de prevenire a infecţiei HIV/SIDA şi ITS?);
- Schimbări în comportament (Cîte persoane fac înviorarea de dimineaţă? Cîţi oameni au abandonat fumatul într-o perioadă anumită de timp?);
- Schimbări legislative (restricţii sporite la publicitatea profumat sau proalcool etc.).

Calitatea este un mijloc de a ameliora eficacitatea [170]. Evaluarea promovării sănătăţii din această perspectivă se referă, din punct de vedere practic, la:

1. Descrierea punctelor forte şi celor slabe ale programului;
2. Verificarea derulării programului conform planului (monitorizare).

Cei mai utilizaţi indicatori din educaţia pentru sănătate au un caracter predominant cantitativ. Redăm mai jos cîţiva din aceştia [64, 141]:

1. Indicatorul acţiunilor de educaţie pentru sănătate, organizate de serviciul de promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate al centrelor de sănătate publică, cu sprijinul instituţiilor medicale, reprezintă numărul acţiunilor de educaţie pentru sănătate care revin unui locuitor în medie într-un an. Se calculează după formula:

$$\frac{\text{numărul acţiunilor de educaţie pentru sănătate x 1000}}{\text{numărul populaţiei}}$$

2. Indicatorul absolvirii diferitelor cursuri cu un conţinut educativ-sanitar este obţinut prin formula:

$$\frac{\text{numărul absolvenţi ai cursurilor de educaţie pentru sănătate x 100}}{\text{numărul total din colectivitatea respectivă}}$$

3. Indicatorul comportamentului sanogen rezultă din formula:

$$\frac{\text{numărul persoanelor cu un comportament sanogen x 100}}{\text{numărul total persoane din colectivitatea respectivă}}$$

4. Indicatorul utilizări fondurilor destinate educaţiei pentru sănătate a populaţiei (afişe, pliante, broşuri etc.) se calculează astfel:

$$\frac{\text{Suma (în lei) utilizată pentru educaţia pentru sănătate x 100}}{\text{suma (în lei) repartizată pentru educaţia pentru sănătate.}}$$

Capitolul IX

POPULARIZAREA CUNOŞTINŢELOR MEDICO-IGIENICE PRIVIND PROMOVAREA MODULUI SĂNĂTOS DE VIAŢĂ

Menţinerea şi fortificarea sănătăţii ca sarcină socială primordială, poate fi realizată numai prin colaborarea dintre instituţiile de stat şi cele medicale, prin sporirea responsabilităţii fiecărei părţi şi conştientizarea de către fiecare cetăţean a necesităţii de păstrare a sănătăţii proprii şi a sănătăţii publice.

Particularităţile socioeconomice şi demografice ale societăţii noastre au determinat înţelegerea necesităţii creării unui sistem de fortificare şi menţinere a sănătăţii populaţiei printr-o conduită igienică pozitivă a cetăţenilor. În acest scop, au fost elaborate şi aprobate actele legislative şi normative corespunzătoare: *Legea ocrotirii sănătăţii* nr. 411-XIII din 28 martie 1995 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1995, nr. 34, art. 373), *Legea* nr. 10-XVI din 3 februarie 2009 *privind supravegherea de stat a sănătăţii publice* (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2009, nr. 67, art. 183), Politica Naţională de Sănătate, aprobată prin Hotărîrea Guvernului nr. 886 din 06 august 2007 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2007, nr. 127-130, art. 931), *Programul Naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007–2015*, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr. 658 din 12 iunie 2007 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2007, nr. 82-85, art. 676), Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008–2015*, alte acte legislative normative şi directive ale Parlamentului, Guvernului Republicii Moldova, Ministerului Sănătăţii etc. Este în curs de definitivare Strategia Naţională de Sănătate Publică pentru perioada 2014-2020, care conţine multiple direcţii şi acţiuni de promovare a sănătăţii.

Este de remarcat faptul că fără o atitudine conştientă a cetăţeanului faţă de sănătatea proprie şi cea colectivă, fără un mod sănătos de viaţă şi fără participarea populaţiei la efectuarea măsurilor sanitaro-igienice şi profilactice, succesul în fortificarea şi ameliorarea sănătăţii individuale şi colective nu este posibil. Este necesar a atrage atenţia lucrătorilor medicali asupra activităţii insuficiente privind profilaxia maladiilor infecţioase şi neinfecţioase, asupra necesităţii de implementare a unor noi mijloace şi metode, în scopul formării unui mod sănătos de viaţă la populaţie.

Modul de viaţă este o noţiune ce caracterizează particularităţile zilnice ale vieţii umane, cuprinzînd munca, traiul, formele de utilizare a timpului liber,

satisfacerea necesităților materiale și spirituale, participarea la viața politică și socială, normele și regulile comportării oamenilor, însușirea și menținerea abilităților în domeniul fortificării propriei sănătăți, activitatea medicală. Modalitatea fundamentală de activitate a serviciului *Educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață și informare* rămîne a fi educația pentru sănătate a populației și activitatea de perfecționare a sistemului existent.

Noțiunea de „educație pentru sănătate" este atît de atotcuprinzătoare, încît prin componentele sale conceptuale și de conținut poate manifesta o influență serioasă în politica actuală a ocrotirii sănătății, care susține ideea că sănătatea publică tot mai mult depinde de modul de comportare al fiecărui individ în parte și ține cont de necesitatea schimbării orientărilor principale în promovarea cunoștințelor medico-igienice. Cu toate acestea, accentul principal se deplasează de la profilaxia diferitelor maladii la promovarea diverselor aspecte ale modului sănătos de viață, ca bază a profilaxiei primare. O atare deplasare a accentului se află în legătură și cu faptul că prezentarea problemei, adică profilaxia unei anumite boli, pe de o parte, obligă de a recurge la un volum de informații excedent, din cauza abundenței formelor nosologice. Pe de altă parte, recomandările medico-igienice se arată a fi universale, deoarece aproape întotdeauna se referă la probleme legate de alimentare, deprinderi dăunătoare, igienă personală, activitate fizică, regim de muncă și odihnă etc.

Acum, cînd nivelul corectitudinii sanitare a populației a crescut considerabil și problema prezenței așa-numitor „foarfece în educația pentru sănătate" („*Știu, dar nu o să îndeplinesc*") între cunoștințe și manifestarea reală a populației, devine din ce în ce mai activă, este necesară crearea unor convingeri, orientări, deprinderi în promovarea unui mod sănătos de viață, în scopul dezvoltării, menținerii și fortificării sănătății, recuperării capacității de muncă și prelungirii duratei de viață activă.

E necesară o abordare diferențiată în educația pentru sănătate a diferitelor grupe de populație nu numai în funcție de vîrstă, sex, studii, dar, în mod obligatoriu, și luarea în considerație a astfel de caracteristici ca: autoaprecierea nivelului de sănătate, interesul omului în obținerea unei sau altei informații. Un aspect important în formarea unui mod sănătos de viață îl constituie utilizarea principiilor psihoigienei, mai ales în cazul urbanizării, intensificării ritmului de viață, înrăutățirii situației socioeconomice și al altor cauze ce duc la dezechilibrarea stării psihoemoționale.

Promovarea modului sănătos de viață trebuie să includă sarcini legate de: igiena personală, preîntîmpinarea traumatismului de producere, de transport și habitual; intoxicațiile de diferit gen, acordarea primului ajutor medical; controlul profilactic și periodic, regulile și condițiile dispensarizării grupurilor de risc etc.

Din toată gama de informații, specialistul în educație pentru sănătate și alți lucrători medicali trebuie să aprecieze volumul minim de informație, care

ar fi în concordanţă cu posibilităţile de asimilare ale unor grupuri de populaţie şi, în acelaşi timp, suficient pentru menţinerea şi fortificarea sănătăţii lor. În afară de aceasta, este necesară posedarea abilităţilor de schimbare a structurii informaţiei şi a modalităţii de răspîndire a ei la momentul oportun, expunerea ei într-o anumită succesiune, mai ales în condiţiile torentelor intensive de informaţie, care pot provoca neplăcerea acumulării, chiar şi în cazul unei informaţii pozitive.

Este necesar să se ţină cont de faptul că educaţia pentru sănătate a populaţiei are modalităţile sale specifice de abordare a problemei şi se bazează pe o analiză a indicilor morbidităţii, luînd în consideraţie condiţiile geografice şi climaterice, obiceiurile şi tradiţiile naţionale, deprinderile şi nivelul de pregătire al populaţiei pentru îndeplinirea recomandărilor medicale. Concepţia modului sănătos de viaţă constă în conştientizarea necesităţii de executare permanentă a regulilor igienice, de fortificare şi menţinere a sănătăţii individuale şi cele colective.

E necesar de stabilit grupe-ţintă ale populaţiei cu destinaţie specială, care necesită atenţie sporită. Asupra lor trebuie orientate metode, forme şi mijloace educaţionale moderne. O atenţie deosebită se acordă formării unui mod sănătos de viaţă în rîndul generaţiei tinerilor, în special introducerea educaţiei pentru sănătate în şcoli, licee, gimnazii, internate, în instituţiile de învăţămînt superior. Modul sănătos de viaţă reprezintă baza principală a profilaxiei şi consolidării sănătăţii copiilor şi adolescenţilor. La copii şi adolescenţi componentele principale ale modului sănătos de viaţă sînt: alimentarea raţională, activitatea fizică, măsuri generale de fortificare a sănătăţii şi măsuri antistres, regim de muncă şi odihnă, asistenţă medicală calitativă.

În condiţiile socioeconomice actuale, lipsa acestor elemente în comportamentul unei părţi considerabile de elevi reprezintă factorul de risc în apariţia maladiilor neinfecţioase. Este caracteristic faptul că, pe fundalul recunoaşterii totale a necesităţii formării sănătăţii în procesul de învăţămînt, rămîne totuşi discutabilă problema instaurării unui model oportun de organizare şi desfăşurare a educaţiei pentru sănătate, efectuîndu-se în acest scop prelucrarea şi aprobarea diferitor forme şi metode de influenţare şi apreciere a rezultatelor.

La introducerea bazelor educaţiei pentru sănătate în structura educaţională a instituţiilor de învăţămînt, pot fi aprobate următoarele 5 forme de activitate:

a) Promovarea modului sănătos de viaţă în procesul de învăţămînt;
b) Introducerea aspectelor modului sănătos de viaţă în activităţile extraşcolare;
c) Utilizarea mijloacelor de informare în masă;
d) Desfăşurarea educaţiei pentru sănătate cu părinţii elevilor;
e) Organizarea centrelor consultative şi de asanare, prestatoare de servicii tinerilor.

1. Promovarea modului sănătos de viaţă în procesul de învăţământ

Această activitate presupune realizarea unui program de educaţie pentru sănătate în toate şcolile, pe întreg teritoriul Republicii Moldova.

Educaţia trebuie să se bazeze, din an în an, pe diversificarea şi aprofundarea cunoştinţelor privind diverse aspecte ale modului sănătos de viaţă. Cea mai mare parte a orelor (lecţiilor) se repartizează în conformitate cu cerinţele şi vîrsta celor supuşi educaţiei. Acest curs poate să cuprindă lecţii, activităţi practice, colocvii (în clasele superioare).

a) *Introducerea de către profesori a diferitelor elemente ale modului sănătos de viaţă la expunerea materialului.* Prin promovarea aspectelor modului sănătos de viaţă la diferite obiecte de învăţământ se obţine realizarea ideii policentrismului factorilor care influenţează sănătatea şi integrarea elementelor modului sănătos de viaţă. Ideea policentrismului presupune viziunea „tabloului" existenţei omului, modul lui de viaţă prin evidenţierea factorilor care contribuie benefic la menţinerea sănătăţii şi a factorilor de risc, care înrăutăţesc starea generală a organismului uman. Această integrare contribuie la cunoaşterea aspectelor modului sănătos de viaţă, la formarea cunoştinţelor generale despre modul sănătos de viaţă, a capacităţii de autocontrol, precum şi la sporirea educaţiei generale şi igienice a celor care studiază.

Iniţierea în diverse elemente ale modului sănătos de viaţă e posibilă la orice lecţie. De exemplu, la lecţiile de limbă şi literatură – învăţarea proverbelor şi zicătorilor existente în operele literare; la matematică se rezolvă probleme cu un conţinut antialcoolic, se fac calcule de înlocuire a unor produse prin altele bogate în vitamine, minerale şi energie. La lecţiile de chimie e necesară studierea conţinutului fumului de ţigară. Şirul exemplelor poate fi continuat. Fiecare profesor trebuie să dispună de un plan de lucru, astfel încît la fiecare lecţie să se introducă elemente ale modului sănătos de viaţă.

b) *Efectuarea orelor tematice* (ora dirigintelui). De regulă, tema este selectată în concordanţă cu cerinţele elevilor. Alegerea corectă a temei, în acelaşi timp şi interesantă pentru auditoriu, va permite evidenţierea problemelor legate de promovarea unui mod sănătos de viaţă existente în clasă.

c) *Introducerea elementelor modului sănătos de viaţă în practica de producţie* a persoanelor din învăţământul superior.

2. Introducerea aspectelor modului sănătos de viaţă în activităţile extraşcolare

Această activitate oferă posibilitatea de a demonstra elevilor valoarea pozitivă a comportării igienice pentru societate, actualitatea problemei promovării modului sănătos de viaţă. Totodată, ea permite fiecărui elev să-şi for-

meze cunoştinţe generale despre sănătate şi să le aplice în comportamentul propriu. Activităţile extraşcolare pot fi sistematice sau periodice.

În instituţiile de învăţămînt, activităţi sistematice pot fi secţiile sportive, grupurile de psihotraining, de corecţie a ţinutei, de gimnastică, grupurile celor ce doresc să abandoneze deprinderile dăunătoare, cercuri de studiere a plantelor medicinale, „barul fără alcool", „salonul culinăriei alternative" etc.

Periodic, în instituţiile de învăţămînt pot fi organizate săptămîni dedicate modului sănătos de viaţă, TVC-uri, prezentării teatrale, compoziţii muzicale, discoteci. E necesară şi desfăşurarea concursurilor celor mai bune materiale publicitare despre promovarea modului sănătos de viaţă sau de antipublicitate privind tabagismul, alcoolismul, consumul de droguri, masa corporală excesivă; concursuri de desen pe diferite teme medicale. Sînt utile manifestările periodice consacrate zilelor mondiale de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice: Ziua Mondială de profilaxie a tuberculozei, Ziua Mondială a Sănătăţii, Ziua Mondială fără tutun, Ziua Mondială a Ocrotirii Copiilor, Ziua Mondială de luptă împotriva drogurilor, Ziua Mondială de profilaxie şi combatere a infecţiei HIV/SIDA, Ziua Mondială fără fumat, precum şi în cadrul lunii de promovare a cunoştinţelor medico-igienice în profilaxia bolilor diareice acute, intoxicaţiilor alimentare şi holerei; lunii de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice în profilaxia ITS, HIV/SIDA, alcoolismului şi narcomaniei.

Activităţile extraşcolare pot fi organizate nu numai în cadrul şcolii, ci şi în alte spaţii din localitate.

3. Utilizarea mijloacelor de informare în masă

Sursele de informare în masă pot contribui la ridicarea nivelului de cunoştinţe medico-igienice ale populaţiei prin:

a) Utilizarea mijloacelor de informare în masă locale: elaborarea şi difuzarea materialelor prin radioteleviziune; vizionarea filmelor; publicarea comunicatelor, rebusurilor, integramelor în ziarul local; aducerea la cunoştinţa populaţiei, prin intermediul mass-mediei, a viitoarelor manifestări şi concursuri pe teme medico-igienice. Prin mijloacele de informare în masă se pot efectua diferite jocuri, concursuri, victorine care stimulează participanţii atît prin extinderea erudiţiei, cît şi prin modelarea diverselor elemente ale modului sănătos de viaţă.

b) Distribuirea carnetelor pentru notiţe, foilor volante, timbrelor poştale, calendarelor cu simbolica specifică promovării modului sănătos de viaţă.

c) Amplasarea în holurile instituţiilor de învăţămînt a expoziţiilor, placatelor, lozincilor dedicate educaţiei igienice, a indicatoarelor de amplasare a secţiilor sportive, centrelor consultative şi de asanare etc.

Capitolul X

PLANIFICAREA ACTIVITĂŢILOR DE EDUCAŢIE PENTRU SĂNĂTATE A POPULAŢIEI ŞI DE PROMOVARE A MODULUI SĂNĂTOS DE VIAŢĂ

Dezvoltarea şi perfecţionarea asistenţei medicale sînt indispensabil legate de educaţia pentru sănătate a populaţiei şi de promovarea modului sănătos de viaţă, care constituie o componentă a educaţiei generale a populaţiei şi este o activitate instructiv-educativă cu multiple aspecte.

Educaţia pentru sănătate este un compartiment important al activităţii instituţiilor medicale şi parte componentă a obligaţiilor funcţionale ale fiecărui lucrător medical. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015* stipulează că: "Ministerul Sănătăţii consideră activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă un element important al Politicii Naţionale de Sănătate. Pentru efectuarea acestei activităţi se prevede nu mai puţin de 6 ore lunar în limitele timpului de lucru al fiecărui lucrător medical (p. 6.3 al Ordinului Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23 octombrie 2008). Educaţia pentru sănătate are drept scop soluţionarea problemei prioritare a ocrotirii sănătăţii – menţinerea şi fortificarea sănătăţii populaţiei – şi prevede un ansamblu de măsuri organizatorice, metodologice şi tehnice în scopul însuşirii de către populaţie a cunoştinţelor necesare în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului, igienei individuale, igienei alimentaţiei, prevenirii îmbolnăvirilor, evitării abuzului de medicamente şi alcool, abandonării drogurilor, cunoaşterii şi depistării timpurii a principalelor semne de boală, creării unei poziţii active faţă de sănătatea individuală şi colectivă.

Educaţia pentru sănătate se efectuează conform unui plan (program) elaborat pe termen scurt, mediu sau lung. Obiectivele acestuia definesc, în sens larg, îndeplinirea prevederilor actelor legislative, normative şi directive ale Parlamentului şi Guvernului Republicii Moldova, Ministerului Sănătăţii, Centrului Naţional de Sănătate şi autorităţilor publice locale.

Utilizarea mecanică a unor forme de educaţie pentru sănătate (conferinţe, lecţii, convorbiri etc.), fără a ţine seama **unde? cînd? cui?** i se adresează această informaţie sau material, constituie un mod nerealist şi insuficient de abordare a instruirii medico-igienice a populaţiei.

În organizarea activităţii de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, o însemnătate primordială aparţine planificării corecte

a măsurilor de educaţie sanogenă, de la instituţiile medicale republicane şi municipale, centrele de medicină preventivă raionale/municipale şi spitalele raionale pînă la oficiul medicului de familie.

Planurile de educaţie pentru sănătate anuale, trimestriale şi lunare se elaborează în fiecare subdiviziune şi instituţie separat, în ele se indică tematica, termenele şi numele executorilor. Planul de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă se elaborează ţinînd cont de sarcinile generale şi cele locale ale ocrotirii sănătăţii. Utilizarea raporturilor statistice ale instituţiilor medicale şi altei informaţii statistice permite a planifica raţional şi a înfăptui măsurile profilactice concomitent cu măsurile de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice.

Planificarea şi evaluarea educaţiei pentru sănătate includ următoarele etape:

1. Identificarea şi caracterizarea consumatorilor.
2. Identificarea nevoilor şi ierarhizarea lor.
3. Formularea scopurilor şi obiectivelor strategice, tacticilor.
4. Identificarea resurselor pentru a forma un comportament favorabil sănătăţii.
5. Elaborarea conţinutului şi alegerea metodelor de folosit.
6. Acţiunea propriu-zisă de influenţare, de formare de atitudini, comportamente.
7. Evaluarea rezultatelor procesului.

Planificarea corectă şi efectuarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în subdiviziunile instituţiei medicale, sub conducerea şefilor acestor subdiviziuni, cu participarea activă a medicilor, contribuie la îndeplinirea sarcinilor care stau în faţa lucrătorilor medicali în acest domeniu şi asigură:

1) importanţa deosebită a acestei activităţi, care decurge din măsurile curativ-profilactice;
2) alegerea corectă a grupelor de populaţie şi a obiectivelor în teritoriul în care se va desfăşura educaţia pentru sănătate a populaţiei;
3) participarea lucrătorilor medicali la activităţile de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, ţinînd cont de calificarea lor, de gradul de includere în activitatea medicală, de aptitudini şi experienţa în domeniu.

Planul subdiviziunii trebuie să prevadă desfăşurarea educaţiei pentru sănătate a populaţiei :

1) în rîndul populaţiei teritoriului deservit de instituţia respectivă (pe teren, în cămine, cluburi, întreprinderi etc.);
2) în rîndul pacienţilor (în staţionar, în instituţiile de asistenţă medicală primară, în rîndul membrilor familiei bolnavului);
3) în rîndul personalului medical şi celui tehnic;
4) în rîndul formatorilor (organizatorilor de educaţie pentru sănătate).

La planificarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă este util a se lua în consideraţie rezultatele analizei indicilor activităţii instituţiilor medicale din teritoriu, mai ales indicii calitativi. Un rol important în planificare aparţine analizei activităţii serviciului în perioada precedentă, fiind studiate planurile de activitate şi realizarea lor, problemele ce au fost puţin elucidate şi care pe parcursul perioadei planificate au devenit vizibile, ce nu s-a realizat, care probleme pot fi examinate într-o manieră nouă etc. În cazul în care planul este elaborat pentru un an, în el se reflectă problemele prioritare ale ocrotirii sănătăţii, iar în cele trimestriale se includ acestea şi altele care au apărut, dar într-o formă mult mai detaliată şi concretă.

În planurile de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă (anuale şi trimestriale) ale instituţiilor medicale republicane şi municipale, centrelor de medicină preventivă raionale/municipale, spitalelor raionale, staţiilor/substaţiilor teritoriale de asistenţă medicală urgentă, Direcţiei Sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţiei Sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţiei Sănătate şi Asistenţă Socială a UTA Găgăuzia, este necesar să se includă următoarele compartimente:

1. Elaborarea proiectelor de acte normative, directive, metodico-informative etc., cu prezentarea lor pentru aprobare conducerii ierarhic superioare (proiecte de ordine, dispoziţii, indicaţii, regulamente, programe-tip etc.);

2. Informaţii analitice prezentate în adresa administraţiei publice locale, Ministerului Sănătăţii, CNŞPMP, altor ministere şi departamente;

3. Probleme prioritare abordate la consiliul raional / municipal, consiliul medical etc.

4. Cercetări ştiinţifice şi practico-ştiinţifice ale problemelor prioritare de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă (elaborarea chestionarelor, chestionarea diferitelor grupe de populaţie, analiza statistică a rezultatelor anchetărilor, elaborarea materialelor informative în baza rezultatelor obţinute etc.).

5. Măsuri de analiză a informaţiilor şi rezultatelor obţinute (analiza activităţii ICP teritoriale, analiza datelor statistice la compartimentul nominalizat (forma nr. 50 săn.), analiza totalurilor desfăşurării zilei mondiale, lunii, săptămînii de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice etc.

6. Aplicarea în practică a rezultatelor cercetărilor ştiinţifice, practico-ştiinţifice, a actelor legislative, normative şi directive (Hotărîrii Guvernului Republicii Moldova nr. 658 din 12 iunie 2007 *Cu privire la Programul Naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007–2015,* Ordinului Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015*, Programelor de activitate a Ministerului Sănătăţii, Centrului Naţional de Sănătate Publică şi Planurilor teritoriale de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă).

7. Măsuri de instruire a personalului medical din instituţiile de asistenţă medicală primară, de asistenţă medicală de staţionar, de asistenţă medicală urgentă şi din instituţiile nemedicale în materie de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă (perfecţionarea cadrelor, organizarea seminarelor şi conferinţelor cu specialişti din diferite ramuri ale ocrotirii sănătăţii şi specialişti din instituţiile nemedicale, a „zilei specialistului" etc.).

8. Activitatea informaţională şi mobilizarea socială a populaţiei (monitorizarea şi controlul realizării actelor legislative, normative şi directive la compartimentul educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă, organizarea concursurilor, expoziţiilor, TVC-urilor, olimpiadelor, organizarea şi desfăşurarea activităţii "Şcolii mamei", "Şcolii tatălui", "Şcolii gravidelor", "Şcolii tinerilor însurăţei" etc., organizarea şi desfăşurarea zilei mondiale, lunii, săptămînii de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice, asigurarea şi coordonarea măsurilor de educaţie pentru sănătate a populaţiei vizînd problemele prioritare ale ocrotirii sănătăţii prin intermediul mass-mediei).

9. Activitatea de planificare în instituţiile medicale şi în subdiviziunile lor: elaborarea planurilor măsurilor de bază privind promovarea cunoştinţelor medico-igienice prin sursele mass-media, a planurilor anuale şi trimestriale ale instituţiilor medicale şi ale subdiviziunilor lor, analiza bilanţului trimestrial şi anual de activitate a instituţiei curativ-profilactice la compartimentul nominalizat.

Volumul activităţii planificate de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă se calculează reieşind din numărul de medici şi lucrători medicali cu studii medii şi ţinînd cont de faptul că, pentru efectuarea acestei activităţi, se prevede nu mai puţin de 6 ore lunar, în limitele timpului de lucru al fiecărui lucrător medical.

Planul de educaţie pentru sănătate a populaţiei este o parte componentă a planului complex de activitate al instituţiei medicale. În Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008–2015* se menţionează: "A include în planurile de activitate ale instituţiilor sănătăţii, precum şi ale specialiştilor principali, în mod obligatoriu, compartimentul educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă. A efectua controlul permanent şi riguros asupra îndeplinirii măsurilor preconizate cu examinarea periodică la şedinţele consiliilor medicale".

Astfel de planuri trebuie să fie elaborate în fiecare instituţie medicală. În planul de activitate se indică tematica, formele şi metodele de desfăşurare a educaţiei pentru sănătate, măsurile preconizate, termenul şi numele executantului. Evaluarea prelegerilor, seratelor tematice şi seratelor de întrebări şi răspunsuri, discursurilor la radio şi televiziune, publicaţiile în presă se încredinţează numai medicilor.

Lucrătorilor medicali cu studii medii le pot fi încredinţate convorbirile în grup, demonstrarea expoziţiilor, pregătirea materialelor olimpiadelor, sărbă-

torilor sănătății, TVC-urilor, pregătirea sălii și mijloacelor tehnice. Convorbirile individuale realizate de către medici în cadrul procesului de lucru nu se includ în timpul rezervat pentru educație sanitară. Responsabilitatea pentru starea, calitatea și eficacitatea educației pentru sănătate pe profil o poartă medicii-șefi ai CMP raionale/municipale, ai spitalelor raionale și municipale, conducătorilor instituțiilor medico-sanitare publice republicane, precum și specialiștilor principali.

Calcularea timpului pentru înfăptuirea măsurilor de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață se efectuează conform *Normativelor aproximative de calculare a timpului pentru realizarea activităților de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru lucrătorii medicali*, aprobate prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 400 din 23 octombrie 2008.

Controlul acestei activități se efectuează în instituțiile medicale de către conducerea unității și persoana responsabilă de acest compartiment în instituție, iar periodic – și de către colaboratorii serviciului educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață și informare al CMP teritoriale. Realizarea măsurilor de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață are drept scop obținerea modificării pozitive a atitudinii populației față de sănătatea proprie și transformarea cunoștințelor în convingeri și acțiuni concrete și adecvate; normalizarea și ameliorarea parametrilor dezvoltării fizice a persoanelor angajate în cîmpul muncii și a generației tinerilor; reducerea pagubelor, inclusiv economice și morale, cauzate de îmbolnăviri, pierderi ale capacității de muncă și invaliditate; prelungirea duratei de viață activă, creșterea speranței de viață a populației etc.

Perfecționarea și ameliorarea activității de educație pentru sănătate a populației și promovare a modului sănătos de viață presupune nu numai analiza rezultatelor obținute, dar și dezvoltarea, în baza acestora, a unor noi forme organizatorice de dirijare și eficientizarea acestei activități în perspectivă.

În anexa 6 sînt prezentate pentru călăuză și aplicare în practică „Planul-model de activitate al CMP raional/municipal, Direcției Sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secției Sănătate a Primăriei mun. Bălți, Direcției Sănătate și Asistență Socială a UTA Găgăuzia, la compartimentul educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață", „Planul-model de activitate al IMSP (Centrului medicului de familie, spitalului/dispensarului republican, spitalului raional, municipal) la compartimentul educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață" (*anexa 7*) și „Planul-model de activitate al stației zonale, substației, punctului de asistență medicală urgentă la compartimentul educație pentru sănătate a populației și promovare a modului sănătos de viață" (*anexa 8*). Colaboratorii serviciului educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață și informare din CSP teritoriale vor elabora planuri-model pentru instituțiile medicale teritoriale subordonate.

Capitolul XI

INDICATORII PENTRU EVALUAREA EFICIENŢEI ACTIVITĂŢII DE EDUCAŢIE PENTRU SĂNĂTATE ŞI DE PROMOVARE A MODULUI SĂNĂTOS DE VIAŢĂ

11.1. Indicatorii de activitate în educaţia pentru sănătate

Măsurile profilactice şi de asanare sînt indisolubil legate de analiza rezultatelor obţinute în domeniul educaţiei pentru sănătate. Informaţia statistică autentică şi oportună constituie baza perfecţionării formelor organizatorice de dirijare. Informaţia despre fenomenele medico-sociale şi starea sănătăţii populaţiei contribuie la sporirea potenţialului şi eficacităţii activităţii Serviciului educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informare. Datele statistice şi documentaţia de evidenţă operativă oferă posibilitatea de a evalua atît activitatea multilaterală a subdiviziunilor serviciului, cît şi eficienţa măsurilor întreprinse.

Specificul activităţii de educaţie pentru sănătate a populaţiei nu exclude eventualitatea confruntării cu unele dificultăţi în evaluarea anumitor indicatori direcţi ai eficienţei activităţii de educaţie pentru sănătate. Indicatorii utilizaţi au un caracter cantitativ şi se referă la numărul de conferinţe, cursuri, lecţii, emisiuni televizate etc., de aceea, aceşti indicatori trebuie completaţi cu alţi indicatori, care reflectă indirect eficienţa activităţii de educaţie pentru sănătate, cum ar fi indicele comportamentului igienico-sanitar, indicele depistării timpurii a bolilor transmisibile; diminuarea ponderii psihozelor alcoolice; reducerea ponderii persoanelor cu apendicită acută, ulcer perforant gastric sau duodenal transportate după 24 ore de la debutul bolii; indicele ce caracterizează nivelul şi dinamica culturii sanitare a populaţiei (ponderea persoanelor ce au abandonat fumatul, a pacienţilor care practică sistematic cultura fizică etc.).

În timpul studierii indicatorilor activităţii instituţiilor medicale în educaţia pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, precum şi în scopul aprecierii lucrului efectuat în acest domeniu, se utilizează formularul 038-e (aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 798 din 21.10.2011), procesele-verbale ale şedinţelor consiliului medical, ale seminarelor de perfecţionare a cadrelor; totalurile lunare, trimestriale şi anuale de activitate a instituţiilor medicale, datele statistice (indicii morbidităţii şi mortalităţii generale şi aparte pe nosologii, indicii morbidităţii cu pierderea temporară a capacităţii de muncă şi cu invaliditate, schimbările în dinamică ale stării sani-

tare la diferite obiective în care s-a efectuat instruirea igienică a lucrătorilor, alte acte operative cu date statistice.

Pentru formularea unor concluzii generale sau pe unele aspecte ale educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață, elaborarea propunerilor în scopul îmbunătățirii acestei activități, precum și pentru eficientizarea activităților efectuate în vederea sporirii nivelului de cultură sanitară a populației, este necesar ca indicatorii să fie studiați pe parcursul mai multor ani, datele să se compare cu indicii respectivi ai altor teritorii, obiective examinate etc. În cazul în care datele statistice sînt mai mici decît 10, cifrele se prezintă în mărime absolută.

În continuare prezentăm o serie de indicatori și activități de educație pentru sănătate și metodele de calcul al acestora.

11.1.1. *Indicatorii ce caracterizează intensitatea și nivelul de utilizare a metodelor de promovare*

a) **Numărul total al prelegerilor la 100.000 populație:**

$$\frac{\text{numărul total al prelegerilor x 100000}}{\text{numărul total al populației din teritoriul dat}}$$

b) **Numărul mediu al prelegerilor care revin unui medic:**

$$\frac{\text{numărul total al prelegerilor x 100000}}{\text{numărul total al medicilor de pe teritoriul dat (persoane fizice)}}$$

c) **Numărul mediu al auditorilor la o prelegere:**

$$\frac{\text{numărul auditorilor care au participat la toate prelegerile}}{\text{numărul total al prelegerilor ținute pe teritoriul dat}}$$

d) **Numărul mediu al convorbirilor care revin unui medic sau unui lucrător medical cu studii medii speciale** (indicii se calculează separat):

$$\frac{\text{numărul total al convorbirilor înfăptuite de către lucrătorii medicali cu studii medii speciale}}{\text{numărul total al lucrătorilor medicali cu studii medii speciale de pe teritoriul dat (persoane fizice)}}$$

e) **Numărul mediu al auditorilor care au participat la serate tematice:**

$$\frac{\text{numărul total al auditorilor care au participat la serate tematice}}{\text{numărul total al seratelor organizate pe teritoriul dat}}$$

f) **Numărul mediu al auditorilor care au participat la serate cu întrebări și răspunsuri:**

$$\frac{\text{numărul total al auditorilor care au participat la serate cu întrebări și răspunsuri}}{\text{numărul total al seratelor cu întrebări și răspunsuri organizate pe teritoriul dat}}$$

g) **Indicatorul de proporție al prelegerilor ținute pe unele probleme actuale ale ocrotirii sănătății**: ocrotirea sănătății mamei și copilului, profilaxia maladiilor infecțioase, profilaxia maladiilor cronice neinfecțioase (cardiovasculare, ale tubului digestiv, sistemului respirator, endocrin etc.), infecțiilor cu transmitere sexuală, tuberculozei, cancerului etc. (în %):

$$\frac{\text{numărul prelegerilor ținute pe problemele ocrotirii sănătății mamei și copilului (analogic se calculează și în cadrul altor probleme menționate)}}{\text{numărul total al prelegerilor ținute pe teritoriul dat}}$$

h) **Indicatorul de proporție al prelegerilor ținute pe problemele formării modului sănătos de viață, în general, și pe unele aspecte separat (în%):**

$$\frac{\text{numărul total al prelegerilor ținute pe problemele formării modului sănătos de viață (în general și pe unele aspecte separate – alcoolismul, narcomania, fumatul, alimentarea rațională, regimul muncii și odihnei, practicarea culturii fizice și sportului etc.)}}{\text{numărul total al prelegerilor ținute pe teritoriul dat}} \times 100$$

11.1.2. *Indicatorii ce caracterizează nivelul de utilizare a mijloacelor de informare în masă*

a) **Numărul mediu al emisiunilor pe probleme medico-igienice la televiziunea locală (inclusiv prin cablu), care revin unui centru de retranslare:**

$$\frac{\text{numărul total al emisiunilor televizate}}{\text{numărul centrelor de retranslare de pe teritoriul dat}}$$

b) **Numărul mediu al emisiunilor difuzate prin rețelele radio (urbane, raionale, rurale, din instituții și întreprinderi) care revin unui centru de radiodifuziune:**

$$\frac{\text{numărul total al emisiunilor difuzate prin rețelele radio}}{\text{numărul total al centrelor și posturilor de radiodifuziune de pe teritoriul dat}}$$

c) **Numărul mediu al publicațiilor în presa locală care revin unei surse de informare:**

$$\frac{\text{numărul total al publicațiilor în presă}}{\text{numărul total al ziarelor, revistelor de pe teritoriul dat (urbane, raionale, rurale, ale celor cu tiraj mare de la instituții și întreprinderi)}}$$

d) **Indicatorul de proporție al emisiunilor televizate, radiofonice, al publicării materialelor în presă pe anumite probleme de sănătate publică**: ocrotirea sănătății mamei și copilului, profilaxia maladiilor infecțioase, infecțiilor cu transmitere sexuală, maladiilor cronice neinfecțioase (cardiovasculare, ale tubului digestiv, sistemului respirator și endocrin etc.), tuberculozei, cancerului etc., precum și pe unele aspecte ale promovării modului sănătos de viață – combaterea alcoolismului, narcomaniei, fumatului, practicarea culturii fizice și sportului, organizarea alimentării raționale, regimului de muncă și de odihnă etc. (în %):

$$\frac{\text{numărul emisiunilor televizate pe problemele ocrotirii sănătății mamei și copilului (analogic se calculează indicatorii și pentru alte aspecte menționate)}}{\text{numărul total de emisiuni televizate pe diverse probleme difuzate pe teritoriul dat}} \times 100$$

e) **Numărul emisiunilor radio pe problemele ocrotirii sănătății mamei și a copilului:**

$$\frac{\text{(analogic se calculează indicii și pentru alte aspecte sus-menționate)}}{\text{numărul total de emisiuni radio pe diverse probleme difuzate pe teritoriul dat}} \times 100$$

f) **Numărul total al publicațiilor în presa locală a materialelor pe problemele ocrotirii sănătății mamei și a copilului:**

$$\frac{\text{(analogic se calculează indicii și pentru alte aspecte sus-numite)}}{\text{numărul total al materialelor publicate în presa locală din teritoriul dat}} \times 100$$

g) **Numărul mediu al emisiunilor televizate care revin unui medic:**

$$\frac{\text{numărul emisiunilor la televiziunea locală (și cea prin cablu)}}{\text{numărul total al medicilor de pe teritoriul dat (persoane fizice)}}$$

h) **Numărul mediu al emisiunilor prin rețelele radio locale care revin unui medic:**

$$\frac{\text{numărul emisiunilor prin rețele radio locale}}{\text{numărul total al medicilor de pe teritoriul dat (persoane fizice)}}$$

i) **Numărul mediu al materialelor publicate în presa locală care revin unui medic:**

$$\frac{\text{numărul materialelor publicate în presa locală}}{\text{numărul total al medicilor de pe teritoriul dat (persoane fizice)}}$$

î) **Numărul mediu al filmelor pe teme medico-igienice care revin unei instituții cinematografice:**

$$\frac{\text{numărul total al filmelor pe teme medico-igienice}}{\text{numărul instituţiilor cinematografice de pe teritoriul dat}}$$

k) **Numărul mediu al spectatorilor care revin unui film pe teme medico-igienice:**

$$\frac{\text{numărul mediu al spectatorilor care au vizionat filme pe teme medico-igienice}}{\text{numărul filmelor pe teme medico-igienice}}$$

11.1.3. *Indicatorii ce caracterizează activitatea instituţiilor medicale privind cuprinderea diferitelor grupe ale populaţiei în procesul de instruire igienică*

a) **Cuprinderea contingentului decretat în procesul de instruire igienică conform programelor elaborate (în total şi separat pe profesii, în %):**

$$\frac{\text{numărul total al persoanelor instruite igienic}}{\text{numărul total al contingentelor decretate supuse instruirii igienice}} \times 100$$

b) **Cuprinderea femeilor gravide în cadrul procesului de instruire igienică la "Şcoala mamei" (în %):**

$$\frac{\text{numărul femeilor gravide care au fost cuprinse în cadrul procesului de instruire igienică la "Şcoala mamei"}}{\text{numărul total al femeilor gravide de pe teritoriul dat}} \times 100$$

c) **Cuprinderea mamelor (taţilor) cu copii pînă la vîrsta de un an în cadrul procesului de instruire igienică la "Şcoala mamei":**

$$\frac{\text{numărul mamelor (taţilor) care au fost cuprinse(şi) în cadrul procesului de instruire igienică la "Şcoala mamei"}}{\text{numărul total al mamelor cu copii de vîrstă pînă la un an de pe teritoriul dat}} \times 100$$

d) **Cuprinderea tinerilor însurăţei în cadrul procesului de instruire igienică la cursurile speciale (în %):**

$$\frac{\text{numărul tinerilor însurăţei care au fost cuprinşi în procesul de instruire igienică la cursuri speciale}}{\text{numărul total al persoanelor căsătorite într-o perioadă anumită de pe teritoriul dat}} \times 100$$

e) **Cuprinderea populaţiei în cadrul procesului de instruire igienică la "Şcolile sănătăţii" (la 100.000 populaţie):**

$$\frac{\text{numărul populației care a fost cuprinsă în cadrul procesului de instruire igienică la "Școlile sănătății"}}{\text{numărul total al populației de pe teritoriul dat}} \times 100.000$$

f) **Cuprinderea populației în cadrul procesului de instruire igienică la Universitățile populare ale cunoștințelor medico-igienice (la 100.000 populație):**

$$\frac{\text{numărul populației care a fost cuprinsă în cadrul procesului de instruire igienică la Universitățile populare}}{\text{numărul total al populației de pe teritoriul dat}} \times 100.000$$

11.1.4. *Indicatorii ce caracterizează nivelul de activitate a grupurilor de lectori*

a) **Numărul mediu al discursurilor verbale şi al materialelor scrise, recenzate şi aprobate, care revin unui grup de lectori:**

$$\frac{\text{numărul mediu al discursurilor verbale şi al materialelor scrise, recenzate şi aprobate}}{\text{numărul grupurilor de lectori de pe teritoriul dat}}$$

b) **Numărul mediu al discursurilor verbale şi al materialelor scrise, recenzate şi aprobate, care revin unui membru al grupului de lectori:**

$$\frac{\text{numărul mediu al discursurilor verbale şi al materialelor scrise, recenzate şi aprobate}}{\text{numărul membrilor grupurilor de lectori de pe teritoriul dat}}$$

11.1.5. *Indicatorii ce caracterizează nivelul şi dinamica culturii sanitare a populației*

Indicatorii dinamicii comportamentului igienic al populației

a) **Ponderea persoanelor care au abandonat fumatul:**

$$\frac{\text{numărul persoanelor ce au abandonat fumatul}}{\text{numărul persoanelor care s-au adresat după ajutor pentru a renunța la deprinderea de a fuma}} \times 100$$

b) **Ponderea persoanelor ce și-au redus masa corporală:**

$$\frac{\text{numărul de persoane care au pierdut 20\% și mai mult din masa corporală}}{\text{numărul persoanelor cu masa corporală excesivă care s-au adresat după ajutor pentru a-și reduce din greutate}} \times 100$$

c) **Ponderea persoanelor care practică sistematic cultura fizică nu mai puțin de 6–8 ore pe săptămînă** (prin metoda chestionării)

$$\frac{\text{numărul persoanelor care practică sistematic cultura fizică}}{\text{numărul persoanelor ce au primit recomandări}} \times 100$$

Mai există o serie de indicatori care permit o apreciere indirectă a activității de educație pentru sănătate și de culturalizare sanitară a populației, cum ar fi: indicele de depistare a infecțiilor cu transmitere sexuală, indicele de adresare, de prezentare la vaccinări, de deservire a sugarilor, de depistare timpurie a gravidelor etc.

11.2. Evaluarea, în cadrul deplasărilor, a activității de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață în instituțiile medico-sanitare

Pînă a se deplasa în teritoriu, specialiștii Serviciului educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață și informare studiază indicii de bază ai sănătății populației din teritoriu, în instituția medico-sanitară, luînd în considerație situația sanitaro-epidemiologică, morbiditatea, mortalitatea generală și cea infantilă, cauzele deceselor, natalitatea, pierderea temporară a capacității de muncă, invaliditatea, morbiditatea prin maladii infecțioase acute, tuberculoză, infecții cu transmitere sexuală, alcoolism, narcomanie, tumori maligne, asistența chirurgicală de urgență etc.

O atenție deosebită se va acorda asistenței medicale a copiilor și femeilor, care include: deservirea și examinarea gravidelor, nașterile premature și întreruperea sarcinii, mortalitatea perinatală și neonatală timpurie, mortalitatea gravidelor, lăuzelor, morbiditatea copiilor în primul an de viață și a copiilor din instituțiile preșcolare și preuniversitare.

Raportul privind rezultatele activității instituției medico-sanitare la compartimentul „educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață va conține la început o caracterizare succintă a teritoriului administrativ și a instituției medicale (CSP raional/municipal, spital raional/municipal, centru al medicilor de familie, asociație medico-teritorială, policlinica, centru de să-

nătate independent, oficiu al medicilor de familie, punct de felceri şi moaşe, punct medical de la întreprindere, alte instituţii medicale), de asemenea numărul populaţiei, inclusiv al copiilor pînă la 1 an, al elevilor şi al altor grupe de populaţie; baza tehnico-materială a ICP, cadrele medicale. În cadrul studierii activităţii educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, se va lua în consideraţie atît aspectul teoretic, metodologic şi informaţional al activităţii, cît şi acţiunile practice concrete.

Aprecierea activităţii de educaţie pentru sănătate se va efectua conform următoarelor **criterii**:

1. *Existenţa actelor legislative, directive şi normative* ale Parlamentului şi Guvernului Republicii Moldova, Ministerului Sănătăţii, CNŞPMP la compartimentul „Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă" (*Legii ocrotirii sănătăţii* nr. 411-XIII din 28 martie 1995 – Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1995, nr. 34, art. 373; *Legii* nr. 10-XVI din 3 februarie 2009 *privind supravegherea de stat a sănătăţii publice* – Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2009, nr. 67, art. 183; *Politicii Naţionale de Sănătate,* aprobate prin Hotărîrea Guvernului nr. 886 din 06 august 2007 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2007, nr. 127-130, art. 931), *Programului Naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007–2015,* aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr. 658 din 12 iunie 2007 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2007, nr. 82-85, art. 676) şi Ordinului Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015*, existenţa altor acte normative şi directive ale Guvernului Republicii Moldova, ordine, dispoziţii, indicaţii ale Ministerului Sănătăţii, CNŞPMP şi CNSP, a materialelor metodice şi informaţionale, notelor analitice etc., a rezoluţiilor conducătorilor şi corespunderea lor cerinţelor şi conţinutului acestor acte, măsurile preconizate în scopul realizării acestora.

2. *Cadrele de educaţie pentru sănătate*. Numărul funcţiilor, conform statelor de funcţii: scriptice, ocupate, fizice. Nivelul pregătirii cadrelor, anul absolvirii, vechimea în muncă pe specialitate, specializarea sau perfecţionarea, atestarea, categoria. Relevarea cazurilor în care funcţia de medic în educaţia pentru sănătate sau de asistent al medicului în educaţia pentru sănătate este deţinută de mai multe persoane angajate prin cumul şi influenţa asupra rezultatelor activităţii.

3. *Planificarea activităţii* ICP, secţiei/cabinetului de educaţie pentru sănătate. Compartimentele, etapele de bază ale planurilor de activitate şi conţinutul lor succint (termenele de realizare, locul desfăşurării, executorii etc.). Corespunderea măsurilor planificate problemelor prioritare ale ocrotirii sănătăţii din teritoriu, stării sănătăţii populaţiei şi indicilor asistenţei medica-

le. Antrenarea conducătorilor instituțiilor medicale, specialiștilor principali, conducătorilor subdiviziunilor etc. în executarea măsurilor planificate. Organizarea și controlul îndeplinirii măsurilor planificate (analiza pe 2-3 ani). Se indică cazurile cînd în instituție lipsesc planurile de activitate. Programul teritorial raional/municipal de educație pentru sănătate a populației și promovare a modului sănătos de viață. Data elaborării și data aprobării programului de către administrația publică locală. Conținutul și măsurile de bază preconizate. Realizarea prevederilor programului.

4. *Analiza activității* ICP la compartimentul educație pentru sănătate, cu examinarea rezultatelor în cadrul ședințelor consiliului medical sau al altor foruri; hotărîrile adoptate sau ordinele emise; procesul de organizare și antrenare a persoanelor sau instituțiilor interesate la realizarea hotărîrilor și ordinelor respective, generalizarea rezultatelor finale.

5. *Desfășurarea Zilelor Mondiale, lunii, săptămînii de popularizare a cunoștințelor medico-igienice* (se indică genericul). Modul de organizare și desfășurare, existența ordinelor, dispozițiilor sau indicațiilor Ministerului Sănătății, CNȘPMP, emiterea hotărîrii administrației publice locale sau a conducerii instituției etc. Antrenarea la executarea măsurilor preconizate a instituțiilor nemedicale (sînt nominalizate). Elaborarea planurilor măsurilor de promovare a cunoștințelor medico-igienice prin sursele mass-media, controlul realizării acțiunilor preconizate, totalizarea rezultatelor, concluzii.

6. *Activitatea instituțiilor medicale* în realizarea prevederilor actelor legislative, directive și normative nominalizate în punctul 1 al criteriilor.

7. *Organizarea și desfășurarea educației pentru sănătate a copiilor și adolescenților* în instituțiile preșcolare, preuniversitare și în instituțiile de învățămînt superior. Formele și metodele de educație a copiilor și adolescenților de diferite vîrste. Modul de organizare a asanării și fortificării sănătății copiilor și adolescenților din grupele speciale de cultură fizică. Existența programelor, listelor participanților la instruirea igienică a copiilor (educatori, profesori, medici, specialiști de alt profil). Nivelul de pregătire al profesorilor în problemele de educație pentru sănătate, dificultățile care există în această activitate, propuneri pentru îmbunătățirea instruirii igienice a copiilor și adolescenților.

8. *Pregătirea cadrelor medicale și nemedicale în problemele de educație pentru sănătate*. Se precizează numărul de seminare, conferințe și cel al participanților; temele discutate, locul desfășurării acțiunii, raportorii etc. Antrenarea specialiștilor principali în organizarea și desfășurarea seminarelor.

9. *Elaborarea materialelor metodice și informative* (numărul și denumirea, calitatea lor), *familiarizarea executorilor cu aceste materiale*. Asigurarea lucrătorilor medicali cu materiale metodice și informative, literatură de specialitate axată pe educația pentru sănătate, cu aparataj tehnic, audiovizual, cu materiale didactice etc.

10. *Ajutorul metodic şi practic acordat instituţiilor curativ-profilactice teritoriale.* Deplasări de serviciu. Conţinutul notelor informative, al recomandărilor de ameliorare a activităţilor de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă. Îndeplinirea recomandărilor.

11. *Conlucrarea secţiilor /cabinetelor de educaţie pentru sănătate şi a lucrătorilor medicali cu instituţiile nemedicale* (mass-media, Societatea de Cruce Roşie, Direcţia Generală Învăţămînt,Tineret şi Sport, Poliţia, Direcţia Cultură etc.)

12. *Activitatea grupului de lectori.* Existenţa ordinului privind constituirea grupului. Modalitatea de instruire a grupului, documentele necesare, planurile de activitate, procesele-verbale, recenziile la materialele elaborate etc.

13. *Analiza participării medicilor şi lucrătorilor medicali cu studii medii speciale la activităţile de educaţie pentru sănătate a populaţiei.* Numărul de activităţi de educaţie pentru sănătate desfăşurate de către medici (în total şi pe diferite instituţii, dacă e necesar) şi numărul de activităţi ce revin unui specialist (prelegeri, convorbiri, serate-tematice, mass-media etc.). Sînt nominalizaţi lucrătorii medicali care în ultimul an n-au participat la educaţia pentru sănătate a populaţiei. Cazuri de refuz al medicilor care nu au participat la activităţile de educaţie pentru sănătate, nominalizînd aceşti specialişti, categoria profesională de atestare, activitatea prin cumul etc.

14. *Analiza participării specialiştilor principali la realizarea măsurilor de educaţie pentru sănătate.* Planurile de activitate la compartimentul „Educaţie pentru sănătate şi executarea măsurilor preconizate".

15. *Analiza activităţii instituţiilor medicale* privind educaţia pentru sănătate a diferitelor grupe de populaţie (contingentul decretat, „Şcoala Mamei", „Şcoala tinerilor însurăţei" etc.). Evidenţa lucrului efectuat. Procesele-verbale privind susţinerea examenelor.

16. *Studierea şi aprecierea utilizării noilor forme şi metode de activitate* în domeniul educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi promovării modului sănătos de viaţă.

17. *Evidenţa şi întocmirea dării de seamă statistice* (formularele nr. 038-e şi nr. 50-săn). Autenticitatea şi actualitatea datelor acumulate. Analiza veridicităţii indicilor incluşi în dările de seamă pe perioada anterioară.

18. *Popularizarea cunoştinţelor medico-igienice prin sursele mass-media:*

a) Numărul surselor mass-media (publicaţii, posturi de televiziune şi radiodifuziune etc.).

b) Elaborarea planurilor de activitate în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă prin sursele mass-media.

c) Analiza activităţii de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă prin sursele mass-media. Evidenţa şi denumirea publicaţiilor

din presă, a emisiunilor difuzate la radio și televiziune. Participarea conducerii instituțiilor medicale și a specialiștilor principali la aceste activități.

d) Organizarea rubricilor permanente, speciale, concursurilor, raidurilor și altor forme organizatorice. Participarea mass-mediei la desfășurarea Zilelor Mondiale, lunii, săptămînii de popularizare a cunoștințelor medico-igienice.

e) Asigurarea (dotarea) instituțiilor medicale cu tehnică audiovizuală modernă.

f) Activitatea de educație pentru sănătate prin intermediul cinematografiei.

19. *Editarea literaturii popular-științifice cu tematica educației pentru sănătate.*

20. *Popularizarea cunoștințelor medico-igienice prin mijloace vizuale*: elaborarea și expunerea buletinelor sanitare, gazetelor sanitare de perete, panourilor cu întrebări și răspunsuri, fotomontajelor etc.

21. *Organizarea și desfășurarea concursurilor* de trecere în revistă a materialelor cu tematica educației pentru sănătate în cadrul expozițiilor staționare și ambulante.

22. *Studierea nivelului de cunoștințe medico-igienice a populației* prin anchetare, interogare, audiere etc. Rezultatele studiilor și aplicarea lor în practică.

23. *Activitatea de asanare și fortificare a sănătății populației* (evidența instituțiilor și subdiviziunilor cu caracter de asanare a sănătății – secții și cabinete pe lîngă instituțiile medicale, întreprinderi, instituții de învățămînt, cultură, sport, cabinete de masaj, secții sportive, saune etc.) Formele și metodele de activitate (cu sau fără plată). Numărul persoanelor care au beneficiat de aceste servicii.

24. *Desfășurarea activităților de promovare a aspectelor modului sănătos de viață:* alimentarea rațională, activitatea fizică și călirea organismului, regimul de muncă și odihnă, conduita ecologică corectă, sănătatea sexuală, combaterea deprinderilor dăunătoare (alcoolismul, tabagismul, narcomania și toxicomania), psihoprofilaxia, profilaxia maladiilor infecțioase și neinfecțioase, igiena personală și socială etc. Informația este introdusă într-un tabel care include activitatea pe ultimii 2-3 ani.

25. *Concluzii, propuneri, sugestii* privind ameliorarea activității de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață și familiarizarea cu ele a conducerii instituției medicale.

Capitolul XII

SARCINILE ŞI CONŢINUTUL ACTIVITĂŢILOR DE EDUCAŢIE PENTRU SĂNĂTATE ALE MEDICULUI DE FAMILIE

Îmbunătăţirea calităţii asistenţei curativ-profilactice acordate populaţiei este condiţionată şi de creşterea nivelului culturii ei sanitare. Numai activităţile curative, fără măsuri ample de influenţă asupra condiţiilor care provoacă boala şi a comportamentului igienic al populaţiei, nu pot asigura rezolvarea sarcinilor ocrotirii sănătăţii – lichidarea unor maladii şi diminuarea nivelului morbidităţii prin alte maladii.

În toate documentele Ministerului Sănătăţii se subliniază univoc participarea obligatorie a medicilor şi a lucrătorilor medicali cu studii medii la educaţia pentru sănătate a populaţiei şi promovarea modului sănătos de viaţă. Despre aceasta mărturiseşte, în special, Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23.10.2008 *Cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008–2015*, în care este indicat: „A considera educaţia pentru sănătate un compartiment important al activităţilor organelor şi instituţiilor sanitare şi drept parte componentă a funcţiilor profesionale ale fiecărui lucrător medical. A prevedea pentru efectuarea acestei activităţi nu mai puţin de 6 ore lunar, în limitele timpului de lucru al lucrătorului medical".

Sinteza activităţilor profilactice şi curative este un principiu important al ocrotirii sănătăţii, măsurile de prevenţie şi asistenţa curativă constituind laturile individuale ale activităţii medicului de familie.

Rezultatele educaţiei pentru sănătate pot fi apreciate nu numai după nivelul cunoştinţelor medico-igienice ale populaţiei, ci şi după indicii obiectivi ai acestei activităţi – adresarea timpurie la medic, respectarea de către bolnavi a regimului prescris, participarea activă a populaţiei la desfăşurarea măsurilor profilactice etc. Instituţiile curativ-profilactice, care dispun de colective mari de lucrători medicali, sînt promovatoare de cunoştinţe medico-igienice, precum şi centre de educaţie pentru sănătate a populaţiei.

În activitatea de educaţie pentru sănătate, medicul de familie trebuie să cunoască:

1. Bazele igienei sociale şi ocrotirii sănătăţii.
2. Bazele statisticii sanitare şi demografiei medicale.
3. Principiile de bază ale sociologiei, pedagogiei şi psihologiei.
4. Metodele şi mijloacele educaţiei pentru sănătate.
5. Metodica studierii nivelului de cultură sanitară a populaţiei.

6. Metodica utilizării mijloacelor tehnice de promovare în instruirea populaţiei.
7. Metodele simple de laborator, ce caracterizează comportamentul populaţiei.
8. Factorii de risc ai maladiilor cronice neinfecţioase.
9. Metodica recenzării materialelor de educaţie pentru sănătate.
10. Metodica colectării informaţiei privind problemele instruirii igienice şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei.
11. Actele legislative, normative şi directive ce reglementează activitatea Serviciului de educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informare.
12. Efectuarea investigaţiilor şi testărilor de rutină ce caracterizează nivelul de cunoştinţe şi abilităţi ale populaţiei în domeniul culturii sanitare.
13. Adaptarea cerinţelor metodicii generale de educaţie pentru sănătate la problemele educaţiei pentru sănătate pe profil.
14. Elaborarea chestionarelor (anchetelor) pentru aprecierea nivelului de cultură şi de cunoştinţe igienice al populaţiei.
15. Elaborarea materialelor metodice (scrisori informative, recomandări metodice, planuri şi programe de pregătire a diferitor grupuri şi contingente ale populaţiei, texte-model de prelegeri etc.).

Orientarea profilactică a medicinei impune medicilor de familie sarcina de a studia aprofundat influenţa mediului ambiant asupra organismului uman, evidenţiind particularităţile condiţiilor de muncă şi de trai, a elabora şi realiza în practică măsuri de lichidare a factorilor care influenţează negativ sănătatea omului şi a colectivităţii. Eforturile medicilor de familie trebuie să fie orientate astfel încît să contribuie la dezvoltarea armonioasă a cetăţeanului, la fortificarea sănătăţii lui, la sporirea capacităţii lui de muncă, profilaxia îmbolnăvirilor, recidivelor şi complicaţiilor unor maladii. Sarcina educaţiei pentru sănătate este promovarea modalităţilor de atenuare a factorilor ce influenţează negativ sănătatea şi care pot fi diminuaţi sau lichidaţi prin participarea activă a populaţiei, contribuţia la educarea atitudinii corecte faţă de sănătatea proprie şi cea colectivă.

Educaţia pentru sănătate trebuie să fie legată, în mod organic, cu toată activitatea profilactică şi curativă a medicilor de familie, să corespundă sarcinilor generale şi locale care stau în faţa instituţiilor curativ-profilactice din teritoriu, sarcina principală fiind profilaxia, relevarea şi tratarea maladiilor care aduc daune majore sănătăţii – maladiile cardiovasculare, tumorile maligne, traumele, maladiile infecţioase, ale organelor respiratorii, digestive, precum şi profilaxia bolilor caracteristice structurii patologiei locale. Educaţia pentru sănătate este o parte componentă a complexului de măsuri profilactice şi curative, desfăşurate în lupta cu aceste boli.

În cazul maladiilor cu răspîndire majoră, educaţia pentru sănătate trebuie să includă o vastă promovare a măsurilor de profilaxie a maladiilor, precum şi o activitate succesivă, sistematică şi explicativă cu bolnavii la diferite etape ale examinării şi tratării lor, iar în caz de necesitate – şi cu familia.

Sarcinile şi conţinutul educaţiei pentru sănătate sînt determinate de particularităţile etiologiei, patogenezei, simptomatologiei, de stadiul şi posibilităţile de tratare a acestor maladii. Ea se desfăşoară ţinînd cont de particularităţile profesionale, de condiţiile de muncă şi de trai ale colectivităţilor sau persoanelor separate, de componenţa de vîrstă şi sex, de nivelul culturii sanitare, de existenţa sau lipsa cunoştinţelor şi deprinderilor igienice necesare. Astfel, în profilaxia maladiilor cardiovasculare este foarte important a explica ce factori contribuie la apariţia acestor maladii. În corespundere cu realizările ştiinţei medicale contemporane, este necesar de indicat rolul şi importanţa în apariţia şi dezvoltarea bolilor cardiovasculare a supraîncordării sistemului nervos central, a emoţiilor negative îndelungate şi grave, încălcării permanente a regimului de viaţă şi alimentare, influenţei fumatului sistematic, abuzului de alcool, alţi factori fiind îmbolnăvirea repetată de gripă, angină, efortul fizic etc.

Conţinutul activităţii de educaţie pentru sănătate privind măsurile anticancer este determinat de sarcinile prioritare puse instituţiilor medicale privind profilaxia şi depistarea timpurie a tumorilor maligne, în scopul aplicării unui tratament modern şi adecvat.

Scopul principal al popularizării cunoştinţelor medico-igienice privind profilaxia cancerului este adresarea imediată medicului în caz de apariţie a primelor simptome ale bolii. Pentru atingerea acestui scop este necesar:

- a informa populaţia despre primele simptome ale cancerului cu diferite localizări;
- a convinge populaţia de posibilitatea tratării totale în cazul adresării la timp medicului;
- a anihila teama de intervenţiile chirurgicale care există la o parte a populaţiei;
- a convinge populaţia despre pericolul folosirii mijloacelor şi remediilor casnice şi „tratării la tămăduitorii populari".

Particularităţile promovării cunoştinţelor medico-igienice privind profilaxia cancerului constau în sensibilizarea populaţiei în privinţa pericolului apariţiei cancerului, impunerii grijii faţă de sănătatea proprie. În profilaxia cancerului este importantă tratarea maladiilor precanceroase, ca mijloc real de preîntîmpinare a dezvoltării cancerului. În acest scop, este necesar de a explica populaţiei:

- că această maladie nu apare şi nu se dezvoltă în ţesuturile sănătoase;
- care sînt simptomele maladiilor cronice ce pot favoriza apariţia şi dezvoltarea cancerului;

- că posibilitatea reală de preîntîmpinare a cancerului este depistarea şi tratamentul maladiilor precanceroase.

Medicii de familie, în relevarea sau în procesul activităţii curativ-profilactice zilnice în rîndul persoanelor suferinde de maladii precanceroase, trebuie prin convorbiri individuale să-i convingă de necesitatea tratării perseverente. Este cunoscut faptul că maladiile precanceroase nu întotdeauna trec în cancer, de aceea bolnavii nu trebuie speriaţi cu pericolul acestor maladii, ci să se excludă din comunicare aşa termeni ca „maladii precanceroase".

În complexul măsurilor anticancer, are o importanţă majoră depistarea activă a bolnavilor de cancer şi a maladiilor precanceroase în cadrul desfăşurării controalelor profilactice ale populaţiei. Controlul profilactic în masă trebuie să fie precedat de o campanie explicativă, în care se utilizează toate formele de influenţă – lecţii, discursuri, convorbiri individuale şi în grup, foi volante, buletine sanitare, emisiuni radio şi TV, publicaţii în presă, anunţuri speciale etc., în cadrul căreia se explică populaţiei necesitatea profilaxiei maladiilor în baza cărora se poate dezvolta cancerul. Educaţia pentru sănătate privind profilaxia îmbolnăvirilor de cancer trebuie să fie efectuată cu participarea nu numai a medicilor oncologi, ci şi a medicilor de alte specialităţi – medici de familie, chirurgi, ginecologi, dermatovenerologi etc.

Una dintre sarcinile majore ale medicului de familie este profilaxia tuberculozei. În sistemul de măsuri antituberculoase, un rol important aparţine activităţii de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă. Ignorarea măsurilor de profilaxie, necunoaşterea simptomelor timpurii ale tuberculozei, atitudinea neglijentă faţă de sănătatea proprie, răspîndirea deprinderilor dăunătoare (fumatul, alcoolismul, narcomania, toxicomania etc.) duc la pierderi de timp foarte necesar pentru diagnosticarea şi tratamentul acestei maladii şi la dezvoltarea unor forme distructive de tuberculoză. În popularizarea cunoştinţelor medico-igienice privind profilaxia tuberculozei o atenţie deosebită se cere a fi acordată următoarelor acţiuni:

- a aduce la cunoştinţa populaţiei formele nepronunţate, sursele de infecţie neobservabile, dar periculoase în plan epidemiologic;
- a convinge cetăţenii ca în caz de suspecţie la tuberculoză să se adreseze imediat după ajutor medical;
- a explica dauna autotratamentului, chiar şi în cazul unei forme uşoare de decurgere a bolii;
- a convinge bolnavul de necesitatea spitalizării, dacă specialistul recomandă acest lucru. În calitate de argumente se aduc interesele personale ale bolnavului (va fi asigurat cu un tratament optim) şi interesele societăţii (preîntîmpinarea unei eventuale contaminări a celor din jur etc.);
- a furniza date despre sursele şi căile de îmbolnăvire, ţinînd cont de epidemiologia bolii, pentru a efectua ulterior măsuri antiepidemice speciale şi măsuri de profilaxie socială şi individuală contra acestei maladii;

– a populariza necesitatea vaccinării şi a metodelor de diagnostic, furnizînd date despre imunologie şi epidemiologia bolii.

Popularizarea profilaxiei tuberculozei este legată de evidenţierea surselor şi căilor de transmitere a infecţiei tuberculoase. Conţinutul educaţiei pentru sănătate privind profilaxia tuberculozei, deşi are specificul său, are şi o semnificaţie general igienică. Măsurile de profilaxie a infecţiei tuberculoase sînt, în acelaşi timp, şi măsuri de preîntîmpinare a unui şir de alte maladii infecţioase. Una din sarcinile principale în lupta cu tuberculoza este posibilitatea depistării timpurii a bolnavilor. Cauzele depistării tardive a acestei boli sînt: particularităţile decurgerii procesului de tuberculoză; necunoaşterea simptomelor incipiente ale maladiei de către populaţie, comportamentul indiferent, uneori neglijent faţă de sănătatea proprie. Este foarte important de a explica populaţiei că faza incipientă a procesului de tuberculoză poate să fie practic neobservabilă pentru bolnav, chiar şi procesul destul de răspîndit de tuberculoză a plămînilor, de regulă, nu este însoţit de dureri.

Lucrătorii medicali, în primul rînd medicii de familie, trebuie să conştientizeze faptul că în desfăşurarea educaţiei pentru sănătate privind profilaxia tuberculozei participă nu numai medicii-ftiziologi, dar şi medicii din medicina generală – medicii de familie, internişti, pediatrii, chirurgii etc. Analiza activităţii de educaţie pentru sănătate privind profilaxia maladiilor chirurgicale şi a traumatismului denotă că acestor probleme li se acordă foarte puţină atenţie. În faţa chirurgilor, medicilor de familie stă sarcina micşorării mortalităţii prin aşa maladii grave ca încarcerarea herniei, perforarea ulcerului stomacal şi duodenal, apendicita acută şi, în special, ocluziile intestinale acute. E cunoscut faptul că succesul intervenţiei chirurgicale, rezultatul decisiv al terapiei maladii în mare măsură depinde de adresarea la timp a bolnavilor la medic, de consimţămîntul internării în staţionar şi la operaţie. Cu toate acestea, un număr considerabil de bolnavi se adresează medicului la a 2-a, a 3-a zi din momentul apariţiei accesului apendicitei acute, iar unii refuză operaţia. Alţii, pînă la sosirea medicului, întrebuinţează remedii care sînt contraindicate în cazul „abdomenului acut": iau purgative, aplică termofoare etc. Este necesar de explicat populaţiei simptomele „abdomenului acut", pentru a o convinge de necesitatea adresării urgente după ajutor medical, de explicat care este pericolul întrebuinţării remediilor casnice şi de ce este importantă spitalizarea şi intervenţia chirurgicală oportună.

Activitatea profilactică a medicilor de familie trebuie să fie orientată, de asemenea, spre diminuarea traumatismului de producţie şi habitual, utilizînd în acest scop presa locală, radioul, televiziunea etc.; spre instruirea muncitorilor privind metodele inofensive de lucru, acordarea primului ajutor medical în caz de traume etc.

Fiecare lucrător medical dispune de anumite date care mărturisesc faptul că un şir de cazuri de îmbolnăvire apar ca urmare a unui mod de viaţă incorect, a nerespectării cerinţelor elementare ale regimului de muncă şi odihnă, alimentării iraţionale etc.

Modul sănătos de viaţă constă nu numai în eradicarea deprinderilor dăunătoare, respectarea normelor şi regulilor igienice, solicitarea la timp a asistenţei medicale sau a unor sfaturi de la lucrătorii medicali privind respectarea regimului de muncă şi odihnă, de alimentare, ci şi în activitatea eficientă a omului, menită să perfecţioneze calităţile individuale şi obşteşti ale personalităţii, activitate care depinde de fiecare în parte şi de întreaga colectivitate în ansamblu.

Principalele aspecte ale modului sănătos de viaţă sînt:

- alimentarea raţională (evidenţa valorii biologice a produselor alimentare, ţinîndu-se cont de proteine, grăsimi, glucide, săruri minerale, vitamine, şi a valorii calorice; respectarea artei culinare în scopul evitării pierderii vitaminelor şi a altor substanţe biologice importante, reducerea în produsele alimentare a nitraţilor, nitriţilor, pesticidelor etc., profilaxia intoxicaţiilor alimentare şi a afecţiunilor intestinale acute);
- activitatea fizică şi călirea organismului;
- respectarea regimului de muncă şi odihnă (utilizarea diferitor metode de refacere după muncă, aplicarea exerciţiilor de cultură fizică şi a altor sisteme de refacere a forţei de muncă în timpul lucrului);
- conduita ecologică corectă (respectarea strictă a normelor de utilizare a pesticidelor şi îngrăşămintelor minerale, interdicţia poluării aerului şi apei etc.);
- sănătatea sexuală;
- combaterea deprinderilor dăunătoare (alcoolismul, tabagismul, narcomania, toxicomania etc.);
- evitarea cazurilor de autotratare şi de aplicare a metodelor "populare" de tratament;
- psihologia şi psihoprofilaxia;
- profilaxia maladiilor infecţioase şi neinfecţioase (maladiilor intestinale acute, SIDA, maladiilor dermatovenerologice etc.);
- igiena personală şi cea socială.

Promovarea modului sănătos de viaţă este imposibilă numai prin efortul lucrătorilor medicali. În această muncă trebuie să participe activ societatea în întregime.

Un loc important în activitatea de educaţie pentru sănătate a medicilor de familie îl deţine promovarea profilaxiei maladiilor infecţioase. Această activitate se desfăşoară sistematic, în corespundere cu conjunctura epidemică. O aten-

ţie deosebită se acordă măsurilor de profilaxie a celor mai răspîndite maladii – infecţiile acute ale căilor respiratorii, gripa şi infecţiile intestinale acute.

Adresarea timpurie la medic, în cazul îmbolnăvirilor infecţioase are o importanţă majoră nu numai pentru reabilitarea rapidă a bolnavilor, dar şi pentru preîntîmpinarea posibilităţii îmbolnăvirilor în masă.

În acelaşi timp, conform datelor statistice, în prima zi de îmbolnăvire s-au adresat la medic: cu gripă şi infecţii acute a căilor respiratorii superioare – 42,8% bolnavi, cu angină – 40,0%, cu infecţii intestinale acute – 52,7% bolnavi. Această situaţie impune necesitatea de a explica populaţiei importanţa adresării timpurii la medic în cazul bolilor infecţioase, informarea detaliată despre primele simptome ale acestor maladii, explicarea daunei grave ce poate fi cauzată sănătăţii colectivităţii de comportamentul iresponsabil al unor persoane bolnave.

Educaţia pentru sănătate a bolnavilor are o importanţă deosebită, deoarece comportamentul, atitudinea faţă de prescripţiile medicului în mare măsură determină succesul tratamentului.

Această educaţie constă nu numai în promovarea cunoştinţelor medico-igienice, ci este totodată o activitate educativă sistematică şi aprofundată. Adesea este necesar de a-l reeduca pe bolnav, de a-l impune să-şi refacă modul de viaţă, să-şi schimbe condiţiile de muncă şi de trai.

Medicul de familie trebuie să preîntîmpine nu numai dezvoltarea maladiei, dar în cazul în care ea a apărut, să preîntîmpine trecerea ei în formă cronică, apariţia, agravarea şi preîntîmpinarea complicaţiilor, trecerea dintr-o formă de boală în alta, înfăptuind măsuri profilactice şi curative eficiente. Toate acestea sînt posibile numai printr-o atitudine conştiincioasă a bolnavului faţă de prescripţiile medicului şi de tratament.

Activitatea şi corectitudinea acţiunilor bolnavului depind de faptul cît de precis ştie acesta ce trebuie să îndeplinească, cît de ferm crede că îndeplinirea prescripţiilor medicului va duce la însănătoşire. Unii bolnavi preţuiesc mult tratamentul cu medicamente, subapreciază şi nu conştientizează influenţa binefăcătoare a factorilor igienici în dezvoltarea maladiilor. Una dintre sarcinile educaţiei pentru sănătate a bolnavilor constă în a-i motiva şi a-i convinge de necesitatea respectării stricte, uneori timp îndelungat, a prescripţiilor medicului, a protejării sistemului nervos central, a măsurilor igienice (regimul raţional şi special, alimentarea curativă, aer curat, cultura fizică etc.).

Specificul profesiei de medic constă în obiectul acţiunii sale – omul, cu particularităţile lui subiective fiziologice şi psihologice. Boala, îndeosebi cea îndelungată sau grea, provoacă schimbări nu numai în sistemul somatic, ci şi în cel psihic, deoarece modificările organice şi dereglările funcţionale influenţează asupra activităţii sistemului nervos central.

Interesul bolnavului faţă de boala sa este firesc. E cunoscut faptul cu ce atenţie ascultă pacientul fiecare cuvînt al medicului despre boala sa şi ce multitudine de întrebări adresează. Neprimind răspuns de la medic la întrebările care-l interesează, bolnavul încearcă să-l găsească prin alte căi – mulţi citesc manuale, călăuze speciale şi articole pe teme medicale şi, ca urmare, îşi formează o imagine incorectă despre maladie. Bolnavii cu plăcere întreţin convorbiri cu cei din jur, le ascultă "sfaturile" şi uneori, ţinînd cont de ele, iau un medicament sau altul, încălcînd regimul şi alte prescripţii ale medicului. Din această cauză, este necesară explicarea ştiinţific argumentată a esenţei maladiei lui. Bolnavul trebuie învăţat să se comporte corect după externare şi revenire în condiţiile precedente, dăunătoare sănătăţii, pentru a se putea opune acestor influenţe negative, să le evite şi să-şi păstreze sănătatea.

În discuţiile sale cu bolnavul, medicul de familie trebuie să argumenteze esenţa şi sensul măsurilor profilactice şi curative recomandate. De exemplu, bolnavul suferind de ulcer stomacal sau duodenal, după asemenea convorbiri, trebuie să cunoască ferm, dar şi să înţeleagă de ce îi este interzis să întrebuinţeze unele sau alte produse şi bucate, de ce trebuie să se odihnească după serviciu, să nu consume băuturi alcoolice, să nu fumeze etc. şi ce urmări pot surveni la încălcarea indicaţiilor medicului.

În convorbirile cu bolnavii e necesar să se ţină cont nu numai de maladiile lor, dar şi de profesia şi condiţiile de viaţă, iar în concordanţă cu acestea să se dea sfaturi despre regimul de muncă şi de trai. Educaţia pentru sănătate a bolnavilor trebuie să ofere cunoştinţe necesare pentru ca, înţelegînd esenţa maladiei, ei să îndeplinească conştient prescripţiile curative şi igienice, să devină ajutori activi ai medicului. Educaţia pentru sănătate contra autotratamentului se va desfăşura pe larg. Bolnavii trebuie convinşi că, în cazul unora şi aceloraşi maladii, ceea ce este folositor unui bolnav poate să nu fie folositor sau chiar să fie dăunător altuia şi că utilizarea unor metode de tratare fără indicaţia medicului poate să înrăutăţească starea lor.

Popularizarea cunoştinţelor medico-igienice trebuie să se desfăşoare cu bolnavul la diferite etape de tratament. Sistemul organizării activităţilor curativ-profilactice permite realizarea supravegherii dinamice a bolnavilor, mai ales a celor dispensarizaţi. Aceasta oferă posibilitatea desfăşurării cu ei a activităţilor de educaţie pentru sănătate într-o ordine determinată, lărgind, completînd şi aprofundînd treptat volumul informaţiilor.

Organizarea corectă a activităţii de educaţie pentru sănătate este cel mai eficient remediu de distragere a bolnavului de la gîndul de boală şi duce la creşterea voinţei de însănătoşire, contribuie nu numai la apariţia, dar şi la activizarea tuturor forţelor de protecţie ale organismului.

Medicul de familie trebuie să utilizeze, în activitatea de educaţie pentru sănătate, toate formele, metodele şi mijloacele existente: verbale, scrise sau tipărite, vizuale, audiovizuale şi diferite combinaţii ale acestora.

Metoda de utilizare a mijloacelor verbale este foarte populară – ea se utilizează mai des decît celelalte. Comparativ cu alte modalităţi, promovarea verbală este mai simplă în plan organizatoric, mai economă din punct de vedere al cheltuielilor materiale şi al pierderii de timp pentru pregătire şi desfăşurare. Metoda comunicării orale permite a reacţiona rapid la problemele zilei, a diferenţia discursurile în corespundere cu posibilităţile, necesităţile, interesele, componenţa unor sau altor grupe de populaţie.

Metoda acţiunilor individuale se întrebuinţează mai frecvent în discuţia medicului cu bolnavul sau cu apropiaţii lui, permiţînd, prin contactul reciproc, să se ţină cont de particularităţile individuale, de sex, vîrstă, psihologice, nivelul de studii şi cultură, condiţiile de viaţă etc. O răspîndire largă a căpătat-o *convorbirea individuală*. Ea se referă la activitatea de educaţie pentru sănătate neplanificată şi se întrebuinţează mai frecvent în instituţiile curativ-profilactice, însă trebuie sa se ţină cont de faptul că aceste convorbiri pe care le desfăşoară medicii în procesul muncii curente nu sînt incluse în timpul rezervat pentru desfăşurarea educaţiei pentru sănătate.

O formă interesantă şi eficientă a educaţiei pentru sănătate este *convorbirea în grup* şi care se recomandă a fi desfăşurată la primirea bolnavilor în instituţiile de asistenţă medicală primară. Numărul bolnavilor nu trebuie să depăşească cifra de 15 persoane, deoarece creşterea numărului de ascultători va duce la scăderea eficacităţii muncii. După cuvîntul introductiv, medicul începe să pună întrebări pregătite din timp, aşa încît să participe toţi sau majoritatea ascultătorilor. După ce întrebările sînt epuizate, medicul face o concluzie despre eficacitatea convorbirii.

Partea pozitivă a convorbirii în grup constă în faptul că fiecare participant aşteaptă întrebarea ce îi va fi pusă, se pregăteşte de răspuns, urmăreşte cum răspund alte persoane, poate să polemizeze, să pună întrebări etc. El participă activ, creativ la elucidarea temei.

Serata de întrebări şi răspunsuri, prin organizarea metodică corectă, nu este mai puţin efectivă, fiind chiar mai interesantă decît convorbirea în grup. Serata e aceeaşi convorbire, însă aici întrebările sînt puse de către auditoriu, iar moderatorul răspunde la ele. E mai raţional a desfăşura serate tematice pe o temă sau pe un şir de teme înrudite, de exemplu, narcomania şi profilaxia infecţiei HIV/SIDA.

Pentru ca ascultătorii să însuşească mai bine tema, răspunsurile la întrebări se dau consecvent, în aşa mod încît să conţină introducere (punct de plecare), expunere (răspunsurile propriu-zise la întrebări) şi concluzie. Seratele nu trebuie să dureze mai mult de 2 ore.

Locul principal în educaţia verbală pentru sănătate îl ocupă *lecţia*. Utilizarea frecventă a lecţiilor în activitatea de educaţie pentru sănătate se explică prin faptul că, într-o perioadă scurtă (40-60 minute), poate fi expus un

volum mare de informaţie unui număr considerabil de ascultători. Pentru a-i cointeresa pe aceştia, e foarte important de a organiza corect lecţia, a utiliza exemple din viaţă accesibile pentru auditoriu. Fiecare lector organizează lecţia după propria viziune, existînd componente organizatorice generale de planificare a lecţiei de educaţie pentru sănătate a populaţiei. Lecţia trebuie să includă 3 părţi componente: introducere, cuprins şi încheiere.

Introducerea durează 5-6 min. la lecţiile de o oră şi 7-8 min. la lecţiile de 2 ore. Cuprinsul constituie esenţa lecţiei. În această parte trebuie să fie relevate măsurile concrete de profilaxie primară şi secundară, accesibile pentru îndeplinire. Ascultătorii trebuie convinşi asupra necesităţii îndeplinirii regulilor comportamentale recomandate de medic. În cadrul lecţiilor, nu trebuie să se prezinte amănunţit etiologia şi patogeneza maladiei, să se discute tabloul clinic al acesteia, ci trebuie enunţate numai primele simptome ale maladiei sau ale acutizării şi complicaţiile ei, pentru ca ascultătorii, depistîndu-le, să se adreseze imediat medicului.

Pentru a evita autotratarea, nu trebuie date reţete gata sau indicate dozele medicamentelor, regulile utilizării etc. Încheierea lecţiei presupune, mai întîi de toate, o revizuire scurtă a problemelor importante, despre care s-a vorbit la lecţie, şi referinţe.

Medicii de familie ţin lecţiile şi convorbirile pe anumite tematici. E necesar ca ei să adune sistematic materialul necesar (date statistice, publicaţii în presă, în revistele medicale, fragmente din opere artistice, observaţii individuale etc.).

Medicul trebuie să selecteze sistematic şi să înregistreze fapte interesante din activitatea sa practică din fişele medicale (de exemplu, cazurile adresării tardive după ajutor medical, cazuri în care nerespectarea regimului a dus la urmări grave pentru bolnav, întrebările frecvente şi interesante cu care se adresează ascultătorii, opiniile lor etc.).

Este foarte important să fie selectate materiale didactice ilustrative corespunzătoare pentru fiecare lecţie sau convorbire. În calitate de material ilustrativ pot fi întrebuinţate desene, mulaje, expoziţii etc. În timpul prelegerii sau convorbirii pot fi folosite tabla şi creta pentru reprezentarea schemelor, diagramelor, notarea unor cifre etc.

Mijloacele verbale care nu presupun contactul viu al medicului cu auditoriul sînt *televiziunea* şi *radioul*, iar mijloacele tipărite sînt foarte diverse (articole în presă, broşuri, călăuze, foi volante, placarde, buletine sanitare etc.).

Mai frecvent medicii de familie pot folosi aşa mijloace verificate ca *panoul de întrebări şi răspunsuri* şi *buletinul sanitar*. Succesul acestor forme de activitate depinde de mai multe condiţii – panoul pentru răspunsuri frumos aranjat, afişat la un loc vizibil (răspunsurile se schimbă de 1-2 ori pe lună, la

anumite date), o cutie pentru întrebări, iar lîngă ea, invitația de a lăsa în cutie întrebările scrise, la temele care îi interesează pe pacienți. Calitatea răspunsurilor, claritatea, expunerea succintă și justețea lor sînt foarte importante.

Buletinul sanitar e un mijloc de popularizare a cunoștințelor medico-igienice foarte răspîndit. Apariția regulată, eleganța și simplitatea de prezentare, alegerea reușită a componentelor – fotografii, desene, montaje de pe placarde, lozinci textuale, caricaturi – și, principalul, calitatea articolelor constituie cheia succesului.

În articole obligatoriu trebuie să se aducă pilde și fapte din viață. Interesul populației este suscitat prin notițele cititorilor, răspunsul la întrebări, umor, satiră, caricaturi etc. Scrierea denumirii buletinului frumos și cu litere mari poate să aibă caracterul unei chemări, lozinci; obligatoriu se indică instituția care elaborează buletinul, numărul, data elaborării. În partea de jos se indică numele medicului sau colectivului de autori. Buletinele sanitare pot fi volante (mobile), afișate pe rînd în diferite secții ale instituției medicale, în școli etc.

Capitolul XIII

ORGANIZAREA ŞI DESFĂŞURAREA ACTIVITĂŢILOR DE EDUCAŢIE PENTRU SĂNĂTATE ŞI DE PROMOVARE A MODULUI SĂNĂTOS DE VIAŢĂ ÎN INSTITUŢIILE MEDICO-SANITARE

Experienţa organizării ocrotirii sănătăţii demonstrează că starea sănătăţii populaţiei, calitatea activităţii instituţiilor curativ-profilactice, precum şi sănătatea publică în general sînt condiţionate, mai întîi de toate, de organizarea şi eficacitatea lucrului profilactic, de atenţia acordată acestui important sector de activitate de către fiecare lucrător medical.

Activitatea de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi de promovare a modului sănătos de viaţă bine organizată şi desfăşurată contribuie la diminuarea pierderii temporare a capacităţii de muncă prin reducerea acutizării şi a recidivelor maladiilor, prin adresarea la timp după ajutor medical prin îmbunătăţirea calităţii controlului profilactic şi determinarea diagnosticului în stadiul incipient al bolii.

O rezervă considerabilă în ameliorarea indicatorilor calitativi ai activităţii instituţiilor curativ-profilactice sînt promovarea modului sănătos de viaţă, desfăşurarea activităţilor de educaţie pentru sănătate în rîndul populaţiei sănătoase. Aceste componente ale serviciilor de sănătate la moment nu cunosc o dezvoltare largă, dar au mari perspective, deoarece educarea necesităţilor ferme ale omului de a fi sănătos, de a avea o atitudine grijulie faţă de sănătatea sa şi a celor din jur se răsfrînge în mod pozitiv asupra întregii sale activităţi.

Soluţionarea problemeloe de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă depinde, în mare măsură, de planificarea corectă a acestei activităţi. Înainte de a elabora planul de activitate, trebuie studiate profund ordinele Ministerului Sănătăţii, ale autorităţilor publice locale, literatura, materialele metodice şi informative la compartimentul nominalizat şi de a se familiariza cu experienţa organizării acestui serviciu în alte teritorii administrative ale republicii sau în alte ţări.

La desfăşurarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă este util a lua în calcul indicii activităţii instituţiilor curativ-profilactice din teritoriu şi, mai ales, indicii calitativi ai morbidităţii şi mortalităţii populaţiei, pierderea temporară a capacităţii de muncă, adresarea la timp după ajutor medical în cazul maladiilor chirurgicale şi al altor boli acute etc.

Planificarea corectă a activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în instituţiile curativ-profilactice constă nu

numai în formularea măsurilor şi a termenelor de realizare a lor, dar şi în determinarea executanţilor, a formelor, metodelor şi locurilor de realizare (prelegeri, serate de întrebări şi răspunsuri, casă de cultură, cinematograf, radio, presă etc.). La planurile trimestriale, de regulă, se elaborează planuri-grafice lunare de desfăşurare a activităţilor educaţionale (serate tematice, lecţii, discuţii, convorbiri în grup, vizionarea filmelor tematice, lansarea buletinelor sanitare etc.), în cadrul cărora se reflectă tematica, locul şi timpul desfăşurării, executanţii şi responsabilii de executare.

Volumul activităţii planificate pentru educaţia pentru sănătate a populaţiei se calculează reieşind din numărul de medici şi lucrători medicali cu studii medii, ţinînd cont de faptul că pentru promovarea verbală se prevăd aproximativ 60% din timpul prevăzut pentru desfăşurarea educaţiei pentru sănătate, pentru mas-media – 25% şi pentru cele vizuale –15%.

Sînt cazuri cînd unii medici şi lucrători medicali cu studii medii, fiind specialişti foarte bine instruiţi şi calificaţi, în acelaşi timp reuşesc cu greu să stabilească contactul necesar cu ascultătorii sau nu posedă practica necesară pentru a ţine un discurs la radio sau în faţa auditoriului. Pentru astfel de persoane, în planurile de activitate pot fi prevăzute forme şi metode de promovare tipărite sau instructive – textele lecţiei, articole în presa locală, buletine sanitare, panouri de întrebări şi răspunsuri etc.

Succesul realizării măsurilor planificate şi eficacitatea lucrului efectuat depind de actualitatea problemei şi debutul propagandistic la momentul oportun, de desfăşurarea manifestărilor anuale, cum ar fi: ziua mondială, luna, săptămîna de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice. Se va atenţiona asupra faptului că nu este corect să se planifice măsuri de promovare a profilaxiei gripei şi maladiilor acute ale căilor respiratorii superioare în perioada de vară, iar a profilaxiei holerei, intoxicaţiilor alimentare etc. – în perioada de iarnă. Dacă în teritoriu, de exemplu, se înregistrează o morbiditate majoră prin hepatite virale, infecţii cu transmitere sexuală, maladii cardiovasculare, tumori maligne etc., atunci problema profilaxiei acestor afecţiuni trebuie să-şi găsească reflectarea în planurile de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în perioada de maximă morbiditate.

Promovarea insistentă şi convingătoare a necesităţii alimentării raţionale, respectării regimului de muncă şi odihnă, atragerii populaţiei la practicarea culturii fizice şi activităţilor fizice, a atitudinii corecte faţă de sănătatea proprie şi sănătatea celor din jur, a luptei împotriva deprinderilor dăunătoare şi a altor aspecte ale modului sănătos de viaţă trebuie să-şi găsească neapărat reflectarea în activitatea de educaţie pentru sănătate a instituţiilor curativ-profilactice.

Calitatea şi eficacitatea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă printre bolnavii instituţiilor curativ-profilactice depind de nivelul de organizare, orientat spre atragerea şi implicarea bolna-

vilor în aceste activităţi. Auditoriul a devenit mult mai sever şi mai pretenţios faţă lectori, inclusiv faţă de persoanele care desfăşoară activităţi de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă. În scopul evitării unor momente nedorite şi a inexactităţilor, lectorul trebuie să pregătească din timp materialele, să posede tezele lecţiilor, discursurilor şi chiar planul convorbirilor, în care să includă exemple din teritoriu, localitate sau din colectivul de muncă. Este necesar să dispună de materiale vizuale sub formă de diagrame, tabele, diafilme, placarde etc.

Au o importanţă deosebită determinarea locului şi timpului desfăşurării măsurilor, înştiinţarea oportună a bolnavilor din subdiviziunile structurale ale instituţiei. În aceste scopuri, este preferabil un număr limitat de persoane responsabile de informarea bolnavilor şi de pregătirea auditoriului. Dacă manifestările propagandistice se desfăşoară în instituţiile medicale aflate în subordinea altor ministere şi departamente, atunci aceste sarcini sînt încredinţate lucrătorilor medicali din cadrul acestor instituţii. Dacă activitatea de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi de promovare a modului sănătos de viaţă se desfăşoară în incinta instituţiei medicale, varianta optimă ar fi de a avea pregătită în aceste scopuri o încăpere separată, în care ar putea fi organizate întîlniri cu bolnavii şi desfăşurate diferite măsuri de promovare – lecţii, convorbiri, demonstrări de filme şi videofilme, expoziţii etc. În cazul existenţei unei astfel de încăperi (cabinetul de educaţie pentru sănătate din instituţiile curativ-profilactice), este numită persoana responsabilă de activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, este elaborat planul activităţii, în care sînt prevăzute formele şi tematica măsurilor ce vor fi desfăşurate, datele, executanţii etc.

În lipsa unei încăperi separate pentru desfăşurarea educaţiei pentru sănătate, aceste măsuri pot fi realizate prin înregistrarea şi translarea lor prin radioul intern (dacă instituţia dispune de reţea radio internă), prin convorbiri în timpul vizitei pacienţilor, elaborarea buletinelor sanitare, panourilor de întrebări şi răspunsuri, vitrinelor sanitare etc.

O atenţie deosebită se va acorda popularizării cunoştinţelor medico-igienice şi promovării modului sănătos de viaţă prin intermediul surselor de informare în masă – televiziune, radio, presă. Acest compartiment de activitate necesită planificare în comun cu redacţiile ziarelor, cu staţiile de radiodifuziune şi televiziune locale, precum şi pregătire calitativă a materialelor, atitudine responsabilă din partea lucrătorilor medicali faţă de manifestările planificate.

Succesul activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă depinde de controlul realizării măsurilor planificate, al calităţii şi exactităţii efectuării lor. În acest scop, sînt numite persoane care vor realiza această activitate. De regulă, în această funcţie sînt numiţi conducătorii subdiviziunilor structurale, specialiştii principali, asistentele medicale superioare, alte

persoane care acordă ajutor organizator-metodic lucrătorilor medicali în pregătirea şi efectuarea educaţiei pentru sănătate. Un sprijin substanţial în aceste activităţi îl pot oferi grupul de lectori, specialiştii serviciului de educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informare.

Un rol important în educaţia pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă îl are organizarea concursurilor pentru cea mai bună subdiviziune, cabinet, concursuri ale buletinelor sanitare, textelor lecţiilor, convorbirilor, a altor forme de activitate educaţională. Periodic se efectuează bilanţul activităţilor desfăşurate, utilizînd rezultatele pentru stimularea morală şi materială a colaboratorilor, inclusiv atestarea lucrătorilor medicali etc.

Concomitent cu analiza indicilor sănătăţii populaţiei, este necesar să se studieze nivelul cunoştinţelor medico-igienice şi atitudinea cetăţenilor asupra diferitelor forme şi metode de promovare, precum şi atitudinea faţă de unele aspecte ale modului sănătos de viaţă, prin anchetări sau interogări. Anchetarea şi chestionarea pot fi desfăşurate atît în rîndul bolnavilor din instituţiile curativ-profilactice, cît şi în rîndul rudelor acestora.

Activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în instituţiile curativ-profilactice de diferit nivel constă în ridicarea nivelului culturii sanitare a bolnavilor şi în formarea deprinderilor igienice corecte, îmbogăţirea cunoştinţelor privind profilaxia recidivelor maladiilor şi abandonarea deprinderilor dăunătoare (alcoolism, narcomanie, toxicomanie şi tabagism), formarea comportamentului corect în perioada de reconvalescenţă şi reabilitare, a atitudinii conştiente faţă de sănătatea proprie şi cea colectivă. Această activitate se desfăşoară luînd în consideraţie profilul staţionarului şi patologia predominantă, pentru a ridica eficacitatea măsurilor profilactice, curative şi de diagnostic, precum şi a consolida rezultatele obţinute.

Organizarea şi desfăşurarea educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în staţionare, planificarea activităţilor, formele, metodele de desfăşurare şi alte aspecte ale lucrului educaţional corespund frecvent cu acţiunile care au loc în cadrul instituţiilor de asistenţă medicală primară. Ţinînd cont de specificul acestor tipuri de instituţii medicale, de contingentul bolnavilor şi de alte circumstanţe, această activitate are şi unele particularităţi. Planificarea măsurilor de educaţie pentru sănătate are loc în cadrul spitalului şi în fiecare subdiviziune separat, conform profilului acestora. Tematica măsurilor planificate trebuie să fie raportată la patologia predominantă în instituţia respectivă.

De exemplu, în secţia pentru bolnavi cu maladii ale sistemului cardiovascular (profil cardiologic) sau ale tractului digestiv (profil gastrologic), tematica măsurilor întreprinse trebuie să corespundă profilurilor secţiilor, aceasta însă nu trebuie privită ca o axiomă, deoarece poate provoca unele deficienţe în desfăşurarea activităţilor de educaţie pentru sănătate. În staţiona-

rele pentru pacienţi cu maladii oncologice sau cu dereglări ale psihicului, nu trebuie efectuată numai propaganda profilaxiei acestor boli, deoarece la bolnavi se pot forma unele concepţii greşite. În general, educaţia pentru sănătate în rîndul bolnavilor trebuie să se desfăşoare mult mai prudent decît printre oamenii sănătoşi, pentru că în plan psihologic cei afectaţi deja şi-au concentrat atenţia asupra stării sănătăţii lor şi orice informaţie referitor la boală se percepe cu mult mai sensibil, din care cauză planificarea tematicii, pregătirea şi desfăşurarea măsurilor educaţionale trebuie efectuate la un nivel înalt şi cu participarea specialiştilor din diferite domenii ale medicinei.

Tematica activităţilor trebuie să vizeze la familiarizarea bolnavilor cu regimul de muncă şi de alimentare, profilaxia secundară a bolilor, urmarea strictă a recomandărilor şi prescrierilor medicului-curant, precum şi să trateze probleme generale ale ocrotirii sănătăţii (infecţia HIV/SIDA, profilaxia gripei, infecţiilor acute ale căilor respiratorii superioare, promovarea modului sănătos de viaţă şi alte teme actuale). Dacă spitalul sau secţia dispune de o încăpere separată (sală de conferinţe, auditoriu, club etc.) şi de aparataj audiovizual, atunci pot fi organizate conferinţe, lecţii, serate tematice, vizionarea filmelor cu tematică medico-igienică, radiolecturi etc., cu atragerea bolnavilor din toate subdiviziunile spitalului, selectarea ascultătorilor fiind realizată de către medicii-curanţi, pentru a nu încălca procesul curativ şi de diagnostic, regimul sanitaro-igienic şi antiepidemic din instituţie.

Astfel de măsuri cu caracter general se desfăşoară de 1–2 ori pe săptămînă, fiind dedicate problemelor stringente ale sănătăţii publice (tabagismul, SIDA, alcoolismul, narcomania, cultura fizică şi sănătatea, regimurile de alimentare, odihnă, muncă etc.). În condiţii de staţionar se afirmă aşa forme de educaţie pentru sănătate, ca „şcolile de sănătate", convorbirile colective sau individuale, emiterea buletinelor sanitare, vitrinelor sanitare, organizarea ungheraşelor sanitare şi alte forme.

„Şcolile de sănătate" pentru bolnavii din staţionare funcţionează conform programelor speciale, prevăzute pentru 7 ore (5 teoretice şi 2 practice). Programele includ probleme privind familiarizarea bolnavilor cu regimul zilei şi igiena personală, ca baze ale modului sănătos de viaţă, alimentarea raţională, combaterea deprinderilor dăunătoare şi promovarea modului sănătos de viaţă, rolul culturii fizice în fortificarea sănătăţii şi altele. Numărul ascultătorilor în grup nu trebuie să fie mai mare de 20 de persoane, iar la orele practice – nu mai mare de 10. Bolnavii care urmează să fie instruiţi sînt selectaţi de medicul-curant. Cunoştinţele teoretice sînt transmise de către medici, cele practice – de către lucrătorii medicali cu studii medii. În staţionarele pentru copii şi în maternităţi, pot fi organizate „şcoli pentru mame" (tinere). Programul este destinat ridicării nivelului cunoştinţelor igienice ale mamelor privind îngrijirea copiilor.

În instituţiile de asistenţă medicală de staţionar, pentru organizarea şi desfăşurarea educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de

viață se utilizează pe larg înscrierea informației medico-igienice pe discuri, cu translarea ulterioară la radioul intraspitalicesc. Educația pentru sănătate a bolnavilor trebuie să se desfăşoare la toate etapele procesului de diagnostic şi de tratament. În toate subdiviziunile structurale care acordă bolnavilor asistență curativă, trebuie să fie amplasate buletine, ungheraşe, vitrine sanitare, alte forme vizuale şi tipărite. Tematica acestor forme trebuie să fie variată, să corespundă problemelor actuale ale ocrotirii sănătății, ele urmînd să fie expuse într-un mod expresiv şi accesibil bolnavilor, periodic să fie înnoite. În scopul utilizării raționale a mijloacelor de educație pentru sănătate vizuale şi tipărite sînt organizate periodic concursuri, cele mai reuşite exponate fiind utilizate în cadrul expozițiilor ambulante sau al schimbului de exponate între subdiviziunile instituției.

În scopul eficientizării activităților de educație medico-igienică a bolnavilor şi implicarii în aceste activități a tuturor lucrătorilor medicali, e rațional de efectuat analiza rezultatelor trimestriale (inclusiv desfăşurarea concursurilor pentru cel mai bun post medical, cel/cea mai bun/bună în profesie, cea mai bună secție), atît pe instituție, cît şi la nivel de subdiviziuni, cu examinarea lor ulterioară la diferite întruniri ale colectivului, la seminare, conferințe medicale etc. Un stimul important pentru activizarea muncii medicilor şi lucrătorilor medicali cu studii medii în desfăşurarea acestor activități este considerarea rezultatelor în cazul stimulării lor materiale şi morale, atestării pentru conferirea categoriei profesionale etc.

Examinarea periodică a problemelor privind organizarea şi desfăşurarea educației pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață la şedințele consiliului medical al instituției, de asemenea, contribuie la ameliorarea stării de lucruri în acest domeniu, la sporirea activității şi responsabilității medicilor şi lucrătorilor medicali cu studii medii în efectuarea măsurilor profilactice.

În condițiile actuale, mai rațional ar fi nu negarea activității specialiştilor serviciului educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață şi informare deja existente şi aprobate în practică, cum se întîmplă în unele instituții medicale, ci reorientarea organizator-metodică a acestora, ținînd cont de experiența şi rezultatele pozitive acumulate în domeniu. Numai o atare abordare a acestui compartiment foarte important al profilaxiei poate influența pozitiv starea sănătății populației.

Activitățile bine organizate şi desfăşurate în domeniul educației pentru sănătate a pacienților din instituțiile de asistență medicală de staționar vor contribui la: îmbunătățirea procesului de diagnostic şi tratament şi la recovalescența rapidă a bolnavilor, adresarea timpurie după ajutor medical, scăderea indicilor privind pierderea temporară a capacității de muncă, depistarea maladiilor infecțioase şi neinfecțioase în stadiile incipiente de evoluție, iar în final – la ameliorarea tuturor indicilor de activitate ai instituțiilor medicale.

Capitolul XIV

ORGANIZAREA ŞI DESFĂŞURAREA DE CĂTRE INSTITUŢIILE MEDICO-SANITARE A EDUCAŢIEI PENTRU SĂNĂTATE ÎN DOMENIUL PROFILAXIEI MALADIILOR INFECŢIOASE

În scopul protejării populaţiei de infectare, sînt necesare o serie de măsuri care trebuie să vizeze o colectivitate (familia, grădiniţa, şcoala, căminul etc.) şi să includă educaţia pentru sănătate a colectivităţii şi/sau a personalului de deservire din diferite instituţii, care au tangenţă cu îngrijirea şi educarea copiilor; examinări medicale profilactice periodice a colectivităţilor; dehelmintizarea persoanelor depistate bolnave cu helminteaze; respectarea măsurilor de igienă individuală şi colectivă, de igienă a alimentaţiei.

În baza experienţei existente în combaterea maladiilor infecţiose şi lichidarea unora dintre ele, s-a creat un sistem de acţiuni medico-igienice de profilaxie. Acest sistem se axează pe specificul răspîndirii maladiilor infecţioase, incluzînd atît lucrul la momentul apariţiei focarului de infecţie (izbucnire epidemică), cît şi în lipsa acestui focar, în conformitate cu pronosticul epidemiologic. Lucrul se desfăşoară cu bolnavii, cu purtătorii de germeni, cu persoanele contaminate, precum şi cu populaţia sănătoasă.

Educaţia pentru sănătate a populaţiei privind profilaxia maladiilor infecţioase este realizată în complex de către diferite instituţii medicale: centrele de sănătate publică, centrele medicilor de familie, spitalele de boli infecţioase, secţiile, cabinetele de boli infecţioase etc.

Centrele de sănătate publică:

1. Determină orientarea şi conţinutul educaţiei pentru sănătate a populaţiei, luînd în consideraţie particularităţile epidemice locale de răspîndire a maladiilor infecţioase în rîndurile adulţilor şi copiilor.
2. Realizează, în comun cu cabinetele de boli infecţioase, ridicarea nivelului de calificare a lucrătorilor medicali din instituţiile curativ-profilactice în domeniul promovării acţiunilor de profilaxie a maladiilor infecţioase în rîndurile populaţiei (metodica, conţinutul).
3. Elaborează materiale metodice în ajutorul lucrătorilor medicali privind profilaxia maladiilor infecţioase.
4. Efectuează pregătirea igienică diferenţiată a diferitelor grupe de populaţie.

În educaţia pentru sănătate a populaţiei, orientată la profilaxia maladiilor infecţioase, pe lîngă instituţiile medicale şi lucrătorii medicali participă şi instituţii nemedicale de stat, obşteşti, precum şi reprezentanţii lor în teritoriu

(Instituţia Publică Naţională a Audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*, Uniunea Jurnaliştilor, mijloacele de informare în masă organizaţiile negu-vernamentale etc.).

Oportunitatea educaţiei pentru sănătate.

Necesitatea educaţiei pentru sănătate a populaţiei, orientate spre prevenirea maladiilor infecţioase, este determinată de situaţia sanitaro-epidemiologică existentă în teritoriu, primul caz de maladie infecţioasă servind drept semnal pentru începutul desfăşurării lucrului educaţional. Este important să se ţină cont de eventuala apariţie a maladiilor infecţioase pentru a face pronosticul, în acest scop servind datele statistice privind maladiile infecţioase înregistrate în anii precedenţi, dinamica lor, unele boli sezoniere etc.

Este de o importanţă majoră concentrarea eforturilor la lichidarea unor focare separate, deoarece astfel va putea fi întrerupt lanţul epidemic şi va apărea posibilitatea reală de a preveni răspîndirea ulterioară a maladiilor. Prin urmare, perioada desfăşurării măsurilor antiepidemice se stabileşte în funcţie de indicii epidemici şi de pronosticul epidemiologic.

Caracterul acţiunilor antiepidemice

Popularizarea în rîndurile populaţiei a cunoştinţelor medico-iginice în profilaxia şi combaterea maladiilor infecţioase trebuie să corespundă sarcinilor practice, să fie concretă, să utilizeze realizările ştiinţei contemporane, în baza cărora sînt întreprinse acţiuni antiepidemice practice.

Educaţia pentru sănătate a populaţiei referitor la o anumită maladie infecţioasă se desfăşoară luînd în consideraţie particularităţile agentului patogen, căile de transmitere a infecţiei şi cercetările epidemiologice pentru fiecare caz separat. Este cunoscut faptul ca febra tifoidă se poate răspîndi nu numai pe calea contactului nemijlocit cu bolnavul sau cu purtătorul de germeni, ci şi prin apă şi produse alimentare contaminate. Evident, conţinutul educaţiei pentru sănătate a populaţiei în combaterea febrei tifoide în primul caz (infectarea în habitat) şi în al doilea (focarul epidemic acvatic şi alimentar) va fi diferit, atenţionînd populaţia asupra cauzelor principale care provoacă apariţia maladiei date, conţinutul şi sarcinile principale ale educaţiei pentru sănătate a populaţiei privind aceeaşi maladie infecţioasă fiind condiţionate de situaţia sanitaro-epidemică creată.

Corelaţia dintre educaţia pentru sănătate a populaţiei şi acţiunile antiepidemice

Orice acţiune antiepidemică specială (vaccinarea, examinarea epidemiologică, spitalizarea bolnavului, dezinfectarea focarelor epidemice etc.) va fi

însoţită de un lucru explicativ. Astfel, pe parcursul examinării epidemiologice a cazului de maladie infecţioasă este necesar de a elucida esenţa maladiei, mecanismul debutului infecţios şi de a atenţiona populaţia asupra măsurilor de profilaxie. Este util, în afara explicaţiilor orale, să se distribuie agende (foi volante) despre maladia dată.

Sarcinile principale ale educaţiei pentru sănătate a populaţiei în focarele epidemice sînt:

- A contribui la spitalizarea urgentă a bolnavului şi la dezinfectarea focarului.
- A instructa toate persoanele care au contactat cu bolnavul privind autocontrolul stării sănătăţii proprii.
- A preveni cazurile ulterioare de contact cu bolnavii.

Esenţa lucrului cu bolnavi cronici şi reconvalescenţi după tratament în condiţii de staţionar constă în promovarea deprinderilor igienice, în scopul minimizării riscului de răspîndire a infecţiei.

Cele expuse relevă că atenţia principală în promovarea măsurilor de profilaxie a maladiilor infecţioase se va acorda:

- Informării largi despre formele fruste (uşoare) ale bolilor, deosebit de periculoase în plan epideimiologic, convingînd populaţia să se adreseze imediat după ajutor medical în cazul celei mai neînsemnate suspecţii la infecţie.
- Explicării pericolului autotratamentului, chiar şi în cazul formelor "uşoare" de îmbolnăviri, daunei folosirii neîntemeiate şi incorecte a antibioticelor (în rezultat pot apărea forme de germeni patogeni rezistenţi la antibiotice, ceea ce va spori numărul persoanelor purtătoare de germeni).
- Convingerii perseverente în obligativitatea spitalizării bolnavului, în caz că ea este recomandată de medic. Ca motive sînt invocate interesele proprii ale bolnavului (asigurarea unui tratament calitativ) şi interesele societăţii (prevenirea apariţiei unor noi cazuri de maladie).
- Furnizării informaţiei privind sursele şi căile de transmitere a infecţiei, în funcţie de epidemiologia maladiei, pentru a argumenta acţiunile profilactice corespunzătoare, măsurile profilactice individuale şi cele colective.
- Popularizării vaccinărilor profilactice contra infecţiei determinate, argumentînd necesitatea respectării stricte a divizibilităţii şi termenelor vaccinării.
- Sporirii nivelului de cultură generală şi sanitară a populaţiei prin toate mijloacele accesibile, raportate la profilaxia infecţiei date.

Cu toate acestea, rezultatul dorit nu poate fi obţinut în urma efectuării unor acţiuni propagandistice izolate de profilaxie a maladiilor infecţioase, importantă fiind elaborarea unui sistem de acţiuni care decurg din specificul epidemiologiei maladiei date şi din condiţiile existente în focarul epidemic.

Promovarea măsurilor antiepidemice este determinată de metodele generale de profilaxie a maladiilor infecţioase şi de specificul epidemiologic al unor sau altor maladii infecţioase, astfel, educaţia pentru sănătate în timpul izbucnirilor epidemice şi în perioada interepidemică diferă esenţial.

În perioada interepidemică, acest lucru se va efectua prin: educaţia igienică a elevilor şi părinţilor lor; instruirea, în cadrul unor cursuri speciale, a lucrătorilor cu anumite specialităţi (sanminimul); prelegeri şi convorbiri în diferite grupe de populaţie, în diverse întreprinderi şi colective organizate. În propaganda antiepidemică se vor utiliza pe larg radioul, televiziunea, presa etc. În timpul izbucnirii epidemice este necesar de a utiliza toate mijloacele mass-mediei, îmbinate cu munca individuală în focarele epidemice.

Un rol important în organizarea şi determinarea conţinutului educaţiei pentru sănătate a populaţiei vizînd profilaxia maladiilor infecţioase le revine cabinetelor de boli infecţioase, ele orientînd şi organizînd toată munca curativ-profilactică şi propagandistică de combatere a infecţiilor în aria de desfăşurare a activităţii centrului medicilor de familie. Medicul din cabinetul de boli infecţioase organizează activitatea de diagnosticare, profilaxie şi tratament, în scopul depistării la timp a bolnavilor, prevenirii îmbolnăvirilor în rîndurile persoanelor care au contactat cu bolnavii, realizării tratamentului adecvat şi supravegherii celor care au suportat boala, precum şi a purtătorilor de germeni patogeni. Medicul cabinetului de boli infecţioase va ţine prelegeri pentru medicii de familie în problemele diagnosticării timpuriu a maladiilor infecţioase, organizînd în acest scop lecţii, seminare, conferinţe etc.

Medicii de familie depistează primii bolnavul cu maladie infecţioasă, iar de modul de respectare a recomandărilor igienice în familie, în sector depinde dacă boala va fi sau nu va fi învinsă. Depistarea timpurie a bolnavilor, diagnosticarea corectă a maladiilor, precum şi acordarea ajutorului curativ calificat vor favoriza însănătoşirea rapidă a bolnavului şi prevenirea răspîndirii infecţiei.

În efectuarea măsurilor curative, de asanare şi propagandistice, o importanţă primordială le revine lucrătorilor medicali cu studii medii speciale. Asistentele medicale, la indicaţia medicului de familie, întreţin convorbiri cu populaţia (privind respectarea regulilor igienice, combaterea insectelor purtătoare de infecţie etc.), participă la toate acţiunile antiepidemice ce se efectuează în focarele de infecţie.

În centrele medicilor de familie, cele mai răspîndite metode şi mijloace de educaţie pentru sănătate a populaţiei sînt convorbirile individuale şi în grup, discursurile ţinute de medici prin staţiile de radiodifuziune locală.

O popularitate deosebită o au consultaţiile profilactice în grup pentru persoanele care au suportat maladii infecţioase, pe care le acordă medicul din cabinetul de boli infeţioase, după munca organizatorică efectuată în prealabil de asistenta medicală.

Foile volante, pliantele, buletinele sanitare, panourile cu întrebări şi răspunsuri joacă un rol important în popularizarea cunoştinţelor privind profilaxia maladiilor infecţioase. Modul de prezentare a informaţiei medico-sanitare, atractivitatea şi argumentarea ei ştiinţifică sînt cerinţe metodice importante în educaţia pentru sănătate.

Medicul de familie urmează să efectueze o muncă instructiv-educativă cu membrii familiei bolnavului. Educaţia pentru sănătate în staţionarele de boli infecţioase se bazează pe aceleaşi principii ca şi în staţionarele de boli somatice. Bolnavii sînt informaţi în privinţa comportării igienice corecte în perioada tratamentului în staţionar şi după externare, prevenirii răspîndirii infecţiei şi evitării apariţiei unor complicaţii.

Educaţia pentru sănătate se va efectua la toate etapele aflării bolnavului în staţionarul de boli infecţioase: în salon prin convorbiri individuale şi în grup, cu studierea literaturii ştiinţifico-populare medicale, în cabinetul medicului (la externare) – prin discuri individuale, cu înmînarea unor agende corespunzătoare.

Una dintre sarcinile importante ale propagandei antipidemice este explicarea etiologiei maladiilor infecţioase, cu indicarea surselor şi căilor de transmitere a infecţiei. La abordarea acestor probleme, este important să fie prezentate cazuri concrete, în scopul transformării în conştiinţa ascultătorilor a adevărului abstract în cunoştinţe concrete şi reale, care vor contribui la formarea atitudinii corecte, ce va duce la respectarea normelor de comportament igienic.

Se va ţine cont de faptul că persoanele fără studii medicale vor întîmpina dificultăţi în înţelegerea mecanismului de transmitere a infecţiei, în special în conştientizarea caracterului extrem de contagios al infecţiilor aerogene. Abordarea cu iscusinţă a problemelor simplifică esenţial concepţia complicată a patogenezei şi a mecanismului de transmitere a infecţiei. Descrierea clinicii maladiei este necesar a fi prezentată nu doar după cum este expusă în manuale şi ghiduri, dar reieşind din sarcina concretă pe care şi-o pune lectorul. Sarcina prelegerii (convorbirii) deseori o constituie imformarea populaţiei prvind simptomele debutului maladiei, pentru adresarea timpurie după asistenţă medicală şi, prin urmare, pentru diagnosticarea şi spitalizarea oportună.

În rîndul populaţiei este răspîndită părerea despre existenţa unor infecţii "uşoare", practic inevitabile. Asemenea maladie este considerată, de exemplu, tusea convulsivă. Descrierea corectă a tabloului clinic grav, precum şi a diverselor complicaţii ale maladiei în astfel de cazuri este foarte utilă. Referitor la eficacitatea tratamentului, este necesar de a accentua importanţa adresării la timp la medic şi a debutului tratamentului. Pentru a influenţa ascultătorii, pot fi menţionate evoluţiile "triste" ale bolii, legate de solicitarea tardivă a asistenţei medicale.

Înbunătățirea calității asistenței medicale curativ-profilactice este strîns legată de ridicarea nivelului culturii sanitare a populației. Acțiunile curative, izolate de măsurile de influență a comportamentului igienic al populației, nu pot asigura realizarea sarcinilor care stau în fața sistemului ocrotirii sănătății – lichidarea unor maladii infecțioase și diminuarea rapidă a altora.

În scopul popularizării cunoștințelor medico-igienice privind profilaxia maladiilor infecțioase pot fi utilizate diverse forme și mijloace. Transmiterea informației de la comunicator la receptor poate fi realizată prin mai multe modalități, utilizate aparte sau în combinație. Mijloacele de educație pentru sănătate folosite în profilaxia maladiilor infecțioase sînt multiple (verbale, scrise sau tipărite, vizuale), iar sursele principale de informare pentru populație le constituie mijloacele de informare în masă: televiziunea, radioul și presa. Prin intermediul acestor mijloace, poate fi îmbunătățit nivelul de cunoștințe medico-igienice, iar în consecință pot fi modificate comportamentul, deprinderile, obiceiurile, deoarece este bine cunoscut faptul că oamenii se îmbolnăvesc, în primul rînd, din cauza modului nesatisfăcător de viață pe care îl duc.

Televiziunea are, desigur, posibilități nelimitate de desfășurare a educației pentru sănătate. Prezența programelor destinate copiilor, femeilor, tineretului, populației rurale garantează răspîndirea informației în rîndurile diferitelor categorii de populație. Realizatorii emisiunilor televizate consacrate popularizării cunoștințelor medico-igienice privind profilaxia maladiilor infecțioase trebuie să stabilească relații strînse și permanente cu telespectatorii și să ia în considerație doleanțele lor. Difuzarea unei informații succinte și calitative realizează trecerea ei la nivelul subconștientului, ceea ce constituie baza reorientării spre un mod de viață sănătos.

Din punct de vedere metodic, este foarte important ca în timpul mesajelor televizate informația orală să alterneze cu demonstrarea reportajelor, interviurilor, secvențelor din diferite filme științifico-populare și artistice.

În popularizarea cunoștințelor medico-igienice privind profilaxia maladiilor infecțioase este necesar să fie utilizate cît mai pe larg posibilitățile radiodifuziunii. Activitatea la radio trebuie organizată sub formă de „Sfatul medicului", „Radiolecturi", „Radiouniversitate populară" etc., materialele fiind selectate în conformitate cu situația sanitaro-epidemiologică existentă la moment. În orașe, comune, școli și instituții ce dispun de centre de radiodifuziune, lucrătorii medicali pot organiza radiolecturi permanente cu privire la educația pentru sănătate a ascultătorilor, la conduita corectă din punct de vedere igienic, la reducerea sau lichidarea factorilor cauzali ai maladiilor infecțioase. Radiolecturile trebuie să funcționeze după un plan elaborat din timp, iar despre emisiunile prevăzute în acest plan ascultătorii vor fi anunțați în prealabil. Emisiunile nu trebuie să se reducă numai la constatarea existenței anumitor factori de risc, ci trebuie să conțină și unele sfaturi practice

concrete. Radiolectura include şi răspunsuri la scrisorile radioascultătorilor. Lectorul trebuie să ţină cont de felul de întrebări ce pot fi puse şi să formuleze răspunsuri la ele recurgînd şi la umor, proverbe, zicători etc.

Comparativ cu alte mijloace de informare în masă, presa are priorităţile sale, dispunînd de posibilitatea de a desfăşura cicluri de educaţie pentru sănătate a populaţiei. În acest scop sînt inaugurate rubrici speciale, în care sînt publicate materialele cu conţinut special, destinat popularizării cunoştinţelor medico-igienice privind profilaxia maladiilor infecţioase ce tratează anumite probleme concrete. Popularizarea cunoştinţelor medico-igienice privind profilaxia maladiilor infecţioase are drept obiectiv promovarea preceptelor modului sănătos de viaţă, dezvoltarea unor deprinderi igienice corecte.

Elaborarea şi prezentarea materialelor de educaţie pentru sănătate destinate difuzării prin sursele mass-mediei

Situaţia medico-demografică şi epidemiologică nefavorabilă din Republica Moldova, deficitul de materiale specifice necesare în tratamentul unor maladii, răspîndirea deprinderilor dăunătoare în rîndul populaţiei, nivelul înalt al morbidităţii prin maladii infecţioase şi neinfecţioase – toate acestea impun necesitatea intensificării măsurilor de profilaxie şi, evident, a educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă.

În scopul determinării importanţei diferitelor surse de informare a populaţiei Republicii Moldova în probleme de promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate, a fost studiată, prin metoda anchetării, popularitatea mijloacelor de informare în promovarea cunoştinţelor medico-igienice în rîndul populaţiei. Datele obţinute denotă faptul că populaţia obţine informaţia medico-sanitară de la medici (68,4%), din emisiunile televizate republicane (49,0%), convorbirile cu asistentele medicale (46,2%), emisiunile radiofonice (28,6), publicaţii în presa centrală (21,4%). Cele mai eficiente surse de informare, conform opiniei populaţiei, sînt convorbirile cu medicii (66,7%), urmînd apoi emisiunile televizate republicane (45,5%), convorbirile cu asistentele medicale (39.5%), emisiunile radiofonice (28,0%) şi publicaţiile în presa republicană centrală (19,5%).

Analiza surselor de informare medico-sanitară a populaţiei demonstrează implicarea tot mai efectivă în acest proces, pe lîngă reţeaua medicală, şi a surselor de informare în masă (radioul, televiziunea, internetul şi presa).

Radioul este cel mai accesibil mijloc de informare în masă la ora actuală. Informaţiile pe teme de promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate, destinate difuzării prin intermediul radioului, cu o durată de 3-5 minute, trebuie să pună în discuţie teme actuale de instruire medico-igienică a populaţiei sub formă de monolog sau dialog cu moderatorul emisiunii, să conţină sfaturi

privind profilaxia şi depistarea timpurie a stărilor de boală, răspunsuri la întrebările radioascultătorilor. Emisiunile în direct cu medicii-specialişti, cu o durată de 30-40 min., pun în discuţie probleme majore ale promovării sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate, stabilite în prealabil, şi răspunsuri în direct la întrebările radioascultătorilor. Este recomandat autorilor acestor informaţii şi participanţilor la emisiunile radiofonice în direct cu ascultătorii să-şi pregătească în prealabil informaţia, preferabil în scris, pentru a o expune mai convingător, fără inexactităţi şi pauze nedorite, corect din punct de vedere lingvistic şi profesional.

Televiziunea dispune de posibilităţi enorme de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice. Discursurile specialiştilor Ministerului Sănătăţii, savanţilor, medicilor-specialişti pe diferite teme de promovare a sănătăţii şi de educaţie pentru sănătate contribuie la conştientizarea de către populaţie a necesităţii înfăptuirii măsurilor de profilaxie, depistării stărilor premorbide şi tratamentului timpuriu al maladiilor infecţioase şi neinfecţioase. Luînd în consideraţie specificul emisiunilor televizate, este recomandat participanţilor la aceste reportaje să aibă o prestaţie caracteristică unui lucrător medical, să expună materialul clar, convingător, cu exemple din experienţa proprie şi a colegilor săi, în scopul sporirii atractivităţii şi eficienţei informaţiei difuzate.

Presa are prioritate faţă de alte surse de informare în masă prin faptul că cititorul poate reveni oricînd la materialele ce-l interesează, poate să le transmită altor persoane, să pună întrebări redacţiei publicaţiei şi să primească un răspuns competent de la medicul-specialist. Volumul materialelor pregătite spre publicare poate varia – materialele ce tratează o temă majoră de sănătate publică, destinate publicaţiei în presa republicană, vor conţine 3-7 pagini de text, cele de orientare instructivă – pînă la 3 pagini, iar la rubrica "Sfatul medicului" – pînă la o pagină, dactilografiate peste 2 intervale, fără greşeli. Materialele imprimate în două exemplare, cu semnătura autorilor, vor avea următoarea destinaţie: primul exemplar va fi transmis redacţiei publicaţiei, iar cel de al doilea va rămîne la autor pentru evidenţă şi utilizare ulterioară în cadrul altor activităţi.

Analiza tematicii materialelor de promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate destinate difuzării prin sursele mass-media, elaborate în instituţiile medicale republicane şi teritoriale, demonstrează faptul că în multe instituţii tematica se repetă de la an la an, în altele tematica elaborată este diversă, dar nu este îndeplinită în totalitate, nu se efectuează evidenţa corectă a îndeplinirii măsurilor planificate.

Calitatea materialelor difuzate prin intermediul radiodifuziunii şi televiziunii republicane este bună, datorită faptului că în cadrul lor activează redactori cu specializare în domeniul medicinei, informaţia fiind canalizată în domenii de maxim interes pentru populaţie, iar calitatea materialelor elabo-

rate şi difuzate prin reţelele locale de radiodifuziune şi televiziune în multe cazuri lasă de dorit. De asemenea, multe materiale pregătite pentru publicare în presa republicană şi cea locală uneori nu sînt axate pe tema educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă, nu conţin informaţii şi sfaturi utile populaţiei privind profilaxia şi depistarea timpurie a maladiilor, instruirea medico-igienică, combaterea deprinderilor dăunătoare etc., ci conţin materiale cu aspect ştiinţific, cu un limbaj greu de înţeles pentru cititori, din care cauză aceste materiale de multe ori sînt respinse de redacţiile publicaţiilor.

Conducătorii instituţiilor medicale republicane şi teritoriale trebuie să intensifice controlul asupra calităţii, volumului şi termenelor elaborării, difuzării şi publicării în mass-media republicană şi cea locală a materialelor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, care trebuie să abordeze probleme majore ale ocrotirii sănătăţii, realizările ştiinţei medicale, clinica, diagnosticul şi profilaxia maladiilor grave şi frecvent depistate, orientarea populaţiei spre ridicarea nivelului culturii sanitare, cultivarea unui comportament individual şi colectiv conştient şi responsabil, în scopurile dezvoltării, menţinerii şi fortificării sănătăţii, recuperării capacităţii de muncă şi prelungirii duratei de viaţă activă. Totodată, aceste materiale trebuie să fie elaborate într-un limbaj accesibil, corect, destinat tuturor păturilor sociale, şi să nu conţină prea mulţi termeni ştiinţifici.

Capitolul XV

ACTUALITATEA IMPLEMNTĂRII STRATEGIILOR ORGANIZAŢIEI MONDIALE A SĂNĂTĂŢII ŞI A TACTICII DE EDUCAŢIE PENTRU SĂNĂTATE ŞI PROMOVARE A MODULUI SĂNĂTOS DE VIAŢĂ, A STRUCTURII ŞI NORMATIVELOR DE STATE

La baza progresului economic durabil, independent de societate, stau mai multe elemente, dintre care resursele umane şi cele naturale sînt cele mai importante. O asemenea prioritate a resurselor umane nu este ocazională. Una dintre condiţiile de dezvoltare social-economică durabilă a societăţii este sănătatea populaţiei. Ameliorarea sănătăţii se soldează cu multe avantaje: de ordin economic (producerea valorilor materiale sporită, reducerea cheltuielilor pentru servicii medicale şi îngrijire, micşorarea cheltuielilor pentru concediile de boală etc.) şi de ordin moral (evitarea deceselor, invalidităţii, libertatea fizică şi mintală pentru activităţi recreative şi de creaţie etc.).

Din momentul obţinerii independenţei în anul 1991, Republica Moldova a trecut printr-un proces de transformări profunde. Dificultăţile acestei perioade au fost determinate, în primul rînd, de factorul socioeconomic. În aceste condiţii, capacitatea statului şi a sistemului de sănătate a fost diminuată.

La iniţierea reformelor (1992-1994), a fost redusă esenţial susţinerea financiară a ramurii sănătăţii din Republica Moldova, fapt ce a provocat o scădere evidentă a standardelor de viaţă, punînd la îndoială dezvoltarea durabilă a societăţii. Aceasta a avut consecinţe grave medico-demografice şi de sănătate a populaţiei, manifestîndu-se prioritar prin sporirea evidentă a mortalităţii generale, prin micşorarea natalităţii, cu reducerea esenţială şi înregistrarea pînă în prezent a sporului natural negativ al populaţiei.

S-a evidenţiat o creştere majoră a maladiilor cronice neinfecţioase: cardiovasculare, tumori maligne, bolile sîngelui, ale organelor hemopoietice şi unele tulburări ale mecanismului imunitar, maladii endocrine, de nutriţie şi metabolism, maladii ale aparatului digestiv etc. A sporit şi incidenţa bolilor social condiţionate: a tuberculozei, a bolilor cu transmitere sexuală şi HIV/SIDA, a pediculozei, scabiei etc. Sporirea evidentă a presiuniii factorilor stresanţi a condus la creşterea frecventă a dereglărilor psihice. Iau amploare deprinderile dăunătoare, cum ar fi fumatul, consumul abuziv de alcool şi administrarea drogurilor. S-a redus esenţial speranţa de viaţă a populaţiei.

Din procesele care au influenţat sănătatea populaţiei pot fi enumerate următoarele:

- criza economică, cu elementele ce o însoţesc: şomajul, subnutriţia, condiţiile microclimaterice insuficiente la locurile de muncă şi la domiciliu, starea de stres social;
- scăderea nivelului asistenţei medicale şi asigurarea neîndestulată cu medicamente;
- poluarea surselor de apă potabilă;
- migraţia sporită a populaţiei, turismul şi businessul sexual ş. a.

Declinul social, cu laturile lui negative, s-a produs pe un fundal ecologic extrem de nefavorabil. Agricultura denaturată în decurs de cîteva decenii a condus la poluarea chimică pronunţată a factorilor de mediu şi a lăsat o moştenire grea în ceea ce priveşte sănătatea populaţiei rurale. Această situaţie condiţionează scăderea potenţialului de adaptare a organismului la factorii nefavorabili, inclusiv scăderea imunităţii, cauzează agravarea tuturor maladiilor, extinderea termenului de convalescentă, „întinerirea" bolilor cronice, decompensarea timpurie a maladiilor.

Toate acestea sînt o dovadă convingătoare a degradării sănătăţii publice în ţara noastră şi susţin concluzia grupului de lucru al OMS, care a activat în Republica Moldova: "Ca urmare a declinului economic şi social, statutul medical al populaţiei Moldovei, după anii 1991-1992, s-a înrăutăţit mult şi are cei mai joşi indici din Europa. Ratele de deces după vîrstă standardizată pentru toate grupele de vîrstă sînt în medie cu 50% mai înalte decît în tările dezvoltate din Europa".

Totodată, în mare măsură sănătatea publică precară este legată cu incompetenţa populaţiei privind factorii de risc şi măsurile de evitare a acţiunii lor asupra sănătăţii, lipsa unui comportament, a unei atitudini ferme, hotărîte în acest sens, a responsabilităţii personale şi colective a populaţiei faţă de sănătate. Este de menţionat că modul de comportament în condiţii de habitat, în procesul muncii, de consum, de petrecere a timpului liber, de relaţii interpersonale şi comunitare, dacă este completat cu un conţinut sanogen, igienic, îndeplineşte şi asigură, în acelaşi timp, funcţiile profilactice – de prevenţie a maladiilor, de menţinere şi fortificare a sănătăţii, de reducere a morbidităţii [196]. Majoritatea bolilor cronice de astăzi sînt consecinţa condiţiilor de viaţă din tinereţe şi sînt influenţate de circumstanţele modului şi stilului de viaţă.

Eficienţa măsurilor de prevenire a multor boli netransmisibile depinde, pe lîngă alţi factori, de formarea prin educaţie, la nivel de individ, familie, colectivitate, a unui comportament sanogen, a unei atitudini active faţă de modul şi stilul de viaţă şi crearea unei opinii de masă în ceea ce priveşte prevenirea şi depistarea cît mai timpurie a fenomenelor morbide. Societatea trebuie să fie convinsă de necesitatea promovării medicinei omului sănătos, de orientarea prioritară către acţiuni preventive, în primul rînd, la nivel de

profilaxie primară, pentru a se recurge cît mai puțin la măsuri de reparare sau recuperare.

Așadar, se impune o reformă radicală în promovarea sănătății și profilaxia primară a maladiilor prin educația pentru sănătate, cu scopul ridicării culturii sanitare a populației și responsabilității personale și colective a populației față de sănătate. Oamenii trebuie să înțeleagă că sănătatea este un capital util pentru societate și că nu există dezvoltare social-economică fără sănătate, de aceea trebuie încurajate crearea și utilizarea rațională a serviciilor medicale.

În anul 1984, Biroul OMS pentru Europa a adoptat Programul *Sarcinile realizării sănătății pentru toți. Politica europeană a ocrotirii sănătății*, care a inclus 38 de sarcini majore. Ulterior, în 1991, acest program a fost revăzut și perfecționat. Locul de frunte în program îl ocupă profilaxia, îndeosebi problemele educației pentru sănătate și ale promovării modului sănătos de viață.

Sarcina 15 din acest program – *Competența în problemele ocrotirii sănătății* – prevedea că toate statele-membre trebuie să dispună de sisteme accesibile și eficiente de instruire în problemele fortificării sănătății, fapt care va spori competența populației și a grupurilor profesionale în acest domeniu și va contribui la conștientizarea importanței problemelor ocrotirii sănătății de către lucrătorii din alte sfere de activitate.

Carta de la Ottawa stabilește că scopul și sarcinile principale în acest domeniu trebuie să fie medierea dintre diferite interese în societate, pentru asigurarea și atingerea sănătății. Aceasta poate fi atinsă prin: elaborarea unei politici publice în sănătate, crearea condițiilor și asigurarea factorilor care să mențină sănătatea, intensificarea activității publice și la nivel de comunitate, dezvoltarea deprinderilor și abilităților personale, reorientarea serviciilor de ocrotire a sănătății spre activități de profilaxie, inclusiv de PS, EPS și PMSV [182].

În Declarația celei de-a 4-a Conferințe Internaționale de Promovare a Sănătății de la Jakarta, au fost identificate prioritățile în acest domeniu pentru secolul XXI, printre care:

- creșterea investițiilor pentru îmbunătățirea stării de sănătate, cu o abordare multisectorială, inclusiv alocarea suplimentară de resurse pentru promovarea sănătății, educație pentru sănătate și mobilizare socială a populației, pentru a favoriza evoluția pozitivă a dezvoltării umane, a sănătății și a calității vieții;
- realizarea unor parteneriate în promovarea sănătății, între diferite sectoare la toate nivelele de guvernanță în societate pentru dezvoltarea socială și a sănătății. Parteneriatele oferă un beneficiu mutual pentru sănătate prin împărtășirea experienței, a abilităților și a resurselor, care ar trebui să adere la liniile directoare ale OMS;

- creşterea capacităţii comunitare şi împuternicirea individului. Promovarea sănătăţii se face cu oamenii şi pentru oameni. Ea presupune atît îmbunătăţirea capacităţii indivizilor de a pune în practică acţiuni, cît şi a capacităţii grupurilor, a organizaţiilor sau a comunităţilor de a influenţa factorii determinanţi ai stării de sănătate. Activităţile de fortificare şi promovare a sănătăţii şi procesele de luare a deciziilor pot fi efective atunci cînd rolul principal în ele va aparţine populaţiei. Competenţa, informarea în domeniul ocrotirii sănătăţii, educaţia în problemele sănătăţii şi ocrotirii ei asigură participarea largă a populaţiei. Accesul cît mai larg al cetăţenilor la EPS este o condiţie pentru participarea lor la realizarea măsurilor de ocrotire a sănătăţii şi la adoptarea deciziilor în domeniu.

Îmbunătăţirea capacităţii comunităţilor de promovare a sănătăţii presupune educaţie practică, pregătire în domeniul conducerii şi acces la resurse. Împuternicirea indivizilor presupune acces mai larg la procesul de luare a deciziilor, precum şi cunoştinţe şi abilităţi esenţiale pentru a produce schimbarea.

Atît comunicarea tradiţională, cît şi noile mijloace de informare trebuie să sprijine acest proces. Resursele sociale, culturale şi spirituale trebuie să deschidă căi inovatoare. Pentru realizarea acestor sarcini este necesară asigurarea unei infrastructuri de PS şi EPS, cu noi mecanisme de finanţare la nivel local şi naţional (OMS, 1997).

Scopul 11 – *Un mod (stil) mai sănătos de viaţă* al noilor strategii de sănătate ale Biroului OMS pentru Europa, cu obiectivul *Sănătatea 21 – sănătate pentru toţi în secolul 21*, accentuează: "Către anul 2015 oamenii din toate păturile societăţii trebuie să accepte un mod mai sănătos de viaţă".

Pentru atingerea acestui scop, trebuie să se depună toate eforturile pentru promovarea unui mod (stil) sănătos de viaţă, care s-ar caracteriza printr-o alimentaţie echilibrată, practicarea culturii fizice, a unei vieţi conjugale normale, capacitatea de a depăşi situaţiile de stres, dezicerea de deprinderi dăunătoare pentru sănătate, cum ar fi fumatul, consumul abuziv de alcool şi narcomania, precum şi alte aspecte ce contribuie la întărirea sănătăţii. În cadrul activităţii de fortificare a sănătăţii urmează să se acorde atenţie priorităţilor economice, sociale şi personale. În acest sens, e necesar să se recurgă la o abordare pozitivă, care ar evidenţia legătura reciprocă dintre sănătatea populaţiei, pe de o parte, şi mediul ambiant, ecologia şi evoluţia stabilă, pe de alta. Aceasta însemna că întărirea sănătăţii reprezintă elementul-chee al strategiei unei sănătăţi sigure pentru toţi, iar educaţia pentru sănătate este metoda principală de realizare a sarcinii.

Aşadar, această sarcină poate fi realizată prin:

- ameliorarea practicii popularizării cunoştinţelor informative acumulate privitor la sănătate;

- acceptarea unui spectru larg de principii vizînd modul de viaţă, inclusiv autorespectul, deprinderile şi susţinerea socială;
- instruirea în problemele întăririi sănătăţii a tuturor categoriilor de specialişti din domeniul ocrotirii sănătăţii;
- instruirea altor grupe sociale şi a reprezentanţilor altor discipline în scopul familiarizării cu posibilităţile întăririi sănătăţii;
- asigurarea unei infrastructuri eficace şi finanţate pentru organizarea, coordonarea şi îndeplinirea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a unui mod sănătos de viaţă.

În afară de funcţiile obişnuite, modificările social-economice intervenite după obţinerea independenţei statale au generat un nou şir de probleme stringente:

- necesitatea elaborării unor proiecte de acte legislative, normative, directive şi instructive în domeniul EPS şi PMSV;
- necesitatea organizării şi efectuării masurilor de EPS şi PMSV în condiţiile unui suport financiar redus;
- necesitatea intensificării şi perfecţionării măsurilor de EPS şi PMSV;
- organizarea suportului ştiinţific şi actualizarea investigaţiilor ştiinţifice în domeniul dat;
- formarea unui sistem informaţional în domeniul EPS şi PMSV, cu antrenarea mass-mediei etc.

Pînă în anii 1992-1994, în ocrotirea sănătăţii, în subordinea Ministerului Sănătăţii a existat un serviciu funcţional de luminare sanitară a populaţiei, dirijat de Centrul Republican al Sănătăţii al Ministerului Sănătăţii, care se ocupa cu organizarea, coordonarea şi îndeplinirea activităţilor de luminare sanitară a cetăţenilor. Din cauza finanţării insuficiente a sistemului sănătăţii, în municipii şi în majoritatea raioanelor Republicii Moldova, centrele de sănătate şi cabinetele de educaţie pentru sănătate au fost fuzionate cu centrele de igienă şi epidemiologie şi centrele medicilor de familie municipale. Concomitent, din cauza insuficienţei finanţelor pentru salarizarea statelor de personal, s-au redus numărul de funcţii şi cadre calificate; posibilitatea de a-şi exercita funcţiile organizator-metodice; relevarea factorilor de risc; aplicarea metodelor contemporane de corecţie a sănătăţii; elaborarea şi promovarea în viaţă a programelor de profilaxie într-o anumită direcţie, precum şi a măsurilor de profilaxie colectivă şi individuală. Mai mult decît atît, unele organe teritoriale de ocrotire a sănătăţii au suprimat integral sau parţial funcţiile personalului medical cu studii superioare sau medii, care se ocupa de problemele educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi de propagarea modului sănătos de viaţă în instituţiile curativ-profilactice.

Situaţia gravă medico-demografică, nivelul scăzut de cunoştinţe în domeniul sanogenezei, al factorilor de risc şi privind comportamentul sanogen

al populaţiei, subestimarea importanţei EPS şi PMSV, a prevederilor Strategiilor OMS şi consideraţia că cost-eficienţa măsurilor de EPS şi PMSV este mai binefică decît măsurile de intervenţie medicală au impus necesitatea luării măsurilor urgente, la nivel de stat, de promovare a sănătăţii şi de profilaxie a maladiilor, cu accent pe educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă în rîndurile populaţiei.

Dat fiind faptul că structurile teritoriale ale serviciului de luminare sanitară a populaţiei au fost aprobate şi instituite cu mai mult de 30 de ani în urmă, că activitatea lor a fost practic sistată, iar în ultimele două decenii OMS a implementat conceptul de EPS şi PMSV, o sarcină de importanţă majoră a devenit necesitatea aplicării prevederilor strategiilor şi tacticii de EPS şi PMSV în conformitate cu recomandările OMS, ale altor organisme internaţionale şi UE, organizarea SEPS şi PMSV, elaborarea proiectului structurii, normelor de funcţii şi state ale serviciului de educaţie pentru sănătate (SEPS) şi PMSV. La baza lor stau actele legislative şi normative, deciziile Guvernului Republicii Moldova şi ordinele Ministerului Sănătăţii al RM, prin care aceste funcţii sînt delegate.

A fost examinată baza legislativă şi normativă în domeniul promovării sănătăţii şi profilaxiei maladiilor, EPS şi PMSV, fiind evaluate situaţia medico-demografică şi morbiditatea populaţiei din Republica Moldova, nivelul răspîndirii deprinderilor dăunătoare şi al cunostinţelor populaţiei privind factorii de risc pentru sănătate, sursele de informare a cetăţenilor şi factorii comportamentali, a fost calculat volumul necesar de activitate a diferitelor structuri care acivează în domeniul EPS şi PMSV, fiind determinate normativele de state necesare la compartimentul dat. Concomitent, au fost specificate şi formulate concepţia şi direcţiile de dezvoltare a SEPS şi PMSV în condiţii socioeconomice noi, pînă în anul 2015, cu elaborarea *Programului naţional privind promovarea modului sănătos de viaţă pe anii 2007-2015*. Realizarea sarcinilor preconizate va asigura o activitate mai adecvată şi eficientă în domeniul EPS şi PMSV.

Obiectivul general urmărit este îmbunătăţirea durabilă a sănătăţii populaţiei Republicii Moldova prin argumentarea şi mărirea numărului de activităţi orientate spre promovarea sănătăţii şi profilaxia maladiilor prin EPS şi PMSV, precum şi îmbunătăţirea siguranţei lor prin colaborarea autorităţilor guvernamentale, instituţiilor de nivel naţional, local şi celor medico-sanitare publice.

Obiectivele specifice au fost:

- stabilirea rolului, responsabilităţilor, sarcinilor şi misiunii statului şi a diverselor instituţii medico-sanitare publice naţionale în domeniul EPS şi PMSV, precum şi stabilirea unor programe practice de colaborare;
- intensificarea acţiunilor de promovare a sănătăţii şi de profilaxie a maladiilor în sectorul sănătăţii la nivelele naţional şi local;

- elaborarea şi implementarea, la nivel naţional şi teritorial, a programelor de EPS şi PMSV, punînd accent pe eficienţă, corespunderea şi fezabilitatea lor din punct de vedere financiar;
- reorientarea politicii, legislaţiei şi finanţării de către persoanele de stat cu funcţii de elaborare a strategiilor în sectorul sănătăţii, intensificarea acţiunilor de EPS şi PMSV.

Aceste obiective au fost atinse prin elaborarea şi perfecţionarea suportului legislativ şi normativ în domeniu, prin implementarea măsurilor adecvate, fondarea unui SEPS şi PMSV, cu modificările ulterioare din anul 2007. Concomitent, au fost specificate şi formulate concepţia şi direcţiile de dezvoltare a SEPS şi PMSV în condiţii economice noi, pentru anii 2007-2015, în Programul naţional privind promovarea modului sănătos de viaţă. Realizarea ulterioară a sarcinilor preconizate va asigura o activitate mai adecvată şi eficientă a SEPS şi PMSV.

Au fost înaintate propuneri, care au fost incluse şi aprobate ca modificări la *Legea ocrotirii sănătăţii* (1995), *Legea privind supavegherea de stat a sănătăţii publice*, nr. 10-XVI din 03 februarie 2009, *Regulamentul privind supravegherea de stat a sănătăţii publice*, au fost elaborate documente directive în domeniu ale Ministerului Sănătăţii.

Educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă folosesc mai multe tipuri de abordare:

- medicală (bazată pe tipul de relaţie medic – pacient);
- educaţională (bazată pe informarea oamenilor, care vor lua singuri decizii privind sănătatea);
- orientată spre individ (personalizare, individualizare), avînd drept caracteristică lucrul cu clienţii, pentru a-i sprijini să identifice singuri problemele şi să ia de sine stătător deciziile necesare;
- ce presupune schimbări sociale, în care se urmăreşte realizarea unor schimbări în mediu, pentru a facilita luarea deciziilor favorabile sănătăţii (de ex., ajutoare sociale pentru mamele singure, astfel încît acestea să nu fie nevoite să se întoarcă prea devreme la lucru).

Direcţiile de orientare ale educaţiei pentru sănătate se referă la:

- dezvoltarea educaţiei pentru sănătate a familiei, punîndu-se accentul pe pregătirea copiilor şi, în mod aparte, a tinerilor pentru căsătorie şi viaţa de familie; consolidarea unei opinii corecte de planificare a familiei; promovarea cunoştinţelor cu privire la îngrijirea sănătăţii femeilor, copiilor şi adolescenţilor;
- antrenarea populaţiei în activităţi privind asanarea mediului fizic extern, igienizarea şi înfrumuseţarea localităţilor, locurilor de muncă şi de viaţă, evitarea poluării aerului, apei şi solului;

- îmbunătăţirea, dezvoltarea şi modernizarea EPS în cadrul colectivităţilor pentru copii şi tineret, în funcţie de particularităţile de vîrstă, sex, activitate, pentru formarea şi consolidarea unui comportament igienic şi pentru prevenirea îmbolnăvirilor;
- extinderea şi modernizarea educaţiei pentru sănătate a personalului din întreprinderi, instituţii de stat şi particulare, din asociaţiile rurale, în scopul evitării îmbolnăvirilor profesionale, a păstrării integrale a capacităţii de lucru şi stimulării iniţiativei personale privind participarea acestora la aplicarea măsurilor de promovare a sănătăţii;
- încurajarea acţiunilor de prevenire şi combatere a bolilor transmisibile, cu accent pe bolile sociale (tuberculoza, HIV/SIDA, maladiile cu transmitere sexuală);
- susţinerea acţiunilor de prevenire şi combatere a bolilor cronice prin sporirea aportului EPS în influenţarea deprinderilor şi comportamentului igienic corect, organizarea regimului de viaţă, promovarea unei alimentaţii echilibrate, combaterea abuzului de toxice uzuale;
- intensificarea EPS în prevenirea accidentelor (mai ales a accidentelor de circulaţie) la domiciliu şi la locul de muncă şi instruirea populaţiei în acordarea primului ajutor;
- integrarea EPS în cadrul programelor cultural-artistice pentru populaţie;
- promovarea cunoştinţelor pentru îngrijirea elementară a bolnavilor, pentru respectarea indicaţiilor de regim igienico-dietetic, în vederea refacerii sănătăţii, a capacităţii de muncă, a reabilitării şi a unei cît mai bune reintegrări sociale;
- popularizarea sistemului de asigurare medicală a populaţiei, a noilor metode şi mijloace pe care medicina le pune la dispoziţia populaţiei;
- considerarea EPS ca cea mai eficientă metodă de promovare a sănătăţii, avînd totodată un caracter public, cetăţenesc şi reprezentînd un factor important în ridicarea nivelului general de cultură şi civilizaţie a populaţiei;
- dezvoltarea interesului pentru practicarea sportului şi pentru folosirea factorilor naturali în scopul călirii şi întăririi organismului şi creşterii duratei medii de viaţă;
- dezvoltarea răspunderii pentru sănătatea proprie, cea familială şi cea colectivă, ca o parte integrantă a preocupărilor ocrotirii sănătăţii publice.

Activitatea de EPS şi PMSV trebuie să fie fundamentată pe date ştiinţifice, verificate, să aibă un conţinut optimist, să promoveze formele şi mijloacele moderne de comunicare, cu largă accesibilitate şi mare influenţă asupra colectivităţilor umane.

Numeroasele direcţii de orientare a EPS şi PMSV scot în evidenţă complexitatea acestei activităţi şi, totodată, atrag atenţia asupra unor posibile dificultăţi în ceea ce priveşte obţinerea unor rezultate eficiente. Abordarea oricărei direcţii impune respectarea unei anumite conduite, fără de care atingerea obiectivelor de bază ale EPS şi PMSV este greu de îndeplinit. În fond, orice acţiune de EPS şi PMSV, indiferent de direcţia de orientare, urmăreşte realizarea mai multor obiective.

Noi am propus structura de bază (*figura 15.1*) şi cea funcţională (*figura 15.2*) a SEPS şi PMSV. După cum reiese din Organigramă, subdiviziunile de bază de organizare şi coordonare a activităţilor de EPS şi PMSV au fost incluse în componenţa Serviciului sanitaro-epidemiologic de stat şi medicină preventivă, actualmente Serviciul de supraveghere de stat a sănătăţii publice.



Figura 15.1. *Organigrama Serviciului educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă al sistemului sănătăţii*

Reforma în activitatea SEPS şi PMSV, structura şi statele de funcţii trebuie să contribuie la optimizarea realizării sarcinilor şi funcţiilor în condiţiile socioeconomice noi. În acest context, pentru asigurarea exercitării acestor funcţii, a fost propusă structura racordată la condiţiile reale pentru anii 2003-2015 şi implementată:

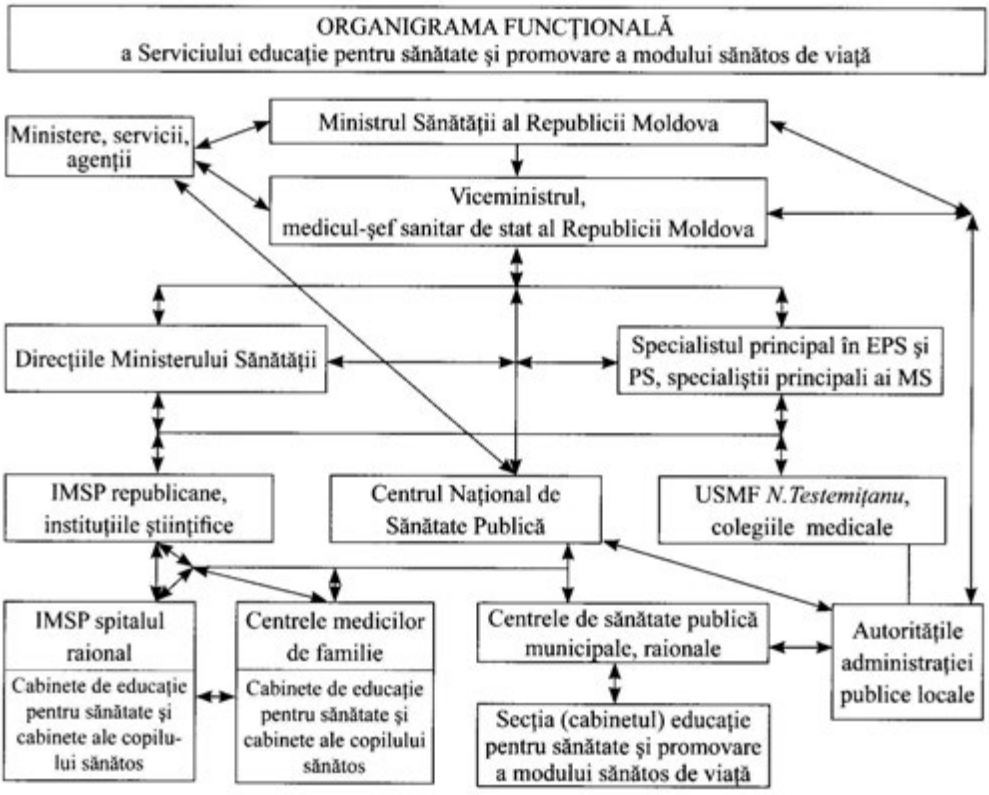

Figura 15.2. *Organigrama funcţională a Serviciului educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a sistemului sănătăţii*

1. A constitui o reţea structurală specializată de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în componenţa Centrului Naţional de Sănătate Publică (CNSP) şi a centrelor de sănătate publică (CSP) municipale şi raionale:

a. la nivel naţional – Centrul de promovare a sănătăţii, educaţie pentru sănătate şi relaţii cu mass-media ca o subdiviziune a Centrului Naţional de Sănătate Publică;
b. în municipiile Chişinău şi Bălţi – Secţia *Educaţie pentru sănătate* în componenţa CSP municipale;
c. în raioane cu numărul populaţiei în teritoriul deservit peste 100 000 – Secţia *Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă* în componenţa CSP raional;
d. în raioane cu numărul populaţiei în teritoriul deservit de la 50 000 pînă la 100 000 – Secţia *Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă* în componenţa CSP raional;
e. în raioane cu numărul populaţiei în teritoriul deservit pînă la 50 000 – cabinetul *Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă* în componenţa CSP raional;

f. în instituţiile medico-sanitare publice de nivel naţional (republicane) – cabinetul *Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă* în componenţa instituţiilor;

g. în instituţiile medico-sanitare publice spitalele raionale – cabinetul *Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă* în componenţa spitalului;

i. în instituţiile medico-sanitare publice centrele medicilor de familie – cabinetul copilului sănătos în componenţa centrelor.

Astfel, a fost fondat SEPS şi PMSV, care stă în avangarda promovării sănătăţii şi profilaxiei maladiilor, avînd sarcina de a fi veriga de organizare şi de legătură în realizarea măsurilor de EPS şi PMSV între serviciile medicale, de educaţie, colectivităţi, sfera de producere, deservire comunală etc.

Reorganizarea serviciului de luminare sanitară în SEPS şi PMSV şi reorientarea lui spre respectarea şi realizarea legislaţiei, prevederilor şi recomandărilor OMS, Organismelor internaţionale, Cartei de la Ljubljana, Uniunii Europene etc. în domeniul EPS şi PMSV a populaţiei necesită o modificare a funcţiilor serviciului.

Reieşind din situaţia privind sănătatea publică în ţară, sarcinile şi funcţiile de bază ale SEPS şi PMSV includ:

- Elaborarea proiectelor actelor legislative, normative şi directive în domeniul EPS şi PMSV şi înaintarea lor în modul stabilit pentru aprobare.
- Determinarea direcţiilor generale şi prioritare de activitate a subdiviziunilor de EPS şi PMSV şi a IMSP în profilaxia primară şi secundară a maladiilor, reieşind din analiza indicilor morbidităţii şi medico-demografici, a rezultatelor investigaţiilor sociologice privind cunoştinţele şi schimbările în comportamentul populaţiei.
- Elaborarea şi realizarea măsurilor profilactice şi recomandărilor practice privind EPS şi PMSV şi corecţia comportării diferitelor grupe de persoane în scopul asanării populaţiei.
- Coordonarea activităţii organelor şi instituţiilor sănătăţii, învăţămîntului, culturii, departamentelor şi organizaţiilor în problemele EPS şi formării modului sănătos de viaţă în cadrul Programelor complexe de stat şi celor speciale de ocrotire a sănătăţii populaţiei.
- Participarea la rezolvarea problematicii medico-sociale din domeniul sănătăţii familiei şi planificării familiei.
- Studierea eficacităţii metodelor, mijloacelor şi formelor organizatorice de EPS şi PMSV.
- Cercetarea nivelului şi a dinamicii culturii sanitare a populaţiei.
- Aprecierea rolului factorului subiectiv în soluţionarea problemelor stringente ale ocrotirii sănătăţii.

- Organizarea şi desfăşurarea, în cadrul teritoriului deservit, a acţiunilor ştiinţific argumentate de profilaxie primară şi secundară a maladiilor, în problemele medicale ale fortificării sănătăţii, educaţiei igienice, cunoştinţelor medicale şi igienice; atragerea altor departamente, organizaţii şi a agenţilor economici în realizarea acestor acţiuni.
- Participarea la pregătirea cadrelor medicale, pedagogice etc. privind metodele generală şi particulară de EPS şi PMSV.
- Studierea atitudinii populaţiei faţă de informaţia medicală, mijloacele şi formele de organizare a EPS.
- Colaborarea cu alte instituţii practice şi ştiinţifice din ţară în domeniul coordonării măsurilor de informare reciprocă de interes comun.
- Organizarea şi dirijarea procesului de informare a instanţelor ierarhice (autorităţile administraţiei publice locale, Ministerul Sănătăţii) despre rezultatele activităţii de EPS şi PMSV.
- Efectuarea acţiunilor organizatorico-metodic şi consultative prvind evidenţa, darea de seamă statistică şi aplicarea documentelor normativ-instructive şi directive în acest domeniu.
- Planificarea trimestrială şi anuală a activităţii secţiei, organizarea şi monitorizarea activităţii centrului şi efectuarea controlului realizării planurilor şi actelor legislative şi directive în EPS şi PMSV.
- Organizarea şi desfăşurarea măsurilor de EPS a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă, utilizînd în acest scop diferite forme, metode şi surse de informare în masă (mass-media etc.).
- Acordarea ajutorului consultativ şi metodic departamentelor interesate privind organizarea instruirii igienice a populaţiei la unităţile de subordine.

Pentru îndeplinirea sarcinilor menţionate, au fost elaborate, aprobate şi incluse normativele de state de personal ale CMP şi IMSP republicane şi teritoriale:

a. 0,12 funcţie de medic în educaţia pentru sănătate la 10000 populaţie în fiecare CMP;
b. 0,24 funcţie de felcer (asistent al medicului) în educaţia pentru sănătate la 10000 populaţie, dar nu mai puţin de 1 funcţie în fiecare CMP;
c. 1 funcţie de medic şi 1 funcţie de felcer (asistent al medicului) în educaţia pentru sănătate în IMSP republicane şi SR;
d. 1 funcţie de felcer (asistent al medicului) în educaţia pentru sănătate în centrele de sănătate.

Pentru elaborarea normativelor de state ale CMP, a fost folosit principiul de asigurare cu medici şi felceri (asistenţi ai medicului) în educaţia pentru sănătate la numărul de populaţie.

Astfel, prima etapă de reforme în domeniul EPS şi PMSV şi de fondare a SEPS şi PMSV a fost dusă la bun sfîrşit.

La etapa următoare, în faţa SEPS şi PMSV stau sarcini la fel de importante. Dintre ele vom menţiona:

- elaborarea modelelor noi şi perfecţionarea continuă a structurilor existente ale SEPS şi PMSV, reieşind din sarcinile noi, din recomandările OMS, UE şi ale altor organisme internaţionale;
- perfecţionarea continuă a legislaţiei în domeniul EPS şi PMSV, în funcţie de cerinţele timpului şi recomandările OMS, UE şi ale altor organisme internaţionale;
- modernizarea bazei tehnico-materiale a structurilor (secţiilor şi cabinetelor) de EPS şi PMSV, perfecţionarea sistemului de elaborare şi asigurare cu materiale ilustrativ-educative şi informative în domeniul EPS şi PMSV;
- efectuarea cercetărilor ştiinţifice şi ştiinţifico-practice pentru aprecierea direcţiilor prioritare de activitate, a formelor şi a metodelor de EPS şi PMSV;
- aplicarea formelor şi programelor noi de pregătire universitară şi postuniversitară continuă a medicilor şi lucrătorilor medicali cu studii medii, atestarea obligatorie a specialiştilor la corespunderea lor funcţiilor ocupate;
- implementarea metodelor moderne de EPS şi PMSV, cu reevaluarea permanentă a priorităţilor sistemului sănătăţii în domeniul sănătăţii publice şi al măsurilor de profilaxie;
- orientarea spre o activitate multisectorială în realizarea măsurilor de EPS şi PMSV, cu participarea tuturor grupelor de populaţie, a comunităţii, a autorităţilor administraţiei publice; a organizaţiilor şi asociaţiilor negu-vernamentale, organismelor internaţionale etc.;
- informarea completă şi obiectivă a populaţiei, a agenţilor economici, a autorităţilor administraţiei publice, a ministerelor şi departamentelor, a Guvernului Republicii Moldova privind situaţia în sănătatea publică;
- creşterea responsabilităţii factorilor de decizie şi a specialiştilor serviciului pentru rezultatele activităţii lor; asigurarea competenţei necesare şi a nivelului profesional înalt al specialiştilor de orice nivel în EPS şi PMSV;
- dezvoltarea şi promovarea politicii unice de stat pentru toate ministerele şi departamentele în asigurarea măsurilor de EPS a populaţiei şi PMSV. Trebuie să fie conştientizat faptul că Ministerul Sănătăţii este doar unul dintre factorii ce influenţează starea sănătăţii publice din ţară;
- stabilirea şi ierarhizarea priorităţilor în EPS şi PMSV, în funcţie de anumite criterii, la nivel naţional şi local, reieşind din situaţia şi problemele în sănătatea publică şi din resursele alocate sănătăţii, cu abordarea practică a acestor priorităţi în cadrul programelor naţionale;

- colaborarea cu organismele internaţionale – OMS, Banca Mondială, UNICEF, UNESCO, UNDP, *Soros-Moldova* etc. – în vederea susţinerii şi realizării unor măsuri de EPS şi PMSV, pregătirii specialiştilor în domeniu, sponsorizării implementării programelor şi proiectelor de EPS şi PMSV teritoriale şi în instituţiile-pilot, dotării cu mijloace tehnice moderne a instituţiilor implicate în activităţi de EPS şi PMSV, editarea literaturii speciale;
- colaborarea cu organizaţiile neguvernamentale, cu stabilirea şi menţinerea relaţiilor de parteneriat, antrenarea lor la desfăşurarea activităţilor de EPS şi PMSV, în alte domenii de maxim interes pentru sănătatea publică; acordarea ONG-urilor a asistenţei consultative în organizarea şi desfăşurarea activităţilor de educaţie pentru sănătate a populaţiei.

Potenţialul uman, asigurarea bazei materiale moderne a structurilor (secţiilor, cabinetelor de EPS şi PMSV etc.), înzestrarea metodică şi normativă suficientă, operativitatea sporită a SEPS şi PMSV, competenţa profesională a specialiştilor şi finanţarea adecvată vor contribui esenţial la asigurarea unei bune sănătăţi publice în tară.

ÎNCHEIERE

Conținutul prezentei monografii, bazat pe unele studii speciale și pe literatura accesibilă în domeniul dat, confirmă faptul că promovarea sănătății și educația pentru sănătate sînt imperative ale timpului, probleme prioritare ale sănătății publice și unele dintre condițiile de asigurare durabilă a sănătății populației, soldîndu-se cu multe avantaje de ordin economic și moral. Sănătatea populației unei țări, concomitent cu nivelul dezvoltării socioeconomice, în mare măsură depinde de condițiile, modul și stilul de viață.

După datele lui Iuri Lisițîn, în structura factorilor care influențează sănătatea, modul și stilul de viață constituie 50-55% din totalul factorilor de risc.

Conform datelor literaturii, potențialul comportamentului în profilaxia afecțiunilor cardiovasculare constituie 60-80%, a bolilor oncologice – 40-70% și a diabetului zaharat – 50-80%. Așadar, majoritatea bolilor cronice de astăzi sînt consețința condițiilor de viață din tinerețe și sînt influențate de modul și stilul de viață.

Prin aceasta se arată importanța comportamentului, atitudinilor și obiceiurilor pe care le are un individ, cu impact asupra stării de sănătate și necesitatea reorientării activităților în domeniul sănătății publice spre medicina omului sănătos, cu susținerea și promovarea măsurilor profilactice, în special de PS și EPS.

Comportamentele pot fi influențate prin funcția social-educativă, scopul acesteia fiind de a-l ajuta pe om să-și găsească completa sa integrare în cadrul vieții familiale, profesionale și sociale. O populație sănătoasă este cea care, de la o vîrstă fragedă, cunoaște și aplică măsuri de protecție și promovare a sănătății, pentru a putea "naviga" printre provocările vieții.

Reformarea activității în domeniul profilaxiei, inclusiv PS și EPS, este dictată și de necesitatea reducerii cheltuielilor neproductive din sistemul de sănătate, a sporirii eficienței măsurilor profilactice. Studiile efectuate în Centrul medical al statului Micigan (SUA) au stabilit că fiecare dolar folosit pentru PS și EPS a dat o economie de 5-6 dolari.

Rezultatele studiilor anterioare se bazau numai pe aprecierea cunoștințelor unor categorii de populație privind unii factori de risc, fără o analiză amplă a rezultatelor și evaluarea lor în funcție de vîrstă, sex, etnie și suprapunerea lor pe situația demografică, epidemiologică și a morbidității pe diferite nosologii.

Noile strategii de sănătate ale Biroului OMS pentru Europa „Un mod (stil) mai sănătos de viață", cu obiectivul *Sănătatea 21 – sănătate pentru toți în secolul 21*, recomandat pentru toate țările, accentuează: "Către anul 2015, oamenii din toate păturile societății trebuie să accepte un mod mai sănătos

de viaţă". Prin acest scop, OMS nu doar accentuează importanţa PS şi EPS pentru sănătatea publică, ci serveşte ca un pilon în elaborarea strategiilor naţionale, orientate spre ameliorarea situaţiei în domeniul dat.

Problemele sănătăţii publice, inclusiv ale adolescenţilor şi tinerilor, sînt actuale şi cer o soluţionare stringentă în RM. Cei mai caracteristici factori care afectează sănătatea şi potenţialul de dezvoltare, mai ales a tinerilor, sînt nivelul sporit al maladiilor neinfecţioase, al infecţiilor cu transmitere sexuală (inclusiv HIV/SIDA), problemele sănătăţii mintale, sarcina şi avortul printre adolescente, abuzul de alcool, fumatul şi consumul de droguri, reducerea standardelor educaţionale, şomajul, migraţia, accesul redus la serviciile de sănătate.

Pentru atingerea scopului stabilit de OMS, trebuie să se depună toate eforturile pentru întărirea activă şi promovarea unui mod sănătos de viaţă, care ar include: o alimentaţie echilibrată, practicarea culturii fizice, unei vieţi conjugale normale; capacitatea de a depăşi situaţiile de stres, renunţarea de deprinderile dăunătoare pentru sănătate, cum ar fi fumatul, consumul abuziv de alcool şi narcomania, precum şi alte aspecte care contribuie la întărirea sănătăţii.

Cele menţionate impun necesitatea elaborării şi promovării unei noi concepţii şi unei strategii privind activitatea de PS şi EPS, pentru formarea şi dezvoltarea, în rîndurile populaţiei, a unui comportament sanogen în scopul fortificării sănătăţii, dezvoltării armonioase şi adaptării organismului la condiţiile mediului natural şi social, precum şi în scopul participării active şi conştiente a populaţiei la asigurarea sănătăţii publice. Dacă oamenii înţeleg că îşi pot dirija viaţa, că ea are sens, că ei sînt capabili şi dispun de posibilităţi (mintale, fizice, emoţionale, sociale şi materiale) pentru a răspunde la provocare, aceasta contribuie esenţial la menţinerea sănătăţii. Astfel, modul şi stilul sănătos de viaţă reprezintă baza profilaxiei morbidităţii şi fortificării sănătăţii. Totodată, este necesară asigurarea unei infrastructuri de PS şi EPS, cu noi mecanisme de finanţare la nivelele local şi naţional.

Promovarea PS şi EPS de către OMS la nivel global, cu trecerea conceptuală de la sistemul de luminare sanitară a populaţiei la sistemul de PS şi EPS în condiţii economice noi, cu o finanţare sub nivelul necesităţilor, este imposibilă fără o examinare a situaţiei în domeniu, a suportului legislativ şi normativ, fără aprecierea şi argumentarea priorităţilor din domeniu şi stabilirea obligaţiilor şi responsabilităţilor părţilor implicate în acest proces.

Toate cele menţionate pun noi sarcini de cercetare ştiinţifică în faţa specialiştilor din domeniul sănătăţii publice şi justifică importanţa şi actualitatea unui studiu special în domeniul promovării sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate.

Obiectivele cercetării efectuate sînt: investigarea bazei legislative şi normative în domeniu, a situaţiei privind starea sănătăţii populaţiei, a cunoştinţelor, atitudinilor, comportamentului populaţiei; aprecierea surselor de bază de informare a populaţiei; elaborarea concepţiei şi strategiei de reorganizare

şi optimizare a sistemului de PS şi EPS; elaborarea proiectelor structurii şi normativelor de funcţii ale PS şi EPS, pentru a contribui la menţinerea şi fortificarea sănătăţii prin eficientizarea măsurilor de profilaxie şi modificări în comportamentul populaţiei.

Anterior în Republica Moldova a existat Serviciul de luminare sănitară a populaţiei, dar după obţinerea independenţei statale, schimbările negative socioeconomice, lipsa finanţării au condus la subaprecierea rolului educaţiei sănitare la diferite niveluri de asistenţă medicală, precum şi la nivel de ţară, la degradarea şi, practic, la sistarea activităţii de sine stătătoare a acestui serviciu.

Reducerea surselor financiare, schimbarea priorităţilor în legătură cu modificarea cardinală a politicii statului în domeniul sănătăţii publice au dictat necesitatea eficientizării activităţii de PS şi EPS şi au condus la necesitatea revizuirii situaţiei existente, cu argumentarea ştiinţifică a conceptului şi strategiilor privind reorganizarea şi optimizarea activităţii în domeniu.

Pentru a argumenta necesitatea revitalizării sistemului existent de luminare sanitară, cu reformarea lui în sistemul de EPS şi PMSV, în conformitate cu prevederile şi recomandările OMS, a aprecia direcţiile prioritare, sarcinile şi funcţiile în PS şi EPS, în cadrul studiului a fost examinată legislaţia naţională şi cea internaţională, a fost utilizată informaţia din peste 200 de surse ştiinţifice şi peste 40 de acte normative oficiale ale altor ţări şi ale Republicii Moldova. Au fost evaluate dinamica morbidităţii populaţiei prin principalele forme nosologice şi a indicilor medico-demografici de bază pe o perioadă de 8-10 ani, structura şi funcţiile sistemului de PS şi EPS, retrospectiv şi existent, la diferite niveluri de asistenţă medicală şi în toată ţară. Totodată, au fost determinate rolul şi locul SEPS şi PMSV în realizarea strategiilor de promovare a sănătăţii; s-a efectuat aprecierea direcţiilor prioritare şi elaborarea principiilor de bază de organizare a activităţii de EPS şi PMSV; argumentarea modelului optim al funcţiilor, structurii serviciului de EPS şi PMSV şi normativelor de state; elaborarea proiectelor de documente legislative, normative şi directive privind SEPS şi PMSV, determinarea nivelului de cultură sanitară, a atitudinii şi cunoştinţelor diferitelor grupe de populaţie despre factorii de risc şi principiile de bază ale MSV.

În cadrul studiului s-au constatat modificări defavorabile în sănătatea populaţiei, determinate de: elementele negative ale modului de viaţă, prevalenţa înaltă a deprinderilor dăunătoare (fumat, consum excesiv de alcool, utilizarea drogurilor), răspîndirea semnificativă a maladiilor neinfecţioase (bolile aparatului circulator, urmate de tumorile maligne, bolile aparatului digestiv, accidentele, otrăvirile şi traumele), a celor cu transmitere sexuală, a numărului de infectaţi cu HIV; micşorarea treptată a duratei medii de viaţă, creşterea mortalităţii în vîrsta aptă de muncă din cauza maladiilor cronice, micşorarea sporului natural, sporirea morbidităţii generale şi a mortalităţii populaţiei de

vîrstă aptă de muncă, care în majoritate sînt legate cu comportamentul nesanogen şi care pot fi evitate, în mare măsură, prin acceptarea unui MSV. Sînt în creştere continuă indicii invalidităţii copiilor.

Tendinţele medico-demografice existente determină apariţia unor modificări structurale nefavorabile în componenţa generală de vîrstă a populaţiei: numărul copiilor şi adolescenţilor scade, iar cel al persoanelor de vîrstă avansată şi inapte de muncă se majorează.

Incompetenţa populaţiei în problemele modului sănătos de viaţă, privind un comportament sanogen, adecvat diferitelor situaţii nefavorabile a fost confirmată prin studiul efectuat.

Cercetările desfăşurate ne-au permis să afirmăm că pentru ţara noastră trecerea de la sistemul de luminare sanitară la un sistem viabil de PS şi EPS este un imperativ al timpului în cadrul reformării sistemului ocrotirii sănătăţii şi în condiţiile economice precare. Rezultatele studiului au demonstrat că în ţară exista un suport legislativ şi normativ, însă acesta nu reflectă toate aspectele domeniului de PS şi EPS şi nu corespunde cerinţelor timpului, prevederilor şi recomandărilor OMS, Uniunii Europene etc. Astfel, se cer a fi efectuate modificări în legislaţia existentă, în sarcinile şi funcţiile subdiviziunilor de PS şi EPS din instituţiile de medicină preventivă şi instituţiile medico-sanitare publice de nivel naţional şi local, conjugarea eforturilor intersectoriale.

Analiza aspectelor de bază ale MSV, la care doresc să apeleze persoanele investigate şi care formează necesitatea în informaţie, a constatat că cele mai semnificative sînt igiena personală, alimentaţia raţională, mediul ambiant şi sănătatea, relaţiile reciproce în colectivul de muncă şi în familie, educaţia fizică şi sportul, combaterea fumatului, profilaxia SIDA, profilaxia alcoolismului, combaterea narcomaniei, fără constatatarea unei diferenţe semnificative în funcţie de sex în informarea despre aspectele esenţiale ale MSV.

Conform opiniei populaţiei, cele mai eficiente surse de informare sînt: convorbirile cu medicii (66,7%), emisiunile televizate republicane (45,5%), convorbirile cu asistentele medicale (39,5%), emisiunile radiofonice republicane (28,0%), emisiunile televizate locale (26,6%). Este îngrijorător faptul răspîndirii tabagismului şi a abuzului de alcool. În pofida unui nivel înalt de cunoştinţe ale populaţiei despre efectele dezastruoase ale tabagismului, 46,2% bărbaţi şi 6,2% femei fumează şi aceşti indicatori îi depăşesc pe cei din Comunitatea Europeană. Dintre persoanele care fumează la momentul actual, au început să fumeze pînă la vîrsta de 18 ani 66,7% din bărbaţi şi 53,9% din femei, ceea ce ne vorbeşte despre iniţierea prematură a fumatului.

Dintre persoanele anchetate, 74,0% bărbaţi şi 49,0% femei consumă băuturi alcoolice.

Concomitent cu prevalenţa înaltă a deprinderilor nocive, s-au determinat şi premise favorabile de acceptare a unui mod sănătos de viaţă. Astfel, 61,6%

din bărbaţi şi 51,3% din femei doresc să reducă considerabil consumul de băuturi alcoolice.

Printre fumători, 70,8% bărbaţi şi 64,8% femei doresc să abandoneze acest viciu.

Conform rezultatelor anchetării majoritatea elevilor (80,0%) au numit numai un factor de risc major pentru bolile netransmisibile, 2,1% au indicat 2 factori şi 0,1% au menţionat 3 factori de risc. Tabagismul, cel mai cunoscut factor de risc, a fost menţionat de 86,9% elevi, nivelul ridicat de colesterol sangvin – de 1,5%, masa corporală excesivă – de 0,8% elevi, sedentarismul – de 0,6%, iar hipertensiunea arterială nu a fost menţionată de niciun elev. Nu s-a constatat o diferenţă autentică în informarea elevilor despre factorii de risc în funcţie de sex. Aceasta vorbeşte despre incompetenţa lor privind factorii majori de risc comportamental.

Un rol deosebit în informarea elevilor cu privire la problemele educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă li se atribuie surselor de informare şi popularităţii acestora. Elevii obţin frecvent informaţia despre factorii de risc ai bolilor necontagioase din emisiunile televizate (84,9%), de la părinţi şi rude (65,6%), de la profesorii din şcoală (56,2%), de la lucrătorii medicali (53,9%), din emisiunile radiofonice (48,8%), din publicaţiile periodice (39,7%) şi de la prieteni (37,3%). Informaţia despre pericolul fumatului şi despre riscurile abuzului de alcool este obţinută din emisiunile televizate (85,0% şi, respectiv 80,5%), de la părinţi şi rude (71,9% şi 72,8%), de la profesorii din şcoală (64,0% şi 60,3%), de la lucrătorii medicali (58,3% şi 56,7%), din emisiunile radiofonice (47,4% şi 47,2%), din publicaţiile periodice (39,4% şi 37,6%) şi de la prieteni (39,0% şi 36,4%).

Dintre deprinderile defavorabile sănătăţii, pe primul loc se plasează tabagismul şi consumul excesiv de alcool. Prevalenţa fumătorilor printre elevii cu vîrsta între 10 şi 18 ani constituie 7,0%. Băieţii fumează statistic semnificativ mai frecvent (11,6%), comparativ cu fetele (3,2%; $P<0,001$). Analiza frecvenţei utilizării de băuturi alcoolice a demonstrat că de cîteva ori pe săptămînă, dar nu zilnic, consumă băuturi alcoolice 7,0% elevi (6,8% băieţi şi 7,3% fete), iar zilnic – 4,2% elevi (5,7% băieţi şi 2,7% fete).

Evaluarea nivelului de cunoştinţe al elevilor privind educaţia sexuală, profilaxia bolilor cu transmitere sexuală şi utilizarea drogurilor, determinarea principalelor surse la care apelează pentru a se informa în legătură cu contracepţia, bolile cu transmitere sexuală şi măsurile de protecţie împotriva acestora au fost realizate pe un eşantion de 2380 de elevi (709 băieţi şi 1671 fete), cu vîrsta între 12 şi 18 ani, din aceleaşi teritorii ale Republicii Moldova (selecţie în cuiburi). Am constatat că în privinţa educaţiei sexuale, căsătoriei şi familiei, relaţiilor dintre bărbat şi femeie sînt informaţi în cadrul orelor şco-

lare 67,5% elevi intervievaţi (70,0% băieţi şi 65,6% fete).Totodată, elevii sînt informaţi despre pericolul şi măsurile de evitare a infectării cu HIV/SIDA.

Atitudinea copiilor sănătoşi faţă de persoanele infectate cu SIDA este diferită: 41,5% din elevi consideră că persoanelor infectate cu virusul HIV/SIDA li se permite să frecventeze grădiniţa de copii, şcoala, instituţiile sportive comune; 44,6% cred că persoanele infectate nu ar trebui să frecventeze instituţiile comune împreună cu cei sănătoşi, iar 13,9% nu cunosc răspunsul la această întrebare. 38,0% elevi consideră că aflarea în colectiv a persoanelor infectate cu acest virus prezintă pericol, 50,4% cred că nu prezintă pericol şi 11,6% nu ştiu.

Conform rezultatelor chestionării, elevii sînt bine informaţi despre simptomele principale ale sifilisului şi gonoreei. În plus, 73,2% consideră binevenite cabinetele de examinare anonimă la HIV/SIDA, sifilis, gonoree şi alte boli cu transmitere sexuală. Majoritatea elevilor au auzit de cel puţin una dintre metodele moderne de prevenire a răspîndirii bolilor cu transmitere sexuală.

Studiul nostru a constatat că elevii cunosc multe denumiri de droguri şi modurile de utilizare a lor: 72,0% din respondenţi au numit marijuana, 58,4% – cocaina, 42,1% – heroina, 44,1% – opiul, 38,9% elevi – cînepa, 7 ,5% – haşişul, 6,0% elevi – tranchilizantele, 2,8% – ecstasy şi 0,9% – anaşaua.

Conform datelor intervievării, au confirmat utilizarea intensă în prezent a drogurilor 4,9% băieţi şi 2,3% fete. Cauzele principale care determină consumul de droguri sînt: curiozitatea – 73,8%, anturajul – 16,7%, influenţa prietenilor şi cunoscuţilor – 2,4% şi alte motive – 7,1%.

Concomitent, 10,6% elevi (14,0% băieţi şi 8,0% fete) au menţionat că au prieteni care consumă droguri, iar 54,5% (49,3% băieţi şi 60,2% fete) cunosc persoane care au decedat din cauza supradozării drogurilor.

Analiza surselor de informare medico-sanitară demonstrează importanţa primordială a mijloacelor mass-media, a convorbirilor cu părinţii, rudele şi profesorii. Prevalenţa tabagismului şi consumului de băuturi alcoolice printre elevi este înaltă şi creşte concomitent cu vîrsta. Este mare numărul consumatorilor de droguri. Principalele surse la care copiii apelează pentru a se informa în legătură cu contracepţia, măsurile de protecţie împotriva bolilor cu transmitere sexuală şi profilaxia narcomaniei sînt: mass-media, lucrătorii medicali, pedagogii şi părinţii. Este îmbucurător faptul că s-au determinat şi premise favorabile pentru formarea unui mod sănătos de viaţă.

Prin analiza informării profesorilor din şcoli despre principiile de bază ale modului sănătos de viaţă, determinarea importanţei diferitelor surse de informare şi prevalenţei viciilor nocive am constatat că dintre factorii de risc ai bolilor cronice netransmisibile, hipertensiunea arteriala nu a fost menţionată de niciun profesor. Masa corporală excesivă a fost numită de 0,5% profesori,

fumatul – de 60,4%, sedentarismul – de 0,6% şi hipercolesterolemia – de 0,6% profesori. Masa corporală excesivă nu a fost indicată de bărbaţi ca factor de risc.

Profesorii din şcoli obţin informaţia despre dauna tabagismului, riscurile abuzului de băuturi alcoolice din emisiunile televizate (86,3%), din emisiunile radiofonice (60,1%), din publicaţiile periodice (67,9%), de la lucrători medicali (52,3%) şi, mai rar, de la colegii de serviciu (28,5%), părinţi şi rude (30,5%) şi de la prieteni (30,3%).

Pe primul loc printre deprinderile defavorabile sănătăţiise plasează tabagismul şi consumul excesiv de alcool. În pofida unui nivel înalt de cunoştinţe al profesorilor despre efectele dezastruoase şi dauna tabagismului (96,6%), în prezent fumează 10,3% profesori (33,1% bărbaţi şi 4,8% femei). Consumă băuturi alcoolice 66,2% bărbaţi şi 52,4% femei.

Studiul efectuat constată că prosesorii din şcoli puţin cunosc factorii de risc ai bolilor necontagioase. Analiza surselor de informare medico-sanitară demonstrează importanţa primordială a mass-mediei, a convorbirilor cu lucrătorii medicali. Concomitent cu prevalenţa înaltă a deprinderilor nocive, au fost determinate premise favorabile pentru formarea unui mod sănătos de viaţă.

Prin anchetarea romilor din Republica Moldova, am depistat că informarea acestora despre infecţiile cu transmitere sexuală şi metodele de prevenire a lor, despre droguri şi metodele de utilizare a lor este insuficientă. Conform rezultatelor anchetării, 3,4% bărbaţi şi 1,4% femei sînt consumatori de substanţe psihoactive.

Un rol deosebit în informarea populaţiei cu privire la problemele educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă li se atribuie surselor de informare şi popularităţii acestora printre diferite grupe de populaţie.

Rezultatele studiului nostru confirmă necesitatea elaborării şi realizării unor programe adresate diferitelor grupe-ţintă de populaţie, în special copiilor şi adolescenţilor. Obiectivele majore ale acestor programe ar fi: sporirea gradului de responsabilitate faţă de propria viaţă şi faţă de societate, încurajarea respectului de sine şi faţă de cei din jur, diminuarea numărului de cazuri de boli cu transmitere sexuală şi SIDA, încurajarea tinerilor de a-şi exprima propriile valori şi atitudinea faţă de relaţiile interumane, sex, droguri, alcool, fumat.

Concomitent, este necesară o legislaţie mai dură în privinţa tutunului, ce ar interzice fumatul pe teritoriile şcolilor şi în locurile publice. Este necesar de a crea Centre de consiliere a tinerilor privind abandonarea fumatului, asigurînd confidenţialitatea şi intimitatea, a interzice publicitatea produselor de tutungerie, a reduce accesul tinerilor la produsele de tutungerie.

În situaţia epidemiologică creată – lipsa mijloacelor specifice pentru prevenirea maladiei SIDA şi tratarea narcomaniei, nivelul înalt al morbidităţii prin maladii infecţioase şi cronice neinfecţioase, răspîndirea în rîndurile

populației, mai ales la copii și tineret, a deprinderilor dăunătoare (fumatul, narcomania, consumul excesiv de alcool) – se cere intensificarea măsurilor de profilaxie și, în primul rînd, de mobilizare socială a populației prin realizarea măsurilor de EPS, prin organizarea diverselor acțiuni de PMSV și ridicarea nivelului de cultură sanitară a populației. Aceasta va contribui esențial la cultivarea unui comportament conștient și responsabil, care va conduce la stabilirea echilibrului biologic, psihic, cultural și spiritual al omului și, ca urmare, la menținerea și fortificarea sănătății și recuperarea capacității de muncă, la evitarea traumatismului, violenței și accidentelor, la renunțarea la deprinderile dăunătoare și la prelungirea duratei active a vieții.

Analiza surselor de informare medico-sanitară demonstrează importanța primordială a convorbirilor cu lucrătorii medicali și implicarea tot mai efectivă în acest proces a mijloacelor mass-media. Dintre aspectele esențiale ale modului sănătos de viață, populația necesită informație în domeniul igienei personale, alimentației raționale, culturii fizice și sportului, mediului ambiant.

În baza studierii și evaluării aspectelor practice ale sistemului existent de PS și EPS, am evidențiat în cadrul acestuia un șir de lacune și probleme de ordin administrativ-organizatoric, sanitar-cultural, financiar și medico-profesional, care îi diminuează eficacitatea și impun măsuri de perfecționare. Pornind de la faptul că sistemul de PS și EPS a populației are scopul de întremare a stării sănătății populației, ce se va solda cu multe avantaje de ordin economic și moral, prin efectuarea unui complex de măsuri de ordin politic, de drept, economic, social, educațional și medico-sanitar, în cadrul studiului a fost elaborat și propus spre implementare un complex de măsuri orientate spre optimizarea EPS și PMSV din Republica Moldova.

Rezultatele studiului au servit ca bază pentru perfecționarea legislației în vigoare, elaborarea Programului național de promovare a modului sănătos de viață, aprobat de Guvernul RM, stabilirea funcțiilor, structurii și normativelor de funcții pentru specialiștii în EPS și PMSV, elaborarea Recomandărilor metodice *Agenda specialistului în educația pentru sănătate*, elaborarea proiectului Politicii Naționale de sănătate.

GLOSAR DE TERMENI FOLOSIŢI ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂŢII

Acces: posibilitatea de a recepţiona un mesaj sau de a obţine un serviciu.

Audienţă: măsura în care un canal de comunicaţie îşi atinge ţinta.

Auditoriu primar: populaţie care prezintă aceleaşi caracteristici şi de la care se aşteaptă să adopte un comportament recomandat şi căreia îi sînt adresate serviciile sau materialele prevăzute într-un program.

Auditoriu secundar sau de rangul II: populaţie care prezintă aceleaşi caracteristici şi care influenţează membrii auditoriului primar şi îl sprijină, fiind mai bine informată.

Brainstorming: tehnică provocatoare ce urmăreşte să mobilizeze participanţii grupului de lucru pentru găsirea unor soluţii sau pentru identificarea unor nevoi.

Brainwrinting: tehnică prin care fiecare persoană din grupul de lucru îşi exprimă ideile în scris, într-o problemă definită, iar după trierea acestora se aduc la cunoştinţa grupului.

Canal de comunicaţie: cale prin care este transmis un mesaj informaţional (de exemplu: prin cuvînt, scrisoare, radio, telefon, ziar, afiş).

Canal interpersonal: cale de interacţiune dintre doi sau mai mulţi indivizi pentru transmiterea mesajelor.

Consiliere: îndrumarea indivizilor şi/sau familiilor în problemele lor de sănătate fizică sau psihică, sau legate de situaţia lor socială şi schimbarea comportamentului.

Educare: implică introducerea informaţiei specifice în contextul unor situaţii particulare care se ivesc în cursul dialogului interpersonal.

Evaluare: procesul de adunare şi analiză a datelor referitoare la efectele produse de aplicarea unui program. Evaluarea cuprinde şi aprecierea impactului produs de program, în scopul depistării şi soluţionării problemelor şi al planificării viitoarelor programe.

Expunere: timpul cît durează vizionarea sau ascultarea unui mesaj de către un auditoriu dat.

Focus-grup: un număr de membri reprezentativi (de obicei, 6-12) dintr-o grupă-ţintă, cărora li se cere să se pregătească pentru întrebări referitoare la un anumit subiect şi sînt încurajaţi să răspundă liber. Scopul este obţinerea de date preliminare cu privire la opiniile unei grupe-ţintă asupra unui anumit subiect.

Format: caracteristicile fizice ale materialelor de popularizare (de exemplu: forma, mărimea, modul de prezentare).

Grup nominal: tehnică prin care fiecare persoană din grup îşi exprimă o părere în legătură cu problema dată, iar educatorul grupează ideile comune.

Grup(ă)-ţintă: grup(ă) de populaţie cu caracteristici comune, pentru care sînt în mod expres concepute mesajele privind promovarea sănătăţii.

Indicator: o mărime observabilă şi măsurabilă a procesului realizat în direcţia obiectivelor şi performanţelor urmărite.

Informare: furnizarea de date despre un subiect oarecare, fără să se asume responsabilitatea modului în care clientul se hotărăşte să folosească informaţia.

Instituţie: "locul în care populaţia beneficiază, se foloseşte sau schimbă mediul, astfel creînd sau soluţionînd probleme legate de sănătate. Instituţiile pot fi percepute în mod normal ca avînd limite fizice, un număr de persoane cu roluri definite şi o infrastructură organizaţională" (OMS, 1998).

Mass-media, miloace de comunicare în masă: canale de comunicaţie majore, cum sînt radioul, televiziunea, internetul, presa.

Material: produs de genul spotului publicitar prin radio, pliant, afiş, banda desenată, manual de instructaj, folosit pentru transmiterea mesajelor prin canale de comunicaţie.

Mesaj: conţinutul materialelor de comunicaţie.

Mijloace de comunicare cu dimensiuni reduse: canale de comunicaţie de dimensiuni mici: broşuri, fluturaşi, afişe, pliante, benzi video, diapozitive.

Monitorizare: acţiunea de culegere şi analiză a informaţiei privind aplicarea programului, în scopul identificării problemelor şi luării de măsuri corective.

Motivaţie: folosirea informaţiei în aşa fel încît să convingă clientul să se comporte într-un anumit fel.

Obiectiv: rezultat final dorit şi urmărit de una din componentele programului, necesar pentru a realiza scopul programului.

Pretestare: acţiunea de probare a mesajelor sau materialelor de popularizare înaintea distribuirii lor largi, în scopul de a le mări eficienţa.

Promovarea sănătăţii: proces de folosire a informaţiei, educaţiei şi canalelor de comunicaţie pentru a influenţa în mod pozitiv comportamentul faţă de sănătate al indivizilor şi grupurilor.

RAP: metode rapide de cercetare.

Sanogeneză: totalitatea mijloacelor şi măsurilor pentru promovarea şi întărirea stării de sănătate a populatiei.

Scop: declararea în termeni generali a obiectivelor urmărite în program.

Sstrategie: coordonare a acţiunilor dinainte concepută, în vederea atingerii unui obiectiv. Strategia promovării sănătăţii cuprinde definirea mesajelor potrivite şi alegerea unei îmbinări adecvate de canale de comunicaţie şi activităţi în vederea influenţării unei grupe-ţintă.

Ton: o anumită formă, culoare, sunet şi muzică care, adăugate unui mesaj, creează o atmosferă şi dă viaţa emoţională unui mesaj.

Ţinta acţiunii: un anume rezultat pe care o componentă din program îşi propune să-l atingă. Este o treaptă intermediară care conduce la atingerea obiectivului.

Bibliografie

1. Ababii I. *Ocrotirea sănătății publice – sarcina principală a medicinei preventive*. În: Actualități în medicina preventivă (realizări, sarcini). Materialele Conferinței științifice dedicate celei de-a XXXV-a aniversare a Facultății Medicină Preventivă, 25 septembrie 1998, Chișinău, p. 1-3.
2. Ababii I. *Aspecte generale ale proiectului Politicii Naționale de Sănătate. Raport*. În: Materialele Conferinței naționale „Politica Națională de Sănătate: importanță și pespective", 27 martie 2007.
3. Anuar de statistică sanitară *Sănătatea Publică în Moldova*. Centrul Științifico-Practic de Sănătate Publică și Management Sanitar, a. 1995-2012.
4. Ancusa M. *Educație pentru sănătate*. În: Revista "Medicina. Trecut. Prezent. Viitor". 1998, p. 7-10.
5. Ancusa M., Nistor F. *Îndrumător pentru educatorul sanitar*. Iași, 1985, 79 p.
6. Apetrei C. *Model epidemiologic al introducerii recente a HIV într-o populație „virgină". Infecția cu HIV la copiii din Moldova*. Teză de doctorat, Iași: UMF, 1993.
7. Armstrong J., Bos E. *The demograpthic, economie and social impact of AIDS*. In: AIDS in the world. A global report; eds.: Mann J., Tarantola D.J.M., Netter Th., Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London, 1992, p. 195-226.
8. Aubel J. *Le developpement participatif exige une conception participative de la communication*. Prom&Educ., 1996, 3, 2, p. 28-31.
9. Ashton J., Seimour H. *New public health. Liverpul experience*. 1988, Liverpul, p. 24-26.
10. Bahnarel I. *Realizări și sarcini strategice ale medicinei preventive în ameliorarea sănătății publice*. În: Materialele Congresului V al igieniștilor, epidemiologilor și microbiologilor din Republica Moldova, Chișinău, 2003, vol. 1[A], p. 3-11.
11. Bahnarel I., Zepca V. *Siguranța vieții umane. Ghid pentru elevi*. Chișinău, 2013.
12. Bajos N., Ducot B., Rudelic-Fernandez D., Lert F., Spira A. *Evaluation d'un nouveau modele de communication et de prevention du SIDA. Analyse des reaction suscite par la campagne 3000 scenarios contre un virus*. In: Rev. Epidem. et Santé Publ., 1996, 44, p. 237-247.
13. Bayer R. *AIDS Prevention-Sexual ethics and responsibility*. In: N. Engl. J. Med., 1996, p. 23, 334.
14. Becker M.H., Rosenstock I.M. *Comparing social learning theory and the health belief model*. In: Ward W (ed): Advances in Health Education and Promotion. Vol. 2. Greenwich, Conn. JAI Press, 1987.
15. Bender D., Ewbank E. *Focus group as a research instrument aspects an: design and analisys*, 1994, p. 63-89.
16. Berdaga V., Popușoi E., Etco C., Juc A. *Caracteristica epidemiologică a mortalității în raioanele rurale*. În: Strategia de dezvoltare și reformare a sistemului sănătății din Republica Moldova în condițiile economice noi. Tezele conferinței internaționale, Chișinău, 1995, 37 p.

17. Boudon R. *Tratat de sociologie*, 1997.
18. Bunton R., Macdonald G. *Health promotion-disciplines and diversity*. Prentice Hall, New York, Edinburgh, London 1992, p. 6-23; 66-86.
19. Bunton R., Macdohald G. *Health promotion. Disciplines and diversity*, 1995, 186 p.
20. Calmîc V., Magdei M., Chicu V., Opopol N., Bahnarel I., Borşci V. *Cu privire la Programul Naţional de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă*. În: Materialele Conferinţei stiinţifico-pactice „Medicina Preventivă: probleme şi realizări", 1998, p. 34-36.
21. Calmîc V. *Unele aspecte privind educaţia pentru sănătate şi promovarea sănătăţii*. În: Anale ştiinţifice ale USMF *Nicolae Testemiţanu*, vol. 2, 2000, p.399-404.
22. Calmîc V., Popuşoi E., Borşci V., Chişlaru L., Silitrari N., Prisacari V. *Privind informarea populaţiei pe unele probleme ale modului sănătos de viaţă*. În: Materialele Conferinţei „Problemele actuale ale sănătăţii populaţiei şi reformei asistenţei medicale", Chişinău, 2000, p. 35-38.
23. Calmîc V. *Educaţia pentru sănătate ca factor determinant în formarea modului şi stilului sănătos de viaţă*. În: Materialele Conferinţei „Problemele actuale ale sănătăţii populaţiei şi reformei asistenţei medicale", 2000, p. 38-43.
24. Calmîc V., Chişlaru L., Popuşoi E., Borşci V., Untilă V., Pavlic A., Bulgaru O., Calendari A., Moscaliuc G. *Informarea populaţiei pe problemele modului sănătos de viaţă*. În: Supravegherea epidemiologică în maladiile actuale pentru Republica Moldova, 2000, p. 174-176.
25. Calmîc V., Chişlaru L., Borşci V., Chişlaru S. *Atitudinea şi informarea populaţiei din Moldova despre principiile modului sănătos de viaţă*. În: Materialele Conferinţei a IV-a ştiinţifico-practice a cardiologilor „Actualităţi în Cardiologie", 2001, p. 30-34.
26. Calmîc V., Chişlaru L., Prisacari Viorica, Borşci V., Silitrari Natalia, Chişlaru Svetlana. *Informarea elevilor de vîrsta 10-18 ani despre factorii de risc ai bolilor netransmisibile*. În: Materialele Conferinţei Spitalului Clinic Municipal „Sfîntul Arhangel Mihail", Chişinău, 2002, p. 42-45.
27. Calmîc V., Eţco C., Magdei M., Chişlaru L, Oglindă S., Silitrari N., Prisacari V. *Informarea elevilor în problemele pofilaxiei bolilor cu transmitere sexuală şi narcomaniei*. În: Materialele Congresului V al igieniştilor, epidemiologilor şi microbiologilor din Republica Moldova, 2003, p. 265-268.
28. Calmîc V., Eţco C., Oglindă S., Silitrari Natalia, Prisacari Viorica. *Prevalenţa fumatului la adolescenţi în Republica Moldova*. În: Materialele Conferinţei ştiinţifico-practice consacrate jubileului de 60 ani a Serviciului sanitaro-epidemiologic de stat şi 10 ani de activitate a CNŞPMP, 15.10.2005, p. 254-257.
29. Calmîc V. *Nivelul de răspîndire a tabacismului la adolescenţii din Republica Moldova*. În: Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei. Ştiinţe Medicale, 2005, nr. 4, p. 34-37.
30. Calmîc V. *Rezultatele studiilor privind răspîndirea deprinderilor nocive, maladiile cu transmitere sexuală şi informarea populaţiei despre măsurile de profilaxie*. În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2006, nr. 1 (12), p. 15-20.

31. Calmîc Varfolomei, Maximenco Elena, Eţco Constantin, Bahnarel Ion, Silitrari Natalia. *The smoking prevalence in the Republic of Moldova among young people*. În: Book of Abstracts „Globalization and Equity: Consequences for Health Promotion Policies and Practices", 7th IUHPE European Conference on Health Promotion and Health Education, 17-18 October 2006, Budapest, Hungary, p. 102-103.
32. Carael M., Cleland J., Deheneffe J.C., Ferry B., Ingham R. *Sexual behaviour in developing countries: implications for HIV control*; În: AIDS, 1995, nr. 9, p. 1171-1175.
33. Chicu V. *Problemele actuale ale serviciului sanitaro-epidemiologic de stat*. În: Curierul Medical, 1997, nr. 6, p. 7-10.
34. Chicu V. et al. *Masters programmes in public health and social services: international vision and loial implementation.* Chişinău, 2013, 221 p.
35. Chişlaru L., Calmîc V., Borşci V., Chişlaru S. *Gradul de informare a populaţiei rurale privind profilaxia primară a bolilor neinfecţioase cronice*. În: Curierul Medical, 1997, nr. 6, p. 32-34.
36. Chişlaru L., Chişlaru S., Borşci V., Calmîc V., Casian O. *Informarea populaţiei rurale despre profilaxia primară a bolilor neinfecţioase cronice*. În: Materialele Congresului IV al igieniştilor, epidemiologilor, microbiologilor şi parazitologilor din Republica Moldova, 1997, p. 223-224.
37. Ciobanu V., Nistor F. *Ghid în educaţie pentru sănătate*. Timişoara, 1996, 111 p.
38. Ciufecu C., Ciufecu E.S. *HIV-SIDA: 200 întrebări şi răspunsuri.* Manual practic. Bucureşti: Ed. Viaţa Medicală Românească, 1996.
39. Ciufecu C. *Virusul imunodeficienţei umane. În căutarea unui profilactic eficace*. În: Rev. Bact. Epid., Bucureşti, 1996, nr. 3-4, p. 147-150.
40. Cohen R.Y., Felix M.R.J., Brownell K.D. *The role of parents and older peers in school-based cardiovascular prevention programs: Implication for program development*. In: Health Educ Q 16, 1989, p. 245-253.
44. *Community-level prevention of human immunodeficiency virus infection among high-risk populations*: The AIDS community demonstration protects MMWR, 1996, 45, RR-6, p. 11-115.
45. *Cunoştinţe privind transmiterea şi prevenirea SIDA*. În: Cercetarea sănătăţii reproducerii în România 1993. Raport final IOMC, Bucureşti, CDC, Atlanta, Georgia, 1995, p. 191-199.
46. Davis M. Iverson D. *An overview and analysis of the Health Styles campaing*. In: Health Educ. Q 11, 1984, p. 253-272.
47. Deccache A. *Evaluer la gualite et l'efficacite de la promotion de la sante, aprrroche et methodes de sante publiques et de sciences humaines*. In: Prom&Educt 1997, vol. 4, nr. 2, p. 10-13.
48. Deeds S.G. Gunatilake S. *Behavioural change strategies to enhance child survival*. In: Hygie, 1989, vol. 8, nr. 4, p. 19-21.
49. Delore P. *Introduction a la médicine de l'homme en santé et de l'homme malade*. Paris: Edit. Masson, 1944.

50. Dever G.E. *An epidemiological model for health policy analysis.* In: Soc. Ind. Res, 1976, nr. 2 , 465 p.
51. Dincă Irina. *Introducerea educaţiei sexuale în licee – atitudini ale elevilor, părinţilor şi profesorilor.* În: Management în Sănătate, Bucureşti, 1995, nr. 4, p. 30-38.
52. Dincă Irina. *Educaţia pentru sănătate – împreună sau separat.* În: Management în Sănătate, Bucureşti, 1998, nr. 2, p. 8-9.
53. Dincă Irina. *Aspecte particulare ale realizării unui program-pilot de promovare a sănătăţii în şcolile din România.* Teză de doctorat. Bucureşti: UMF "Carol Davilă", 2000.
54. Downie R.S., Fyfe C., Tannahill A. *Health Promotion-Models and Values.* Oxford University Press, Oxford, Tokio, New York, 1995.
55. Dorobanţu I. *Educaţia pentru sănătate.* Bucureşti: Editura Medicală, 1985, 285 p.
56. Duda R. *Sănătate publică şi management.* Iaşi: Editura Moldotip, 1996, 217 p.
57. Duda R. *Educaţia pentru sănătate şi cooperarea populaţională în medicina omului sănătos.* În: Medicina omului sănătos. Probleme de epidemiologie modernă. Autor A. Ivan, Bucureşti: Editura Medicală, 1993, p. 242-254.
58. Duda R. *Prelegeri de psihologie medicală*, Iaşi: Litografie IMF, 1982.
59. Duda R., Zanoschi G., Iliescu L., Duma O., Lungu S.D. *Planificarea familială şi contracepţia. Studiu medico-social pe un lot de studente.* În: Vol. Rez. Conferinţa „Probleme actuale medico-sociale, psihologice şi demografice ale familiei", Chişinău, 6 noiembrie, 1998, p. 157.
60. Dugacicu N., Moise Gh., Doroftei S. *Elemente de biostatistică.* Arad: Universitatea de Vest „Vasile Goldiş". Facultatea de Medicină, 1997, 135 p.
61. Duma O., Vitcu L., Tuchendria F. *The learning pyramid a new approach in school health education.* În: Jurnalul Medicina Preventivă, Iaşi, 1995, nr. 3, p. 53-56.
62. Duma O. *Educaţia pentru sănătate teorie: metode, tehnici.* Referat de doctorat susţinut în şedinţă SMN, Iaşi, 22 mai 1995.
63. Duma Odeta. *SIDA: epidemiologie implicaţii psihosociale; diagnosticul educativ-sanitar al populaţiei privind infecţia HIV/SIDA.* Referat de doctorat susţinut în şedinţă SMN, Iaşi, 30 octombrie 1995.
64. Duma O. *Metode şi mijloace de prevenţie a maladiei HIV/SIDA.* Teză de doctorat. Iaşi: UMF "Gr.T. Popa", 1999.
65. Duma O., Ţuchendria E. *Evaluation of a school training programme concerning HIV/SIDA.* În: J. Med. Prev, Iaşi, 1996, vol. 4, nr. 1, p. 31-35.
66. Duma O., Ţuchendria E., Mardare D., *Marketingul social – model de promovare a sănătăţii în comunitate.* A XXX-a ses, şt. anuală a IISPCM, Iaşi, 28-30 iunie 1995. În: Jurnalul Medicina Preventivă, Iaşi, 1996, vol. 4, nr. 4, p. 125.
67. Duma O., *Serviciul de Hotline SIDA, mijloc de educare şi prevenţie.* În: Vol. Rez. Congresului IV al igien., epid. din Moldova, Chişinău 11-12 septembrie, 1997.
68. Elkins D.B., Kuyyakanond Th., Maticha-Tyndale E., et.al. *Multisectorial staratey for AIDS prevention at community level.* In: World Forum, 1996, vol. 17, nr. 1, p. 70-74.

69. Enăchescu D., Marcu M. *Sănătate publică şi management sanitar.* Bucureşti: Ed. all Educationall S.A., 1997.
70. Enachescu D., Marcu Gr.-M., Marcu A., Mihailă V., Popa I., Radulescu S., Vladescu C. *Cercetarea stării de sănătate şi a principalilor factori care o influenţează în vederea fundamentării strategiilor de intervenţie.* În: Jurnal de Medicină Preventivă, Iaşi, 1996, vol. 4. nr. 2, p. 5-24.
71. Eriksen M.P. *The role of organization in cancer prevention. Communities, worksites, schools, and hospitals.* In: Cancer Bull., 1988, nr. 40, p. 349-354.
72. Eriksson C.G.. *Focus groups and other methods for increased effectiveness of community intervention a review, scand.* In: Prim. H. Care Suppl., 1988, vol. 1, p. 73-80.
73. Eţco C., Calmîc V., Magdei M., Chişlaru L., Oglindă S., Prisacari V.. Silitrari N. *Informarea romilor despre principiile modului sănătos de viaţă.* În: Materialele Congresului V al igieniştilor, epidemiologilor şi microbiologilor din Republica Moldova, 2003, p. 282-286.
74. Eţco C., Bahnarel I., Maximenco E., Ştefaneţ S., Calmîc V. *Colaborarea intersectorială – cheia succesului în promovarea sănătăţii la nivel comunitar.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2006, nr. 4 (15), p. 8-10.
75. Fabre J., Kraft Th. *Le role du medicin practicien dans le maintien de la santé,* In: Schwiez. Med. WSCHR., 1978, nr. 108, p. 795-799.
76. Flora J.A., Maibach E.W., Maccoby N. *The role of media across fout levels of health promotion intervention.* In: Annual Revist Public Health, 1989, nr. 10, p. 181-201.
77. Fingerhut L.A., Kleiman J.C. *Morlality among children and youth.* In: Am. J. Public Health, nr. 79, 1989, p. 899-901.
78. Gearhart Pucci L., Hagluund B.J. *Focus group a tool for developing better health education materials and approaches for smoking interevention.* In: H. Prom. Int., 1992, vol. 7, nr. 1, p. 11-15.
79. Gebreel A.A., Butt J. *Making health messages interesting.* In: World Health Forum, WHO; Geneva, 1997, vol. 18, nr. 1, p. 32-34.
80. Gilmore N., Somerville M.A. *Health care professionals responding to AIDS: Ethies, law and human rights.* In: Health workers and AIDS Research, intervention and current issues in burnout and response. Harwood Academic Publishers, New York, London, 1995, p. 361-387.
81. Green A., Matthias A. *How should governments view nongovernmental organizations*? In: World Health Forum WHO, Geneva, 1996, vol. 7, nr. 1, p. 42-45.
82. Green L. W. *Prevention and health education.* In: Public Health New York, London, 1992, p. 787-802.
83. Green L.W. *Community Health.* 6 edit., St. Louis: Mosby, 1990.
84. Green L.W., Wilson A.W., Lovato C. *What changes can health promotion achieve and how long will these changes last*? In: Prev. Med., nr. 15, 1986, p. 508-521.
85. Green L.W., Kreuter M.W. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach.* Palo Alto: Mayfield Publishing Co., 1991.

86. Green L.W. In: *Theory of participation: A qualitative analysis of its expression in national and international policies*. In: Ward W(ed): Advances in Health Education and Promotion, vol. 1. Greenwich, Coon.: JAI Press, 1986.
87. Green L.W. *Toward cost-benefit evaluations of health education: Some concepts, methods and examples*. In: Health Educ. Monogr., 2 (suppl.) , 1974, p. 34-64.
88. Green L.W. *Research agenda: Building a consensus on research questions*. In: AMJ Health Promotion, nr. 1, 1986, p.70-72.
89. Green L., McAlister A. *Macro-intervention to support health behavior: Some theoretical perspectives and practical reflections*. In: Health Education Q 11 (3), 1984, p. 323-339.
90. Green L.W., Simons-Morton D. *Education and life-style determinants of health and disease*. In: Holland W.W., Detels R., Knox G. (eds): Oxford Textbook of Public Health, 2 edt. London: Oxford University Press, 1991.
91. Guţu L., Coţofană V. *Rezultatele testării populaţiei Republicii Moldova la cunoştinţe anti-SIDA*. În: Materialele Congresului IV al igieniştilor, epidemiologilor, microbiologilor şi parazitologilor din Republica Moldova, 1997.
92. Hersey J.C., Kilbanoff L.S, Lam D.J, Taylor R.L. *Promoting social support: The impact of California's "Friends Can be Good Medicine" campaing*. In: Health Educ. Q 11, 1984, p. 293-311.
93. *HIV/AIDS education and prevention programs for adults in prisons and jails and juveniles in confinement facilitie United states 1994*. In: MMWR, 1995, vol. 45, nr. 13, p. 268-271.
94. Hobson W. *The plase of Health Education în the Medical curriculum*. In: Roy. Soc. Health Jurnal, London, nr. 3, 1963.
95. Holli B.B. *Using behavior modification in nutrition counseling*. In: J. Am. Diet. Assoc., 1988, p. 1530.
96. Hughes D., Morris S. *The cost-effectivenes of condoms in the prevention of HIV infection in England and Wales: should condoms be available on prescription*? In: J. Hlth. Serv. Policy, 1996, vol. 1, nr. 4, p. 205-211.
97. Hurrelmann K. *Promoting health in school: the german example*. In: H. Prom. Int., 1995, vol. 10, nr. 2, p. 121-131.
98. Ianachescu D., Marcu M. *Sănătate publică şi management sanitar*. Bucureşti: Editura ALL, 1994.
99. Ivan A. *Coordonate moderne în epidemiologie şi medicina omului sănătos*. Iaşi: Litografia IMF, 1990.
100. Ivan A. *Medicina omului sănătos. Probleme de epidemiologie modernă*. Bucureşti: Ed. Medicală, 1993.
101. Kernaghan S.G., Giloth B.E. *Tracking the impact of health promotion on organizations: A key to program survical*. Chicago: American Hospital Association, 1988.
102. Kichbusch Ilona. *Health Promotion*. Background Papers for the study Group on Health Promotion, Copenhagen, 1985.
103. Kickbusch I., Jones J. *A health-promoting school starts with imagination*. In: Word Health WHO, Geneva, 1996, nr. 4, p. 4-5.

104. Kitby D. *Sex and HIV/SIDA education in school.* Brit. Med. J., 1995, nr. 311, p. 403-407.
105. Khapp R.G., Clinton Miller M. *Clinical Epidemiology and Biostatics.* National Medical Series, second ed., Harvard publishing Company, Malvern, Pennsylvania, 1994.
106. Kolbe L.J., Green L.W., Foreyt J., et al. *Appropriate functions of health education in scools.* In: Krasnagor N , Arasteh J., Cataldo M. (eds): Chiald Health Behavior. New York: John Wiley, 1985.
107. Kolbe L.J. *Indicators for planning and monitoring schools health programs.* In: Kar S.B. (ed): Health Indicators and Actions. New York: Springer, 1989.
108. Kotler Ph., Roberto N., Lee N. *Social Marketing. Improving the Quality of Life.* Second Edition. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2002.
109. Larsen B. *Hygiene and health in developing countries: defining priorities though cost-benefit assesment.* In: International Journal of Enviromental Health Resersh, 2003, nr. 13, S37-S46.
110. Laver S. M. *Education anti-SIDA: des images-scenarios aident a amorcer la discussion.* In: Forum mond. Santé, OMS, Geneva, 1994, nr. 15, p. 38-40.
111. Lefebre R.C., Flora J.A. *Social marketing and public health intervention.* In: Health. Education, Q, 1988, nr. 15, p. 299-315.
112. *Legea ocrotirii sănătății*, nr. 411-XIII din 28 martie 1995.
113. *Legea privind supavegherea de stat a sănătății publice*, nr. 10-XVI din 03 februarie 2009
114. Lewis C.E. *Disease prevention and health promotion practices of primary care physicians in the United States.* In: Battista R.N., Lawrence R.S. (eds): Implementing Preventive Services. New York: Oxford University Press, for Am. J. Prev. Med. 4 (4) (suppl.), 1987.
115. Lewis F.M. *The concept of control: A typology and health-related variables.* In: Ward W. (ed): Advances in Health Education and Promotion, vol. 2, Greenwich, Conn.: JAI Press, 1987.
116. Lewis C.E. *Disease prevention and health promotion practices of primary care physicians in the United States.* In: Battista R.N., Lawrence R.S. (eds): Implementing Preventive Services. New York: Oxford University Press, for AM. J. Prev. Med. 4 (4) (suppl), 1987.
117. Lisovschi V. *Actualitate şi perspectivă în educăţie pentru sănătate.* În: Trecut şi viitor în medicină, sub red. G. Prătescu, Bucureşti: Edit. Medicală, 1981, p. 689-695.
118. Lisovschi V. *Merite şi puncte vulnerabile ale educăţiei pentru sănătate.* În: Trecut şi viitor în medicină. Sub red. G. Prătescu, Bucureşti: Edit. Medicală, 1983, p. 629– 637.
119. G. MacDonald. *Quality indicators and health promotion effectiveness.* In: Prom&Educ., 1997, vol. 4, nr. 2, p. 5-8.
120. Magdei M. *Reorganizarea Serviciului sanitaro-epidemiologic în contextul reformei sistemului de sănătate.* În: Curierul Medical, 1997, nr. 6, p. 3-7.

121. Magdei M., Opopol N., Bahnarel I., Calmîc V. *Reformele în societate şi sarcinile Serviciului sanitaro-epidemiologic de stat.* În: Materialele Conferinţei ştiinţifico-pactice „Medicina Preventivă: probleme şi realizări", 1998, p. 3-7.
122. Magdei M. *Probleme actuale ale sănătăţii publice în Republica Moldova.* În: Revista "Laborator Clinic. Tehnică Medicală", Bucureşti, 1999, nr. 7-8, p.28-30.
123. Magdei M. Teza de doctor habilitat. 1999, p. 6.
124. Malai E., Prisacari V. *Motivaţii spre amplificarea educaţiei pentru sănătate.* În: Materialele Congresului V al igieniştilor, epidemiologilor şi microbiologilor din Republica Moldova, Chişinău, 2003, vol. 2[A], p. 85-94.
125. Malai E. *Sănătoşi într-un mediu sănătos.* Chişinău, 2011, 95 p.
126. *Studiul demografic şi de sănătate publică.* Moldova, 2005, 369 p.
127. Malai E., Prisacari V. *Contribuţii la optimizarea educaţiei pentru sănătate în prevenţia infecţiilor şi invaziilor intestinale.* În: Materialele Conferinţei ştiinţifico-practice consacrate jubileului de 60 de ani ai Serviciului sanitaro-epidemiologic de stat şi 10 ani de activitate a CNŞPMP, 15.10 2005, p.164-165.
128. Maloney S.K., Hersey J.C. *Getting messages on the air*: Findings from the 1982 Alcohol Abuse Prevention Campaing. In: Health Educ Q.11, 1984, p. 273-292.
129. *Manual of Group interview techniques to assess the needs of people wite AIDS*, WHO, GPA, 1995.
130. Manoncourt E. *Participation and social mobilization.* In: Prom&Educ., 1996, vol. 3, nr. 2, p. 3-4.
131. Manuel C., Molines C., Dubuc M., San Marco J.L. *AIDS for adolescents.* In: World Health Forum, WHO, Geneva 1998, vol. 19, nr. 3, p. 294-297.
132. Maximenco E. Teza de doctor în medicină. *Argumentarea ştiinţifică a programelor de promovare a sănătăţii adolescenţilor la nivel comunitar în RM.* Chişinău, 2010.
133. Mayer J.A., Dubbert P.M., Elder J.P. *Promoting nutrition at the point of choice. A review.* In: Health Educ. Q 16, 1989, p. 31-43.
134. Mellanby A.R., Phelps F.A., Crichton N.J., Tripp J.H. *School sex education: an experimental programme with educational and medical benefit.* In: Brit. Med. J., 1995, nr. 311, p. 414-417.
135. Mertens T. E. *Prevention indicators for evaluating the progress of national AIDS programme.* In: AIDS, 1994, nr. 8, p. 1359-1369.
136. Mincler M. *Health education, health promotion and the open society: An historical perspective.* In: Health Educ. Q 16, 1989, p. 17-30.
137. Morris S., Gray A., Noone A., Weswman M., Jathanna S. *The costs and effectiveness of surveillance of comunicable disease, a case-study of HIV and AIDS in England and Wales.* In: J. Publ. Helth Med., 1996, vol. 18, nr. 4, p. 415-422.
138. Moşneaga T. *Dezvoltarea prin reformare a sistemului sănătăţii din Republica Moldova.* În: Curierul Medical, 1996, nr. 4, p. 3-5.
139. Mullen P.D., Zapka J.G. *Assessing the quality of health promotion and patient education programs.* In: HMO Pract. 3,1989, p. 98-103.

140. Nakajima T. *Health Promoting Schools*. In: World Health, 1996, nr. 4, p. 3-4.
141. Nistor F., Ciobanu V. *Ghid în educaţia pentru sănătate*. Timişoara: Editura Imprimeria Mirton, 1996, 111 p.
142. Opopol N., Magdei M., Chicu V., Bahnarel I., Gheorghiţă Ş., Calmîc V., Sohoţchii V., Volneanschi A. *Argumentarea ştiinţifică a normelor de funcţii şi structurarea Centrelor de igienă şi epidemiologie*. În: Curierul Medical, 1997, nr. 6, p. 12-14.
143. Osborn A. F. *Applied imagination: Principles and procedures of creative problem-solving*. New York: Scribners, 1953.
144. Overview An, Anderson Robert. *Health Promotion*. In: European Monographs in Health Education Research, nr. 6, 1984.
145. Pagin C.V. *The economic value*. In: Amer. J. Nurs., 1982, nr. 12, p. 1844-1849.
146. Pearson R. *Rapid assessmen procedures are changing the way UNICEF evaluates its projects*. In: Hygie, 1989, vol. 8, nr. 4, p. 23-26.
147. Petrescu V.M. *Modernitatea – o necesitate a educaţiei pentru sănătate*. În: Viaţa Medicală, Bucureşti, 1994, nr. 29, p. 3-7.
148. Pietraru L. *SIDA – educaţia şi informarea pot limita o epidemie*. În: Management în Sănătate, Bucureşti, 1998, nr. 2, p. 11-12.
149. Pineault R., Daveluy C. *La planification de la Santé. Concepts. Metohodes, Strategies*. Montreal: Ed. Agence D'ARC inc., 1990, p. 81-100.
150. *Politica Naţională de Sănătate*. 2007.
151. Popescu O., Bucur E-Gh. *Educaţia pentru sănătate în şcoală*. Bucureşti: Editura Fiat-Lux, 1999, p. 229-288.
152. Popuşoi E., Eţco C., Coţofană G. *Aplicarea metodelor epidemiologice ale bolilor nontransmisibile în studiul sănătăţii publice*. Chişinău, 1995, 68 p.
153. Popuşoi E., Calmîc V., Borşci V. *Cu privire la măsurile de optimizare a educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă*. În: Materialele Conferinţei „Problemele actuale ale sănătăţii populaţiei şi reformei asistenţei medicale", 2000, p. 126-129.
154. Pradier C., Bardeau J.J., Simon P.J., Bentz-Gribelin L. et al. *Infection a VIH. Comportaments a risque chez les toxicomanes par voie veineuse. Experience dans les Alpes Martimes*. In: Presse Med., 1993, vol. 22, nr. 29, p. 1347-1351.
155. Predescu Mioara. *Aspecte ale relaţiei promovării sănătăţii cu mass-media*. În: Management în Sănătate, Bucureşti, 1998, vol. 2, nr. 1, p. 9-10.
156. Prisacari V., Malai E. *Perfecţionarea metodelor şi mijloacelor de educaţie pentru sănătate în prevenţia infecţiilor şi invaziilor intestinale*. În: Curierul medical, nr. 2, 2005, p. 45-50.
157. Roccella E.J., Ward G.W. *The national high blood pressure education program: A description of its utility as a generic program model*. In: Health Educ. Q 11, 1984, p. 225-242.
158. Rundall T.G., Bruvold W.H. *A meta-analysis of schools-based smoking and alcohol use prevention programs*. In: Health Educ. Q 15, 1988, p. 317-334. 206.
159. *School-based HIV prevention education-United States 1994*. In: MMWR, 1996, vol. 45, nr. 35, p. 760-765.

160. Setel P. *AIDS prevention with local implementors – overcoming obstacles*. In: World Health Forum, 1997, vol. 18, nr. 2, p. 215-217.
161. *Sex education essential*. In: World Health Forum, 1994, vol. 15, nr. 2, p. 210-211.
162. Slutkin G. *The evaluation of prevention of prevention efforts in national AIDS programmes*. In: Assesing AIDS prevention, eds. Paccaud F., Vader J.P., Gutzwiller F., Basel, 1992, p. 5-12.
163. Stanton N. *Comunicarea*. În: Bucureşti: Ed. S.C. „Ştiinţă şi Tehnică" S.A., 1995, p. 1-20.
164. Stephens R.C., Feucht T.E., Roman S.W. *Effects of an intervention program on AIDS related drug needle behavior among intravenous drug users*. In: AJPH, 1991, vol. 81, nr. 5, p. 568-572.
165. Sigaudes D. *L'education pour la santé*. In: Santé Publique. Paris: Ed. Ellipses, 1989, p. 287-298.
166. Susman E.J. *Health promotion in adolescence: developmental and theoretical consideration*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass. Publ., 1993, p. 247-261.
167. Tarakahashi L.M. *Stigmatization HIV/AIDS and communities of color: exploring response to human service facilities*. In: Health and Place, 1997, vol. 3, nr. 3, p. 187-199.
168. Tannahil A. *What is health Promotion*? In: Health Education Jurnal, 1985, vol. 44, nr. 4, p. 167-169.
169. Tannahil A. *Health education and health promotion: planning for the 1990*. In: Health Education Jurnal, 1990, vol. 49,nr. 4, p. 194-198.
170. Tintiuc D., Eţco C., Grossu Iu. ş.a. *Sănătate publică şi management*. Chişinău, 2000, p. 616-662.
171. Tones K. *Measuring success in health promotion*. In: Hygie, 1992, vol. 11, nr. 4, p. 10-14.
172. Totariu T., Iluţ P. *Anchete sociologice şi sondaje de opinie. Teorie şi practică*. Iaşi: Editura Polirom, 1997.
173. *Trends in sexual risk behavior among high school students-United States 1990, 1991, and 1993*. In: MMWR, 1995, vol. 44, nr. 7, p. 124-125.
174. Ţuchendria E., Duma O., Duda R. *Calităţile psihologice şi psihosociale ale educatorului în domeniul promovării sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate*. A XXVII-a ses. şt. CMSSC, Timişoara, 16-18 noiembrie. 1995.
175. Ţuchendria E., Duma O., Vlasie E.M. *Studiu comparativ privind percepţia socială a maladiei HIV/SIDA în două comunităţi*. În: Materialele Congresului IV al igieniştilor, epidemiologilor, microbiologilor şi parazitologilor din Republica Moldova, 1997, Chişinău, 11-12 sept. 1997, p. 18-19.
176. Vlădescu C., Rădulescu S., Manuc D. *Reforma sistemului serviciilor de sănătate din România*, În: Viaţa Medicală, Bucureşti, 1997, nr. 24, p. 8-9.
177. Wellings K., Wadsworth A.M., Field J., Whitaker L., Field B. *Provision of sex education and early sexual experience: the relation examined*. In: Brit. Med. J., 1995, nr. 311, p. 417-420.
178. WHO. *Statutul (Constituţia) Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii*, 1948.

179. WHO, Geneva. *Primary health care.* Report of the International Conference on Primary health Care. Alma-Ata, 1978.
180. WHO, Geneva. *Glossary of terms used in the Health for All Series*, 1984.
181. WHO, Geneva. *CINDI – Countrywide Integrated Noncommunicable Diseasses Intervention*, 1984.
182. WHO-Euro. *Health promotion. A discussion document on the concept and principles*. 1984, 121, p. 5-40.
183. WHO, Geneva. Ottawa 1986. *Ottawa Charter, for health promotion*, Internațional Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986.
184. WHO-Euro. *Health Promotion Glossary*, 1989.
185. WHO-Euro. *Health promotion and chronic iliness – descovering a new quality of health,* 1989.
186. WHO, Geneva. *L'education sanitaire a l'ecole pour la prevention du SIDA et des maladie sexuellement transmissibles*. In: Serie SIDA/OMS, Geneva, 1992, nr. 10, p. 5-30.
187. WHO-Euro. *Health promotion and health services reform*, 1995.
188. WHO-Euro. *Health 21 – health for all in the 21-st century*, 1998.
189. WHO-Euro. *Lifestyles and behaviour change*, 1998, 40 p.
190. WHO-Euro. *European Network of Health Promoting Schools, a joint project WHO-CE-CEC.*
191. WHO. Geneva. *Health Education in Self Care; Possibilities and Limitations.* HED/84.1, 1998.
192. WHO-Euro. *Европейская стратегия борьбы против табака*, 2002, 43 с.
193. WHO, Geneva. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*, 2003, 36 p.
194. WHO-Euro. *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations*, 2005.
195. Жолус Б. И. *Гигиеническое воспитание – основа здорового образа жизни.* В: Военный медицинский журнал, 1999, № 2, с. 24-29.
196. Жук У.Г. *Гигиенические основы здорового образа жизни.* В: Материалы Конференции „Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни". Москва, 5-7 декабря, 1990, с. 15.
197. Изуткин В.Ф. *Здоровый образ жизни как основа профилактики.* Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, Москва, 1982, с. 22.
198. Каримова Д.Ю. *Уровень культуры-основа формирования здорового образа жизни.* В: Материалы Конференции „Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни". В: Москва, 5-7 декабря, 1990, с. 17.
199. Коган В.З., Ананьина Н.Л. *Требования к разработке и содержанию программ обучения здоровью.* В: Материалы Конференции „Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни", Москва, 5-7 декабря, 1990, с. 18.
200. Кочин И.В. *Некоторые методологические вопросы исследования и формирования здорового образа жизни.* В: Материалы Конференции „Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни", Москва, 5-7 декабря, 1990, с. 18-19.

201. Кучма В.Р., Демина И.А. и др. *Проблемы формирования здорового образа жизни у учащихся в общеобразовательных учреждениях.* В: Гигиена и санитария, 2000, № 3, с. 52-56.
202. Суханова Н.Н., Катечкина Н.А., Кареткина С.А. *Изучение влияния образа жизни на физическое развитие и состояние здоровья школьников.* В: Гигиена и санитария, 1996, № 1, с. 27-28.
203. Куценко Г.И. и др. *Совершенствование системы гигиенического обучения и воспитания декретированных контингентов населения.* В: Гигиена и санитария, 1998, № 3, с. 72-74.
204. Лебедева Н.В., Радионова Г.К., Жаворонок Л.Г. *Состояние здоровья населения как критерий оценки качества жизни.* В: Вестник Российской Академии Наук, Москва: Медицина, 1997, с. 11-14.
205. Лисицын Ю.П., Комарова Ю.М. *Образ жизни и здоровье. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения.* Под редакцией Ю.П. Лисицына. Том I, Москва: Медицина, 1987.
206. Лисицын Ю.П. *Санология – научная основа формирования здорового образа жизни.* В: Материалы Конференции „Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни"б Москва, 5-7 декабря, 1990, с. 19-20.
207. Лисицын Ю.П., Перекопская Л.Г., Усачёв Н.С. *Медицинская активность-важнейший аспект здорового образа жизни.* В: Материалы Конференции „Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни", Москва, 5-7 декабря, 1990, с. 20-21.
208. Лисицын Ю. П. *Концепция факторов риска и образа жизни.* В: Здравоохранение Российской Федерации, № 3, 1998, с. 49-52.
209. Липский Н.М. *Проблемы формирования здорового образа жизни у дошкольников.* В: Гигиена и санитария, 1991, № 8, с. 74-76.
210. Мальцев В.Н. *Научно-экспериментальные основы деятельности региональной службы медицинской профилактики.* Автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук, Москва, 2001, с. 22.
211. *Общенациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI).* (Пересмотр 1994 года). Протокол и практическое руководство. ВОЗ, Женева, 1996, 100 с.
212. Полесский В. А., Коган В. З., Мартыненко А. В. *О концептуальном подходе к формированию здорового образа жизни.* В: Материалы Конференции „Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни", Москва, 5-7 декабря, 1990, с. 23-24.
213. Пономарева Л. А., Абдукадырова Л. К., Шапирова С. А., Юлдашбаев И. Т. и др. *Формирование основ здорового образа жизни у школьников.* В: Гигиена и санитария, 2002, № 1, с. 44-45.
214. Разводовский Ю.Е. *Алкогольные проблемы как фактор ухудшения демографической ситуации.* В: Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2002, № 1, с. 10-13.

215. Сидоренко Г.И., Кутепов Е.Н. *Роль социально-гигиенических факторов в развитии заболеваний среди населения.* В: Гигиена и санитария, 1997, с. 3-6.
215. В.И. Стародубов, Г.Г. Онищенко, В.М. Черепов. *О задачах по реформированию деятельности Государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации.* В: Здравоохранение Российской Федерации, № 5, 1999, с. 3-13.
216. Сидоров П.И. *Основные принципы новой концепции формирования здорового образа жизни.* В: Материалы Конференции „Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни", Москва, 5-7 декабря, 1990, с. 28-29.
217. Соколов Д.К., Болдашев Ж.А. *Изучение состояния здоровья населения методом анкетирования.* В: Гигиена и санитария, 1990, № 11, с. 60-63.
218. Строев Е.А., Прошляков В.Д., Ляпкало А.А. *Гигиеническое образование и воспитание населения: проблемы и пути реализации.* В: Гигиена и санитария, 1999, № 1, с. 65-66.
219. Талакин Ю.Н., Сорокина С.В., Иваницкая Н.Ф. *Опыт подготовки врача по санитарно-просветительной работе.* В: Гигиена и санитария, 1993, № 1, с. 69.
220. Тишук Е.А. *Изучение состояния здоровья населения в современных условиях.* В: Гигиена и санитария, 1997, № 5, с. 46-49.
221. Тожиев М.С., Шестов Д.Б., Быков И.Н., Воробьева А.М., Теребов А.А., Хоптяр В.П., Филинов В.Н., Лукьянов А.В. *Динамика распространенности основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и их профилактика.* В: Здравоохранение Российской Федерации, 2000, № 1, с. 13-17.
222. Фокина О.А., Любарская Л.Я. *О классификации методов, форм и средств гигиенического воспитания.* В: Гигиена и санитария, 1989, № 12, с. 37-39.
223. Харченко В.И., Лисицын Ю.П., Иоффина О.Б., Акопян А.С., Дудаев В.А., Осипов Н.И. *Необходимые мероприятия организационно-медицинского характера, направленные на уменьшение заболеваемости болезнями системы кровообращения и смертности от них в современной России.* В: Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1998, № 2, с. 37-42.
224. *Standarde de calitate a serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor în Republica Moldova.* Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, 2009, 28 p.
225. Maximenco Elena. *Argumentarea științifică a programului de promovare a sănătății adolescenților la nivel comunitar în Republica Moldova.* Teza de doctor în medicină. USMF „Nicolae Testemițanu", Chișinău, 2010.
226. WHO. Geneva. *Global strategy to reduce harmful use of alcohol.* Rezolution WHA 63.13. 2010, 44 p.
227. WHO. Geneva. *Global status report on alcohol and health*, 2011.
228. WHO-Euro. *The European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020.* 2011, 27 p.

229. *Promovarea sănătății*. Sub redacția prof. Grigore Friptuleac (coautori: Valeriu Chicu, Ghenadie Curocichin). Chișinău, 2005, 229 p.
230. Grigore Friptuleac. *Ghid privind privind evaluarea programelor de acțiuni în domeniul promovării sănătății*. Chișinău, 2006, 33 p.
231. *Activități practice la cursul promovarea sănătății*, sub redacția prof. Grigore Friptuleac (coautori: Valeriu Chicu, Ghenadie Curocichin). Chișinău, 2005, 224 p.
232. Victor Zepca, Ion Bahnarel, Pavel Cerbușca. *Alege sănătatea. Ghidul elevului formarea stilului sănătos de viață*. Chișinău, 2012, 96 p.
233. Victor Zepca, Ion Bahnarel, Cristina Petrescu. *Promovarea sănătății. Ghidul specialistului formarea stilului sănătos de viață*. Chișinău, 2012, 168 p.
234. WHO. Geneva. *Prevention of Mental Disorders*. 2004, 68 p.
235. Alan R. Andreasen, Philip Kotler. *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, 2008.
236. Andreasen, Alan R.. *Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health*, Social Development, and the Environment. Jossey-Bass. ISBN 0-7879-0137-7. San-Francisco, 1995.
237. Alan R. Andreasen. *Investing in Social Marketing*. In: Journal of Health Communications, nr. 2, 1997, p. 315-316.
238. MacFadyen, L., Stead M. and G.B. Hastings GB (1999). *Social Marketing*. Chapter 25. In: Baker M.J. (ed), The Marketing Book, 4th edition. Oxford: Butterworth Heinemann.
239. Hastings G.B. *Social Marketing Text*. Chapter in: Macdowall W., Bonell C., Davies M. editors. Health Promotion: Strategy and Delivery. Open University Press, 2004.
240. Hastings G. *Whose behaviour is it anyway? The broader potential of social marketing Text*. In: Social Marketing Quarterly, 2000, № 4(2), p. 46-58.
241. Lawther S, Hastings G, Lowry R. 1997. *De-marketing: Putting Kotler and Levys ideas into practice*. In: Journal of Marketing Management; nr. 13, p. 315-325.
242. Sidney J. Levy, Gerald Zaltman. *Marketing, society, and conflict*. Prentice-Hall, 1975, p. ,134.
243. Weinreich Nedra K. *Hands-On Social Marketing: A Step-by-Step Guide*. Published by SAGE Publications, Inc (1999).
244. Keller Linda Olson, Strohschein Susan. *Social Marketing. Public Health Interventions, Applications for Public Health Nursing Practice*, Minnesota Department of Health, Division of Community Health Services, Section of Public Health Nursing, Metro Square Building, The 129th Annual Meeting of APHA, 2001, p. 284-293.

ANEXE

Anexa 1

ELABORAREA UNUI PROGRAM DE PROMOVARE A SĂNĂTĂŢII

Elementele esenţiale care trebuie avute în vedere la elaborarea unui program în domeniul promovării sănătăţii sînt următoarele [5, 13, 14, 18, 37, 55, 78, 90, 94, 98, 132, 139, 169, 199, 217, 225, 230]:

1. Motivaţia programului.
2. Obiectivele generale ale programului.
3. Stabilirea grupului/grupurilor-ţintă.
4. Caracteristicile grupului-ţintă:

a) *demografice*: vârstă, sex, mediu, stare civilă, etnie, religie etc.;
b) *sociale*: familie, comunitate, acces la transport, la comunicaţii etc.

5. Cunoştinţe, atitudini, credinţe şi practici necesare rezolvării problemei.
6. Stabilirea metodelor de cercetare pentru identificarea cunoştinţelor, atitudinilor, credinţelor şi practicilor actuale ale grupului-ţintă.
   a) *cantitative*:
   - analiza datelor statistice existente;
   - anchete prin chestionar.

   b) *calitative* – metode rapide (RAP):
   - observaţia: directă, participativă;
   - interviul: anamneză, semistructurat, în grup;
   - conversaţia: individuală, în grup (focus-grup).
7. Identificarea cunoştinţelor, atitudinilor, credinţelor şi practicilor actuale ale grupului-ţintă.
8. Stabilirea diferenţelor existente între cunoştinţele, atitudinile, credinţele şi practicile pe care le are grupul-ţintă şi cele ce îi sînt necesare pentru rezolvarea problemei.
9. Elaborarea mesajelor informaţionale şi motivaţionale ce trebuie transmise grupului-ţintă pentru eliminarea lacunelor depistate.
10. Stabilirea obiectivelor măsurabile specifice programului.
11. Stabilirea duratei de executare a programului.
12. Revenirea asupra grupului-ţintă, obiectivelor, mesajelor şi revizuirea lor pe parcursul programului, dacă este necesar.
13. Strategiile de comunicare optime pentru realizarea obiectivelor programului:
    a) conştientizarea (sensibilizarea);
    b) informarea;
    c) motivarea.

14. Canalele de comunicare (accesibile, disponibile, credibile) şi reţelele de instituţii:
    a) Mass-media;
    b) Canale interpersonale;
    c) Mijloace informative de format mic;
    d) Reţele de instituţii:
    - unităţi ale diverselor ministere (instituţii medico-sanitare, şcoli, unităţi militare, poliţie etc.);
    - organizaţii voluntare nonguvernamentale (NGO).
15. Elaborarea materialelor informaţionale şi motivaţionale şi distribuirea lor.
16. Utilizarea sistemului feedback pentru a urmări implementarea pas cu pas a programului.
17. Derularea miniprogramelor de pregătire a educatorilor şi a voluntarilor participanţi la program.
18. Promovarea participării la program:
    a) prin mass-media;
    b) stimularea morală şi materială.
19. Urmărirea şi evaluarea programului:
    a) pe parcurs;
    b) finală.
20. Stabilirea calendarului activităţilor.
21. Se va stabili cine va crea, produce, implementa şi conduce fiecare dintre activităţile programului.

Bugetul programului, fiecare an, pentru:
- personal;
- echipament;
- deplasări;
- producerea materialelor audiovizuale şi a tipăriturilor;
- cercetări;
- evaluări;
- comunicaţii;
- întîlniri, conferinţe, cursuri;
- chletuieli indirecte;
- cheltuieli neprevăzute;
- total.

Anexa 2

PREGĂTIREA ŞI PREZENTAREA UNEI SESIUNI DE PREDARE ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂŢII

Pentru atingerea scopului de predare, este foarte important de a prevedea următoarele [5, 13, 37, 55, 78, 90, 98, 132, 139, 169, 199, 217]:

1. Planificarea subiectelor.
2. Strategii de predare eficientă.
3. Aptitudini de predare.
4. Planificarea unei lecţii tactice.

1. *Planificarea subiectelor* va include:
   a) Scopul cursului (să fie menţionat concret);
   b) Grupul-ţintă;
   c) Organizarea cursului:
   - Numărul sesiunilor;
   - Durata sesiunilor;
   - Metode de expunere;
   - Aşteptările participanţilor la curs.

   d) Conţinutul cursului (trebuie definite obiectivele specifice pe fiecare sesiune).
2. *Strategiile de predare eficientă* vor include:
   - Scopul şi obiectivele clare ale sesiunii de predare;
   - Planificare şi pregătire;
   - Structurarea sesiunii de predare;
   - Ritm alert;
   - Respectarea orarului stabilit;
   - Organizarea sălii;
   - Coordonarea eficientă a activităţilor;
   - Atmosferă relaxantă, dar în acelaşi timp muncă ordonată şi coerentă;
   - Expuneri şi explicaţii clare;
   - Instructorul să fie conştient de nivelul de înţelegere al grupului, de nevoile individuale;
   - Implicarea permanentă şi activă a participanţilor la desfăşurarea sesiunii.
3. *Aptitudinile de predare* vor include:
   - Claritatea prezentării;
   - Urmărirea indirectă a predării;
   - Predarea directă;
   - Folosirea vocii (intonaţie, tonalitate etc.);

- Strategia întrebărilor;
- Oportunitatea rapoartelor;
- Stăpînirea subiectului tratat;
- Aşteptarea oportună.

4. *Planificarea unei lecţii tactice*:

a) Obiectivul de bază: Ce urmează să înveţe cursanţii?
b) Introducere:
- Evidenţierea scopului principal al lecţiei;
- Recapitularea lecţiei anterioare (dacă este cazul).

c) *Faza I*: Prezentarea conţinutului iniţial, în care de obicei profesorul vorbeşte şi cursanţii ascultă.
d) *Faza II*: Schimbarea activităţii:
- Lucrul în grupuri;
- Exerciţii individuale;
- Exerciţii cu mai multe variante;
- Rezolvarea problemelor etc.

e) *Faza III*: Răspunsul cursanţilor la faza a II-a şi întrebări (dacă este cazul).
f) *Faza IV*: Concluzii:
- Clarificări;
- Sesiuni viitoare (anunţare, programare etc.).

Anexa 3

FORMAREA EDUCATORILOR

1. **Elementele unui program de instruire** [5, 37, 78, 90, 132, 139, 169, 199, 217]:

- Instructajul reprezintă un proces de suscitare a interesului, vizînd clarificarea propriilor cunoştinţe şi norme (ale participanţilor) vizavi de tema abordată.
- În timpul instructajului are loc reflecţia asupra stilului de predare propriu fiecăruia dintre participanţi.
- Instructajul are scopul să-l ajute pe participant să ajungă la formularea unor convingeri hotărîtoare, să-şi ridice nivelul cunoştinţelor.
- De asemenea, trebuie să-l ajute pe participant să poată transmite mai departe şi să aplice în practică ceea ce a învăţat şi a experimentat în timpul cursului.

2. **Durata cursului şi caracterul lui**:
   a) Cursuri:
   - de cîteva zile;
   - de cîteva săptămîni.

   b) Cursuri cu caracter:
   - deschis (naţional, regional);
   - închis.

3. **Elemente de metodologie**:
   a) Tehnici:
   - Stabilirea unor reguli ce vor fi respectate în timpul cursului (timp de lucru, de cafea etc.);
   - Discuţia în grup;
   - Lucrul pe subgrupuri/în perechi;
   - Brainstormingul;
   - Studiul de caz;
   - Jocul de rol,
   - Clarificarea valorilor.

   b) Evaluarea cursului.

4. **Profilul instructorilor la sfîrşitul cursului**:
   - Să aibă aptitudini de predare şi un bagaj de cunoştinţe în domeniu;
   - Să fie flexibili în variantele de predare;
   - Să fie capabili de comunicare;
   - Să aibă o atitudine pozitivă faţă de tema respectivă;
   - Să fie în stare să-i reorienteze pe alţii;
   - Să fie în stare să primească şi să transmită feedback;
   - Să fie capabili să lucreze împreună cu alt (alţi) instructor(i).

Anexa 4

CURSUL „ŞCOALA MAMEI" (structura lecţiilor) [5, 37, 55, 90]

Lecţia I. Tratează noţiunea de părinte în general şi de mamă în special, din punct de vedere social şi material (Cît costă să fii părinte?). De asemenea, se vor prezenta aspecte privind asistenţa medicală a gravidei, a mamei şi a copilului, ocrotirea sanitară social-juridică a mamei şi a copilului la noi în ţară.

În această lecţie se va prezenta totodată: anatomia şi fiziologia organelor genitale interne şi externe ale femeii; particularităţile organismului feminin. Expunerea va fi bogat ilustrată cu planşe, desene etc.

Lecţia a II-a. Sarcina normală şi cea patologică. Primele semne ale principalelor tulburări în evoluţia sarcinii. Despre sarcină: ovulul şi spermatozoidul, menstruaţia, fecundaţia, embrionul, placenta. Sarcina extrauterină. Semnele sarcinii, poziţia şi dezvoltarea fătului în uter; prezentaţii, termenul probabil al naşterii; examenele şi analizele medicale necesare în timpul sarcinii şi importanţa lor pentru controlul evoluţiei normale a sarcinii. Prezentarea unor materiale vizuale cresc considerabil eficienţa lecţiei.

Lecţia a III-a. Igiena gravidei, alimentaţia, regimul de muncă şi odihnă, exerciţii fizice, îngrijirea igienică a corpului şi îmbrăcămintea gravidei. Lecţia se va asocia sau va fi urmată de demonstraţii practice, în care se recomandă a prezenta (în planşă sau cu ajutorul diapozitivelor, videomaterialelor) diferite modele de rochii şi încălţăminte pentru gravidă. Se vor executa exerciţii fizice moderate, pe care gravidele le vor executa zilnic.

Lecţia a IV-a. Pregătirea gravidei pentru naştere. Importanţa naşterii într-o unitate medico-sanitară specializată; rufăria necesară pentru nou-născuţi; comportarea femeii în timpul actului naşterii; travaliul, expulsia, eliminarea placentei. Naşterea prematură, prevenirea ei; îngrijirile speciale necesare prematurului. Demonstraţia la această lecţie se va axa pe prezentarea îmbrăcămintei nou-născutului şi a sugarului.

Lecţia a V-a. Noţiuni despre lăuzie, durata şi igiena lăuziei. Copilul în primul an de viaţă; apariţia laptelui; îngrijirea sînilor, reluarea lucrului şi reluarea raporturilor sexuale; alimentaţia, gimnastica. Acomodarea nou-născutului la condiţiile mediului; particularităţile anatomo-fiziologice ale acestuia; indici orientativi privind dezvoltarea normală a sugarului. La această lecţie, se vor da cursantelor date privind greutatea, înălţimea copilului sub 1 an.

Lecţia a VI-a. Alimentaţia nou-născutului şi a sugarului; importanţa alimentaţiei naturale; măsuri pentru păstrarea laptelui, igiena şi alimentaţia femeii care alăptează, poziţia corectă în timpul alăptării copilului la sîn; regimul de supt; necesitatea cîntăririi copilului; introducerea primelor alimente suplimen-

tare; scaunele sugarului ca indicator al stării de sănătate; vărsăturile şi regurgitaţia la supt; alimentaţia sugarului trecut de 4 luni; despre alimentaţia mixtă şi cea artificială; vitaminele în alimentaţia copilului. Demonstraţia practică la această lecţie se referă la poziţia corectă a copilului la supt şi modalitatea de apreciere a cantităţii de lapte suptă de copil prin cîntărirea acestuia.

Lecţia a VII-a. Igiena nou-născutului şi a sugarului. Baia şi îmbrăcatul, înfăşatul; aranjarea corectă a patului şi a camerei copilului; programul zilnic de viaţă; alternanţa somn/veghe; călirea organismului prin factorii mediului natural; gimnastica sugarului. Urmărirea dezvoltării psihomotorii. Demonstraţia practică se va face cu o păpuşă, scutece şi altă rufărie, pentru a demonstra efectuarea corectă a tehnicii îmbăierii, a gimnasticii şi a îmbrăcării (înfăşatului).

Lecţia a VIII-a. Tulburările acute de nutriţie. Necesitatea de a face diferenţa între vărsătură şi regurgitare. Diferitele tipuri de scaune şi ce denotă ele; diareea simplă şi toxicoza. Urmărirea scaunelor şi luarea măsurilor de rigoare în caz de constipaţie sau diaree. Prevenirea diareei şi toxicozei, măsurile luate de mamă şi, în special, consultarea medicului. Combaterea colicilor abdominale. Poziţia corectă a sugarului în pătuţ în general şi după supt în mod special.

Lecţia a IX-a. Bolile transmisibile acute, eventual legate de sezon (respiratorii sau digestive). Particularităţile aparatului respirator al sugarului; răceala, gripa şi prevenirea ei; bronhopneumonia şi prevenirea ei; îngrijirea copilului bolnav: măsurarea temperaturii, punerea picăturilor în nas, administrarea medicamentelor pe cale orală. Măsurile pe care trebuie să le ia mama, într-o primă urgenţă, pînă la consultaţia medicală. Spălarea şi fierberea veselei, a rufăriei, precum şi călcarea acesteia cu fierul încins pentru evitarea transmiterii unor infecţii. Demonstraţiile practice vor iniţia mama în luarea temperaturii rectale, administrarea medicamentelor pe cale orală, administrarea unui supozitor sau aplicarea cearşafurilor umede în caz de febră mare.

Lecţia a X-a. Malnutriţia (distrofia) protein-calorică, rahitismul şi tuberculoza. Cauzele care duc la aceste boli, descrierea bolilor şi prevenirea lor.

Lecţia a XI-a. Alimentaţia şi îngrijirea copilului între 1 şi 3 ani. Alimentaţia raţională, combaterea unor obiceiuri greşite privind alimentaţia; igiena copilului mic, îmbrăcămintea copilului; programul zilnic, călirea organismului prin băi de aer, soare şi apă; exerciţii fizice; jocul copilului mic.

Lecţia a XII-a. Bolile transmisibile ale copiilor. Cauze, factorii favorizanţi şi determinanţi; măsuri de prevenire şi combatere; primele şi principalele simptome ale bolilor transmisibile. Descrierea mai amănunţită a următoarelor boli: rujeola, rubeola, varicela, scarlatina, tuşea convulsivă, difteria, oreionul, poliomielita. Importanţa respectării calendarului de vaccinări.

Se va insista ca la primele patru lecţii să participe în special gravidele. Lecţiile V şi X sînt destinate lăuzelor şi mamelor după ieşirea din unitatea medico-sanitară de naştere sau maternitate, iar ultimele două lecţii sînt adresate tuturor mamelor şi bunicilor de copii, respectiv nepoţi, între 1 şi 3 ani.

Anexa 5

GHID-PROGRAM PENTRU EDUCAŢIA SANITARĂ A POPULAŢIEI ADULTE (structura lecţiilor)

Lecţia I. Noţiuni elementare de anatomie şi fiziologie a corpului omenesc, particularităţile diferitelor grupe de vîrstă (organismul adultului, organismul oamenilor vîrstnici), particularităţile pe sexe.

Lecţia a II-a. Igiena individuală, îngrijirea igienică a cavităţii bucale, igiena corporală, igiena intimă, schimbarea lenjeriei de corp, igiena îmbrăcămintei şi încălţămintei etc.

Lecţia a III-a. Alimentaţia raţională, pericolul supraalimentaţiei, consumul raţional de alimente bogate în hidrocarbonate şi în lipide; rolul proteinelor în alimentaţie, rolul vitaminelor şi al sărurilor minerale; repartizarea judicioasă a caloriilor pe mese, calculul necesar de calorii pe 24 ore în funcţie de sex, vîrstă, tipuri de activităţi etc. Evitarea excesului de grăsimi, sare şi zăhăr. Necesitatea consumului sării iodate.

Lecţia a IV-a. Necesitatea mişcărilor organismului, efectul pozitiv al mişcărilor (activităţii fizice) asupra întregului organism, în special, asupra aparatului cardiovascular; gimnastica, plimbările, excursiile, evitarea sedentarismului.

Lecţia a V-a. Viaţa raţională în menţinerea sănătăţii, ritmul zilnic de viaţă şi muncă, alternanţa muncă/odihnă, utilizarea raţională a timpului liber, alternanţa odihnă/somn, evitarea tensiunilor neuropsihice (stresului), evitarea abuzului de medicamente.

Lecţia a VI-a. Abuzul de alcool. Efectele alcoolului asupra organismului, obişnuinţa şi viciul, cura de dezalcoolizare, alcoolul şi accidentele de circulaţie, consecinţele sociale şi economice ale alcoolismului etc.

Lecţia a VII-a. Fumatul. Efectele fumatului asupra organismului, efectele dăunătoare ale fumatului asupra organismului tînăr, efectele nicotinei asupra gravidei, fătului. Fumatul pasiv şi sănătatea.

Lecţia a VIII-a. Evitarea factorilor de risc ai mediului fizic. Igiena muncii în industrie şi agricultură, pesticidele, radiaţiile ionizante, poluarea apei potabile şi a atmosferei, zgomotul şi praful ca factori nocivi.

Lecţia a IX-a. Igiena habitaţiei, igiena gospodăriei, igiena comunală. Importanţa apei potabile, îndepărtarea igienică a reziduurilor de sursele de apă potabilă etc.

Lecţia a X-a. Prevenirea şi combaterea bolilor transmisibile şi a parazitozelor. Căile de transmitere, importanţa înţelegerii şi cunoaşterii lanţului epidemiologic; salmonelozele, bolile virotice, în special hepatitele virale, bolile venerice, infecţia HIV/SIDA, tuberculoza.

Lecţia a XI-a. Prevenirea şi combaterea accidentelor de muncă, a accidentelor la domiciliu, accidentelor de circulaţie etc.

Lecţia a XII-a. Prevenirea şi combaterea bolilor cu largă răspîndire. Bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul zaharat; importanţa examinărilor medicale pentru depistarea lor cît mai timpurie, necesitatea culturalizării sanitare a populaţiei.

Anexa 6

Aprob
Conducătorul instituției
"_____" _____ 20__

Planul-model de activitate pe anul 20___
la compartimentul promovarea sănătății și educația pentru sănătate
al CSP raional/municipal, Direcției sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secției sănătate
a Primăriei mun. Bălți, Direcției sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia

Nr. d/o	Măsurile preconizate	Termenul executării	Responsabil	În comun cu care unitate	Evidența executării
1	2	3	4	5	6
Capitolul I Proiecte de acte normative și directive, cu prezentarea lor pentru aprobare: administrației publice locale, conducerii CSP raional/municipal, Direcției Sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secției sănătate a Primăriei mun.Bălți, Direcției sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia					
1.	Proiecte de ordin și planul măsurilor de bază privind:				
1.1.	Organizarea și desfășurarea Zilei Mondiale de combatere a cancerului (4 februarie);	Ianuarie	Persoana responsabilă de educația pentru sănătate din cadrul instituției	Conducerea instituției (secția, cabinetul) de ftiziopneumologie raională/municipală	
1.2.	Organizarea și desfășurarea Zilei Mondiale de prevenire a maladiilor renale	Februarie	Persoana responsabilă de educația pentru sănătate din cadrul instituției	Conducerea instituției (secția, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.3.	Organizarea și desfășurarea Zilei Mondiale de profilaxie și combatere a tuberculozei (24 martie).	Martie	Persoana responsabilă de educația pentru sănătate din cadrul instituției	Conducerea instituției (secția, cabinetul) de ftiziopneumologie raională/municipală	

1	2	3	4	5	6
1.4.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale de conştientizare a problemei autismului	Martie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.5.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale a Sănătăţii (7 aprilie)	Martie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.6.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale de combatere a malariei	Martie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.7.	Organizarea şi petrecerea în ţară a Săptămînii Europene a Imunizărilor	Martie, aprilie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.8.	Organizarea şi desfăşurarea Lunii de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice privind profilaxia bolilor diareice acute, intoxicaţiilor alimentare şi holerei (1-31 mai)	Aprilie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.9.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale fără tutun (31mai)	Mai	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.10.	Ziua Internaţională de luptă împotriva drogurilor (26 iunie)	Iunie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.11.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale a Ocrotirii Copilului (1 iunie)	Mai	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	

1	2	3	4	5	6
1.12.	Organizarea şi desfăşurarea Săptămînii de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice *Anticancer* (iunie)	Mai, conform ordinului MS	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.13.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale a donatorului de sînge (14 iunie)	Mai	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.14.	Săptămîna Mondială de promovare a alimentaţiei la sîn (1-7 august)	Iulie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.15.	Ziua Mondială de prevenire a suicidului (10 septembrie)	August	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.16.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale a Inimii (26 septembrie)	Septembrie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.17.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale de profilaxie a rabiei (28 septembrie)	Septembrie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	6
1.18.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale fără alcool (2 octombrie)	Septembrie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.19.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale a sănătăţii mintale (10 octombrie)	Septembrie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.20.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale a Văzului (14 octombrie)	Octombrie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	

1	2	3	4	5	6
1.21.	Luna de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice privind profilaxia infecţiilor cu transmitere sexuală, HIV/ SIDA, alcoolismului şi narcomaniei (1-30 noiembrie)	Octombrie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.22.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale de profilaxie a diabetului (14 noiembrie)	Noiembrie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.23.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale în memoria victimelor accidentelor rutiere (16 noiembrie)	Noiembrie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.24.	Organizarea şi desfăşurarea Zilei Mondiale de profilaxie a maladiilor cronice obstructive a plămînilor (19 noiembrie)	Noiembrie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.25.	Ziua Mondială de profilaxie şi combatere a maladiei SIDA (1 decembrie)	Noiembrie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.26.	Ziua internaţională de renunţare la fumat (a treia zi de joi a lunii noiembrie)	Noiembrie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
1.27.	În plan se indică toate actele care necesită aprobarea şi semnarea de către conducerea instituţiilor ierarhic superioare.	Pe parcursul anului	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	

1	2	3	4	5	6
Capitolul II Informaţii analitice prezentate în adresa Ministerului Sănătăţii, CNSP					
2.1.	a) Privind realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015*	Pînă la 15 ianuarie şi la 15 iulie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
	b) Privind realizarea prevederilor programelor teritoriale de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă	Pe parcursul anului	Conducerea instituţiei, persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	CSP teritorial	
2.2.	Cu privire la totalurile desfăşurării măsurilor de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă în raion, municipiu (ziua mondială, luna, săptămîna de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice).	Conform ordinului MS	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
Capitolul III Probleme prioritare abordate la consiliul medical, consiliul de sănătate publică, la şedinţa consiliului raional/ municipal, AP a UTA Găgăuzia					
3.1.	La consiliul medical: Privind realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015*	Mai – iulie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducerea instituţiei	

1	2	3	4	5	6
3.2.	La consiliul de sănătate publică: *Privind participarea lucrătorilor medicali în organizarea şi desfăşurarea educaţiei pentru sănătate în profilaxia BDA, intoxicaţiilor alimentare şi holerei*	Mai	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	CMP raional/municipal	
3.3.	La consiliul raional/municipal, AP a UTA Găgăuzia: *Cu privire la realizarea prevederilor Programului teritorial de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă*	Octombrie	CSP raionale/ municipale	Conducerea instituţiei (secţia, cabinetul) de profil raional/municipal	
	Capitolul IV Cercetări ştiinţifice şi practico-ştiinţifice în probleme de educaţie pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă				
4.1.	Pentru determinarea atitudinii şi a informării elevilor în problemele profilaxiei maladiilor cu transmitere sexuală, SIDA şi narcomaniei urmează a efectua:				
	a) elaborarea şi multiplicarea unei anchete privind problemele nominalizate	Trimestrul I	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Specialiştii principali ai instituţiilor medicale teritoriale	
	b) anchetarea elevilor din 2 şcoli şi 2 licee	Trimestrul II	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Specialiştii principali ai instituţiilor medicale teritoriale	
	c) analiza statistică a datelor anchetării	Trimestrul III	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Specialiştii principali ai instituţiilor medicale teritoriale	

1	2	3	4	5	6
	d) elaborarea unei scrisori informative pentru lucrătorii medicali şi corpul didactic din raion/municipiu, UTA Găgăuzia privind rezultatele studiului şi măsurile ce trebuie a fi întreprinse în scopul ameliorării stării de lucruri în domeniu.	Trimestrul IV	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Specialiştii principali ai instituţiilor medicale teritoriale	
4.2.	În aşa mod pot fi studiate şi alte probleme de educaţie pentru sănătate.				
Capitolul V Măsuri de analiză a informaţiilor şi a rezultatelor studiului problemelor de educaţie pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă					
5.1.	Analiza activităţii secţiei, cabinetului de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în anul precedent	Ianuarie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Instituţiile medicale teritoriale	
5.2.	Analiza şi totalizarea datelor statistice privind activitatea ICP la capitolul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă (conform formularului nr. 50-săn)	Trimestrial	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Instituţiile medicale teritoriale	
5.3.	Analiza totalurilor desfăşurării zilei mondiale, lunii, săptămînii de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice (se indică măsurile de educaţie pentru sănătate)	Pe parcursul anului	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Instituţiile medicale teritoriale	

1	2	3	4	5	6
Capitolul VI Implementarea rezultatelor cercetărilor ştiinţifice, practico-ştiinţifice, a actelor legislative, normative şi directive					
6.1.	Hotărîrii Guvernului Republicii Moldova nr. 658 din 12 iunie 2007 *cu privire la Programul naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015*	Pe parcursul anului	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	
6.2.	Ordinului Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015*	Pe parcursul anului	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	
6.3.	Programului raional/municipal de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, aprobat prin Hotărîrea consiliului raional/municipal, AP a UTA Găgăuzia) nr. ____ din _____	Pe parcursul anului	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	

1	2	3	4	5	6
Capitolul VII Măsuri de instruire a personalului medical şi nemedical în problemele de educaţie pentru sănătate					
7.1.	Selectarea personalului serviciului educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informare pentru perfecţionarea calificării profesionale	Pe parcursul anului	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	
7.2.	Participarea la seminare zonale, la Ziua Specialistului pentru specialiştii din diferite ramuri ale medicinei, privind problemele prioritare de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă	Pe parcursul anului	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Instituţiile medicale teritoriale	
7.3.	Organizarea şi desfăşurarea seminarelor (separat) pentru lucrătorii medicali, lucrătorii din instituţiile preşcolare şi preuniversitare cu tematica:	Pe parcursul anului	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Instituţiile medicale teritoriale	
7.3.1.	Organizarea şi desfăşurarea educaţiei pentru sănătate privind profilaxia şi combaterea tuberculozei	Martie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Ftiziatrul principal al raionului/ municipiului	
7.3.2.	Organizarea şi desfăşurarea educaţiei pentru sănătate privind profilaxia BDA, a intoxicaţiilor alimentare şi a holerei	Aprilie Mai	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Infecţionistul principal, epidemiologul principal al raionului/ municipiului	

1	2	3	4	5	6
7.3.3.	Organizarea şi desfăşurarea educaţiei pentru sănătate privind profilaxia tabagismului şi a narcomaniei	Mai, iunie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Narcologul principal al raionului/municipiului	
7.3.4.	Organizarea şi desfăşurarea educaţiei pentru sănătate privind profilaxia cancerului	Mai iunie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Oncologul principal al raionului/ municipiului	
7.3.5.	Organizarea şi desfăşurarea educaţiei pentru sănătate privind profilaxia infecţiilor cu transmitere sexuală, SIDA, alcoolismului şi narcomaniei	Octombrie, noiembrie	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Dermatovenerologul principal al raionului/municipiului, narcologul principal al raionului/ municipiului	
7.3.6.	În planul de activitate se includ toate seminarele care sînt preconizate în anul curent şi abordează problemele de educaţie pentru sănătate				
7.3.7.	Organizarea şi înfăptuirea deplasărilor în raion/municipiu, în scopul controlului activităţii de educaţie pentru sănătate şi acordării ajutorului metodic şi practic lucrătorilor medicali (conform graficului de deplasări)	Pe parcursul anului	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Administraţia instituţiei, persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	

1	2	3	4	5	6
Capitolul VIII Activitatea informativă şi de educaţie pentru sănătate					
8.1.	A asigura dirijarea şi controlul executării Hotărîrii Guvernului Republicii Moldova nr. 658 din 12 iunie 2007 şi Ordinului Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015*	Pe parcursul anului	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	
8.2.	A pregăti şi a desfăşura în raion/municipiu următoarele măsuri de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice, conform deciziilor OMS, ordinelor şi dispoziţiilor Ministerului Sănătăţii:				
8.2.1.	Ziua Mondială de combatere a cancerului (4 februarie)	Februarie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	
8.2.2.	Ziua Mondială de prevenire a maladiilor renale	Martie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	

1	2	3	4	5	6
8.2.3.	Ziua Mondială a Apei (22 martie)	Martie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	
8.2.4.	Ziua Mondială de profilaxie şi combatere a tuberculozei (24 martie)	Martie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	
8.2.5.	Ziua Mondială de conştientizare a problemei autismului	Martie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	
8.2.6.	Ziua Mondială a Sănătăţii (7 aprilie)	Aprilie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	
8.2.7.	Ziua Mondială de combatere a malariei (25 aprilie)	Aprilie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	

1	2	3	4	5	6
8.2.8.	Săptămîna Europeană a Imunizărilor	Aprilie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	
8.2.9.	Luna de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice privind profilaxia bolilor diareice acute, intoxicaţiilor alimentare şi holerei (1-31 mai)	Mai	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	
8.2.10.	Ziua Mondială fără tutun (31mai)	Mai	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	
8.2.11.	Ziua Mondială a Ocrotirii Copilului (1 iunie)	Mai	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	
8.2.12.	Săptămîna de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice *Anticancer*	Prima săptămînă a lunii iunie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	
8.2.13.	Ziua Mondială a donatorului de sînge (14 iunie)	Iunie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	

1	2	3	4	5	6
8.2.14.	Ziua Internațională de luptă împotriva drogurilor (26 iunie)	Iunie	CSP raional/municipal, Direcția sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secția sănătate a Primăriei mun. Bălți, Direcția sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia	Instituțiile medicale teritoriale	
8.2.15.	Ziua Mondială de luptă cu hepatita (28 iulie)	Iulie	CSP raional/municipal, Direcția sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secția sănătate a Primăriei mun. Bălți, Direcția sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia	Iinstituțiile medicale teritoriale	
8.2.16.	Săptămîna Mondială de promovare a alimentației la sîn (1-7 august)	Iulie	CSP raional/municipal, Direcția sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secția sănătate a Primăriei mun. Bălți, Direcția sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia	Iinstituțiile medicale teritoriale	
8.2.17.	Ziua asistenței umanitare (19 august)	August	CSP raional/municipal, Direcția sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secția sănătate a Primăriei mun. Bălți, Direcția sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia	Iinstituțiile medicale teritoriale	
8.2.18.	Ziua Mondială de prevenire a suicidului (10 septembrie)	Septembrie	CSP raional/municipal, Direcția sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secția sănătate a Primăriei mun. Bălți, Direcția sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia	Instituțiile medicale teritoriale	
8.2.19.	Ziua Mondială a Inimii (26 septembrie)	Septembrie	CSP raional/municipal, Direcția sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secția sănătate a Primăriei mun. Bălți, Direcția sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia	Iinstituțiile medicale teritoriale	

1	2	3	4	5	6
8.2.20.	Ziua Mondială de profilaxie a rabiei (28 septembrie)	Septembrie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	
8.2.21.	Ziua Mondială fără alcool (2 octombrie)	Septembrie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	
8.2.22.	Ziua Mondială a sănătăţii mintale (10 octombrie)	Octombrie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	
8.2.23.	Ziua Mondială a Văzului (14 octombrie)	Octombrie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	
8.2.24.	Luna de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice privind profilaxia infecţiilor cu transmitere sexuală, HIV/ SIDA, alcoolismului şi narcomaniei (1-30 noiembrie)	Octombrie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	
8.2.25.	Ziua Monidială de luptă cu pneumonia (12 noiembrie)	Noiembrie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	

1	2	3	4	5	6
8.2.27.	Ziua Mondială de profilaxie a diabetului (14 noiembrie)	Noiembrie	CSP raional/municipal, Direcția sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secția sănătate a Primăriei mun. Bălți, Direcția sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia	Iinstituțiile medicale teritoriale	
8.2.28.	Ziua Mondială în memoria victimelor accidentelor rutiere (16 noiembrie)	Noiembrie	CSP raional/municipal, Direcția sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secția sănătate a Primăriei mun. Bălți, Direcția sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia	Iinstituțiile medicale teritoriale	
8.2.29.	Ziua Mondială de profilaxie a maladiilor cronice obstructive ale plămînilor (19 noiembrie)	Noiembrie	CSP raional/municipal, Direcția sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secția sănătate a Primăriei mun. Bălți, Direcția sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia	Iinstituțiile medicale teritoriale	
8.2.30.	Ziua Mondială de profilaxie și combatere a maladiei SIDA (1 decembrie)	Noiembrie	CSP raional/municipal, Direcția sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secția sănătate a Primăriei mun. Bălți, Direcția sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia.	Iinstituțiile medicale teritoriale	
8.2.31.	Ziua Internațională de renunțare la fumat (a treia zi de joi a lunii noiembrie)	Noiembrie	CSP raional/municipal, Direcția sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secția sănătate a Primăriei mun. Bălți, Direcția sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia	Iinstituțiile medicale teritoriale	
8.3.	Organizarea concursului buletinelor sanitare cu diferită tematică de profilaxie a maladiilor	Mai	CSP raional/municipal, Direcția sănătății a Consiliului mun. Chișinău, Secția sănătate a Primăriei mun. Bălți, Direcția sănătate și asistență socială a UTA Găgăuzia	Instituțiile medicale teritoriale	

1	2	3	4	5	6
8.4.	Organizarea concursului de desen pentru copii cu tematica profilaxiei şi combaterii fumatului, SIDA, alcoolismului şi narcomaniei.	Noiembrie	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	
8.5.	Organizarea concursurilor de desen pe diverse teme medico-igienice	Pe parcursul anului	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	
8.6.	Contribuţia la realizarea şi punerea pe post a unor programe televizate şi radiofonice informative, documentare şi de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice, cu abordarea problemelor actuale ale promovării modului sănătos de viaţă	Pe parcursul anului	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	
8.7.	Organizarea în cadrul emisiunilor televizate şi radiofonice a "meselor rotunde", cu participarea specialiştilor în domeniu	Pe parcursul anului	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	
8.8.	Realizarea filmelor şi videospoturilor cu tematică medico-igienică	Pe parcursul anului	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	
8.9.	Publicarea sistematică în presă a materialelor pe diverse teme medico-igienice	Pe parcursul anului	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Instituţiile medicale teritoriale	

1	2	3	4	5	6
8.10.	Coordonarea şi efectuarea măsurilor de educaţie pentru sănătate cu privire la problemele prioritare ale sănătăţii publice, prin intermediul mijloacelor de informare în masă, conform anexei la planul anual de educaţie pentru sănătate	Pe parcursul anului	CSP raional/municipal, Direcţia sănătăţii a Consiliului mun. Chişinău, Secţia sănătate a Primăriei mun. Bălţi, Direcţia sănătate şi asistenţă socială a UTA Găgăuzia	Iinstituţiile medicale teritoriale	
8.11.	Elaborarea buletinului informativ sanitaro-epidemiologic pentru mass-media teritorială	Lunar	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Instituţiile medicale teritoriale	
8.12.	Elaborarea materialelor metodico-informative, conspectelor de lecţii etc. în ajutorul lucrătorilor medicali din teritoriu, cu tematica:		Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Instituţiile medicale teritoriale	
8.12.1.	Cu privire la activitatea instituţiilor curativ-profilactice din raion/municipiu la compartimentul educaţie pentru sănătate în anul precedent şi sarcinile pe anul curent	Trimestrul I	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Instituţiile medicale teritoriale	
8.12.2.	Buletine informative pentru mass-media teritorială privind organizarea şi desfăşurarea zilei mondiale, lunii, săptămînii de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice (măsurile de educaţie pentru sănătate se indică în planul de lucru)	Pe parcursul anului	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Instituţiile medicale teritoriale	

1	2	3	4	5	6
8.12.3.	Profilaxia factorilor de risc ai maladiilor cardiovasculare	Trimestrul I	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Cardiologul principal al raionului/municipiului	
8.12.4.	Rolul diagnosticului timpuriu în succesul tratamentului cancerului	Trimestrul I	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Oncologul principal al raionului/ municipiului	
8.12.5.	Profilaxia traumatismului, primul ajutor	Trimestrul I	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Traumatologul principal al raionului/municipiului	
8.12.6.	Situaţia epidemiologică şi profilaxia infecţiilor cu transmitere sexuală	Trimestrul II	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Dermatovenerologul principal al raionului/municipiului	
8.12.7.	Infecţia HIV/SIDA şi profilaxia acesteia	Trimestrul II	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Dermatovenerologul principal al raionului/municipiului	
8.12.8.	Mediul ambiant şi sănătatea publică	Trimestrul II	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Şeful sectorului/grupului *Sănătatea în relaţie cu mediul* al CSP raional/municipal	
8.12.9.	Profilaxia intoxicaţiilor alimentare	Trimestrul II	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Infecţionistul principal al raionului/municipiului	
8.12.10.	Bolile diareice acute – infecţia mîinilor murdare	Trimestrul II	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Şeful secţiei epidemiologia maladiilor transmisibile a CSP raional/municipal	

1	2	3	4	5	6
8.12.11	Profilaxia intoxicațiilor cu ciuperci	Trimestrul II	Persoana responsabilă de educația pentru sănătate din cadrul instituției	Șeful secției epidemiologia maladiilor transmisibile a CSP raional/municipal	
8.12.12.	Situația epidemiologică și profilaxia hepatitelor virale	Trimestrul II	Persoana responsabilă de educația pentru sănătate din cadrul instituției	Șeful secției epidemiologia maladiilor transmisibile a CSP raional/municipal	
8.12.13.	Tuberculoza: situația epidemiologică, diagnosticul, tratamentul și profilaxia	Trimestrul III	Persoana responsabilă de educația pentru sănătate din cadrul instituției	Ftiziatrul principal al raionului/ municipiului	
8.12.14.	Rolul vaccinărilor în profilaxia maladiilor infecțioase	Trimestrul III	Persoana responsabilă de educația pentru sănătate din cadrul instituției	Șeful secției epidemiologia maladiilor transmisibile a CSP raional/municipal	
8.12.15.	Ulcerul stomacal și cel duodenal: complicațiile, tratamentul și profilaxia	Trimestrul III	Persoana responsabilă de educația pentru sănătate din cadrul instituției	Chirurgul principal al raionului/ municipiului	
8.12.16.	Helmintiazele umane: tratamentul și profilaxia	Trimestrul III	Persoana responsabilă de educația pentru sănătate din cadrul instituției	Parazitologul CSP raional/municipal	
8.12.17.	Narcomania și SIDA	Trimestrul IV	Persoana responsabilă de educația pentru sănătate din cadrul instituției	Narcologul principal al raionului/municipiului	
8.12.18.	Profilaxia alcoolismului. Alcoolismul cronic	Trimestrul IV	Persoana responsabilă de educația pentru sănătate din cadrul instituției	Narcologul principal al raionului/municipiului	
8.12.19.	Profilaxia tabagismului	Trimestrul IV	Persoana responsabilă de educația pentru sănătate din cadrul instituției	Narcologul principal al raionului/municipiului	

1	2	3	4	5	6
8.12.20.	Alimentarea corectă a nou-născutului	Trimestrul IV	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Pediatrul principal al raionului/ municipiului	
8.12.21.	Gripa: profilaxia şi tratamentul	Trimestrul IV	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Infecţionistul principal al raionului/municipiului	
Notă	Tematica materialelor poate fi revăzută şi completată, în funcţie de posibilităţile şi necesităţile din teritoriu.	Pe parcursul anului			
Capitolul IX Activitatea de planificare					
9.1.	A pregăti şi a prezenta conducerii instituţiei propuneri pentru planul de activitate pe anul viitor.	Trimestrul IV	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducătorii instituţiilor medicale teritoriale	
9.2.	A elabora planul anual de activitate al instituţiei la compartimentul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pe anul viitor.	Trimestrul IV	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducătorii instituţiilor medicale teritoriale	
9.3.	A elabora planurile trimestriale ale instituţiei la compartimentul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.	Către data de 20 a ultimii luni a trimestrului premergător	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducătorii instituţiilor medicale teritoriale	

1	2	3	4	5	6
9.4.	A elabora pentru anul viitor planurile materialelor de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice prin sursele de informare în masă: televiziune, radio, presă.	Trimestrul IV	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducătorii instituţiilor medicale teritoriale	
9.5.	A întocmi şi a prezenta în termenul stabilit raportul statistic – formularul 50-săn *Darea de seamă privind educaţia pentru sănătate a populaţiei şi propagare a modului sănătos de viaţă*, aprobat prin ordinul ministrului Sănătăţii.	Trimestrul IV	Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei	Conducătorii instituţiilor medicale teritoriale	

Persoana responsabilă de educaţia pentru sănătate din cadrul instituţiei Semnătura

Anexa 7
Aprob
Conducătorul instituţiei
"_____" _____ 20__

Planul-model de activitate pe anul 20___
al IMSP (centrului medicului de familie, spitalului/dispensarului republican, spitalului raional, municipal)
la compartimentul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă

Nr. d/o	Măsurile preconizate	Termenul executării	Responsabili	În comun cu care unitate	Evidenţa executării
1	2	3	4	5	6
1.	A asigura realizarea Programului Naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007–2015, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr. 658 din 12 iunie 2007, şi a Ordinului Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015*, a altor acte normative şi directive ale Guvernului Republicii Moldova, Ministerului Sănătăţii şi CNŞPMP (CNSP).	Pe parcursul anului	Conducerea instituţiei medicale, medicul (felcerul) responsabil de educaţia pentru sănătate	Conducătorii de subdiviziuni	
2.	A numi prin ordin, în instituţie şi în fiecare subdiviziune, persoana responsabilă pentru organizarea şi desfăşurarea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă (conform Ordinului Ministerului Sănătăţii nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015*)	Ianuarie	Conducerea instituţiei medicale		

1	2	3	4	5	6
3.	A prevedea pentru fiecare lucrător medical nu mai puțin de 6 ore lunar în limitele timpului de lucru în scopul efectuării activităților de educație pentru sănătate.	Pe parcursul anului	Conducătorii subdiviziunilor, medicul (felcerul) de educație pentru sănătate.	Conducerea instituției	
4.	A examina la consiliul medical chestiunea:				
4.1	Privind realizarea Ordinului Ministerului Sănătății nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităților de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015*	Trimestrul I	Conducerea instituției, medicul (felcerul) de educație pentru sănătate	Conducerea instituției	
4.2	Privind activitatea grupului de lectori.	Trimestrul II	Conducerea instituției, medicul (felcerul) de educație pentru sănătate, președintele grupului de lectori	Conducerea instituției	
5.	A organiza și a petrece seminare pentru lucrătorii medicali cu tematica:		Conducerea instituției	Conducerea instituției	
5.1	Organizarea și desfășurarea educației pentru sănătate privind profilaxia tuberculozei	Martie	Medicul (felcerul) de educație pentru sănătate, șeful secției de ftiziopneumologie	Conducerea instituției	
5.2	Organizarea și desfășurarea educației pentru sănătate privind profilaxia alcoolismului, narcomaniei și tabagismului	Mai	Medicul (felcerul) de educație pentru sănătate, narcologul principal	Conducerea instituției	
5.3	Organizarea și desfășurarea educației pentru sănătate privind profilaxia factorilor de risc ai maladiilor cardiovasculare	Iunie	Medicul (felcerul) de educație pentru sănătate, cardiologul principal	Conducerea instituției	
Notă	Tematica seminarelor poate fi revăzută și completată conform posibilităților și necesităților instituției				

1	2	3	4	5	6
6.	A organiza şi a desfăşura convorbiri în grup, prelegeri, dispute etc. pe diverse teme medico-igienice (conform planurilor trimestrial şi lunar de activitate ale subdiviziunilor)	Pe parcursul anului	Conducătorii subdiviziunilor, medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
7.	A organiza şi a desfăşura următoarele acţiuni de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice, conform recomandărilor OMS, ordinelor, dispoziţiilor şi indicaţiilor Ministerului Sănătăţii:	Pe parcursul anului			
7.1	Ziua Mondială de combatere a cancerului (4 februarie)	Februarie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, oncologul principal	
7.2	Ziua Mondială de prevenire a maladiilor renale	Martie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, urologul principal	
7.3	Ziua Mondială a Apei (22 martie)	Martie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
7.4	Ziua Mondială de profilaxie şi combatere a tuberculozei (24 martie)	Martie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, ftiziologul principal	
7.5	Ziua Mondială de conştientizare a problemei autismului	Martie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, psihiatrul principal	
7.6	Ziua Mondială a Sănătăţii (7 aprilie)	Aprilie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
7.7	Ziua Mondială de combatere a malariei	Aprilie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, infecţionistul principal	
7.8	Săptămîna Europeană a Imunizărilor	Aprilie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, pediatrul principal	
7.9.	Luna de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice privind profilaxia bolilor diareice acute, intoxicaţiilor alimentare şi holerei (1-31 mai)	Aprilie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, infecţionistul principal	

1	2	3	4	5	6
7.10.	Ziua Mondială fără tutun (31mai)	Mai	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, narcologul principal	
7.11.	Ziua Mondială a Ocrotirii Copilului (1 iunie)	Mai	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, pediatrul principal	
7.12.	Săptămîna de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice *Anticancer* (iunie)	Prima săptămînă a lunii iunie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, oncologul principal	
7.13.	Ziua Mondială a donatorului de sînge (14 iunie)	Iunie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
7.14.	Ziua Internaţională de luptă împotriva drogurilor (26 iunie)	Iunie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, narcologul principal	
7.15.	Ziua Mondială de luptă cu hepatita (28 iulie)	Iulie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, infecţionistul principal	
7.16.	Săptămîna Mondială de promovare a alimentaţiei la sîn (1-7 august)	Iulie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, pediatrul principal	
7.17.	Ziua asistenţei umanitare (19 August)	August	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
7.18.	Ziua Mondială de prevenire a suicidului (10 septembrie)	Septembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
7.19.	Ziua Mondială a Inimii (26 septembrie)	Septembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, cardiologul principal	
7.21.	Ziua Mondială de profilaxie a rabiei (28 septembrie)	Septembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, infecţionistul principal	
7.22.	Ziua Mondială fără alcool (2 octombrie)	Septembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, narcologul principal	

1	2	3	4	5	6
7.23.	Ziua Mondială a sănătăţii mintale (10 octombrie)	Octombrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, psihiatrul principal	
7.24.	Ziua Mondială a Văzului (14 octombrie)	Octombrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, oftalmologul principal	
7.25.	Luna de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice privind profilaxia infecţiilor cu transmitere sexuală, HIV/SIDA, alcoolismului şi narcomaniei (1-30 noiembrie	Octombrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, dermatovenerologul principal	
7.26.	Ziua Mondială de luptă cu pneumonia (12 noiembrie)	Noiembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, ftiziopulmonologul principal	
7.27.	Ziua Mondială de profilaxie a diabetului (14 noiembrie)	Noiembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, endocrinologul principal	
7.28.	Ziua Mondială în memoria victimelor accidentelor rutiere (16 noiembrie)	Noiembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, traumatologul principal	
7.29.	Ziua Mondială de profilaxie a maladiilor cronice obstructive ale plămînilor (19 noiembrie)	Noiembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, conducătorii subdiviziunilor	
7.30.	Ziua Mondială de profilaxie şi combatere a maladiei SIDA (1 decembrie)	Noiembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, conducătorii subdiviziunilor	
7.31.	Ziua Internaţionala de renunţare de fumat (a treia zi de joi a lunii noiembrie)	Noiembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	

1	2	3	4	5	6
8.	Organizarea şi punerea pe post de televiziune a următoarelor materiale: • Se indică toate emisiunile televizate care sînt preconizate	Pe parcursul anului	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, conducătorii subdiviziunilor	
9.	Organizarea şi punerea pe post în cadrul emisiunilor radiofonice a următoarelor materiale: • Se indică toate emisiunile radiofonice care sînt preconizate.	Pe parcursul anului	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, conducătorii subdiviziunilor	
10.	Publicarea sistematică în ziarele locale a următoarelor materiale: • Se indică toate materialele care sînt preconizate.	Pe parcursul anului	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, conducătorii subdiviziunilor	
11.	A organiza evidenţa activităţilor de educaţie pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă, conform formularului nr. 038-e *Registru de evidenţă a activităţilor de educaţie pentru sănătate*, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătăţii	Pe parcursul anului	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
12.	A întocmi şi a prezenta în termenul stabilit raportul statistic – formularul 50-săn *Darea de seamă privind educaţia pentru sănătate a populaţiei şi propagare a modului sănătos de viaţă*, aprobat prin Ordinul Ministrului Sănătăţii nr. 304 din 27.10.2003	Trimestrial	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	

Medic (felcer) de educaţie pentru sănătate (semnătura)

Anexa 8

Aprob
Conducătorul instituției
"_____" _____ 20__

Planul-model de activitate pe anul 20__
al stației zonale, substației, punctului de asistență medicală urgentă la compartimentul educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață

(*Notă:* Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență își planifică și desfășoară activitatea la acest compartiment conform anexei nr. 2)

Nr. d/o	Măsurile preconizate	Termenul executării	Responsabili	În comun cu care unitate	Evidența executării
1	2	3	4	5	6
1.	A asigura controlul realizării Ordinului Ministerului Sănătății nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităților de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de v iață pentru anii 2008-2015*, a altor acte legislative, normative și directive la compartimentul nominalizat	Pe parcursul anului	Conducerea instituției medicale, medicul (felcerul) responsabil de educația pentru sănătate	Șefii subdiviziunilor instituției	
2.	A numi prin ordin, în instituție și în fiecare subdiviziune, persoana responsabilă pentru organizarea și desfășurarea măsurilor de educație pentru sănătate și de promovare a modului sănătos de viață (conform Ordinului Ministerului Sănătății nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităților de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015*)	Ianuarie	Conducerea instituției medicale		

1	2	3	4	5	6
3.	A prevedea pentru fiecare lucrător medical, în efectuarea activităților de educație pentru sănătate, nu mai puțin de 6 ore lunar în limitele timpului de lucru	Pe parcursul anului	Conducătorii subdiviziunilor, medicul (felcerul) de educație pentru sănătate	Conducerea instituției	
4.	A examina, la consiliul medical sau la ședințele-fulger, realizarea Ordinului Ministerului Sănătății nr. 400 din 23 octombrie 2008 *Cu privire la optimizarea activităților de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015*	Trimestrul I	Conducerea instituției, medicul (felcerul) de educație pentru sănătate	Conducerea instituției	
5.	A organiza și a desfășura seminare pentru lucrătorii medicali cu tematica-model:				
5.1.	Profilaxia accidentelor vasculare	Ianuarie	Medicul (felcerul) de educație pentru sănătate.	Conducerea instituției, medicul-cardiolog, medicul-traumatolog	
5.2.	Acordarea ajutorului medical în cazul leziunilor deschise				
5.3.	Profilaxia traumelor vertebromedulare cervicale	Februarie	Medicul (felcerul) de educație pentru sănătate	Conducerea instituției, medicul-traumatolog, medicul-urolog	
5.4.	Profilaxia urolitiazei				
5.5.	Acordarea primului ajutor medical în cazul accidentelor rutiere	Martie	Medicul (felcerul) de educație pentru sănătate	Conducerea instituției, medicul-traumatolog, medicul-chirurg	
5.6.	Profilaxia maladiilor chirurgicale acute ale cavității abdominale				
5.7.	Acordarea ajutorului medical pacienților cu traumatisme la o vîrstă înaintată	Aprilie	Medicul (felcerul) de educație pentru sănătate	Conducerea instituției, medicul-traumatolog, medicul-infecționist, medicul-reanimatolog	
5.8.	Intoxicațiile cu ciuperci. Profilaxia acestora				

1	2	3	4	5	6
5.9.	Insuficiența renală	Mai	Medicul (felcerul) de educație pentru sănătate	Conducerea instituției, medicul-urolog, medicul-infecționist	
5.10.	Holera. Tabloul clinic. Măsuri de profilaxie				
5.11.	Profilaxia BDA	Iunie	Medicul (felcerul) de educație pentru sănătate	Conducerea instituției, medicul infecționist, medicul-reanimatolog	
5.12.	Pericolul insolării				
5.13.	Profilaxia hepatitei virale A.	Iulie	Medicul (felcerul) de educație pentru sănătate	Conducerea instituției, medicul-infecționist, medicul-cardiolog	
5.14.	Particularitățile ajutorului medical cardiologic la etapa prespitalicească				
5.15.	Prevenirea intoxicațiilor cu ciuperci	August	Medicul (felcerul) de educație pentru sănătate	Conducerea instituției, medicul-infecționist, medicul-reanimatolog	
5.16.	Profilaxia intoxicaților alimentare				
5.17.	Reacția alergică: ce trebuie să știm?	Septembrie	Medicul (felcerul) de educație pentru sănătate	Conducerea instituției, medicul-alergolog, medicul-obstetrician-ginecolog	
5.18.	Pericolul nașterii în afara instituției medicale				
5.19.	Stările sincopale. Primul ajutor	Octombrie	Medicul (felcerul) de educație pentru sănătate	Conducerea instituției, medicul-reanimatolog, medicul-narcolog	
5.20.	Aspecte medico-sociale ale narcomaniei				

1	2	3	4	5	6
5.21.	Febra la copiii-sugari	Noiembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, medicul-pediatru, medicul-cardiolog	
5.22.	Hipertensiunea arterială				
5.23.	Apendicita acută. Simptomatică	Decembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei, medicul-chirurg, medicul-traumatolog	
5.24.	Traumatismul craniocerebral				
Notă	Tematica seminarelor poate fi revăzută şi completată conform posibilităţilor şi necesităţilor instituţiei.				
6.	A organiza şi a desfăşura acţiuni de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice, conform recomandărilor OMS, ordinelor şi dispoziţiilor Ministerului Sănătăţii:				
6.1.	Ziua Mondială de combatere a cancerului (4 februarie)	Februarie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.2.	Ziua Mondială de prevenire a maladiilor renale	Martie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.3.	Ziua Mondială a Apei (22 martie)	Martie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.4.	Ziua Mondială de profilaxie şi combatere a tuberculozei (24 martie)	martie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.5.	Ziua Mondială de conştientizare a problemei autismului	Martie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.6.	Ziua Mondială a Sănătăţii (7 aprilie)	Aprilie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.7.	Ziua Mondială de combatere a malariei	Aprilie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	

1	2	3	4	5	6
6.8.	Săptămîna Europeană a imunizărilor	Aprilie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.9.	Luna de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice privind profilaxia bolilor diareice acute, intoxicaţiilor alimentare şi holerei (1-31 mai)	Aprilie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.10.	Ziua Mondială fără tutun (31 mai)	Mai	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.11.	Ziua Mondială a Ocrotirii Copilului (1 iunie)	Mai	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.12.	Săptămîna de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice *Anticancer* (iunie)	Prima săptămînă a lunii iunie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.13.	Ziua Mondială a donatorului de sînge (14 iunie)	Iunie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.14.	Ziuai Internaţională de luptă împotriva drogurilor (26 iunie)	Iunie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.15.	Ziua Mondială de luptă cu hepatita (28 iulie)	Iulie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.16.	Săptămîna Mondială de promovare a alimentaţiei la sîn (1-7 august)	Iulie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.17.	Ziua asistenţei umanitare (19 august)	August	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.18.	Ziua Mondială de prevenire a suicidului (10 septembrie)	Septembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.19.	Ziua Mondială a Inimii (26 septembrie)	Aeptembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.20.	Ziua Mondială de profilaxie a rabiei (28 septembrie)	Septembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	

1	2	3	4	5	6
6.21.	Ziua Mondială fără alcool (2 octombrie)	Septembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.22.	Ziua Mondială a sănătăţii mintale (10 octombrie)	Octombrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.23.	Ziua Mondială a Văzului (14 octombrie)	Octombrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.24.	Luna de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice privind profilaxia infecţiilor cu transmitere sexuală, HIV/SIDA, alcoolismului şi narcomaniei (1-30 noiembrie)	Octombrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.25.	Ziua Mondială de luptă cu pneumonia (12 noiembrie)	Noiembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.26.	Ziua Mondială de profilaxie a diabetului (14 noiembrie)	Noiembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.27.	Ziua Mondială în memoria victimelor accidentelor rutiere (16 noiembrie)	Noiembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.28.	Ziua Mondială de profilaxie a maladiilor cronice obstructive ale plămînilor (19 noiembrie)	Noiembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.29.	Ziua Mondială de profilaxie şi combatere a maladiei SIDA (1 decembrie)	Noiembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
6.30.	Ziua Internaţională de renunţare la fumat (a treia zi de joi a lunii noiembrie)	Noiembrie	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
7.	Organizarea şi difuzarea la posturile de televiziune a următoarelor materiale: • Se indică toate emisiunile televizate care sînt preconizate	Pe parcursul anului	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	

1	2	3	4	5	6
8.	Organizarea şi difuzarea în cadrul emisiunilor radiofonice a următoarelor materiale: • Se indică toate emisiunile radiofonice care sînt preconizate.	Pe parcursul anului	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
9.	Publicarea sistematică în presă a următoarelor materiale: • Se indică toate materialele care sînt preconizate.	Pe parcursul anului	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
10.	Organizarea serviciului telefonic informaţional, în scopul diminuării numărului de solicitări nejustificate, ridicării nivelului de informare a populaţiei privind solicitarea asistenţei medicale urgente şi beneficierea de sfaturi despre acordarea ajutorului în cazurile în care nu este necesară neapărat competenţa lucrătorului medical	Pe parcursul anului	Conducerea instituţiei		
11.	A organiza evidenţa activităţii de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă conform formularului nr. 038-e *Registru de evidenţă a activităţilor de educaţie pentru sănătate*, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătăţii	Pe parcursul anului	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	
12.	A întocmi şi a prezenta la timp raportul statistic – formularul 50-săn *Darea de seamă privind educaţia pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă*, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 174 din 31.05.2004	Trimestrial	Medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate	Conducerea instituţiei	

Medic (felcer) de educaţie pentru sănătate (semnătura)

Anexa 9

Nomenclatorul dosarelor utilizate în activitatea de educaţie pentru sănătate

Dosar nr. 1. Legi, hotărîri ale parlamentului şi guvernului, ordine, dispoziţii ale Ministerului Sănătăţii şi ale CNŞPMP.

Dosar nr. 2. Regulamentul instituţiei, regulamentul secţiei/cabinetului, obligaţiuni funcţionale.

Dosar nr. 3. Corespondenţa cu Ministerul Sănătăţii, CNŞPMP, administraţia publică locală, cu alte instituţii.

Dosar nr. 4. Corespondenţa cu instituţiile medicale şi nemedicale din teritoriu cu privire la problemele educaţiei pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă.

Dosar nr. 5. Formularele şi centralizatorul de dare de seamă (F 50 săn) privind activitatea instituţiilor medicale din teritoriu în domeniul educaţiei pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă.

Dosar nr. 6. Planurile anuale, trimestriale/lunare ale instituţiei, secţiei/cabinetului şi bilanţurile îndeplinirii măsurilor planificate.

Dosar nr. 7. Informaţii/materiale privind rezultatele controalelor instituţiilor medicale teritoriale la compartimentul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

Dosar nr. 8. Listele colaboratorilor instituţiei, secţiei/cabinetului, adrese, regim de muncă, graficul concediilor.

Dosar nr. 9. Materiale metodico-informative şi scrisori destinate instituţiilor medicale şi nemedicale din teritoriu la compartimentul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

Doosar nr. 10. Studierea nivelului de cunoştinţe medico-igienice ale populaţiei (chestionare, totaluri).

Dosar nr. 11. Materiale destinate editării pe teme de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă (manuscrise, recenzii).

Dosar nr. 12. Buletine sanitaro-epidemiologice şi informative pentru mass-media.

Dosar nr. 13. Materiale pe teme de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă (manuscrise, scenarii), destinate difuzării prin mass-media.

Dosar nr. 14. Buletine cifrate sanitaro-epidemiologice pe teritoriul administrativ (anuale, trimestriale, lunare).

Anexa 10

CHESTIONAR
privind determinarea atitudinii şi a informării elevilor în problemele profilaxiei maladiilor cu transmitere sexuală, SIDA şi a narcomaniei

Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova Vă invită să participaţi la sondajul de opinii vizînd profilaxia maladiilor cu transmitere sexuală, SIDA şi narcomania, răspunzînd la întrebările anchetei anonime.

Citiţi cu atenţie toate variantele de răspuns şi subliniaţi sau înscrieţi răspunsul care îl consideraţi corect. Rezultatele obţinute vor contribui la perfecţionarea educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

Vă mulţumim anticipat pentru participare la sondaj.

1. Domiciliu:

1.Municipiul _____

2. Raionul _____

3. Localitatea (comuna sau oraşul) _____

1. Şcoala _____
2. Studiaţi în clasa: _____
3. Vîrsta: _____ ani
4. Sexul:
   1. Masculin
   2. Feminin.

4. Studii:

5. Ce boli sexual transmisibile (venerice) cunoaşteţi? (*indicaţi*)

_____

_____

6. Aţi căpătat la şcoală cunoştinţe despre căsătorie şi familie, despre relaţiile dintre bărbat şi femeie?

1. Da
2. Nu.

7. Care sînt, după părerea Dvs., simptomele clinice ale sifilisului?

1. eroziuni, răni pe torace, mîini, organele genitale sau cu alte localizări
2. căderea părului
3. impotenţa
4. pete albe, roşii, cafenii pe pielea corpului
5. nu le cunosc
6. altceva (*indicaţi*) _____

8. Cunoaşteţi simptomele gonoreei?
1. inflamaţia căilor urinare
2. prostatită
3. eliminări purulente din uretră
4. Altele (*indicaţi*) _____

_____

9. Ce măsuri de protecţie individuală contra bolilor venerice cunoaşteţi?
1. folosirea condomului (prezervativului)
2. prelucrarea organelor genitale cu soluţii dezinfectante
3. relaţii sexuale netradiţionale (în mod neobişnuit)
4. nu conosc aşa măsuri
5. altceva (*indicaţi*) _____

_____

10. Dacă presupuneţi că suferiţi de o boală venerică, cui Vă veţi adresa în primul rînd?
1. părinţilor
2. prietenilor
3. medicului particular
4. unei cooperative medicale
5. medicului-dermatovenerolog
6. medicilor de alte specialităţi
7. medicului de familie
8. în cabinetele anonime.

11. Dacă nu veţi apela la ajutorul dermatovenerologului, care ar fi cauza?
1. se cere declararea (numirea) persoanelor cu care am contactat
2. există pericolul divulgării tainei
3. necesitatea de a fi la evidenţă timp îndelungat
4. alte cauze (*indicaţi*) _____

_____

12. Cum consideraţi, sînt bine-venite cabinetele de examinare anonimă la sifilis, gonoree, SIDA?
1. Da
2. Nu
3. Nu ştiu.

13. Sindromul imunodeficienţei achiziţionate (SIDA) este provocat de:
1. virusul imunodeficienţei umane (HIV)
2. bacterii
3. stafilococ
4. streptococ
5. bacilul intestinal
6. Nu ştiu.

14. SIDA este o boală contagioasă?

1. Da
2. Nu
3. Nu ştiu.

15. Care sînt căile de transmitere a maladiei SIDA?

1. la strîngerea mîinii
2. prin înţepătură de ţînţar
3. de la mamă la făt în timpul graviditătii, naşterii sau alăptării
4. pe calea aerului în timpul vorbirii
5. pe cale sexuală
6. prin sînge
7. prin folosirea repetată a seringilor la injectarea drogurilor în comun cu alte persoane
8. în timpul scăldatului în bazine, băi
9. prin salivă în timpul sărutului
10. prin transpiraţie
11. prin săruturi pînă "la sînge"
12. altele (*indicaţi*) _____

_____

16. Care sînt semnele îmbolnăvirii de SIDA?

1. mărirea ganglionilor limfatici
2. afecţiuni inflamatorii ale pielii
3. diaree de lungă durată
4. boli purulente frecvente
5. pneumonia
6. afecţiuni ale creierului
7. infectarea sîngelui
8. altele (*indicaţi*) _____

_____

17. Cum se poate determina dacă o persoană este infectată de SIDA sau nu?

Se cere a efectua analiza:

1. sîngelui
2. urinei
3. maselor fecale
4. lichidului cefalorahidian
5. altele (*indicaţi*) _____

_____

18. Cine se expune mai uşor pericolului de infectare cu SIDA?

1. bărbaţii homosexuali
2. bărbaţii ce duc viaţă sexuală atît cu alţi bărbaţi, cît şi cu femeile
3. persoanele ce iau masa în locuri comune

4. prostituatele
5. persoanele care au relații sexuale cu parteneri din alte țări
6. persoanele ce frecventează adesea băile comune și bazinele de înot
7. narcomanii ce-și injectează drogurile
8. persoanele cărora li se face deseori perfuzie de sînge
9. persoanele care frecventează deseori frizeria
10. persoanele ce au contact sexual cu persoane necunoscute (puțin cunoscute)
11. altele (*indicați*) _____

_____

19. Ce trebuie să întreprindeți pentru a evita infectarea cu SIDA?

1. să nu beți apă dulce din instalații automate
2. să aveți relații sexuale doar cu un partener permanent
3. să nu vă sărutați cu oricine
4. să nu folosiți repetat seringele la injectarea drogurilor
5. să nu frecventați băile comune, bazinele, frizeriile
6. să nu apelați la serviciile unor persoane particulare pentru efectuarea manipulărilor (injecții, tatuaje, chiuretaje, găuri în urechi etc.)
7. să nu frecventați closetele comune
8. să evitați înțepăturile de țînțar

20. Maladia SIDA poate fi contactată de la partenerul infectat în urma unui singur contact sexual?

1. Da
2. Nu
3. Nu știu.

21. Procedurile medicale cu injecții sînt periculoase dacă se utilizează:

1. instrumente medicale sterile?
2. instrumente medicale nesterile?
3. aceeași seringă și ac pentru cîteva persoane bolnave?
4. seringi getabile folosite repetat?

22. Poate fi contactată maladia SIDA în timpul vaccinării profilactice?

1. nu, dacă se efectuează cu instrumente sterile
2. poate, dacă se utilizează aceeași seringă și același ac pentru administrarea vaccinului la cîteva persoane.

23. Se permite copiilor, elevilor, adolescenților bolnavi de SIDA să frecventeze grădinița de copii, școala, instituțiile sportive comune?

1. Da
2. Nu
3. Nu știu.

24. Prezintă pericol aflarea în colectiv a unui bolnav de SIDA?
1. Da
2. Nu
3. Nu ştiu.

25. Numiţi drogurile pe care le ştiţi: _____

_____

26. Care sînt modurile de folosire a drogurilor?

_____

_____

27. Folosiţi în prezent droguri şi preparate medicamentoase în scopul obţinerii unui efect narcotic?
1. Da
2. Nu

28. Dacă folosiţi droguri, ce cauză V-a determinat să le comsumaţi pentru prima dată?
1. curiozitatea
2. anturajul
3. influenţa (exemplul) cunoscuţilor (prietenilor)
4. o boală somatică
5. alte motive (*indicaţi*) _____

_____

29. Cine din rudele Dvs. consumă droguri?
1. tata
2. mama
3. fratele
4. sora
5. alţii (*indicaţi*) _____

_____

30. Cum credeţi, cîţi elevi din clasă au încercat să folosească droguri?

_____

31. Cum credeţi, cîţi elevi din clasă consumă permanent droguri?

_____

32. Aveţi prieteni care consumă droguri?
1. Da
2. Nu.

33. Consumul drogurilor dăunează sănătăţii?
1. Da
2. Nu
3. Nu ştiu.

34. Opinia proprie – consumul drogurilor influenţează negativ asupra:
1. inimii
2. creierului
3. sistemului nervos
4. _____
5. _____

35. Cunoaşteţi o persoană concretă (prieten, coleg, rudă apropiată etc.) care, folosind droguri, a decedat din cauza:
1. supradozării cu preparate narcotice?
2. maladiei SIDA?
3. bolilor concomitente?
4. altor motive (*indicaţi*) _____

_____

36. Sursele de informare în masă (televiziunea, radioul, presa) propagă suficiente informaţii despre profilaxia maladiilor cu transmitere sexuală, SIDA, narcomaniei?
1. Da
2. Nu.

37. Din ce surse obţineţi informaţia vizînd profilaxia bolilor cu transmitere sexuală, SIDA şi narcomaniei?
1. televiziune
2. radio
3. presă
4. cinema
5. lecţii publice
6. de la părinţi
7. de la rude
8. de la cunoscuţi (prieteni)
9. de la pedagogi, profesori
10. de la medici
11. de la lucrători medicali cu studii medii speciale
12. alte surse (*indicaţi*) _____

_____

38. Din ce surse aţi dori să obţineţi astfel de cunoştinţe?
1. discuţii cu părinţii, rudele apropiate
2. discuţii cu pedagogii, profesorii
3. din lecţiile specialiştilor
4. din literatura medicală populară
5. din emisiuni televizate
6. din emisiuni radiofonice
7. din presă
8. discuţii cu medicii
9. discuţii cu lucrătorii medicali cu studii medicale speciale
10. din alte surse (*indicaţi*) _____

_____

Anexa 11

CHESTIONAR
pentru Studiul Global al Adolescenţilor despre Fumat (SGAF)

19 întrebări despre întrebuinţarea tutunului

1. **Ai încercat vreodată să fumezi ţigări sau să tragi măcar un fum-două în piept?**
   a. Da
   b. Nu.
2. **Cîţi ani aveai cînd ai încercat să fumezi pentru prima oară?**
   a. n-am fumat ţigări niciodată
   b. la 7 ani sau mai puţin
   c. 8 sau 9
   d. 10 sau 11
   e. 12 sau 13
   f. 14 sau 15
   g. 16 şi mai mult
3. **Cîte zile ai fumat ţigări în ultimele 30 de zile (ultima lună)?**
   a. 0 zile
   b. 1 sau 2 zile
   c. de la 3 pînă la 5 zile
   d. de la 6 pînă la 9 zile
   e. de la 15 pînă la 19 zile
   f. de la 20 pînă la 29 zile
   g. toate 30 de zile.
4. **Cîte ţigări ai fumat pe zi în ultimele 30 de zile (în ultima lună)?**
   a. n-am fumat ţigări în ultimele 30 de zile
   b. mai puţin de 1 ţigară pe zi
   c. o ţigară pe zi
   d. de la 2 pînă la 5 ţigări pe zi
   e. de la 6 pînă la 10 ţigări pe zi
   f. de la 11 pînă la 20 de ţigări pe zi
   g. mai mult de 20 de ţigări pe zi.
5. **Fumezi ţigări făcute de fabrică sau răsucite de tine?**
   a. n-am fumat ţigări niciodată
   b. făcute de fabrică
   c. răsucite de mine.

6. **Cît de des ai fumat ţigări răsucite în ultimele 30 de zile?**
   a. nu am fumat ţigări răsucite în ultimele 30 de zile (în ultima lună)
   b. mai puţin de o dată pe săptămînă
   c. cel puţin o dată pe săptămînă, dar nu în fiecare zi
   d. în fiecare zi.
7. **Cît de des ai fumat ţigări făcute de fabrică în ultimele 30 de zile (în ultima lună)?**
   a. n-am fumat ţigări făcute de fabrică în ultimele 30 de zile (în ultima lună)
   b. mai puţin de o dată pe săptămînă
   c. cel puţin o dată pe săptămînă, dar nu în fiecare zi
   d. în fiecare zi.
8. **Cît de des ai fumat în ultimele 30 de zile (în ultima lună) trabucuri (minitrabucuri), ţigărele?**
   a. n-am fumat trabuc sau ţigărele în ultimele 30 de zile (în ultima lună)
   b. mai rar de o dată pe săptămînă
   c. cel puţin o dată pe săptămînă, dar nu în fiecare zi
   d. în fiecare zi.
9. **Cît de des ai întrebuinţat, în ultimele 30 de zile (ultima lună), tutun de mestecat, tutun de tras pe nas sau altfel de tutun, pe care îl utilizaţi la voi în ţară?**
   a. n-am întrebuinţat tutun de mestecat, tutun de tras pe nas sau altfel de tutun în ultimele 30 de zile (în ultima lună)
   b. mai rar de o dată pe săptămînă
   c. cel puţin o dată pe săptămînă, dar nu în fiecare zi
   d. în fiecare zi.
10. **Cît de des ai fumat din pipă în ultimele 30 de zile (în ultima lună)?**
    a. n-am fumat din pipă (lulea) în ultimele 30 de zile (în ultima lună)
    b. mai rar de o dată pe săptămînă
    c. cel puţin o dată pe săptămînă, dar nu în fiecare zi
    d. în fiecare zi.
11. **S-a întîmplat ca dimineaţa să aprinzi mai întîi de toate ţigara sau ai simţit că ai vrea foarte mult să fumezi?**
    a. n-am fumat nicicînd ţigări
    b. nu mai fumez ţigări
    c. nu, eu niciodată n-am fumat mai întîi de toate dimineaţa şi nici n-am dorit să fumez
    d. da, uneaori dimineaţa eu mai întîi de toate fumez sau simt că aş vrea să fumez
    e. da, dimineaţa mai întîi de toate eu fumez sau simt o mare dorinţă de a fuma.

12. În ce mod, de obicei, ai procurat ţigări în ultimele 30 de zile (în ultima lună) (*alege numai un singur răspuns*).

a. n-am fumat ţigări în ultimele 30 de zile (în ultima lună)
b. le-am cumpărat la magazin sau la vînzătorii de pe stradă
c. le-am cumpărat de la aparatul automat
d. dădeam cuiva bani ca să-mi cumpere ţigări
e. luam cu împrumut de la alţii
f. le luam fără a întreba (în taină, pe ascuns)
g. mi le dădea un bărbat mai în vîrstă
h. confecţionam ţigări (răsucite) artizanale.

13. Ce marcă de ţigări ai fumat, de obicei, în ultimele 30 de zile (în ultima lună)?

a. eu n-am fumat ţigări în ultimele 30 de zile (în ultima lună)
b. n-am o marcă de ţigări pe care le-aş prefera
c. (*Enumeră 5 din cele mai răspîndite mărci de ţigări*)

_____
_____
_____
_____
_____

d. altă marcă

14. Cît costă un pachet de ţigări pe care tu, de obicei, le cumperi?

a. eu nu fumez ţigări
b. nu cumpăr ţigări
c. de la __ pînă la __ USD
d. de la __ pînă la __ USD
e. de la __ pînă la __ USD
f. de la __ pînă la __ USD
g. de la __ pînă la __ USD
h. mai mult de __ USD
i. (*Scrie preţul unui pachet de ţigări de la cel mai ieftin pănă la cel mai scump, de import*) _____ .

15. Cîţi bani ai cheltuit pe ţigări în ultimele 30 de zile (în ultima lună)?

a. nu fumez ţigări
b. nu cumpăr ţigări singur
c. de la __ pînă la __ USD
d. de la __ pînă la __ USD
e. de la __ pînă la __ USD
f. de la __ pînă la __ USD
g. de la __ pînă la __ USD
h. de la __ pînă la __ USD

i. mai mult de __ USD
j. (*Scrie suma în valută națională, calculată din costul unui pachet de țigări (20 de țigări), de la cel mai ieftin pînă la cel mai scump, de import*) _____.

16. Cîți bani cheltuiți, de obicei, pe săptămînă pentru necesitățile personale?

a. nimic
b. mai puțin de __ USD
c. de la __ pînă la __ USD
d. de la __ pînă la __ USD
e. de la __ pînă la __ USD
f. de la __ pînă la __ USD
g. de la __ pînă la __ USD
h. mai mult de __ USD.

17. De unde iei banii pe care îi cheltui pentru nevoile personale?

a. eu n-am bani pentru cheltuieli personale
b. cîștig
c. de la părinți sau rude
d. din alte surse (*indicați*) _____

_____

18. Ți-a refuzat vînzătorul să-ți vîndă țigări din cauza vîrstei tale în ultimele 30 de zile (în ultima lună) cînd veneai la magazin?

a. eu nu am încercat să cumpăr articole de tutungerie la magazin în ultimele 30 de zile (ultima lună)
b. da
c. nu.

19. Cum consideri, în general este ușor sau dificil să cumperi țigări la magazin?

a. foarte dificil
b. destul de greu
c. destul de ușor
d. foarte ușor
e. de obicei, eu nu cumpăr țigări la magazin.

19 întrebări despre cunoștințele tale și atitudinea ta față de fumat

20. Părinții tăi sau tutorii mai în vîrstă fumează?

a. niciunul dintre ei nu fumează
b. fumează ambii
c. fumează numai tata (sau tutorele-bărbat)
d. fumează numai mama (sau tutorele-femeie)

21. Dacă unul din cei mai buni prieteni ți-ar propune țigări, ai începe să fumezi?
a. probabil că nu
b. mai degrabă nu
c. mai degrabă da
d. probabil că da.

22. A discutat cu tine cineva din familia ta despre dauna fumatului?
a. da
b. nu

23. Cam cîți elevi (aproximativ) din clasa ta fumează?
a. majoritatea
b. jumătate
c. cîțiva
d. nu fumează nimeni.

24. Cum crezi, băieții care fumează au prieteni mai mulți sau mai puțini?
a. mai mulți
b. mai puțini
c. nu este nicio deosebire față de cei care nu fumează.

25. Cum crezi, fetele care fumează au prieteni mai mulți sau mai puțini?
a. mai mulți
b. mai puțini
c. nu este nicio deosebire față de cei care nu fumează.

26. Cum crezi, fumatul țigărilor îi ajută pe oameni să se simtă mai bine (confortabil) la sărbători, petreceri sau la alte măsuri colective?
a. îi ajută
b. le încurcă
c. nu este nicio deosebire de cei care nu fumează.

27. Ce părere ai, influențează oare fumatul asupra puterii de atracție a băieților?
a. îi face mai captivanți (fermecători)
b. îi face mai puțin atrăgători
c. nu se deosebesc cu nimic de cei care nu fumează.

28. Care este părerea ta, influențează oare fumatul asupra frumuseții fetelor?
a. le face mai atractive
b. le face mai puțin atractive
c. nu se deosebesc cu nimic de cele care nu fumează.

29. Cum crezi, în ce fel influențează fumatul asupra greutății corporale?
a. greutatea crește
b. greutatea se micșorează
c. greutatea nu se schimbă.

30. Cum crezi, fumatul dăunează sănătății tale?
a. cred că nu
b. mai degrabă nu
c. mai degrabă da
d. cred că da.

31. Consideri că reclama tutunului trebuie interzisă?
a. da
b. nu.

32. Consideri că prețurile la articolele de tutungerie ar trebui mărite?
a. da
b. nu.

33. Cum consideri, trebuie să fie înterzisă vînzarea articolelor de tutungerie pentru minori?
a. da
b. nu.

34. Consideri că fumatul în locurile publice (restaurante, transportul public, în școli, pe terenurile de joc, în sălile sportive, la discoteci sau în complexele sportive) trebuie să fie înterzis?
a. da
b. nu.

35. Fumează careva din prietenii tăi apropiați?
a. nimeni din ei nu fumează
b. unii dintre ei fumează
c. majoritatea lor fumează
d. fumează toți.

36. Cînd vezi un bărbat fumînd, ce părere ai? (*Alege un singur răspuns*)
a. nu are încredere în sine
b. e un prost
c. este un ghinionist (un ratat)
d. este un om practic (priceput)
e. este un om deştept
f. este un bărbat adevărat.

37. Cînd vezi o femeie care fumează, ce crezi despre ea? (*Alege un singur răspuns*)
a. nu-i ajunge încredere în sine
b. e o proastă
c. e o ratată
d. e o femeie practică
e. e o femeie deşteaptă
f. e o femeie contemporană (modernă).

38. Este oare periculos, după părerea ta, dacă fumezi un an sau doi, iar după aceasta te lași de fumat?

a. cred că nu
b. mai degrabă nu
c. mai degrabă da
d. cred că da.

8 întrebări despre fumatul pasiv

39. Unde fumezi tu de obicei? (*Alege un singur răspuns*)

a. eu n-am fumat niciodată
b. acasă la mine
c. în timpul măsurilor publice
d. acasă la prieteni
e. în școală, în timpul studiilor
f. în timpul studiilor, în afara școlii
g. în locurile publice, de exemplu în cafenea, în parc, în centrele comerciale
h. în alte locuri _____

40. Cum crezi, este dăunător pentru tine fumul de la țigara altor persoane?

a. la sigur că nu
b. cred că nu
c. cred că da
d. probabil că da.

41. Cît de des îl vezi pe tatăl tău (tatăl vitreg sau pe concubinul mamei) fumînd în casa/apartamentul vostru?

a. nu am tată
b. aproape în fiecare zi
c. uneori
d. niciodată.

42. Cît de des o vezi pe mama ta (mama vitregă sau concubina tatălui tău) fumînd în casa/apartamentul vostru?

a. nu am mamă
b. aproape în fiecare zi
c. uneori
d. niciodată.

43. Cît de des îl vezi pe fratele tău/sora ta fumînd în casa/apartamentul vostru?

a. nu am frate (soră)
b. aproape în fiecare zi
c. uneori
d. niciodată.

44. Cît de des îl vezi pe cel mai bun prieten al tău/ cea mai bună prietenă fumînd în casa/apartamentul vostru?
a. eu nu am prieten(ă)
b. aproape în fiecare zi
c. uneori
d. niciodată.

45. Cît de des le vezi pe alte persoane fumînd în casa/apartamentul vostru?
a. ei nu vin la noi
b. aproape în fiecare zi
c. uneori
d. niciodată.

46. Cît de des fumează oamenii în prezența ta în alte locuri, afară de casa/apartamentul vostru?
a. aproape în fiecare zi
b. uneori.

12 întrebări referitoare la atitudinea ta față de suspendarea (încetarea, curmarea) fumatului

47. Dacă în prezent fumezi, te-ai gîndit să încerci a lăsa fumatul în timpul apropiat?
a. eu nu fumez în prezent
b. nu, nu m-am gîndit
c. da, m-am gîndit.

48. Cum crezi, vei fuma în următoarele 12 luni?
a. cu siguranță că nu
b. mai degrabă că nu
c. cred că da
d. cu siguranță că da.

49. Cum crezi, vei fuma și peste 5 ani?
a. la sigur că nu
b. cred că nu
c. cred că da
d. fără îndoială că da.

50. Ți-ar fi ușor sau greu să nu fumezi o săptămînă întreagă?
a. eu n-am fumat niciodată
b. nu fumez în prezent
c. foarte greu
d. destul de greu
e. destul de ușor
f. foarte ușor.

51. Dacă ai vrea, ti-ar fi uşor sau greu să laşi definitiv fumatul?
a. eu n-am fumat niciodată
b. nu fumez în prezent
c. foarte greu
d. destul de greu
e. destul de uşor
f. foarte uşor.

52. Doreşti să laşi fumatul în prezent?
a. eu n-am fumat niciodată
b. nu fumez în prezent
c. da, doresc
d. nu, nu doresc.

53. De cîte ori ai lăsat fumatul anul trecut?
a. eu n-am fumat niciodată
b. n-am fumat anul trecut
c. eu n-am lăsat niciodată
d. am lăsat o dată
e. am lăsat de 2 sau de mai multe ori.

54. De cînd ai lăsat fumatul?
a. eu n-am fumat niciodată
b. n-am lăsat fumatul
c. l-am lăsat cu mai puţin de o lună în urmă
d. l-am lăsat de la 1 lună pînă la 3 luni în urmă
e. l-am lăsat de la 4 pînă la 11 luni în urmă
f. l-am lăsat cu 1 an în urmă
g. l-am lăsat cu 2 ani în urmă
h. l-am lăsat cu 3 ani în urmă sau mai mult.

55. Care a fost motivul principal al deciziei tale de a abandona fumatul?
(*Alege un singur răspuns*)
a. eu n-am fumat niciodată
b. n-am lăsat fumatul
c. mie nu-mi place să fumez
d. pentru îmbunătăţirea sănătăţii
e. pentru a economisi banii
f. pentru că aceasta nu-i place familiei mele
g. pentru că aceasta nu le place prietenilor mei
h. alt motiv _____

56. Ţi-a fost greu cînd ai lăsat fumatul?
a. eu n-am fumat niciodată
b. eu n-am lăsat fumatul
c. a fost foarte greu
d. a fost destul de greu

e. a fost destul de uşor
f. a fost foarte uşor.

57. Cum crezi, ai putea lăsa fumatul, dacă ai vrea?
a. eu n-am fumat niciodată
b. eu am lăsat deja fumatul
c. da, aş putea
d. nu, n-aş putea.

58. Ai primit cîndva ajutor sau un sfat despre modul cum să te laşi de fumat?
a. eu n-am fumat niciodată
b. da, în cadrul programului sau de la un profesionist (medic, asistentă medicală sau psiholog)
c. da, de la prietenul meu
d. da, de la membrul familiei mele
e. da, din cîteva surse
f. nu.

16 întrebări privind comunicările despre fumat din mijloacele de informare în masă

59. Cîte informaţii CONTRA FUMATULUI ai văzut la televizor, pe parcursul ultimelor 30 de zile (unei luni)?
a. eu niciodată nu privesc emisiunile la televizor
b. multe
c. cîteva
d. niciuna.

60. Cîte comunicări CONTRA FUMATULUI ai auzit, în ultimele 30 de zile (în ultima lună) la radio?
a. eu niciodată nu ascult radioul
b. multe
c. cîteva
d. niciuna.

61. Cîte comunicări CONTRA FUMATULUI ai văzut pe panourile de reclamă în ultimele 30 de zile (în ultima lună)?
a. multe
b. cîteva
c. niciuna.

62. Cîte comunicări CONTRA FUMATULUI ai văzut în ultimele 30 de zile (în ultima lună) pe placate?
a. multe
b. cîteva
c. niciuna.

63. Cîte comunicări CONTRA FUMATULUI ai întîlnit, în ultimele 30 de zile (în ultima lună), în ziare sau reviste?

a. multe
b. cîteva
c. niciuna.

64. Cîte comunicări (informaţii) CONTRA FUMATULUI ai văzut, în ultimele 30 de zile (în ultima lună), în filmele pe care le-ai privit la cinematograf?

a. eu nu frecventez cinematograful
b. multe
c. cîteva
d. niciuna.

65. Cît de des vezi informaţii CONTRA FUMATULUI cînd vizitezi evenimente sportive, iarmaroace, concerte şi alte evenimente?

a. eu nu merg la asemenea evenimente nicicînd
b. deseori
c. rareori
d. niciodată.

66. Cît de des îi vezi pe actori fumînd cînd priveşti tele- sau videofilme?

a. eu niciodată nu privesc filme
b. deseori
c. uneori
d. niciodată.

67. Ai vreo haină (maiou, pix, ghiozdan etc.) cu emblema vreunei mărci de ţigări pe ea?

a. da
b. nu.

68. Cît de des ai văzut denumirea vreunei mărci de ţigări pe parcursul ultimelor 30 de zile (a unei luni), cînd ai privit emisiuni sportive sau de alt gen la televizor?

a. eu nu privesc emisiuni la televizor
b. deseori
c. uneori
d. niciodată.

69. Cît de des ai văzut vreo reclamă a ţigărilor pe panourile de publicitate instalate în oraşul tău în ultimele 30 de zile (în ultima lună)?

a. deseori
b. uneori
c. niciodată.

70. Cît de des ai văzut reclama unor ţigări în ziare şi reviste, pe parcursul ultimelor 30 de zile (ultimei luni)?
a. deseori
b. uneori
c. niciodată.

71. Cît de des vezi reclama ţigărilor în cadrul evenimentelor sportive?
a. eu nu merg la evenimente sportive
b. deseori
c. uneori
d. niciodată.

72. Cît de des vezi reclama ţigărilor la concerte?
a. eu nu frecventez concerte
b. deseori
c. uneori
d. niciodată.

73. Cît de des vezi reclama ţigărilor la sărbători şi acţiuni publice?
a. eu nu merg la asemenea sărbători/acţiuni
b. deseori
c. uneori
d. niciodată.

74. Ţi-a propus vreodată un reprezentant al firmei de ţigări un produs de tutungerie gratis?
a. da
b. nu.

9 întrebări despre felul informaţiilor primite la şcoală privitor la fumat

75. A avut loc, pe parcursul anului trecut de studii, vreo lecţie despre dauna fumatului?
a. da
b. nu.

76. Aţi discutat la vreo lecţie, în anul trecut de studii, despre cauza fumatului la băieţii de vîrsta voastră?
a. da
b. nu.

77. A avut loc, în anul trecut de studii, vreo lecţie despre influenţa fumatului asupra organismului uman (de exemplu, că faţa, dinţii se îngălbenesc, că provoacă apariţia ridurilor şi că de la fumător miroase urît)?
a. da
b. nu.

78. Cînd aţi discutat ultima dată tema fumatului şi a sănătăţii în cadrul vreunei lecţii?
a. niciodată
b. în trimestrul curent
c. în trimestrul trecut
d. cu două trimestre în urmă
e. cu trei trimestre în urmă
f. cu mai mult de 1 an în urmă.

79. Cît de des îi vezi pe profesori fumînd în şcoală?
a. aproape în fiecare zi
b. uneori
c. niciodată.

80. Cît de des îi vezi pe profesori fumînd lîngă şcoală?
a. aproape zilnic
b. uneori
c. niciodată.

81. Cît de des îi vezi pe elevi să fumeze la şcoală?
a. aproape în fiecare zi
b. uneori
c. niciodată.

82. Cît de des îi vezi pe elevi să fumeze în jurul şcolii?
a. aproape în fiecare zi
b. uneori
c. niciodată.

83. Cît de des le vezi pe alte persoane fumînd pe teritoriul şcolii?
a. aproape în fiecare zi
b. uneori
c. niciodată.

7 întrebări despre tine

84. Ce vîrstă ai?
a. 11 ani sau mai puţin
b. 12 ani
c. 13 ani
d. 14 ani
e. 15 ani
f. 16 ani
g. 17 ani sau mai mult.

85. Eşti băiat sau fată?
a. băiat
b. fată.

86. În ce clasă eşti?
(*Indică clasa*) _____

87. Părinţii tăi lucrează?
a. numai tata (tatăl vitreg sau concubinul mamei)
b. numai mama (mama vitregă sau concubina tatei)
c. da, lucrează ambii
d. nu, nu lucrează nici unul, nici altul
e. nu ştiu
f. unul sau ambii au gospodărie particulară.

88. Ce studii are tatăl tău (tatăl vitreg sau concubinul mamei)?
a. a absolvit universitatea sau institutul
b. a absolvit colegiul
c. a absolvit şcoala
d. n-a absolvit şcoala
e. n-are niciun fel de studii
f. nu ştiu.

89. Ce studii are mama ta (mama vitregă sau concubina tatălui)?
a. a absolvit universitatea sau institutul
b. a absolvit colegiul
c. a absolvit şcoala
d. n-a absolvit şcoala
e. n-are niciun fel de studii
f. nu ştiu.

90. Ce ai de gînd să faci după absolvirea şcolii? (*Scrie variantele accesibile pentru ţara voastră: să continui strudiile, să obţii studii profesionale, să pleci din şcoală*)
a. voi continua studiile la universitate sau institut
b. îmi voi continua studiile la colegiu
c. voi lucra
d. n-am hotărît deocamdată.

Anexa 12

CHESTIONAR
pentru aprecierea nivelului de cunoştinţe ale populaţiei de etnie romi în promovarea preceptelor modului sănătos de viaţă

Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova

Vă invită să participaţi la sondajul de opinii vizînd preceptele modului sănătos de viaţă, răspunzînd la întrebările anchetei anonime.

Citiţi cu atenţie toate variantele de răspuns şi subliniaţi sau înscrieţi răspunsul care îl consideraţi corect. Rezultatele obţinute vor contribui la perfecţionarea educaţiei pen

tru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

Vă mulţumim anticipat pentru participare la sondaj.

1. **Vîrsta _____ ani.**
2. **Sexul**
   1) masculin
   2) feminin.
3. **Studii**
   1) nu am studii
   2) primare
   3) medii
   4) medii de specialitate
   5) superioare.
4. **Locul de trai**
   1) Raionul Soroca, localitatea _____
   2) Raionul Bălţi, localitatea _____
   3) Raionul Ungheni, localitatea _____
5. **Care din următoarele aspecte ale modului sănătos de viaţă prezintă interes pentru D-voastră?**
   1. Igiena personală
      Da
      Nu
   2. Educaţia fizică şi sportul
      Da
      Nu
   3. Relaţiile reciproce în colectivul de muncă şi în familie
      Da
      Nu
   4. Alimentaţia raţională
      Da
      Nu

5. Profilaxia alcoolismului
   Da
   Nu
6. Combaterea narcomaniei
   Da
   Nu
7. Profilaxia fumatului
   Da
   Nu
8. Profilaxia SIDA şi a altor boli cu transmitere sexuală
   Da
   Nu
9. Mediul ambiant şi sănătatea
   Da
   Nu.

6. Din care surse obţineţi informaţia medico-sanitară?

1. Convorbiri cu lucrătorii medicali
2. Prelegeri
3. Serate (tematice sau de întrebări şi răspunsuri)
4. Emisiuni televizate
5. Emisiuni radiofonice
6. Publicaţii în presă
7. Reviste ştiinţifico-populare
8. Cinematograf
9. Buletine sanitare
10. Panouri de întrebări şi răspunsuri
11. Agende sau foi volante
12. Broşuri ştiinţifico-populare
13. Expoziţii sau afişe.

7. Credeţi că fumatul este dăunător pentru sănătate?

Da
Nu
Nu ştiu.

8. Fumaţi în prezent?

Da, regulat
Da, rareori (mai puţin de o ţigară pe zi)
Nu.

9. Doriţi să abandonaţi fumatul?

Da
Nu.

10. Aţi fumat în trecut?
Da, regulat
Da, rareori (mai puţin de o ţigară pe zi)
Nu.

11. Cîte ţigări fumaţi sau aţi fumat în medie pe zi?_____ţigări

12. La ce vîrstă aţi început a fuma?_____ani

13. Cîţi ani aţi fumat?_____ani

14. D-voastră consumaţi băuturi alcoolice?
Da
Nu
Acum nu, dar în trecut consumam.

15. Cît de frecvent consumaţi sau aţi consumat băuturi alcoolice?
1. De cîteva ori pe an, dar nu în fiecare lună
2. O dată pe lună
3. O dată pe săptămînă
4. De cîteva ori pe săptămînă, dar nu zilnic
5. Zilnic.

16. La ce vîrstă aţi început a consuma băuturi alcoolice?_____ani

17. Doriţi să reduceţi consumul de băuturi alcoolice?
Da
Nu.

18. Ce boli cu transmitere sexuală (venerice) cunoaşteţi? (*Indicaţi*)

_____

_____

_____

_____

_____

19. Ce măsuri de protecţie individuală contra bolilor venerice cunoaşteţi?
1. folosirea condomului (prezervativului)
2. prelucrarea organelor genitale cu soluţii dezinfectante
3. relaţii sexuale netradiţionale (în mod neobişnuit)
4. nu conosc asemenea măsuri
5. altceva (*Indicaţi*) _____

20. SIDA este o boală contagioasă?
Da
Nu
Nu ştiu.

21. Care sînt căile de transmitere a maladiei SIDA?

1. la strîngerea mîinii
2. prin înţepătură de ţînţar
3. de la mamă la făt în timpul graviditătii, naşterii sau alăptării
4. pe calea aerului în timpul vorbirii
5. pe cale sexuală
6. prin sînge
7. prin folosirea repetată a seringilor la injectarea drogurilor în comun cu alte persoane.

22. Cine se expune mai uşor pericolului de infectare cu SIDA?

1. bărbaţii homosexuali
2. bărbaţi ce întreţin relaţii sexuale atît cu alţi bărbaţi, cît şi cu femeile
3. persoanele ce iau masa în locuri comune
4. prostituatele
5. persoanele ce au relaţii sexuale cu parteneri din alte ţări
6. persoanele care frecventează adesea băile comune şi bazinele de înot
7. persoanele ce-şi injectează drogurile
8. persoanele ce-şi schimbă frecvent partenerii sexuali
9. persoanele care frecventează deseori frizeria
10. persoanele ce au contact sexual cu persoane necunoscute (puţin cunoscute).

23. Ce trebuie să întreprindeţi pentru a evita infectarea cu SIDA?

1. să nu beţi apă dulce din instalaţii automate
2. să aveţi relaţii doar cu un partener sexual permanent
3. să nu vă sărutaţi cu oricine
4. să nu injectaţi narcotice cu o seringă în comun cu alte persoane
5. să nu frecventaţi băile comune, bazinele, frizeriile
6. să nu apelaţi la serviciile unor persoane particulare pentru efectuarea manipulărilor (injecţii, tatuaje, chiuretaje, găuri în urechi etc.)
7. să nu frecventaţi closetele comune
8. să evitaţi înţepăturile de ţînţar.

24. Numiţi drogurile pe care le ştiţi:

_____

_____

25. Care sînt modurile de administrare a drogurilor?

_____

_____

26. Folosiți în prezent droguri și preparate medicamentoase în scopul obținerii unui efect narcotic?

Da

Nu

27. Dacă folosiți droguri, ce cauză V-a determinat să le comsumați pentru prima dată?

1. curiozitatea
2. anturajul
3. influența cunoscuților (prietenilor)
4. o boală somatică
5. alte motive (*Indicați*) _____

_____ _____

28. Cine din rudele Dvs. consumă droguri?

1. Tata
2. Mama
3. Fratele
4. Sora
5. Alții _____

29. Consumul drogurilor dăunează sănătății?

Da

Nu

Nu știu.

Anexa 13

Extrase din actele legislative şi normative ale Republicii Moldova care reglementează activitatea în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă

PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA

ПАРЛАМЕНТ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

L E G E
privind supravegherea de stat a sănătăţii publice
nr. 10-XVI din 03.02.2009
Monitorul Oficial nr. 67/183 din 03.04.2009

C U P R I N S

Capitolul I
DISPOZIŢII GENERALE
Articolul 1. Obiectul şi scopul legii
Articolul 2. Noţiuni de bază
Articolul 3. Principii de bază ale politicii de stat în domeniul sănătăţii publice
Articolul 4. Activităţi de bază în supravegherea de stat a sănătăţii publice
Articolul 5. Domeniile în supravegherea de stat a sănătăţii publice
Articolul 6. Legislaţia privind asigurarea sănătăţii publice
Articolul 7. Programele naţionale de sănătate

Capitolul II
COOPERAREA AUTORITĂŢILOR ÎN ASIGURAREA SĂNĂTĂŢII PUBLICE
Articolul 8. Asigurarea sănătăţii publice
Articolul 9. Competenţa Guvernului
Articolul 10. Competenţa Ministerului Sănătăţii
Articolul 11. Competenţa celorlalte autorităţi ale administraţiei publice centrale
Articolul 12. Competenţa autorităţilor administraţiei publice locale
Articolul 13. Colaborarea în asigurarea şi supravegherea activităţilor de sănătate publică
Articolul 14. Delimitarea funcţiilor

Capitolul III
MANAGEMENTUL SISTEMULUI DE SUPRAVEGHERE DE STAT A SĂNĂTĂȚII PUBLICE
Articolul 15. Organizarea sistemului de supraveghere de stat a sănătății publice
Articolul 16. Organizarea Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice
Articolul 17. Drepturile conducătorilor Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice
Articolul 18. Drepturile personalului autorizat cu drept de control de stat în sănătatea publică
Articolul 19. Obligațiile specialiștilor Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice
Articolul 20. Sistemul informațional de supraveghere de stat a sănătății publice

Capitolul IV
AUTORIZAREA SANITARĂ A PRODUSELOR, SERVICIILOR ȘI ACTIVITĂȚILOR
Articolul 21. Organizarea autorizării sanitare
Articolul 22. Notificarea
Articolul 23. Avizarea sanitară
Articolul 24. Înregistrarea de stat
Articolul 25. Certificarea sanitară
Articolul 26. Expertiza sanitară

Capitolul V
DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PERSOANELOR FIZICE ȘI JURIDICE ÎN DOMENIUL ASIGURĂRII SĂNĂTĂȚII PUBLICE
Articolul 27. Drepturile persoanelor fizice
Articolul 28. Drepturile persoanelor juridice
Articolul 29. Obligațiile persoanelor fizice
Articolul 30. Obligațiile persoanelor juridice
Articolul 31. Controlul asupra producției, produselor și serviciilor

Capitolul VI
CERINȚE GENERALE PRIVIND ASIGURAREA SĂNĂTĂȚII PUBLICE
Articolul 32. Sistematizarea și construcția localităților
Articolul 33. Zonele de protecție sanitară
Articolul 34. Solul și menținerea teritoriului
Articolul 35. Aerul atmosferic, cel din încăperi și nivelul factorilor fizici

Articolul 36. Siguranța produselor și serviciilor
Articolul 37. Igiena și siguranța produselor alimentare, ale materialelor și articolelor ce vin în contact cu acestea
Articolul 38. Asigurarea sănătății nutriționale
Articolul 39. Alimentarea populației cu apă potabilă
Articolul 40. Sursele de folosire a apei
Articolul 41. Încăperile de locuit
Articolul 42. Cerințe față de mediul ocupațional
Articolul 43. Cerințe privind lucrările cu surse de radiații ionizante
Articolul 44. Condițiile de educație a populației
Articolul 45. Instruirea igienică a angajaților

Capitolul VII
PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII
Articolul 46. Organizarea promovării sănătății
Articolul 47. Instruirea în domeniul promovării sănătății
Articolul 48. Difuzarea informațiilor de promovare a sănătății

Capitolul VIII
SUPRAVEGHEREA ȘI PREVENIREA MALADIILOR
Articolul 49. Examenele medicale profilactice
Articolul 50. Prevenirea și controlul bolilor netransmisibile
Articolul 51. Prevenirea și controlul bolilor transmisibile
Articolul 52. Vaccinarea profilactică a populației
Articolul 53. Prevenirea răspîndirii internaționale a bolilor

Capitolul IX
URGENȚELE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
Articolul 54. Prevenirea și managementul urgențelor de sănătate publică
Articolul 55. Asigurarea unui grad adecvat de pregătire pentru urgențele de sănătate publică
Articolul 56. Măsuri privind detectarea și notificarea urgențelor de sănătate publică
Articolul 57. Evaluarea riscului de declanșare a urgenței de sănătate publică
Articolul 58. Declararea stării de urgență în sănătatea publică
Articolul 59. Anularea stării de urgență în sănătatea publică
Articolul 60. Împuterniciri speciale referitoare la încăperi și bunuri pe perioada stării de urgență în sănătatea publică
Articolul 61. Împuterniciri speciale referitoare la persoane pe perioada stării de urgență în sănătatea publică
Articolul 62. Informarea populației privind urgența de sănătate publică

Capitolul X
RESURSELE SISTEMULUI DE SUPRAVEGHERE DE STAT A SĂNĂTĂȚII PUBLICE
Articolul 63. Resursele umane ale Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice
Articolul 64. Finanțarea activităților de sănătate publică

Capitolul XI
RĂSPUNDEREA PENTRU ÎNCĂLCAREA LEGISLAȚIEI SANITARE
Articolul 65. Răspunderea pentru încălcarea legislației sanitare
Articolul 66. Răspunderea civilă
Articolul 67. Suspendarea activității unității economice
Articolul 68. Reclamarea acțiunilor/inacțiunilor factorilor de decizie și ale specialiștilor din cadrul Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice
Articolul 69. Statutul juridic al factorilor de decizie și al specialiștilor din cadrul Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice

Capitolul XII
DISPOZIȚII FINALE
Articolul 70. Intrarea în vigoare
Articolul 71. Abrogări
Articolul 72. Îndatoririle Guvernului

Parlamentul adoptă prezenta lege organică.

Capitolul I

DISPOZIȚII GENERALE

Articolul 1. ***Obiectul și scopul legii***

(1) Prezenta lege reglementează organizarea supravegherii de stat a sănătății publice, stabilind cerințe generale de sănătate publică, drepturile și obligațiile persoanelor fizice și juridice și modul de organizare a sistemului de supraveghere de stat a sănătății publice.

(2) Scopul prezentei legi este asigurarea condițiilor optime pentru realizarea maximă a potențialului de sănătate al fiecărui individ pe parcursul întregii vieți prin efortul organizat al societății în vederea prevenirii îmbolnăvirilor, protejării și promovării sănătății populației și îmbunătățirii calității vieții.

Articolul 2. ***Noțiuni de bază***

În sensul prezentei legi se definesc următoarele noțiuni principale:

autoritate competentă pentru supravegherea sănătății publice – persoană juridică în subordinea Ministerului Sănătății, care coordonează tehnic și metodologic activitatea de specialitate în vederea fundamentării, elaborării și implementării strategiilor privind protecția și promovarea sănătății, prevenirea și controlul bolilor transmisibile și netransmisibile, precum și a politicilor de sănătate publică din domeniile specifice la nivel național și/sau teritorial;

boală contagioasă – boală infecțioasă care se transmite de la om la om sau de la animal la om;

boală infecțioasă – boală cauzată de un organism viu sau de un alt agent patogen, inclusiv de fungi, bacterii, paraziți, protozoare sau viruși, care poate să se transmită sau să nu se transmită de la om la om sau de la animal la om;

boală netransmisibilă – maladie umană cauzată de determinanții stării de sănătate, care nu se transmite de la om la om sau de la animal la om;

boală profesională – afecțiune care se produce în urma acțiunii nocive a factorilor fizici, chimici sau biologici caracteristici locului de muncă sau în urma suprasolicitării unor organe sau sisteme ale organismului uman în timpul exercitării unei meserii sau profesii;

boală transmisibilă – maladie ce se răspîndește în rîndul populației umane și/sau animale prin transmitere directă sau indirectă de la subiect la subiect, cauzată de regulă de organisme vii și/sau produse ale metabolismului acestora;

carantină – restricția activităților de circulație, izolarea și/sau separarea de alte persoane a persoanelor suspecte de a fi infectate, dar care nu sînt bolnave, sau a bagajelor, containerelor, mijloacelor de transport ori a bunurilor suspecte de a fi contaminate într-o manieră care să prevină posibila răspîndire a infecției sau contaminării;

determinanții stării de sănătate – factorii socioeconomici, biologici, de mediu, comportamentali, tradițiile, asigurarea, calitatea și accesibilitatea serviciilor de sănătate, care determină starea de sănătate a populației;

evaluarea riscurilor pentru sănătate – estimarea gradului în care expunerea la factorii de risc din mediul natural, de viață, ocupațional și de odihnă, precum și la cei rezultați din stilul de viață individual sau comunitar, influențează starea de sănătate a populației;

măsuri de sănătate publică – activități cu caracter administrativ, tehnico-ingineresc, medico-sanitar, veterinar etc. orientate spre protecția sănătății, prevenirea bolilor și promovarea sănătății;

prevenirea bolilor – activități aplicate prioritar la nivel de individ, orientate spre preîntîmpinarea sau diminuarea probabilității apariției bolilor transmisibile sau netransmisibile, a răspîndirii lor și/sau spre prevenirea recidivelor și complicațiilor;

prevenție primară – activități efectuate cu scopul creării unor circumstanțe care ar putea reduce riscul apariției unei boli în rîndul populației;

prevenție secundară – activități orientate spre depistarea timpurie a unor boli și prevenirea răspîndirii lor în comunitate;

principiul precauției – instrument prin care autoritatea competentă pentru supravegherea sănătății publice decide și intervine în situații în care se constată că există un risc potențial pentru sănătatea populației, în condițiile unei argumentări științifice insuficiente;

promovarea sănătății – proces de difuzare a informației, de instruire și educare în scopul formării unor cunoștințe și deprinderi individuale sănătoase, de consultare și implicare a publicului, de creare a parteneriatelor care oferă individului și colectivităților posibilitatea de a-și controla și îmbunătăți sănătatea din punct de vedere fizic, psihic și social și de a contribui la reducerea inechităților în domeniul sănătății;

protecția sănătății – ansamblu de activități orientate spre punerea în aplicare a actelor legislative și a altor acte normative în scopul garantării siguranței și protejării sănătății umane;

risc pentru sănătate – probabilitatea expunerii la un pericol cauzat de factori naturali, tehnogeni, biologici și sociali și consecințele acesteia, exprimate prin efect nociv asupra sănătății și gravitatea acestui efect;

sănătate individuală – stare de bine complet din punct de vedere fizic, mental și social, și nu doar absență a bolii sau a infirmității (dizabilității sau maladiei);

sănătate ocupațională – absență a bolii sau a infirmității, precum și absență a elementelor fizice și mentale care afectează sănătatea și care sînt direct legate de siguranța și igiena de la locul de muncă;

sănătate publică – ansamblu de măsuri științifico-practice, legislative, organizatorice, administrative și de altă natură destinate să promoveze sănătatea, să prevină bolile și să prelungească viața prin eforturile și alegerea informată ale societății, comunităților publice, celor private și ale indivizilor;

servicii de sănătate publică – activități destinate să promoveze sănătatea, să prelungească viața și să prevină bolile în cadrul sectorului de sănătate, orientate către populație;

Articolul 3. ***Principii de bază ale politicii de stat în domeniul sănătății publice***

Principiile de bază ale politicii de stat în domeniul sănătății publice sînt următoarele:

1) asigurarea de către stat a supravegherii sănătății publice prin coordonarea și monitorizarea eforturilor societății în domeniul vizat;
2) asigurarea accesului echitabil la serviciile de sănătate publică pentru toți cetățenii țării;
3) responsabilitatea individului și a întregii societăți pentru sănătatea publică;
4) parteneriatul activ cu comunitățile și cu autoritățile administrației publice centrale și locale;
5) focalizarea pe prevenția primară și cea secundară și pe necesitățile comunităților și ale grupurilor populaționale;

6) preocuparea pentru determinanții sociali, de mediu și comportamentali ai stării de sănătate;
7) abordarea multidisciplinară și intersectorială, cu o delimitare clară a responsabilităților;
8) decizii bazate pe dovezi științifice și/sau pe recomandările organismelor internaționale competente;
9) aplicarea principiului precauției în condiții specifice;
10) asigurarea transparenței decizionale, inclusiv prin utilizarea tehnologiilor informaționale.

Articolul 4. ***Activități de bază în supravegherea de stat a sănătății publice***

Supravegherea de stat a sănătății publice se realizează prin:
1) prevenirea maladiilor prin realizarea intervențiilor de prevenție primară și secundară;
2) promovarea sănătății prin informare, educare și comunicare;
3) integrarea priorităților de sănătate publică în politicile și strategiile sectoriale de dezvoltare durabilă;
4) coordonarea activităților de sănătate publică la nivel de teritoriu administrativ și comunitate;
5) consultarea și antrenarea societății în organizarea prestării serviciilor de sănătate publică;

Articolul 5. ***Domeniile în supravegherea de stat a sănătății publice***

(1) Supravegherea de stat a sănătății publice cuprinde toate domeniile de viață și activitate a populației care pot influența negativ sănătatea omului.
(2) Domeniile prioritare în supravegherea de stat a sănătății publice sînt următoarele:
1) supravegherea, prevenirea și controlul bolilor transmisibile;
2) supravegherea, prevenirea și controlul bolilor netransmisibile și cronice, generate prioritar de factori exogeni;
3) promovarea sănătății, informarea și educația pentru sănătate;
4) cercetări științifice și de inovare în domeniul sănătății publice;
5) evaluarea determinanților sociali ai sănătății;
6) sănătatea în relație cu mediul ambiant;
7) prevenirea leziunilor traumatice;
8) igiena, siguranța produselor alimentare și a altor produse;
9) sănătatea nutrițională;
10) securitatea și sănătatea ocupațională;
11) sănătatea și igiena colectivităților;
12) promovarea și protecția sănătății mamei, copilului și tineretului;
13) promovarea și protecția sănătății persoanelor de vîrstă înaintată;
14) controlul și prevenirea răspîndirii internaționale a bolilor și supravegherea de stat în conformitate cu rigorile Regulamentului sanitar internațional (2005);

15) siguranța și securitatea în cadrul activităților legate de agenți biologici, substanțe chimice, factori fizici și radiologici periculoși sau potențial periculoși;
16) siguranța transfuziilor de sînge;
17) prevenirea narcomaniei, a abuzului de alcool și a tabagismului;
18) supravegherea condițiilor de igienă și control al infecțiilor în instituțiile medico-sanitare;
19) supravegherea condițiilor de igienă în localurile publice, locurile de agrement și instituțiile de deservire.

Articolul 6. ***Legislația privind asigurarea sănătății publice***

(1) Legislația privind asigurarea sănătății publice (denumită în continuare legislație sanitară) include prezenta lege și alte acte normative care stabilesc norme de protecție a sănătății umane, precum și tratatele internaționale la care Republica Moldova este parte.
(2) Normele sanitare care stabilesc criteriile de securitate și siguranță pentru om ale factorilor mediului înconjurător și ocupațional, ale produselor și serviciilor, cerințele de asigurare a unor condiții favorabile pentru viață și normativele sanitare sînt reglementate prin regulamente sanitare elaborate de Ministerul Sănătății și aprobate de Guvern.
(3) Regulamentele sanitare se armonizează cu legislația aplicabilă a Uniunii Europene.

Articolul 7. ***Programele naționale de sănătate***

(1) Programele naționale de sănătate reprezintă un complex de acțiuni organizate în scopul prevenirii și controlului bolilor cu impact major asupra sănătății publice.
(2) Elaborarea programelor naționale de sănătate are la bază următoarele obiective:
1) soluționarea cu prioritate a problemelor de sănătate în conformitate cu politica națională de sănătate;
2) utilizarea eficientă a resurselor alocate pentru scopuri de sănătate;
3) orientarea programelor spre satisfacerea necesităților populației și depășirea inechităților sociale;
4) asigurarea concordanței cu politicile, strategiile și recomandările instituțiilor și organizațiilor internaționale în domeniu.

Capitolul II
COOPERAREA AUTORITĂȚILOR ÎN ASIGURAREA SĂNĂTĂȚII PUBLICE

Articolul 8. ***Asigurarea sănătății publice***

Asigurarea sănătății publice se realizează prin activități comune ale autorităților publice centrale, autorităților administrației publice locale, comunităților și societății civile, prin elaborarea și implementarea politicilor de protecție și promovare a sănătății și de prevenire a maladiilor.

Articolul 9. ***Competența Guvernului***

În domeniul asigurării sănătății publice, Guvernul are următoarele competențe:

1) garantează un nivel adecvat de asigurare a sănătății publice prin definirea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și acțiunilor trasate;
2) integrează problemele de sănătate publică în politica social-economică de dezvoltare a statului;
3) aprobă programele naționale în domeniu și identifică sursele de finanțare a acestora;
4) organizează măsuri complexe de răspuns și control în cazul urgențelor de sănătate publică;
5) aprobă lista și tarifele serviciilor contra cost din sfera sănătății publice prestate persoanelor fizice și juridice;
6) asigură finanțarea Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice.

Articolul 10. ***Competența Ministerului Sănătății***

(1) În asigurarea sănătății publice, Ministerul Sănătății are următoarele atribuții și responsabilități:

1) stabilește prioritățile, asigură elaborarea și coordonează implementarea politicii naționale în domeniul sănătății publice;
2) asigură supravegherea de stat a sănătății publice;
3) elaborează proiecte de acte legislative și alte acte normative în domeniu și avizează proiecte de acte legislative și alte acte normative elaborate de alte autorități publice centrale privind activitățile cu impact asupra sănătății publice;
4) elaborează, monitorizează, evaluează, coordonează și contribuie la realizarea programelor naționale de sănătate;
5) promovează principiul "Sănătatea în toate politicile" și coordonează activitățile de sănătate publică în sectorul respectiv și în afara lui;
6) asigură planificarea, instruirea și evidența resurselor umane;
7) asigură finanțarea și dotarea corespunzătoare a Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice;
8) în condițiile legii, reprezintă statul în relațiile cu organismele internaționale din domeniul sănătății publice;
9) prezintă propuneri Guvernului și autorităților administrației publice locale privind instituirea ori anularea măsurilor de restricție a circulației bunurilor și persoanelor în cazul urgențelor de sănătate publică;
10) planifică și realizează măsuri de pregătire, prevenire și răspuns în cazul urgențelor de sănătate publică;
11) eliberează documente de autorizare sanitară conform regulamentelor aprobate de Guvern.

(2) Ministerul Sănătății acceptă măsurile sanitare ale altor țări-membre ale Organizației Mondiale a Comerțului drept echivalente cu cele naționale conform regulamentului aprobat de Guvern.

(3) Ministerul Sănătății este responsabil de notificarea Organizației Mondiale a Sănătății privind implementarea Regulamentului sanitar internațional (2005), de coordonarea elaborării, implementării și monitorizării standardelor de identificare, de informarea, confirmarea, notificarea și organizarea măsurilor de răspuns în cazul evenimentelor de sănătate publică supuse raportării conform prevederilor regulamentului menționat.

Articolul 11. ***Competența celorlalte autorități ale administrației publice centrale***

Celelalte autorități ale administrației publice centrale au următoarele atribuții în domeniul sănătății publice:

1) elaborează politici sectoriale și le coordonează cu Ministerul Sănătății în scopul evaluării impactului acestora asupra sănătății publice;
2) realizează activități cu impact benefic asupra sănătății publice, în limita competențelor;
3) participă, în limita competențelor, la realizarea programelor naționale de sănătate și asigură respectarea normelor de sănătate publică de către structurile afiliate;
4) participă la organizarea și executarea măsurilor complexe de răspuns și control în cazul urgențelor de sănătate publică.

Articolul 12. ***Competența autorităților administrației publice locale***

În domeniul asigurării sănătății publice, autoritățile administrației publice locale au următoarele atribuții:

1) elaborează, aprobă și finanțează programe locale de asigurare a sănătății publice în cadrul planurilor teritoriale de dezvoltare social-economică și exercită controlul asupra executării acestora;
2) antrenează persoane fizice și juridice la realizarea măsurilor de asigurare a sănătății publice;
3) organizează și exercită măsuri complexe de răspuns și control în cazul urgențelor de sănătate publică;
4) asigură condiții și servicii sigure pentru respectarea drepturilor și intereselor populației în domeniul sănătății publice, inclusiv pentru asigurarea cu apă potabilă de calitate, protecția aerului atmosferic, protecția contra poluării sonore, salubrizarea și igienizarea teritoriului;
5) promovează și încurajează, în limita atribuțiilor, activitatea persoanelor fizice și juridice în vederea prevenirii și lichidării influenței dăunătoare asupra organismului uman a determinanților stării de sănătate.

Articolul 13. ***Colaborarea în asigurarea și supravegherea activităților de sănătate publică***

În vederea asigurării și supravegherii activităților de sănătate publică, Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice colaborează cu autorită-

ţile administraţiei publice centrale şi autorităţile administraţiei publice locale, cu societatea civilă şi cu organizaţiile internaţionale de profil.

Articolul 14. ***Delimitarea funcţiilor***

(1) Delimitarea funcţiilor de asigurare şi supraveghere a sănătăţii publice între autorităţile şi serviciile interesate se reglementează prin acte legislative şi alte acte normative din domenii specifice.
(2) Ministerul Sănătăţii este autoritatea administraţiei publice centrale de specialitate responsabilă de evaluarea şi comunicarea riscurilor pentru sănătatea umană.
(3) Supravegherea şi controlul produselor de origine animală se efectuează în conformitate cu prevederile Legii nr. 221-XVI din 19 octombrie 2007 privind activitatea sanitar-veterinară.

Capitolul III
MANAGEMENTUL SISTEMULUI DE SUPRAVEGHERE DE STAT A SĂNĂTĂŢII PUBLICE

Articolul 15. ***Organizarea sistemului de supraveghere de stat a sănătăţii publice***

(1) Ministerul Sănătăţii este autoritatea administraţiei publice centrale de specialitate în domeniul sănătăţii publice.
(2) Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătăţii Publice este autoritatea competentă pentru supravegherea de stat a sănătăţii publice, fiind subordonată Ministerului Sănătăţii.
(3) Consiliul de sănătate publică este organul consultativ pentru realizarea activităţilor de sănătate publică la nivel teritorial, care este instituit şi activează în baza unui regulament aprobat de Ministerul Sănătăţii.

Capitolul V
DREPTURILE ŞI OBLIGAŢIILE PERSOANELOR FIZICE ŞI JURIDICE ÎN DOMENIUL ASIGURĂRII SĂNĂTĂŢII PUBLICE

Articolul 27. ***Drepturile persoanelor fizice***

Persoanele fizice au dreptul:

1) la un mediu de viaţă favorabil, care se asigură prin realizarea unui complex de măsuri de prevenire a acţiunii factorilor nefavorabili ai mediului înconjurător asupra omului, prin îndeplinirea de către toate persoanele fizice şi juridice a cerinţelor legislaţiei sanitare, prin respectarea actelor normative privind securitatea şi siguranţa produselor şi serviciilor;
2) să obţină informaţii complete şi veridice cu privire la:
   a) aspecte de activitate cu impact potenţial asupra sănătăţii publice;
   b) măsurile de sănătate publică întreprinse şi rezultatele acestora;
   c) siguranţa produselor şi serviciilor;
3) să participe nemijlocit, fie printr-un reprezentant, fie prin organizaţii obşteşti, la elaborarea, examinarea şi adoptarea de către autorităţile publice a măsurilor de sănătate publică.

Articolul 28. ***Drepturile persoanelor juridice***

Persoanele juridice au dreptul:

1) să obțină de la autoritățile competente pentru supravegherea sănătății publice informații privind indicatorii de sănătate publică și determinanții stării de sănătate;
2) să participe, în condițiile legii, la elaborarea de către autoritățile publice a proiectelor de acte normative, a politicilor și programelor în domeniul sănătății publice.

Articolul 29. ***Obligațiile persoanelor fizice***

Persoanele fizice, în măsura în care capacitatea juridică le permite, sînt obligate:

1) să-și protejeze sănătatea proprie, a familiilor și a copiilor lor, să asigure educația pentru sănătate a copiilor, folosind posibilitățile oferite de societate și ducînd un mod de viață sănătos;
2) să ia parte la promovarea măsurilor de sănătate publică;
3) să îndeplinească hotărîrile Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice;
4) să informeze angajatorul despre orice semn sau simptom de boală pe care l-au depistat în virtutea funcțiilor exercitate și care prezintă risc pentru sănătatea publică.

Articolul 30. ***Obligațiile persoanelor juridice***

Persoanele juridice sînt obligate:

1) să elaboreze și să implementeze măsuri de sănătate publică, orientate spre prevenirea și lichidarea poluării mediului înconjurător, îmbunătățirea condițiilor de muncă, de trai și de odihnă a populației, prevenirea apariției și răspîndirii bolilor;
2) să informeze în timp util Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice despre situațiile de avarie, oprirea procesului de producție, perturbările proceselor tehnologice, despre modificările în structura întreprinderii, despre situațiile excepționale, precum și despre defectarea apeductelor magistrale, a prizelor de apă, a stațiilor de tratare a apei, a rețelelor de canalizare, a sistemelor de ventilare, de asemenea, despre cazurile de intoxicații și îmbolnăviri profesionale care periclitează sănătatea publică;
3) să îndeplinească hotărîrile Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice;
4) să creeze condiții pentru menținerea și ameliorarea sănătății populației, pentru prevenirea îmbolnăvirilor și asigurarea unui mod de viață sănătos;
5) să asigure instruirea igienică a angajaților;
6) să organizeze examenul medical al angajaților în cazurile prevăzute de legislație;

7) să asigure evaluarea riscurilor la locul de muncă şi să implementeze măsuri de protecţie a sănătăţii angajaţilor;
8) să sisteze în mod independent activitatea întreprinderii sau a unui sector al acesteia în cazurile în care activitatea acestora nu corespunde legislaţiei sanitare;
9) să asigure retragerea de pe piaţă a produselor şi serviciilor care prezintă un risc potenţial pentru sănătatea omului.

Articolul 31. ***Controlul asupra producţiei, produselor şi serviciilor***

(1) În scopul asigurării securităţii şi/sau siguranţei produselor şi a serviciilor pentru sănătatea umană, persoanele fizice şi juridice implementează sisteme de control specifice genului de activitate în procesele de producere şi plasare pe piaţă a produselor, de executare a lucrărilor şi prestare a serviciilor, inclusiv prin analize de laborator şi măsurători, conform actelor normative aplicabile.
(2) Persoanele abilitate cu controlul asupra producţiei, produselor şi serviciilor sînt responsabile pentru efectuarea lui la timp, exhaustiv şi corect.

Capitolul VI
CERINŢE GENERALE PRIVIND ASIGURAREA SĂNĂTĂŢII PUBLICE

Articolul 44. ***Condiţiile de educaţie a populaţiei***

(1) În instituţiile preşcolare, cele de învăţămînt general şi superior, la întreprinderile şi organizaţiile care oferă instruire profesională se vor asigura condiţii pentru menţinerea şi fortificarea sănătăţii, se va organiza educaţia pentru sănătate şi se va promova un mod de viaţă sănătos.
(2) Programele, metodele şi regimurile de educaţie şi instruire, manualele, mărfurile şi publicaţiile tipărite pentru copii, mijloacele tehnice şi terminalele video, precum şi mobilierul şcolar se supun avizării sanitare.
(3) Teritoriile şi încăperile utilizate în procesul de educaţie vor corespunde regulamentelor sanitare.

Articolul 45. ***Instruirea igienică a angajaţilor***

(1) Prin instruire igienică se înţelege acumularea cunoştinţelor şi a deprinderilor profesionale în scopul asigurării siguranţei şi securităţii produselor şi serviciilor în cadrul activităţilor profesionale.
(2) Lista profesiilor care necesită instruire igienică obligatorie se aprobă de Ministerul Sănătăţii.
(3) Programele de instruire igienică se aprobă de Ministerul Sănătăţii.
(4) Instruirea igienică este realizată de către persoanele fizice şi juridice autorizate.
(5) Pentru exercitarea profesiilor conţinute în lista menţionată la alin. (2) se admit persoanele care au făcut instruirea igienică obligatorie.

Capitolul VII
PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

Articolul 46. ***Organizarea promovării sănătății***

(1) Promovarea sănătății este o parte componentă obligatorie a legislației, politicilor și programelor de dezvoltare implementate la nivel central și la nivel local.

(2) Prioritățile în domeniul promovării sănătății sînt stabilite și coordonate de către autoritățile competente pentru supravegherea sănătății publice și includ (dar nu se limitează la) următoarele:

1) planificarea familiei;
2) sănătatea mamei și a copilului;
3) promovarea igienei personale și a celei comunitare;
4) reducerea consumului de alcool;
5) combaterea tabagismului și a narcomaniei;
6) alimentația rațională;
7) combaterea obezității și evitarea sedentarismului.

(3) Autoritățile publice centrale și autoritățile administrației publice locale vor asigura realizarea măsurilor de promovare a sănătății prin:

1) elaborarea, aprobarea și implementarea programelor de promovare a sănătății, identificînd activitățile, termenele de executare, autoritățile responsabile și sursele de finanțare;
2) formarea parteneriatelor public–private;
3) antrenarea instituțiilor educaționale și de sănătate, a societății civile, a comunităților, a reprezentanților cultelor, a mijloacelor de informare în masă, a liderilor de opinie și a altor parteneri interesați.

Articolul 47. ***Instruirea în domeniul promovării sănătății***

(1) Autoritățile competente pentru supravegherea sănătății publice organizează și coordonează instruirea în domeniul promovării sănătății.

(2) Instruirea în domeniul promovării sănătății este parte integrantă a programelor educaționale pentru specialiștii din domeniile sănătății, educației, social și administrativ.

(3) Curriculele de instruire preșcolară, generală, preuniversitară și universitară vor prevedea cursuri obligatorii și tematici în domeniul promovării sănătății.

Articolul 48. ***Difuzarea informațiilor de promovare a sănătății***

(1) Campaniile și acțiunile de masă pentru informare, educare și comunicare în vederea promovării sănătății, organizate de persoane fizice și juridice, se avizează de către Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice.

(2) Difuzorii de publicitate sînt obligați să acorde informațiilor dedicate promovării sănătății cel puțin 5% din timpul/spațiul publicitar zilnic, în modul stabilit.

(3) Conținutul informațiilor prevăzute la alin. (2) va fi aprobat în prealabil de Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice.

Capitolul VIII
SUPRAVEGHEREA ȘI PREVENIREA MALADIILOR

Articolul 49. ***Examenele medicale profilactice***

(1) În vederea ocrotirii sănătății, prevenirii apariției și răspîndirii bolilor transmisibile și a celor profesionale, angajații și persoanele care practică munca individuală sînt supuși obligatoriu examenelor medicale la angajare și examenelor periodice în cazurile prevăzute de legislație.
(2) Lista profesiilor și a factorilor de producție nocivi, precum și a lucrărilor pentru executarea cărora se efectuează examene medicale la angajare și examene periodice, se aprobă de către Ministerul Sănătății.
(3) Responsabilitatea pentru efectuarea examenelor medicale la angajare și a examenelor periodice o poartă angajatorii, angajații și persoanele care practică munca individuală.
(4) Angajații care refuză să se supună examenelor medicale la angajare și examenelor periodice nu se admit la lucru decît după efectuarea acestora.
(5) Rezultatele examenelor medicale se înscriu în fișele medicale individuale, confirmîndu-se admiterea la lucru, în modul stabilit de Ministerul Sănătății.

Articolul 50. ***Prevenirea și controlul bolilor netransmisibile***

(1) Prevenirea și controlul bolilor netransmisibile reprezintă o prioritate de sănătate publică și constituie subiectul politicilor de dezvoltare social-economică.
(2) Prevenirea și controlul bolilor netransmisibile se efectuează prin acțiuni complexe de prevenție primară și secundară.
(3) Acțiunile primordiale de prevenire și control al bolilor netransmisibile sînt orientate spre susținerea aspirațiilor indivizilor și ale comunității privind asigurarea și formarea unui comportament sănătos de viață.
(4) Reducerea impactului factorilor de risc se va efectua prin acțiuni complexe și va include (dar nu se va limita la):

1) combaterea tabagismului;
2) reducerea consumului de alcool;
3) combaterea narcomaniei;
4) raționalizarea alimentației;
5) reducerea sedentarismului, a hipodinamiei și sporirea activității fizice;
6) reducerea obezității;
7) controlul hipertensiunii arteriale;
8) controlul diabetului zaharat;
9) prevenirea și controlul dislipidemiilor;
10) ameliorarea sănătății mentale;

11) prevenirea leziunilor traumatice, inclusiv a traumatismului rutier.

(5) Ministerul Sănătății stabilește modul de organizare a supravegherii de stat a bolilor netransmisibile.

Articolul 51. ***Prevenirea și controlul bolilor transmisibile***

(1) Prevenirea și controlul bolilor transmisibile se efectuează prin următoarele acțiuni complexe de sănătate publică:

1) prevenirea răspîndirii internaționale a bolilor;
2) supravegherea epidemiologică;
3) organizarea măsurilor de răspuns la urgențele de sănătate publică;
4) efectuarea vaccinărilor profilactice;
5) implementarea programelor de prevenire și control al bolilor;
6) asigurarea populației cu produse și servicii sigure pentru sănătatea umană;
7) siguranța și securitatea activităților ce implică utilizarea agenților biologici;
8) igiena personală și promovarea unui mod de viață sănătos;
9) igiena și salubrizarea localităților.

(2) Lista bolilor transmisibile supuse înregistrării și notificării se aprobă de Ministerul Sănătății.

(3) Instituțiile medicale, indiferent de tipul de proprietate și forma de organizare juridică, sînt obligate să asigure evidența separată a bolnavilor de boli transmisibile și, în cazul depistării acestora, să informeze Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice în decurs de 24 de ore.

(4) Bolnavii de boli contagioase, persoanele suspecte de aceste boli și cele care au venit în contact cu ei vor fi supuse examenului medical, supravegherii medicale, tratamentului, iar în caz de necesitate, spitalizării, izolării sau carantinei.

(5) În focarele de boli transmisibile se efectuează măsuri de sănătate publică conform instrucțiunilor aprobate de Ministerul Sănătății.

(6) Persoanele purtătoare de agenți patogeni, care pot fi surse de transmitere a bolilor contagioase ca urmare a specificului producției sau al muncii executate, nu sînt admise în cîmpul muncii sau sînt transferate la o altă muncă, după caz.

PREȘEDINTELE PARLAMENTULUI **Marian LUPU**

Chișinău, 3 februarie 2009
Nr. 10-XVI

Legile Republicii Moldova 10/03.02.2009 Lege privind supravegherea de stat a sănătății publice *//Monitorul Oficial 67/183, 03.04.2009*

GUVERNUL
REPUBLICII MOLDOVA



ПРАВИТЕЛЬСТВО
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

HOTĂRÎRE

cu privire la Programul naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015
nr. 658 din 12.06.2007
Monitorul Oficial nr. 82-85/676 din 15.06.2007

* * *

În vederea transpunerii în viaţă a prevederilor Legii privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei nr. 1513-XII din 16 iunie 1993 (republicată în *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2003, nr. 60-61, art. 259), cu modificările şi completările ulterioare, şi ţinînd cont de importanţa educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi a promovării modului sănătos de viaţă în profilaxia maladiilor infecţioase şi neinfectioase, în fortificarea sănătăţii populaţiei şi în prelungirea duratei de viaţă activă şi creatoare, Guvernul

HOTĂRĂŞTE:

1. Se aprobă:

Programul naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015, conform anexei nr. 1;

Componenţa nominală a Consiliului naţional pentru coordonarea şi monitorizarea realizării Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015, conform anexei nr. 2;

Regulamentul Consiliului naţional pentru coordonarea şi monitorizarea realizării Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015, conform anexei nr. 3.

2. Ministerul Sănătăţii va coordona şi va monitoriza realizarea acţiunilor Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015 şi va prezenta, în caz de necesitate, propuneri în vederea operării modificărilor necesare în program, reieşind din realităţile din teritorii.

3. Se autorizează ministerele, agenţiile, serviciile şi se recomandă consiliilor municipale Chişinău şi Bălţi, administraţiei unităţii teritoriale autonome Găgăuzia (Gagauz-Yeri) şi consiliilor raionale:

în termen de 3 luni, să elaboreze şi să aprobe programe departamentale şi teritoriale de promovare a modului sănătos de viaţă, precum şi să asigure realizarea lor în colaborare cu partenerii, inclusiv organizaţiile neguvernamentale, şi cu populaţia;

să creeze comisii teritoriale cu funcţii de organizare şi control al realizării programelor naţionale şi teritoriale de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015.

4. Se stabileşte că finanţarea acţiunilor prevăzute în Programul naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015 se va efectua, în limita mijloacelor prevăzute în aceste scopuri, de la bugetul de stat, bugetele unităţilor administrativ-teritoriale, mijloacele fondurilor asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, precum şi din contribuţiile organizaţiilor internaţionale, din donaţii şi granturi.

5. Ministerul Sănătăţii, în comun cu Academia de Ştiinţe a Moldovei, va prevedea în Comanda de stat tematica ştiinţifică de promovare a modului sănătos de viaţă.

6. Se stabileşte că campaniile şi activităţile de informare, educare şi comunicare cu tematica sănătăţii publice, desfăşurate de instituţiile statale şi nonguvernamentale, trebuie să fie avizate de Ministerul Sănătăţii.

7. Instituţiile publice ale audiovizualului vor rezerva, în cadrul grilelor de programe, spaţiu de emisie gratuit în problemele de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi de promovare a modului sănătos de viaţă.

Ministerul Sănătăţii, în comun cu Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania "Teleradio-Moldova", va stabili modalităţile şi spaţiul acordat în grila de programe campaniilor de informare, educare şi comunicare, pentru reflectarea problemelor de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi de promovare a modului sănătos de viaţă.

8. Se recomandă mass-media să participe plenar la activităţile din cadrul Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015, cu reflectarea lor sistematică în reportaje, ştiri, informaţii, materiale etc.

9. Ministerele, alte autorităţi ale administraţiei publice centrale vor informa Ministerul Sănătăţii semestrial, pînă la data de 15 a lunii ce urmează după expirarea termenului, despre realizarea obiectivelor.

Ministerul Sănătăţii va generaliza informaţiile prezentate şi va raporta Guvernului, pînă la data de 25 a lunii ce urmează după expirarea semestrului, despre executarea Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015.

10. Se abrogă Hotărîrea Guvernului nr. 1000 din 28 septembrie 1998 *Cu privire la Programul naţional de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă* (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1998, nr. 92-93, art. 972).

PRIM-MINISTRU — Vasile TARLEV

Contrasemnează:

Ministrul sănătăţii — Ion Ababii
Ministrul educaţiei şi tineretului — Victor Ţvircun
Ministrul finanţelor — Mihail Pop
Ministrul culturii şi turismului — Artur Cozma
Ministrul economiei şi comerţului — Igor Dodon

Chişinău, 12 iunie 2007.
Nr. 658.

Anexa 1 la Hotărîrea Guvernului nr. 658 din 12 iunie 2007

PROGRAMUL NAŢIONAL
de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015

Dezvoltarea şi perfecţionarea măsurilor de promovare a sănătăţii şi asistenţei medicale preventive sînt indispensabil legate de educaţia pentru sănătate a populaţiei şi de promovarea modului sănătos de viaţă.

Educaţia pentru sănătate constituie o componentă a educaţiei generale a populaţiei şi este o activitate instructiv-educativă cu multiple aspecte, orientată spre cultivarea unui comportament conştient şi responsabil al individului în scopul dezvoltării, menţinerii şi fortificării sănătăţii, recuperării capacităţii de muncă şi prelungirii duratei de viaţă activă.

I. ARGUMENTĂRI

Starea sănătăţii populaţiei este un indice integrat al dezvoltării sociale a ţării, o reflectare a bunăstării social-economice şi morale, un factor decisiv de influenţă asupra potenţialului economic, cultural şi a forţei de muncă a societăţii.

Menţinerea şi fortificarea sănătăţii este o sarcină socială primordială a statului, ce poate fi realizată numai prin eforturile comune ale instituţiilor statale şi publice, instituţiilor medicale, prin colaborarea intersectorială, sporirea responsabilităţii fiecărei părţi şi motivarea reală a fiecărui cetăţean în păstrarea sănătăţii proprii şi a sănătăţii publice.

Anumite stări morbide sînt determinate de factori precum poluarea mediului înconjurător, creşterea tensiunii neuropsihologice, nivelul scăzut al instruirii fizice şi igienice a populaţiei, mai ales a tinerilor, stresul socioeconomic, alimentaţia neraţională, deprinderile dăunătoare, sedentarismul, nivelul scăzut al culturii sanitare, incompetenţa în problemele de profilaxie, planificare familială, atitudinea neglijentă, iresponsabilă faţă de propria sănătate etc.

În situaţia epidemiologică creată, lipsa mijloacelor specifice pentru prevenirea maladiei SIDA şi tratarea narcomaniei, nivelul înalt al morbidităţii prin maladii infecţioase şi cronice neinfecţioase, răspîndirea în rîndurile populaţiei, mai ales la copii şi tineret, a deprinderilor dăunătoare (fumatul, narcomania, consumul excesiv de alcool) necesită intensificarea măsurilor de profilaxie şi, în primul rînd, de mobilizare socială a populaţiei prin realizarea măsurilor de educaţie pentru sănătate, prin organizarea diverselor acţiuni de promovare a modului sănătos de viaţă şi prin ridicarea nivelului de cultură sanitară a populaţiei. Aceasta va contribui esenţial la cultivarea unui comportament conştient şi responsabil, care va conduce la stabilirea echilibrului biologic, psihic, cultural şi spiritual al omului şi, ca urmare, la menţinerea şi

fortificarea sănătății și recuperarea capacității de muncă, evitarea traumatismelor, violenței și accidentelor, renunțarea la deprinderile dăunătoare, prelungirea duratei active a vieții.

Programul național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015 (denumit în continuare Programul național) prevede o serie de măsuri orientate spre minimalizarea acțiunii factorilor sus-numiți și a fost elaborat în baza unor studii profunde ale cunoștințelor populației în domeniul sanogenezei, cu luarea în considerare a rezultatelor implementării programelor naționale din anii precedenți, a oportunităților, dificultăților și aspectelor pozitive identificate.

II. SCOPUL ȘI OBIECTIVELE PROGRAMULUI

Programul național este orientat spre promovarea în societate a unui mod sănătos de viață și prevede soluționarea problemei prioritare din domeniul sănătății publice – menținerea și fortificarea sănătății populației, trasează strategia și tactica perfecționării în continuare a educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață.

Nivelul înalt de instruire și cultură sanitară a populației se impune ca un imperativ actual și prevede un ansamblu de măsuri organizatorice, metodologice și tehnice, care au drept scop însușirea de către populație a cunoștințelor necesare în domeniul sanogenezei, protecției mediului, igienei individuale, igienei alimentației, prevenirii îmbolnăvirilor; evitarea abuzului de medicamente și alcool, renunțarea la droguri, cunoașterea și identificarea timpurie a principalelor semne de boală, luarea unei poziții active față de sănătatea individuală și cea colectivă.

Direcțiile principale ale educației pentru sănătate prevăd:

- conjugarea eforturilor, implicarea și coordonarea activității autorităților administrației publice centrale și locale, mass-mediei, agenților economici, persoanelor fizice, ONG-urilor și organismelor internaționale în calitate de coparteneri în realizarea activităților de educație pentru sănătate și de promovare a modului sănătos de viață;
- crearea condițiilor optime pentru cetățeni de realizare deplină a potențialului de sănătate, în scopul îmbunătățirii, menținerii și fortificării sănătății pe tot parcursul vieții;
- participarea la activități de educație pentru sănătate și implicarea responsabilă a cetățenilor, grupurilor de populație, comunității, instituțiilor, organizațiilor și sectoarelor;
- desfășurarea educației pentru sănătate a familiei, punîndu-se accentul pe pregătirea copiilor și, îndeosebi, a tinerilor pentru căsătorie și viața de familie, cultivarea unei atitudini corecte față de planificarea familiei, promovarea cunoștințelor cu privire la îngrijirea sănătății femeilor, copiilor și adolescenților;

- îmbunătățirea, extinderea și modernizarea educației pentru sănătate în cadrul grupurilor de copii și tineret, în funcție de particularitățile de vîrstă, sex, gen de activitate, în vederea formării și consolidării deprinderilor unui comportament igienic adecvat și a prevenirii îmbolnăvirilor;
- extinderea și modernizarea educației pentru sănătate a personalului din întreprinderi, instituțiile de stat și particulare, din asociațiile rurale, în scopul evitării îmbolnăvirilor profesionale, păstrării capacității depline de muncă și stimulării inițiativei personale privind participarea acestora la măsurile de promovare a sănătății;
- intensificarea acțiunilor de prevenire și combatere a bolilor transmisibile, punînd accent pe bolile social condiționate (tuberculoza, infecția cu HIV/SIDA, infecțiile cu transmitere sexuală, alcoolismul, narcomania, toxicomania etc.);
- susținerea acțiunilor de prevenire și combatere a bolilor cronice prin sporirea aportului educației pentru sănătate, formarea și menținerea deprinderilor și abilităților, comportamentului igienic corect, organizarea regimului de viață, combaterea abuzului de substanțe toxice uzuale;
- promovarea activităților de educație pentru sănătate în scopul conștientizării de către populație a riscului pentru sănătate din cauza nerespectării regimului de muncă și odihnă, alimentării neraționale, sedentarismului etc.;
- intensificarea educației pentru sănătate în problemele de prevenire a accidentelor (în special a accidentelor rutiere), la domiciliu și la locul de muncă, instruirea populației în vederea acordării primului ajutor;
- integrarea educației pentru sănătate în cadrul programelor cultural-artistice pentru populație;
- promovarea cunoștințelor pentru îngrijirea elementară a bolnavilor, pentru respectarea indicațiilor de regim igienico-dietetic, în scopul restabilirii sănătății, capacității de muncă, reabilitării și a unei cît mai bune reintegrări sociale;
- popularizarea asigurărilor medicale de sănătate, a noilor metode și mijloace de profilaxie și reabilitare, participarea activă a populației la realizarea reformelor sistemului de asistență medicală, promovarea educației pentru sănătate ca cel mai eficient mijloc de păstrare a sănătății, mijloc cu un pronunțat caracter public, cetățenesc, ce reprezintă un factor important în ridicarea nivelului de cultură generală a populației;
- orientarea profilactică a ocrotirii sănătății și a măsurilor de sanogeneză, fiind o direcție importantă a educației pentru sănătate, care includ dezvoltarea interesului pentru practicarea sportului și pentru folosirea factorilor naturali în scopul călirii organismului și al sporirii speranței la viață;
- popularizarea noilor elaborări științifice în domeniul profilaxiei, igienei școlare și a muncii, planificării familiale, evitării factorilor de risc;

- ridicarea responsabilităţii faţă de sănătatea proprie, familială şi colectivă, ca părţi integrante ale sănătăţii publice.

Soluţionarea acestor sarcini este posibilă doar cu condiţia ca educaţia pentru sănătate să se manifeste multilateral în viaţa spirituală şi culturală a societăţii, utilizînd ca mijloace intermediare literatura, teatrul, cinematografia, televiziunea, presa, radioul, care au menirea de a forma ideologia modului sănătos de viaţă şi de a prezenta latura frumoasă a sănătăţii psihice şi fizice a omului.

Obiectivele principale sînt:

- executarea prevederilor actelor legislative şi normative în domeniul protecţiei muncii şi sănătăţii;
- modificarea atitudinii populaţiei faţă de sănătatea proprie, transformarea cunoştinţelor în domeniul igienei în convingeri şi acţiuni concrete şi adecvate;
- asigurarea asistenţei medicale prin acţiuni economic eficiente privind menţinerea şi fortificarea sănătăţii populaţiei;
- normalizarea şi ameliorarea parametrilor dezvoltării fizice a persoanelor angajate în cîmpul muncii şi a generaţiei în creştere;
- menţinerea şi consolidarea rezervei de forţă fizică de muncă;
- reducerea pagubelor, inclusiv economice şi morale, cauzate de îmbolnăviri, pierderi ale capacităţii de muncă şi de invaliditâţi; evitarea decesului prematur; prelungirea duratei de viaţă activă, creşterea speranţei de viaţă a populaţiei.

III. PLANUL DE ACŢIUNI PRIVIND REALIZAREA PROGRAMULUI NAŢIONAL

Nr. d/o	Denumirea acţiunii	Responsabilii de executare	Termenele de executare
1	2	3	4
I. Măsuri de organizare şi consolidare a serviciului de educaţie pentru sănătate, a bazei tehnico-materiale a subdiviziunilor de educaţie pentru sănătate			
1.	Elaborarea actelor legislative şi normative în domeniul promovării sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate	Ministerul Sănătăţii	2007-2015
2.	Deschiderea centrelor de resurse informaţionale în cadrul centrelor de medicină preventivă din 14 unităţi teritorial-administrative	Autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Sănătăţii; Ministerul Administraţiei Publice Locale	2007-2008

1	2	3	4
3.	Crearea cabinetelor de educaţie pentru sănătate în instituţiile medico-sanitare publice municipale, raionale şi republicane	Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Administraţiei Publice Locale	2007
4.	Deschiderea "cabinetelor copilului sănătos" la Asociaţia medicală teritorială a mun. Chişinău, centrele medicilor de familie şi în centrele de sănătate	Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale	2007
5.	Asigurarea secţiilor şi cabinetelor de educaţie pentru sănătate ale centrelor de medicină preventivă, cabinetelor de educaţie pentru sănătate şi a "cabinetelor copilului sănătos" ale instituţiilor medico-sanitare publice cu tehnică de calcul şi aparataj audiovideo	Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Administraţiei Publice Locale	2007-2008
	II. Pregătirea cadrelor medicale şi nemedicale în domeniul educaţiei pentru sănătate		
6.	Perfecţionarea sistemului de instruire profesională, universitară şi postuniversitară a cadrelor medicale în domeniul educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi promovării modului sănătos de viaţă prin:	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului	2007-2015
	a) includerea în programele de instruire a studenţilor Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu* a modulului de studii „Promovarea sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei" cu durata de 28-30 de ore la Facultăţile Medicină, Stomatologie, Farmacie şi 110 ore la Facultatea *Sănătate Publică*;		2007-2008
	b) includerea în programele de instruire a modulului „Promovarea sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei" cu durata de 18-20 de ore pentru toţi rezidenţii-medici şi cu durata de 60 ore pentru rezidenţii-medici de familie şi rezidenţii-medici pediatri;		2007-2008

1	2	3	4
6	c) includerea în programele de instruire a studenţilor colegiilor de medicină a modulului de studii „Promovarea sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei" cu durata de 18-20 de ore, iar pentru asistenţii medicilor igienişti-epidemiologi – 36 ore;		2007-2008
	d) organizarea modulelor educaţie pentru sănătate pentru perfecţionarea medicilor din centrele de medicină preventivă şi a specialiştilor în domeniu din instituţiile medico-sanitare publice		2007-2008
7.	Revederea şi implementarea programelor de instruire profesională, universitară şi postuniversitară a cadrelor didactice în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, cu introducerea unui modul cu durata de 12-18 ore	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Sănătăţii	2007-2008
8.	Introducerea unui curs de instruire a angajaţilor instituţiilor preşcolare în domeniul educaţiei pentru sănătate	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Sănătăţii	2007-2008
9.	Pregătirea universitară a cadrelor didactice pentru predarea disciplinei "Educaţie pentru sănătate" ca obiect de studiu obligatoriu: colegii şi şcoli profesionale – 4000 persoane; universităţi – 4000 persoane; clasele primare – 3000 persoane; instruirea anuală a profesorilor din instituţii preuniversitare – 5000 persoane.	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Sănătăţii	2007-2008
	III. Elaborarea şi implementarea programelor şi editarea materialelor didactice de educaţie pentru sănătate		
10.	Elaborarea, perfectarea sau implementarea:		
	a) disciplinei "Educaţie pentru sănătate" ca obiect de studiu în programele instituţiilor de învăţămînt preuniversitar, cu pregătirea anuală a peste 560 mii de copii, şi a cursului obligatoriu "Educaţie pentru sănătate" în colegii şi instituţiile de învăţămînt superior;	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Sănătăţii	2007-2008

1	2	3	4
10	b) programului-tip de pregătire a corpului didactic din sistemul de educaţie în domeniul educaţiei pentru sănătate;	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Sănătăţii	2007
	c) programului-tip unificat de pregătire a părinţilor în domeniul educaţiei pentru sănătate a generaţiei în creştere;	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Sănătăţii	2007
	d) programului-tip de pregătire a lucrătorilor din sistemul de cultură în domeniul educaţiei pentru sănătate;	Ministerul Culturii şi Turismului; Ministerul Sănătăţii	2007
	e) programului-tip de educaţie pentru sănătate în combaterea traumatismului rutier;	Ministerul Afacerilor Interne; Ministerul Sănătăţii	2007
	f) programului-tip de educaţie pentru sănătate în sănătatea mintală	Ministerul Sănătăţii	2007
11.	Elaborarea şi implementarea programelor-tip de instruire igienică a grupurilor periclitate şi a angajaţilor din economia naţională care lucrează în condiţii nocive	Ministerul Sănătăţii	2007-2008
12.	Asigurarea instruirii igienice a grupurilor periclitate, a angajaţilor şi angajatorilor din economia naţională care activează în condiţii nocive	Ministerele, serviciile interesate; autorităţile administraţiei publice locale; agenţii economici	2007-2015
13.	Elaborarea, editarea şi reeditarea materialelor didactice:	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Sănătăţii	
	a) editarea manualului pentru studenţii colegiilor şi şcolilor profesionale;		2007
	b) editarea ghidului profesorului pentru colegii şi şcoli profesionale;		2007
	c) reeditarea manualului elevului şi profesorului pentru învăţământul preuniversitar;		2009
	d) elaborarea materialelor de educaţie pentru sănătate destinate părinţilor;		2007
	e) realizarea unui studiu privind impactul cursului "Educaţie pentru sănătate" şi al altor programe educaţionale în rîndul tinerilor şi altor grupuri de populaţie		2008-2009
14.	Elaborarea şi editarea manualelor, ghidurilor "Educaţie pentru sănătate" pentru corpul didactic, medicii de familie, elevi, studenţi, părinţi	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Sănătăţii	2007-2010

1	2	3	4
15.	Asigurarea pregătirii corpului didactic şi lucrătorilor medicali pentru educaţia antialcoolică, antinarcotică, morală şi sexuală, în planificarea familiei, sistematică şi diferenţiată, a elevilor şi tineretului	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Sănătăţii	2007-2010
16.	Acordarea asistenţei metodice, organizatorice şi consultative ministerelor, agenţiilor, instituţiilor antrenate în realizarea prevederilor Programului naţional	Ministerul Sănătăţii	2007-2015
	IV. Cercetări ştiinţifico-practice		
17.	Efectuarea cercetărilor ştiinţifico-practice în vederea elaborării unor metode avansate de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Academia de Ştiinţe a Moldovei	2007-2015
18.	Implementarea continuă, în activitatea de educaţie pentru sănătat, a realizărilor ştiinţifice noi în domeniu	Ministerul Sănătăţii	2007-2015
19.	Diversificarea activităţilor de educaţie pentru sănătate pe baza unor concepte contemporane noi	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Sănătăţii	2007-2015
20.	Efectuarea sondajelor în diferite grupe de populaţie privind educaţia pentru sănătate, în scopul stabilirii nivelului de cunoştinţe şi doleanţelor populaţiei în acest domeniu	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului	2007-2015
21.	Prevederea în Comanda de stat a tematicii ştiinţifice de promovare a sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei	Academia de Ştiinţe a Moldovei	2007-2015
	V. Mobilizarea socială a populaţiei		
22.	Dezvoltarea cadrului strategic de comunicare în promovarea modului sănătos de viaţă şi a educaţiei pentru sănătate a populaţiei bazată pe practici şi experienţă, fiind orientată spre sporirea nivelului de conştientizare, prin implementarea planurilor şi programelor educaţionale în contingentele organizate (şcoli, licee, gimnazii, universităţi), în rîndurile populaţiei şi în grupele vulnerabile prin:	Ministerul Sănătăţii	2007
	a) elaborarea modelului şi structurii de comunicare;		2007-2008

1	2	3	4
22	b) formarea matriţei şi reţelei instituţiilor de parteneri în implementarea activităţilor de comunicare;	Ministerul Sănătăţii	2007-2008
	c) consolidarea şi dezvoltarea capacităţilor, continuitatea comunicării în rîndurile populaţiei şi grupurilor-ţintă – mass-media, educatori "de la egal la egal", lucrători "outreach", consilieri şi lucrători comunitari, grupurile de susţinere etc.;	Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Educaţiei şi Tineretului	2007-2015
	d) desfăşurarea campaniilor de informare şi de comunicare pentru tineret şi alte categorii de populaţie, consolidarea potenţialului de informare, educare şi comunicare	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Culturii şi Turismului; Uniunea Jurnaliştilor; ONG-urile; Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*	
23.	Antrenarea comunităţii în realizarea acţiunilor de educaţie pentru sănătate	Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Culturii şi Turismului; Uniunea Jurnaliştilor; ONG-urile	2007-2015
24.	Elaborarea, editarea în tiraj de masă şi distribuirea materialelor ilustrative şi a literaturii de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; ONG-urile	2007-2015
25.	Elaborarea şi editarea materialelor didactice pentru profesori, elevi şi studenţi în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Sănătăţii; ONG-urile	2007-2015
26.	Elaborarea programelor-tip, materialelor instructive şi informative în domeniul educaţiei pentru sănătate a populaţiei	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului	2007-2015

1	2	3	4
27.	Abordarea problemelor de educaţie pentru sănătate a populaţiei prin includerea în repertoriul teatrelor, inclusiv al celor pentru copii, a reprezentaţiilor cu această tematică	Ministerul Culturii şi Turismului; Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale	2007-2015
28.	Organizarea periodică în cadrul bibliotecilor, sălilor de lectură şi de expoziţii a concursurilor de desen, expoziţiilor de materiale ilustrative etc., avînd ca subiect promovarea modului sănătos de viaţă şi educaţia pentru sănătate a populaţiei	Ministerul Culturii şi Turismului; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale	2007-2015
29.	Desfăşurarea săptămînilor de prezentare a filmelor cu tematica educaţiei pentru sănătate a populaţiei	Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*; Ministerul Culturii şi Turismului; Uniunea Jurnaliştilor; Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Afacerilor Interne; autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Administraţiei Publice Locale	2007-2015
30.	Inaugurarea unor emisiuni permanente la posturile radio şi TV cu tematica promovării modului sănătos de viaţă şi educaţiei pentru sănătate	Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*; Uniunea Jurnaliştilor; Ministerul Sănătăţii	2007-2008
31.	Editarea unei publicaţii periodice popular-ştiinţifice de promovare a modului sănătos de viaţă şi educaţiei pentru sănătate	Ministerul Sănătăţii; Uniunea Jurnaliştilor	2007
32.	Asigurarea accesului populaţiei la internet prin intermediul punctelor de acces public organizate în Centrele informaţionale *Clearinghouse*, centrele prietenoase tinerilor, şcoli, biblioteci, oficii poştale, primării, linii fierbinţi ale centrelor consultative etc., în scopul informării ample în domeniul promovării modului sănătos de viaţă şi educaţiei pentru sănătate	Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Dezvoltării Informaţionale	2008-2015

1	2	3	4
33.	Acordarea asistenței consultative ministerelor, autorităților administrației publice centrale și locale, ONG-urilor la elaborarea paginilor web destinate informării populației în domeniul educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață	Ministerul Dezvoltării Informaționale	2007-2008
34.	Instruirea colaboratorilor Ministerului Apărării, Ministerului Afacerilor Interne, Ministerului Justiției, Departamentului situații excepționale, conducătorilor auto în vederea însușirii tehnicii de acordare a primului ajutor medical	Ministerul Apărării; Ministerul Afacerilor Interne; Ministerul Justiției; Ministerul Sănătății; autoritățile administrației publice locale	2007-2015
35.	Desfășurarea activităților de promovare a modului sănătos de viață și educație pentru sănătate, conform calendarului datelor speciale ale ONU, OMS și ale Republicii Moldova cu referire la sănătate	Ministerul Sănătății; Ministerul Educației și Tineretului; Ministerul Culturii și Turismului; autoritățile administrației publice locale; Ministerul Administrației Publice Locale	2007-2015
36.	Imprimarea textelor cu tematica de promovare a modului sănătos de viață și educației pentru sănătate pe copertele caietelor, cărților, semnelor de carte, calendarelor etc.	Ministerul Educației și Tineretului; Ministerul Sănătății	2007-2015
37.	Crearea serviciilor de informație (telefoane de încredere) pentru populație cu privire la promovarea sănătății	Ministerul Sănătății; autoritățile administrației publice locale	2007-2008
38.	Organizarea sistematică a concursurilor de desene, trecerilor în revistă a materialelor editate, conferințelor, olimpiadelor, editarea buletinelor sanitare, având ca temă promovarea modului sănătos de viață, combaterea narcomaniei, fumatului, abuzului de alcool, protecția mediului, alimentația rațională etc.	Ministerul Educației și Tineretului; Ministerul Sănătății; Ministerul Culturii și Turismului; Instituția publică națională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*	2007-2015

1	2	3	4
39.	Organizarea şi desfăşurarea unei serii de activităţi educative pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă:	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Culturii şi Turismului; Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*; Ministerul Ecologiei şi Resurselor Naturale; Ministerul Apărării; Ministerul Afacerilor Interne; autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Administraţiei Publice Locale	2007-2015
	a) Bilunarul de salubrizare şi înverzire a localităţilor – martie-aprilie;		
	b) Ziua *Un arbore pentru dăinuirea noastră* – prima sîmbătă a lunii aprilie;		
	c) Ziua Mondială a Apei – 22 martie;		
	d) Ziua Mondială de combatere a tuberculozei – 24 martie;		
	e) Ziua Mondială a Sănătăţii – 7 aprilie;		
	f) Ziua Mondială fără tutun – 31 mai;		
	g) Ziua Mondială a Protecţiei Copiilor – 1 iunie;		
	h) Ziua Internaţională de luptă împotriva drogurilor – 26 iunie;		
	i) Ziua Mondială de combatere a maladiilor cardiovasculare;		
	j) Ziua Mondială de sănătate mintală;		
	k) Săptămîna de profilaxie şi combatere a cancerului;		
	l) Ziua Mondială de profilaxie şi combatere a maladiei SIDA – 1 decembrie;		
	m) Ziua Mondială fără fumat – prima zi de joi a lunii decembrie		
40.	Organizarea şi desfăşurarea săptămînilor de prezentare a filmelor tematice, lunilor de propagare a cunoştinţelor în vederea promovării modului sănătos de viaţă, profilaxiei maladiilor transmisibile şi netransmisibile, planificării familiei, combaterii deprinderilor dăunătoare etc.	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Culturii şi Turismului; Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*; Ministerul Apărării; Ministerul Afacerilor Interne; autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Administraţiei Publice Locale	2007-2015

1	2	3	4
41.	Contribuirea la abordarea problemelor şi includerea în repertoriul teatrelor (mai ales al teatrelor pentru copii) a unor reprezentaţii ce ar promova modul sănătos de viaţă, cultura fizică şi sportul, profilaxia şi renunţarea la deprinderile dăunătoare (narcomania, fumatul, alcoolismul)	Ministerul Culturii şi Turismului; Ministerul Sănătăţii; Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*	2007-2015
42.	Elaborarea, editarea literaturii şi a materialelor informative de promovare a modului sănătos de viaţă, dezvoltarea culturii fizice şi sportului, profilaxia traumatismului, ocrotirea sănătăţii femeilor, copiilor şi adolescenţilor, planificarea familiei, combaterea deprinderilor dăunătoare (narcomania, fumatul, alcoolismul); reformarea sistemului de sănătate etc.	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Agenţia Sportului	2007-2015
43.	Turnarea filmelor de scurt metraj de popularizare a ştiinţei şi documentare cu tematica educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă; lansarea lor la posturile de televiziune naţional şi teritoriale, în cinematografe etc.	Ministerul Culturii şi Turismului; Ministerul Sănătăţii; Consiliul Naţional al Audiovizualului	2007-2015
44.	Realizarea şi difuzarea clipurilor video cu tematica educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi promovării modului sănătos de viaţă	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Culturii şi Turismului	2007-2015
45.	Informarea populaţiei despre starea de sănătate din teritoriu, situaţia sanitaro-epidemiologică, starea mediului înconjurător şi cazurile de situaţii excepţionale	Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Ecologiei şi Resurselor Naturale; Ministerul Afacerilor Interne; Ministerul Administraţiei Publice Locale	2007-2015

1	2	3	4
46.	Organizarea şi efectuarea permanentă a măsurilor de protecţie a mediului înconjurător, salubrizare, amenajare şi înverzire a localităţilor urbane şi rurale, a gospodăriilor, organizaţiilor, întreprinderilor etc. cu implicarea comunităţii şi populaţiei	Autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Ecologiei şi Resurselor Naturale; Ministerul Industriei şi Infrastructurii; Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Administraţiei Publice Locale; Agenţia Construcţii şi Dezvoltare a Teritoriului	2007-2015
47.	Amenajarea pieţelor agricole şi folosirea lor conform destinaţiei	Ministerul Culturii şi Turismului; Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare; Ministerul Transportului şi Gospodăriei Drumurilor; autorităţile administraţiei publice locale	2007, permanent
48.	Interzicerea strictă a comerţului stradal şi neautorizat, inclusiv în perimetrul pieţelor	Autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Afacerilor Interne; comisariatele de poliţie	Permanent
49.	Asigurarea cu produse alimentare şi mărfuri industriale inofensive pentru sănătate	Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare; Ministerul Economiei şi Comerţului; agenţii economici	2007-2015
50.	Promovarea alimentării sănătoase şi educaţia populaţiei privind alimentaţia sănătoasă	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Culturii şi Turismului; Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare	2007-2015
51.	Îmbogăţirea produselor alimentare cu micronutriente (iod, fier, acid folic) în scopul prevenirii maladiilor iododeficitare, anemiilor, dereglărilor fizice şi psihice, în special la copii şi femei	Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare; agenţii economici producători de produse alimentare	2007-2015

1	2	3	4
52.	Asigurarea condiţiilor sănătoase la locurile de muncă	Ministerele; autorităţile administraţiei publice locale; agenţii economici	Permanent
53.	Reglementarea condiţiilor de întreţinere şi îngrijire a animalelor domestice în localităţile rurale (păşunat, adăpat) şi urbane (câini, pisici), rezolvarea problemei animalelor vagabonde, în scopul prevenirii zooantroponozelor	Autorităţile administraţiei publice locale; Serviciul Veterinar de Stat; Ministerul Ecologiei şi Resurselor Naturale	Permanent
54.	Implicarea directă a populaţiei în derularea măsurilor de protecţie a mediului înconjurător şi de salubrizare a localităţilor	Autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Ecologiei şi Resurselor Naturale; Ministerul Industriei şi Infrastructurii; Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Ministerul Culturii şi Turismului; Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare; Ministerul Transportului şi Gospodăriei Drumurilor; Ministerul Afacerilor Interne; Ministerul Administraţiei Publice Locale	2007-2015
55.	Organizarea în teritoriile administrative a concursurilor *Cea mai sănătoasă localitate*, cu finala republicană	Autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Sănătăţii; Ministerul Ecologiei şi Resurselor Naturale; Ministerul Culturii şi Turismului; Ministerul Administraţiei Publice Locale	2008-2015

1	2	3	4
56.	Instruirea grupelor de risc, cadrelor tehnico-inginereşti, funcţionarilor şi angajaţilor cu condiţii nocive de muncă din economia naţională în cadrul cursurilor de educaţie pentru sănătate (conform programelor de instruire igienică)	Ministerul Industriei şi Infrastructurii; Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare; Ministerul Transporturilor şi Gospodăriei Drumurilor; Ministerul Sănătăţii; alte ministere, agenţii, servicii; agenţii economici; autorităţile administraţiei publice locale	Permanent
57.	Elaborarea programelor de dezvoltare a culturii fizice şi sportului pentru fiecare localitate, în care vor fi indicate priorităţile de dezvoltare, proiectele şi măsurile specifice zonei	Agenţia Sportului; autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Administraţiei Publice Locale	2007-2008
58.	Asigurarea instituţiilor instructiv-educative cu edificii, stadioane, terenuri sportive; reparaţia şi amenajarea celor existente, ceea ce va contribui la promovarea modului sănătos de viaţă şi la creşterea potenţialului sportiv în teritoriu	Agenţia Sportului; autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Agenţia Construcţii şi Dezvoltare a Teritoriului; Ministerul Administraţiei Publice Locale	2007-2009
59.	Crearea condiţiilor de practicare a culturii fizice şi a sportului prin susţinerea activităţii şcolilor şi cluburilor sportive, asociaţiilor sportive, organizarea acţiunilor sportive de masă etc.	Agenţia Sportului; autorităţile administraţiei publice locale; ministerele	2007-2015
60.	Organizarea competiţiilor sportive la nivel de instituţii de învăţământ ramurale, ministeriale, teritoriale, în vederea promovării educaţiei fizice şi a sportului	Agenţia Sportului; autorităţile administraţiei publice locale; ministerele	2007-2015
VI. Colaborarea dintre autorităţile administraţiei publice centrale şi locale, ministere şi agenţii în realizarea Programului naţional			
61.	Crearea comisiilor ministeriale şi teritoriale pentru coordonarea şi monitorizarea realizării programelor teritoriale şi a planurilor ministeriale de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015	Ministerele şi alte autorităţi administrative centrale; autorităţile administraţiei publice locale	În termen de 3 luni de la aprobarea Programului naţional

1	2	3	4
62.	Elaborarea, aprobarea şi realizarea programelor ministeriale şi teritoriale de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015	Ministerele şi alte autorităţi administrative centrale; autorităţile administraţiei publice locale	În termen de 3 luni de la aprobarea Programului naţional
63.	Susţinerea iniţiativelor comunităţii în organizarea şi desfăşurarea activităţilor de promovare a sănătăţii, de protecţie a mediului înconjurător şi de salubrizare a localităţilor	Ministerele şi alte autorităţi administrative centrale; autorităţile administraţiei publice locale	2007-2015
64.	Desfăşurarea anuală în teritoriile administrative a concursurilor *Cea mai salubră gospodărie*, *Cea mai salubră localitate*, cu finala republicană	Autorităţile administraţiei publice locale; Ministerul Ecologiei şi Resurselor Naturale; Ministerul Sănătăţii; Ministerul Culturii şi Turismului; Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare; Ministerul Administraţiei Publice Locale	2007-2015
65.	Prevederea la planificarea, construcţia şi reconstrucţia străzilor, şoselelor şi magistralelor auto a benzilor speciale pentru ciclism şi alergări, precum şi a locurilor şi rampelor de traversare pentru pietonii în cărucioare cu rotile	Ministerul Transporturilor şi Gospodăriei Drumurilor; autorităţile administraţiei publice locale; Agenţia Construcţii şi Dezvoltare a Teritoriului; Ministerul Administraţiei Publice Locale	2007-2015
66.	Interzicerea publicităţii la produsele de tutungerie, băuturile alcoolice, produsele alimentare neautorizate	Ministerul Industriei şi Infrastructurii; Ministerul Economiei şi Comerţului; Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare; Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale	2007, permanent

1	2	3	4
67.	Interzicerea vînzării produselor de tutungerie şi a băuturilor alcoolice copiilor cu vîrste de pînă la 18 ani	Ministerul Industriei şi Infrastructurii; Ministerul Economiei şi Comerţului; Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare; Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale; agenţii economici	2007, permanent
68.	Interzicerea comercializării produselor de tutungerie şi a băuturilor alcoolice în apropierea instituţiilor de învăţămînt, în locurile publice	Ministerul Industriei şi Infrastructurii; Ministerul Economiei şi Comerţului; Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare; Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale; agenţii economici	2007, permanent
69.	Promovarea producerii şi lansării pe piaţă a produselor şi a mărfurilor autohtone inofensive pentru sănătate, produselor alimentare autohtone cu conţinut scăzut de grăsimi animaliere şi a produselor vegetale (hrană sănătoasă)	Ministerul Industriei şi Infrastructurii; Ministerul Economiei şi Comerţului; Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare; Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale; agenţii economici	2007-2015
70.	Revederea normelor conţinutului de grăsimi şi glucide în produsele alimentare, conform normelor Uniunii Europene	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare; Ministerul Economiei şi Comerţului	2007-2009
VII. Colaborarea cu mass-media			
71.	Implicarea mass-media în activităţile de promovare a modului sănătos de viaţă şi de educaţie pentru sănătate	Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*; Uniunea Jurnaliştilor; Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale	2007-2015

1	2	3	4
72.	Difuzarea la posturile de radio şi televiziune a unor emisiuni periodice destinate informării populaţiei în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă	Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*; Uniunea Jurnaliştilor; Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale	2007
73.	Editarea unei publicaţii periodice popular-ştiinţifice *Pro-Sănătate*	Uniunea Jurnaliştilor; Ministerul Sănătăţii	
74.	Mediatizarea campaniilor şi acţiunilor în masă de promovare a sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei	Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*; Uniunea Jurnaliştilor; Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale	2007-2015
75.	Participarea reprezentanţilor mass-mediei la întruniri de diferit nivel (congrese, conferinţe, simpozioane, ateliere de lucru, expoziţii, conferinţe de presă etc.) dedicate acordării asistenţei medicale, asigurărilor medicale, promovării modului sănătos de viaţă	Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*; Uniunea Jurnaliştilor; autorităţile administraţiei publice locale	2007-2015
76.	Lansarea pe posturile audiovizualului a filmelor de scurt metraj de popularizare a ştiinţei şi documentare, clipurilor audio şi video cu tematica educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi promovării modului sănătos de viaţă	Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*; companiile radio, TV naţionale şi teritoriale	2007-2015
	VIII. Colaborarea cu organismele internaţionale		
77.	Alinierea la standardele şi recomandările organizaţiilor internaţionale, Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, UE în domeniul educaţiei pentru sănătate a populaţiei	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului	2007-2008

1	2	3	4
78.	Colaborarea cu organismele internaţionale, OMS, Banca Mondială, UNICEF, UNESCO, UNDP, *Soros-Moldova* etc. în vederea susţinerii şi realizării unor măsuri de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă:	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului	Permanent
	a) pregătirea, cu sprijinul OMS, UNICEF, UNDP, *Soros-Moldova*, a specialiştilor în domeniul promovării modului sănătos de viaţă şi educaţiei pentru sănătate etc.;		
	b) implementarea proiectelor teritoriale şi în instituţiile-pilot de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă;		
	c) dotarea cu mijloace tehnice moderne (computere, audiovizual, multimedia şi literatură de specialitate) a instituţiilor implicate în activităţi de promovare a sănătăţii şi de educaţie pentru sănătate;		
	d) participarea specialiştilor din Moldova la cursuri internaţionale de instruire, seminare, congrese, simpozioane etc., dedicate educaţiei pentru sănătate şi delegarea lor în ţările cu o experienţă avansată în promovarea sănătăţii;		
	e) sponsorizarea programelor şi proiectelor-pilot de promovare a sănătăţii şi de educaţie pentru sănătate a populaţiei;		
	f) editarea literaturii speciale pentru pregătirea cadrelor şi cu tematica educaţiei pentru sănătate, destinate diferitelor grupe de populaţie		
IX. Colaborarea cu organizaţiile neguvernamentale din domeniu			
79.	Stabilirea şi menţinerea relaţiilor de parteneriat cu organizaţiile neguvernamentale din domeniu	Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale	2007-2015

1	2	3	4
80.	Antrenarea organizaţiilor neguvernamentale la desfăşurarea activităţilor de educaţie pentru sănătate a populaţiei în domenii de maxim interes pentru sănătatea publică	Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale	2007-2015
81.	Acordarea asistenţei consultative organizaţiilor neguvernamentale la organizarea şi desfăşurarea activităţilor de educaţie pentru sănătate a populaţiei	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Educaţiei şi Tineretului; Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*; Ministerul Culturii şi Turismului; Ministerul Apărării; Ministerul Afacerilor Interne; autorităţile administraţiei publice locale	2007-2015
82.	Desfăşurarea periodică a întrunirilor de diferit nivel cu organizaţiile neguvernamentale, în scopul acordării asistenţei consultativ-metodice, coordonării activităţilor comune în educaţia pentru sănătate a populaţiei	Ministerul Sănătăţii; autorităţile administraţiei publice locale	2007-2015
X. Acţiuni de realizare a programului şi dirijare a sistemului educaţie pentru sănătate			
83.	Monitorizarea mersului realizării programelor ministeriale şi teritoriale de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015	Consiliul Naţional; Ministerele; autorităţile administraţiei publice locale	2007-2015
84.	Dirijarea activităţii sistemului de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă în realizarea Programului naţional la nivel central de către Ministerul Sănătăţii, prin intermediul Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, iar la nivel teritorial – de primăriile municipale şi consiliile raionale/municipale, prin intermediul centrelor teritoriale de medicină preventivă	Ministerul Sănătăţii; Ministerul Administraţiei Publice Locale; primăriile municipale; consiliile raionale/municipale; Adunarea Populară a unităţii teritoriale autonome Găgăuzia (Gagauz-Yeri)	2006-2015

IV. SARCINILE EXECUTORILOR ÎN REALIZAREA PROGRAMULUI NAŢIONAL DE PROMOVARE A MODULUI SĂNĂTOS DE VIAŢĂ PENTRU ANII 2007–2015

Guvernul:

- va exercita funcţiile de supraveghere a realizării Programului naţional prin intermediul Consiliului republican pentru coordonarea şi monitorizarea activităţilor Programului, asigurînd participarea reprezentanţilor ministerelor, ONG-urilor, organismelor internaţionale şi ai donatorilor;
- va înainta propuneri de ajustare a actelor legislative axate pe activităţile de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă la cerinţele Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii şi ale Uniunii Europene;
- va prevedea în bugetul de stat alocaţii destinate pentru finanţarea strategiilor şi activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă;
- va promova practicarea culturii fizice şi a sportului prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Sănătăţii:

- va elabora proiectele de acte legislative, normative şi directive în domeniul promovării sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei;
- va coordona, organiza şi monitoriza realizarea Programului naţional;
- va elabora Strategia de comunicare în sănătate;
- va organiza instruirea cadrelor medicale şi nemedicale în domeniul promovării sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate;
- va elabora programe-tip, materiale instructive şi informative în domeniul promovării sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei;
- va participa la implementarea curriculumului "Educaţie pentru sănătate" ca obiect de studiu obligatoriu în clasele I-XII;
- va implementa, în comun cu Ministerul Educaţiei şi Tineretului, Programul Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, Consiliului Europei şi Comisiei Europene "Reţeaua Europeană de Şcoli care Promovează Sănătatea";
- va asigura elaborarea şi editarea în tiraj de masă, precum şi distribuirea materialelor ilustrative şi a literaturii de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice;
- va informa populaţia privind sănătatea publică, starea de sănătate şi situaţia sanitaro-epidemiologică, starea mediului înconjurător şi influenţa lui asupra sănătăţii;
- va acorda autorităţilor administraţiei publice, ministerelor, agenţiilor, serviciilor, ONG-urilor ajutor consultativ, metodic şi organizatoric în domeniul promovării sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate la realizarea

Programului naţional;
- va organiza periodic olimpiade, concursuri de desen, expoziţii de materiale ilustrative etc., având ca temă promovarea sănătăţii şi educaţia pentru sănătate a populaţiei;
- va asigura organizarea şi desfăşurarea permanentă a activităţilor de promovare a sănătăţii şi de educaţie pentru sănătate în cadrul zilelor mondiale şi al lunilor/săptămînilor de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice în diferite grupuri de populaţie;
- va conlucra cu organismele internaţionale rezidente în Republica Moldova în vederea susţinerii şi realizării unor măsuri de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi de promovare a modului sănătos de viaţă;
- va promova în rîndurile angajaţilor practicarea culturii fizice şi a sportului prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Educaţiei şi Tineretului:

- va organiza instruirea şi perfecţionarea cadrelor didactice în domeniul educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi promovării modului sănătos de viaţă;
- va asigura instruirea şi formarea abilităţilor în promovarea modului sănătos de viaţă la elevi, adolescenţi şi tineri;
- va implementa curriculumul "Educaţie pentru sănătate" ca obiect de studiu obligatoriu în clasele I-XII;
- va implementa, în comun cu Ministerul Sănătăţii, Programul Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, Consiliului Europei şi Comisiei Europene "Reţeaua Europeană de Şcoli care Promovează Sănătatea";
- va asigura elaborarea şi editarea materialelor didactice pentru profesori, elevi şi studenţi în domeniul promovării sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate;
- va antrena elevii, adolescenţii şi tinerii în organizarea şi desfăşurarea activităţilor de promovare a sănătăţii, de protecţie a mediului înconjurător şi de salubrizare a localităţilor;
- va implica părinţii elevilor în instruirea şi formarea abilităţilor în promovarea sănătăţii;
- va organiza periodic olimpiade, concursuri de desen, expoziţii de materiale ilustrative etc., având ca temă promovarea sănătăţii şi educaţia pentru sănătate a populaţiei;
- va organiza şi va desfăşura permanent activităţi de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi de promovare a modului sănătos de viaţă în cadrul zilelor mondiale şi al lunilor/săptămînilor de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice în diferite grupuri de populaţie;
- va promova în rîndurile angajaţilor practicarea culturii fizice şi a sportului prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Culturii:

- va organiza instruirea şi perfecţionarea cadrelor din cultură în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă;
- va aborda problemele de educaţie pentru sănătate a populaţiei prin includerea în repertoriul teatrelor, inclusiv al celor pentru copii, a reprezentaţiilor cu această tematică;
- va organiza periodic, în cadrul bibliotecilor, sălilor de lectură şi de expoziţii, concursuri de desen, expoziţii de materiale ilustrative etc., avînd ca temă educaţia pentru sănătate a populaţiei şi promovarea modului sănătos de viaţă;
- va desfăşura săptămîni de prezentare a filmelor cu tematica educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi promovării modului sănătos de viaţă;
- va organiza şi va desfăşura în cadrul zilelor mondiale şi al lunilor/săptămînilor de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice expoziţii, serate tematice, reprezentaţii teatralizate pentru diferite grupuri de populaţie cu tematica educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă;
- va promova în rîndurile angajaţilor practicarea culturii fizice şi a sportului prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Mediului:

- va organiza instruirea şi perfecţionarea cadrelor din subordine în domeniul protecţiei mediului şi promovării sănătăţii;
- va lua măsuri de asigurare a unui mediu înconjurător sănătos;
- va asigura desfăşurarea anuală în teritoriile administrative a concursurilor *Cea mai salubră gospodărie*, *Cea mai salubră localitate*, cu finala republicană;
- va asigura informarea populaţiei în problemele de protecţie a mediului, salubrizare a localităţilor şi diminuare a efectelor chimicalelor folosite în agricultură şi industrie asupra sănătăţii;
- va promova în rîndurile angajaţilor practicarea culturii fizice şi a sportului prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare:

- va organiza instruirea şi perfecţionarea cadrelor din complexul agroindustrial în domeniul educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi promovării modului sănătos de viaţă;
- va asigura instruirea igienică a angajaţilor din complexul agroindustrial (conform minimului sanitar);
- va organiza instruirea noilor angajaţi în domeniul igienei, protecţiei muncii şi tehnicii securităţii;

- va promova pe piață produsele alimentare autohtone cu conținut scăzut de grăsimi animaliere și produsele vegetale (hrană sănătoasă);
- va revedea normele conținutului de grăsimi și glucide în produsele alimentare, conform cerințelor Uniunii Europene;
- va promova în rîndurile angajaților practicarea culturii fizice și a sportului prin organizarea activităților sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Industriei și Infrastructurii:

- va organiza instruirea și perfecționarea cadrelor din întreprinderile industriale în domeniul educației pentru sănătate a populației și promovării modului sănătos de viață;
- va asigura instruirea igienică a angajaților din întreprinderile industriale (conform minimului sanitar);
- va organiza instruirea noilor angajați în domeniul igienei, protecției muncii și tehnicii securității;
- va promova pe piață produsele și mărfurile autohtone inofensive pentru sănătate, conform cerințelor Uniunii Europene;
- va promova în rîndurile angajaților practicarea culturii fizice și a sportului prin organizarea activităților sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Dezvoltării Informaționale:

- va acorda ministerelor, altor autorități administrative publice centrale, autorităților administrației publice locale, ONG-urilor asistență consultativă la elaborarea și definitivarea paginilor web destinate informării populației în domeniul educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață;
- va participa la asigurarea accesului populației la servicii internet, de telefonie fixă și mobilă, în scopul informării ample în domeniul educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață, prin acordarea asistenței la elaborarea paginilor web, liniilor fierbinți, deschiderea centrelor consultative etc.;
- va promova în rîndurile angajaților practicarea culturii fizice și a sportului prin organizarea activităților sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Afacerilor Interne:

- va elabora, în comun cu Ministerul Sănătății, planul și programele-tip de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru diferite contingente de colaboratori și efectivul militar al trupelor de carabinieri, asigurînd implementarea acestora;
- va organiza și va desfășura permanent și în cadrul zilelor mondiale și al lunilor/săptămînilor de popularizare a cunoștințelor medico-igienice acti-

vităţi de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în rîndul colaboratorilor şi efectivului militar al trupelor de carabinieri;
- va desfăşura activităţi de profilaxie a răspîndirii deprinderilor dăunătoare şi manifestărilor antisociale (alcoolism, toxicomanie, narcomanie, sex comercial, violenţă în familie etc.);
- va promova în rîndul colaboratorilor şi efectivului militar al trupelor de carabinieri cultura fizică şi sportul prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Apărării:

- va elabora, în comun cu Ministerul Sănătăţii, planul şi programele-tip de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru diferitele contingente de militari, asigurînd implementarea acestora;
- va organiza şi va desfăşura permanent activităţi de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în cadrul zilelor mondiale şi lunilor/săptămînilor de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice în rîndul efectivului militar;
- va desfăşura în rîndul efectivului militar activităţi de profilaxie a răspîndirii deprinderilor dăunătoare şi manifestărilor antisociale (relaţii neregulamentare, alcoolism, toxicomanie, narcomanie etc.);
- va promova în rîndul colaboratorilor şi efectivului militar practicarea culturii fizice şi a sportului prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Justiţiei:

- va elabora şi va implementa, în comun cu Ministerul Sănătăţii, planul şi programele-tip de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru angajaţi;
- va elabora şi implementa planul şi programele-tip de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru deţinuţi;
- va organiza şi va desfăşura permanent activităţi de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în cadrul zilelor mondiale şi lunilor/săptămînilor de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice în rîndul colaboratorilor şi efectivului militar din instituţiile penitenciare;
- va asigura desfăşurarea în rîndul contingentului de deţinuţi a activităţilor de profilaxie a răspîndirii deprinderilor dăunătoare şi manifestărilor antisociale (violenţă, alcoolism, toxicomanie, narcomanie, traumatism etc.);
- va promova în rîndul colaboratorilor şi al deţinuţilor practicarea culturii fizice şi a sportului prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Transporturilor şi Gospodăriei Drumurilor:

- va elabora, în comun cu Ministerul Sănătăţii, planul şi programele-tip de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru angajaţi;
- va prevedea la planificarea, construcţia şi reconstrucţia străzilor, şoselelor şi magistralelor auto benzi speciale pentru ciclism şi alergări;
- va prevedea la planificarea, construcţia şi reconstrucţia străzilor locuri de traversare şi rampe pentru pietonii în cărucioare cu rotile;
- va asigura folosirea pentru transportul de pasageri doar a unităţilor de transport proiectate şi dotate cu fotolii speciale pentru acest gen de activitate;
- va interzice comercializarea produselor de tutungerie, a băuturilor alcoolice şi practicarea jocurilor de noroc în gările auto, feroviare şi aeriene;
- va promova în rîndul angajaţilor practicarea culturii fizice şi a sportului prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Economiei şi Comerţului:

- va organiza instruirea şi perfecţionarea cadrelor din comerţ în domeniul promovării sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate;
- va asigura instruirea igienică a angajaţilor din comerţ (conform minimului sanitar);
- va organiza instruirea noilor angajaţi în domeniul protecţiei muncii şi tehnicii securităţii;
- va promova în rîndul angajaţilor practicarea culturii fizice şi a sportului prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Academia de Ştiinţe a Moldovei:

- va prevedea în Comanda de stat tematici ştiinţifice de promovare a modului sănătos de viaţă;
- va promova în rîndul angajaţilor practicarea culturii fizice şi a sportului prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Finanţelor:

- va asigura suportul financiar în limitele mijloacelor prevăzute anual în Legea bugetului de stat pentru anii respectivi, în scopul realizării Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015;
- va promova în rîndul angajaţilor practicarea culturii fizice şi a sportului prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Ministerul Administraţiei Publice Locale:

- va monitoriza realizarea programelor teritoriale ale autorităţilor administraţiei publice locale de promovare a modului sănătos de viaţă;
- va contribui la implementarea iniţiativelor autorităţilor administraţiei publice locale privind organizarea şi desfăşurarea activităţilor de educaţie pentru sănătate, de promovare a modului sănătos de viaţă şi de protecţie a mediului înconjurător;
- va promova în rîndul angajaţilor practicarea culturii fizice şi a sportului prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Autorităţile administraţiei publice locale (consiliile raionale/municipale, Adunarea Populară a unităţii teritoriale autonome Găgăuzia (Gagauz-Yeri):

- vor elabora, aproba (cu buget stabilit) şi realiza programe teritoriale de promovare a modului sănătos de viaţă;
- vor susţine iniţiativele comunităţii în organizarea şi desfăşurarea activităţilor de educaţie pentru sănătate, de promovare a modului sănătos de viaţă şi de protecţie a mediului înconjurător;
- vor atrage populaţia la desfăşurarea măsurilor de protecţie a mediului înconjurător şi de salubrizare a localităţilor;
- vor asigura desfăşurarea în teritoriile administrative a concursurilor *Cea mai sănătoasă localitate*;
- vor asigura construcţia în localităţile urbane parcărilor subterane pentru evitarea ambuteiajelor şi a poluării mediului;
- vor promova în rîndul angajaţilor practicarea culturii fizice şi a sportului prin organizarea activităţilor sportive, inclusiv de masă.

Compania Naţională de Asigurări în Medicină:

- va susţine iniţiativele Ministerului Sănătăţii în organizarea şi desfăşurarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă;
- va sprijini elaborarea proiectelor de acte legislative, normative şi directive în domeniul promovării sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei;
- va asigura asistenţa la instruirea cadrelor medicale şi nemedicale în domeniul promovării sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei;
- va sprijini elaborarea programelor-tip, materialelor instructive şi informative în domeniul promovării sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei;
- va susţine editarea în tiraj de masă a materialelor ilustrative şi a literaturii de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice;

- va susține organizarea periodică a olimpiadelor, concursurilor de desen, expozițiilor de materiale ilustrative etc., avînd ca temă promovarea sănătății și educația pentru sănătate a populației;
- va promova în rîndul angajaților practicarea culturii fizice și a sportului prin organizarea activităților sportive, inclusiv de masă.

Agenția Sportului:

- va organiza instruirea și perfecționarea cadrelor din subordine în domeniul educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață;
- va organiza și desfășura sistematic activități de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață în cadrul zilelor mondiale și a lunilor/săptămînilor de popularizare a cunoștințelor medico-igienice în rîndul angajaților și sportivilor;
- va desfășura activități de profilaxie a răspîndirii deprinderilor dăunătoare și manifestărilor antisociale (alcoolism, narcomanie, sex comercial, violență în familie etc.);
- va elabora programe de dezvoltare a culturii fizice și sportului pentru diferite localități;
- va participa la crearea condițiilor favorabile de practicare a culturii fizice și sportului pentru diferite categorii de populație prin susținerea activității școlilor și cluburilor sportive, asociațiilor sportive, organizarea activităților sportive de masă etc.;
- va participa la organizarea competițiilor sportive ministeriale, ramurale, teritoriale, în scopul promovării activității fizice și sportului.

Agenția Construcții și Dezvoltare a Teritoriului:

- va implementa programe naționale și regionale de amenajare a teritoriului pentru crearea condițiilor de promovare a modului sănătos de viață;
- va promova în rîndul angajaților practicarea culturii fizice și a sportului prin organizarea activităților sportive, inclusiv de masă.

V. SURSELE POTENȚIALE DE FINANȚARE A PROGRAMULUI

1. Bugetul de stat.
2. Bugetele unităților administrativ-teritoriale.
3. Mijloacele fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală.
4. Mijloacele financiare ale organizațiilor, întreprinderilor, instituțiilor cu diferite forme de proprietate.
5. Mijloacele financiare ale organizațiilor internaționale: Banca Mondială, UNICEF, Fondul Global *SIDA/TB/Malarie* etc.
6. Mijloacele financiare ale organizațiilor nonguvernamentale.
7. Donațiile organizațiilor, instituțiilor și persoanelor particulare.

Anexa 2

la Hotărîrea Guvernului nr. 658
din 12 iunie 2007

COMPONENŢA NOMINALĂ
a Consiliului naţional pentru coordonarea şi monitorizarea realizării Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015

ABABII Ion	ministrul sănătăţii, preşedintele Consiliului
BAHNAREL Ion	medic-şef sanitar de stat, director general al Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, vicepreşedintele Consiliului
CRUDU Valentin	viceministru al educaţiei şi tineretului, vicepreşedintele Consiliului
CALMÎC Varfolomei	specialist principal al Ministerului Sănătăţii, vicedirector general al Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, secretarul Consiliului
Membrii Consiliului:	
LAPICUS Tatiana	viceministru al culturii şi turismului
SILIVESTRU Petru	viceministru al ecologiei şi resurselor naturale
ZUBIC Valentin	viceministru al afacerilor interne
SPIVACENCO Anatolie	viceministru al agriculturii şi industriei alimentare
SEMENIUC Marina	şef al Direcţiei financiare în ocrotirea sănătăţii şi asistenţă socială a Ministerului Finanţelor
TARGON Ion	medic-şef al Ministerului Apărării
MIHALACHE Corneliu	preşedinte al Consiliului Coordonator al Audiovizualului
RENIŢĂ Valeriu	director al Agenţiei Informaţionale de Stat *Moldpres*
TELEŞCO Ilie	preşedinte al Instituţiei publice naţionale a audiovizualului Compania *Teleradio Moldova*
CHICU Valeriu	prorector al Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu*
EŢCO Ludmila	director al instituţiei medico-sanitare publice Institutul de cercetări ştiinţifice în domeniul ocrotirii sănătăţii mamei şi copilului
BENU Victor	preşedinte al Sindicatului *Sănătatea*

Anexa 3
la Hotărîrea Guvernului nr. 658
din 12 iunie 2007

REGULAMENTUL
Consiliului naţional pentru coordonarea şi monitorizarea realizării Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015

I. DISPOZIŢII GENERALE

1. Consiliul naţional pentru coordonarea şi monitorizarea realizării Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015 (denumit în continuare Consiliul) este o structură intersectorială de nivel naţional, instituită în conformitate cu prevederile Hotărîrii Guvernului *Cu privire la Programul naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015*. În activitatea sa Consiliul se conduce de actele legislative, normative şi directive în vigoare ale Republicii Moldova şi de prezentul Regulament.

2. Scopurile Consiliului sînt contribuirea la implementarea eficientă a activităţilor din cadrul Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă şi monitorizarea realizării lui, atragerea şi distribuirea finanţelor de la organizaţiile internaţionale pentru realizarea acţiunilor prevăzute în Program, ca răspuns la priorităţile ţării în domeniu trasate în Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului şi în Planul de Acţiuni Republica Moldova – Uniunea Europeană.

3. Consiliul îşi desfăşoară activitatea pe principiile democraţiei, transparenţei şi colaborării reciproce, în baza unui parteneriat între instituţiile de stat, organizaţiile internaţionale şi neguvernamentale.

4. Activitatea Consiliului se bazează pe principii de conlucrare intersectorială şi interministerială, în vederea asigurării unei participări mai largi şi eficiente a părţilor interesate şi a stabilirii unei legături durabile între toţi factorii-cheie implicaţi în elaborarea, promovarea şi implementarea politicilor naţionale în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, formării unui comportament sanogen şi responsabilizării populaţiei privind sănătatea individuală şi a comunităţii.

5. Consiliul este constituit din preşedinte, doi vicepreşedinţi, un secretar responsabil şi membri. Din componenţa Consiliului fac parte reprezentanţi ai ministerelor, altor autorităţi administrative centrale, instituţiilor şi organizaţiilor interesate din ţară. În caz de eliberare a membrilor Consiliului din funcţiile deţinute, atribuţiile lor în cadrul acestuia vor fi exercitate de persoanele noudesemnate în posturile respective, fără emiterea unei noi hotărîri de Guvern.

6. Consiliul conlucrează cu ministerele, alte autorităţi administrative publice, asigură elaborarea complexului de măsuri în vederea organizării educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, colaborează cu organismele internaţionale şi neguvernamentale.

7. Membrii Consiliului sînt parteneri egali, cu drepturi depline de participare şi implicare în procesul de luare a deciziilor, pentru aprobarea rezoluţiilor fiind necesare 2/3 din voturile membrilor prezenţi.

II. FUNCŢIILE CONSILIULUI

8. În scopul realizării Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015, Consiliul:

a) examinează şi aprobă planurile complexe de promovare a modului sănătos de viaţă;

b) aprobă planul său anual de activitate;

c) înaintează Guvernului propuneri privind alocarea din bugetul de stat a fondurilor necesare pentru aplicarea strategiilor naţionale în domeniu;

d) informează periodic Guvernul referitor la mersul realizării Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă;

e) formulează propuneri privind modificarea şi completarea actelor legislative şi normative în domeniu;

f) examinează şi evaluează activitatea ministerelor, altor autorităţi administrative centrale, autorităţilor administraţiei publice locale în vederea realizării Programului naţional de promovare a modului sănătos de viaţă;

g) organizează şi participă la elaborarea măsurilor de promovare a modului sănătos de viaţă;

h) promovează parteneriatul intersectorial în vederea dezvoltării şi implementării programelor naţionale şi asigură transparenţa în procesul luării deciziilor;

i) analizează şi propune ministerelor, altor autorităţi administrative centrale, autorităţilor administraţiei publice locale măsuri privind realizarea acţiunilor complexe de promovare a modului sănătos de viaţă;

j) generalizează şi înaintează propuneri privind implementarea experienţei avansate de promovare a modului sănătos de viaţă;

k) îndeplineşte orice alte atribuţii în vederea realizării scopului şi sarcinilor pentru care a fost constituit, în conformitate cu legislaţia în vigoare.

III. ORGANIZAREA ŞI EVIDENŢA ACTIVITĂŢII

9. Consiliul îşi desfăşoară activitatea conform unui plan, aprobat la una dintre şedinţele sale.

10. Şedinţele Consiliului se ţin, de regulă, o dată în trimestru, dar nu mai rar de o dată în 6 luni. Şedinţele Consiliului pot fi organizate şi la iniţiativa

preşedintelui Consiliului sau la solicitarea a 1/3 din membrii acestuia, cu informarea membrilor Consiliului cu o lună înainte.

11. Deciziile Consiliului se adoptă prin vot deschis, cu 2/3 din voturile membrilor prezenţi.

12. Rezultatele şedinţelor se consemnează în procese-verbale, semnate de preşedinte şi de secretarul responsabil.

13. Şedinţele sînt prezidate de preşedintele Consiliului, iar în cazul absenţei acestuia – de vicepreşedinte. La şedinţele Consiliului pot participa persoanele invitate în calitate de raportori sau observatori, fără drept de vot.

14. Nivelul coordonator al Consiliului este asigurat de secretarul responsabil al acestuia, care:

a) elaborează proiectele planului anual de activitate şi planurilor activităţilor dintre şedinţele Consiliului, stabilind datele aproximative ale şedinţelor, şi le prezintă Preşedintelui Consiliului pentru examinare;

b) cu două săptămîni înainte de şedinţă, întocmeşte agenda preliminară, pe care o propune membrilor Consiliului pentru completări şi modificări;

c) după şedinţe, expediază membrilor Consiliului procesele-verbale şi alte materiale solicitate, prin intermediul poştei electronice;

d) raportează anual membrilor Consiliului despre activităţile efectuate şi informează în permanenţă preşedintele despre activitatea Consiliului;

e) îndeplineşte alte sarcini la propunerea Consiliului.

Hotărîrile Guvernului

658/12.06.2007. Hotărîre cu privire la Programul naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015 //Monitorul Oficial 82-85/676, 15.06.2007

MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

ORDIN
ПРИКАЗ

23 octombrie 2008 mun. Chişinău **Nr. 400**

Cu privire la optimizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015

Dreptul fundamental uman proclamat de către Naţiunile Unite şi reflectat în Constituţia Republicii Moldova este dreptul la sănătate şi protecţia ei. Există o mulţime de factori care afectează sănătatea umană: condiţiile socioeconomice, mediul înconjurător, modul de viaţă şi conduita individuală.

Menţinerea şi fortificarea sănătăţii este o sarcină socială primordială a statului, care poate fi realizată numai prin eforturile comune ale instituţiilor statale şi publice, instituţiilor medicale, prin colaborarea intersectorială, sporirea responsabilităţii fiecărei părţi şi motivarea reală a fiecărui cetăţean în păstrarea sănătăţii proprii şi a sănătăţii publice.

În ultimul deceniu, s-a evidenţiat o creştere majoră a maladiilor cronice neinfecţioase: cardiovasculare, tumori maligne, bolile sîngelui, ale organelor hematopoietice şi unele tulburări ale mecanismului imunitar, bolile endocrine, de nutriţie şi metabolism, boli ale aparatului digestiv etc. Sporirea evidentă a presingului factorilor stresanţi a condus la consecinţe grave, cu creşterea dereglărilor psihice. Sporesc deprinderile dăunătoare, cum ar fi fumatul, consumul abuziv de alcool şi administrarea drogurilor.

O situaţie alarmantă s-a creat în ceea ce priveşte răspîndirea maladiilor social condiţionate: infecţia HIV/SIDA, infecţiile cu transmitere sexuală, alcoolismul, narcomania, tuberculoza rămîn probleme prioritare de sănătate publică.

Anumite stări morbide şi premorbide sînt condiţionate de astfel de factori decisivi, ca: poluarea mediului înconjurător, nivelul scăzut de instruire fizică şi igienică a populaţiei, mai ales a copiilor şi tinerilor, sedentarismul, incompetenţa în probleme de profilaxie, planificare familială, comportamentul neglijent şi iresponsabil faţă de propria sănătate.

Ministerul Sănătăţii a elaborat şi a realizat o serie de acţiuni orientate spre perfecţionarea în continuare a măsurilor de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă, inclusiv a celor efectuate de instituţiile din sistemul de sănătate. Se desfăşoară activ colaborarea cu Or-

ganizaţia Mondială a Sănătăţii, Consiliul Europei, Banca Mondială, UNICEF, cu alte organizaţii în cadrul programelor complexe internaţionale de profilaxie a infecţiei HIV/SIDA, tuberculozei, malariei, fumatului şi altor deprinderi dăunătoare, de promovare a sănătăţii tinerilor etc.

Totodată, în activitatea de prevenire a bolilor, de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă există deficienţe de diferit ordin. În unele raioane ale Republicii Moldova, s-a redus considerabil numărul de state şi cadre calificate care activează în domeniul educaţiei pentru sănătate. Specialiştii principali ai Ministerului Sănătăţii, conducătorii instituţiilor medicale subapreciază importanţa educaţiei pentru sănătate a populaţiei, nu efectuează dirijarea acestui important compartiment de activitate.

Insuficient se efectuează conlucrarea cu mass-media, instituţiile de învăţământ, cultură, organizaţiile nonguvernamentale în realizarea măsurilor de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă. Există deficienţe în pregătirea universitară şi postuniversitară a medicilor în problemele nominalizate, care conduc la exercitarea necompletă a funcţiilor organizatorice şi metodice în domeniu, la reducerea depistării factorilor de risc, aplicării metodelor moderne în realizarea programelor de prevenţie, măsurilor privind însuşirea de către populaţie a cunoştinţelor necesare în domeniul sanogenezei, formării unor deprinderi sanogene corecte, creării unei poziţii active faţă de sănătatea individuală şi cea colectivă.

Reieşind din cele expuse, Ministerul Sănătăţii a elaborat, apoi a fost aprobat, prin Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova nr. 658 din 12.06.2007, Programul naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015, care prevede participarea activă în acest proces nu numai a Ministerului Sănătăţii, ci şi a altor ministere, agenţii, a autorităţilor publice locale, organizaţiilor obşteşti, ONG-urilor etc.

În scopul executării necondiţionate a prescripţiilor legislaţiei Republicii Moldova aferente educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă şi întru asigurarea executării Hotărîrii Guvernului Republicii Moldova nr. 658 din 12.06.07 *Cu privire la Programul naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015* (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2007, nr. 82-85, art. 676), şi în temeiul art. 8 al Regulamentului privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii (HG nr. 326 din 21.03.2007, MO nr. 039 din 23.03.2007, art. 332),

ORDON:

1. Se aprobă:

1.1. Planul activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008–2015 (anexa nr. 1);

1.2. Regulamentul cu privire la Serviciul Educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie (anexa nr. 2);

1.3. Regulamentul Centrului promovarea sănătății, educație pentru sănătate și relații cu mass-media al CNȘPMP (anexa nr. 3);
1.4. Regulament-tip al Secției educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață a Centrului de Medicină Preventivă Municipal (anexa nr. 4);
1.5. Regulament-tip al Cabinetului educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață al Centrului de medicină preventivă raional (anexa nr. 5);
1.6. Regulament-tip al Cabinetului educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață din IMSP raionale, municipale, republicane (anexa nr. 6);
1.7. Regulament-tip al Cabinetului copilului sănătos (anexa nr. 7);
1.8. Normativele aproximative de calculare a timpului pentru realizarea activităților de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru lucrătorii medicali (anexa nr. 8);
1.9. Lista-model de dotare a secției și a cabinetului de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață al CMP/IMSP teritoriale (anexa nr. 9);
1.10. Finanțarea Programului național de promovare a modului sănătos de viață din sursele bugetului de stat (anexa nr. 10).
2. A lua act și a interveni activ la implementarea prevederilor Hotărîrii Guvernului nr. 658 din 12.06.07 *Cu privire la Programul național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015.*
3. A constitui o rețea unificată de subdiviziuni structurale și funcționale ale Serviciului educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață și comunicare, la compartimentul nominalizat:
3.1. la nivel republican – Centrul de promovare a sănătății, educație pentru sănătate și relații cu mass-media în componența Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă;
3.2. la nivel municipal (mun. Chișinău și Bălți) – Secții de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață în componența Centrelor de medicină preventivă municipale;
3.3. la nivel raional, în centrul de medicină preventivă raional categoria I-a Secția management sanitaro-epidemiologic, promovarea sănătății și educație pentru sănătate; în Centrul de medicină preventivă raional categoriile II-a și III-a – Grupul management sanitaro-epidemiologic, promovarea sănătății și educație pentru sănătate, cu Cabinet de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață;
3.4. în instituția medico-sanitară publică spitalul raional, municipal și republican – Cabinet de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață;

3.5. în centrul medicilor de familie raional şi municipal – Cabinet de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă şi a copilului sănătos; în centrul de sănătate – Cabinet al copilului sănătos.

4. Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă va asigura dirijarea activităţii Serviciului educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie la nivel naţional şi a centrelor de medicină preventivă municipale şi raionale – la nivel teritorial.

5. Medicii-şefi ai centrelor de medicină preventivă raionale şi municipale şi IMSP raionale, directorul Direcţiei sănătăţii a Consiliului municipal Chişinău, şeful Secţiei sănătate a Primăriei mun. Bălţi, şeful Direcţiei sănătate şi protecţie socială a UTA Găgăuzia:

5.1. vor elabora şi vor aproba la autorităţile publice locale programe teritoriale de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015;

5.2. vor asigura supravegherea permanentă a realizării programelor teritoriale de promovare a modului sănătos de viaţă şi vor informa Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă semestrial, către data de 10 a lunii ce urmează după expirarea semestrului, despre măsurile realizate în acest domeniu.

6. Medicii-şefi ai centrelor de medicină preventivă raionale şi municipale, directorul Direcţiei sănătăţii a Consiliului municipal Chişinău, şeful Secţiei sănătate a Primăriei mun. Bălţi, şeful Direcţiei sănătate şi protecţie socială a UTA Găgăuzia, conducătorii IMSP republicane, raionale şi municipale:

6.1. vor include în planurile de activitate anuale ale instituţiilor, subdiviziunilor subordonate, în mod obligatoriu, compartimentul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă şi vor efectua controlul permanent şi riguros asupra îndeplinirii lui, cu examinarea ulterioară la consiliile medicale.

6.2. vor include educaţia pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă ca un criteriu important de evaluare a activităţii şi a calităţii specialiştilor din subdiviziunile şi instituţiile subordonate;

6.3. vor prevedea pentru efectuarea acestei activităţi nu mai puţin de 6 ore lunar, în limitele timpului de lucru al fiecărui lucrător medical;

6.4. vor asigura aprovizionarea tehnico-materială a secţiilor (cabinetelor) de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă conform anexei nr. 9, în limetele bugetului stabilit;

6.5. vor organiza şi vor asigura colaborarea eficientă cu autorităţile locale, sursele mass-media, instituţiile de învăţământ, agenţi economici etc. în realizarea măsurilor de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă;

6.6. vor numi prin ordin în fiecare IMSP republicană, raională, municipală persoana din administraţie responsabilă pentru organizarea şi realizarea măsurilor la acest compartiment de activitate;

6.7. vor prevedea finanţarea activităţilor de promovare a modului sănătos de viaţă din bugetul instituţiilor subordonate.

7. Şeful Direcţiei Resurse Umane, în comun cu Specialistul principal al Ministerului Sănătăţii în domeniu vor înainta propuneri de perfecţionare a mecanismului de instruire şi atestare a medicilor în educaţia pentru sănătate.

8. Şeful Direcţiei Resurse Umane, rectorul Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu*, conducătorii colegiilor de medicină vor include compartimentul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă ca un criteriu important în pregătirea cadrelor medicale şi vor perfecţiona sistemele de instruire mediu de specialitate, universitar, postuniversitar şi reciclarea cadrelor medicale în domeniul educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi promovării modului sănătos de viaţă.

9. Directorul general al Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, directorii IMSP Institutul de Cardiologie, Institutul Oncologic, Institutul de Ftiziopneumologie *Chiril Draganiuc*, Institutul de Cercetări Ştiinţifice în Domeniul Ocrotirii Sănătăţii Mamei şi Copilului, rectorul Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu*:

9.1. vor prevedea în Comanda de stat tematica ştiinţifică de promovare a sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei;

9.2. vor include în planurile de cercetări şi elaborări ştiinţifice compartimentul Studierea bazelor ştiinţifice ale educaţiei pentru sănătate şi criteriilor de evaluare a eficacităţii lor;

9.3. vor prevedea în planurile ştiinţifice cercetarea, elaborarea şi implementarea noilor forme, metode şi mijloace eficiente, ştiinţific argumentate de educaţie pentru sănătate.

10. Direcţia Protecţia sănătăţii şi medicină preventivă, specialiştii principali al Ministerului Sănătăţii vor include în programele simpozioanelor, conferinţelor şi altor foruri ştiinţifice şi practice probleme de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în context cu problemele abordate şi spaţiul informaţional general, şi vor elabora măsuri de ameliorare a activităţii la acest compartiment.

11. Directorul general al Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă:

11.1. va asigura monitorizarea permanentă a realizării Programului Naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015;

11.2. va implementa în activitate noi forme, metode şi mijloace de educaţie pentru sănătate;

11.3. în comun cu specialiştii principali ai Ministerului Sănătăţii, va contribui la elaborarea şi editarea în tiraj de masă, în limitele mijloacelor financiare alocate bugetare şi extrabugetare, a materialelor informative în promovarea sănătăţii şi profilaxia maladiilor;

11.4. va revedea şi va elabora proiectele formularelor de evidenţă şi raport statistic ce vor reflecta activitatea IMSP de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă;

11.5. va asigura colaborarea cu organismele internaţionale – OMS, UNICEF, UNESCO, UNDP, Banca Mondială, *Soros-Moldova* etc. – prin intermediul Ministerului Sănătăţii, în vederea susţinerii şi realizării măsurilor de educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informare a populaţiei;

11.6. va acorda ajutor consultativ şi metodic IMSP teritoriale, organizaţiilor neguvernamentale la desfăşurarea activităţii de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă;

11.7. va informa Ministerul Sănătăţii semestrial, către data de 20 a lunii ce urmează după expirarea semestrului, despre activităţile realizate la acest compartiment.

12. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 225 din 23.09.99 *Cu privire la perfecţionarea măsurilor de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă.*

Controlul executării prevederilor prezentului ordin se atribuie domnului Mircea Buga, viceministru.

Ministru Larisa CATRINICI

Anexa 1

la Ordinul Ministerului Sănătății
nr. 400 din 23 octombrie 2008

Planul
activităților de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008–2015

Nr. d/o	Măsuri planificate	Termenele de executare	Responsabili de executare	Executare în comun cu:
1	2	3	4	5
I. Măsuri de organizare și consolidare a serviciului de educație pentru sănătate, a bazei tehnico-materiale a subdiviziunilor de educație pentru sănătate				
1.	Elaborarea actelor legislative și normative în domeniul promovării sănătății și educației pentru sănătate conform planurilor anuale	2008-2015	DPSMP, CNȘPMP, USMF *N. Testemițanu*, IMSP republicane	
2.	Deschiderea centrelor de resurse informaționale în 14 unități teritoriale administrative, în cadrul centrelor de medicină preventivă, conform unui program aprobat anual	2008-2010	DPSMP, CMP teritoriale	Autoritățile publice locale
3.	Crearea cabinetelor de educație pentru sănătate în toate instituțiile medico-sanitare publice municipale, raionale și republicane	2008-2009	DPSMP, IMSP teritoriale	Autoritățile publice locale
4.	Deschiderea *Cabinetelor copilului sănătos* în toate asociațiile medicale teritoriale ale mun. Chișinău, centrele medicilor de familie	2008-2009	DPSMP, IMSP teritoriale	Autoritățile publice locale
5.	Asigurarea secțiilor și cabinetelor de educație pentru sănătate ale centrelor de medicină preventivă, cabinetelor de educație pentru sănătate și a *cabinetelor copilului sănătos* ale instituțiilor medico-sanitare publice cu literatură metodică și ilustrativ-informativă, cu tehnică de calcul și audiovizuală	2008-2015	IMSP republicane și teritoriale	Autoritățile publice locale

1	2	3	4	5
	II. Pregătirea cadrelor medicale şi nemedicale în domeniul educaţiei pentru sănătate			
6.	Perfecţionarea sistemului de instruire profesională, universitară şi postuniversitară a cadrelor medicale în domeniul educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi promovării modului sănătos de viaţă prin: a) includerea în programele de instruire a studenţilor Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu* a modulului de studii „Promovarea sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei", cu durata de 28-30 de ore la Facultăţile *Medicină*, *Stomatologie*, *Farmacie* şi 110 ore la Facultatea *Sănătate Publică*; b) includerea în programele de instruire a tuturor rezidenţilor-medici a modulului „Promovarea sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei" cu durata de 18-20 de ore şi cu durata de 60 de ore pentru rezidenţii-medici de familie şi rezidenţii-medici pediatri; c) includerea în programele de instruire a elevilor colegiilor de medicină a modulului de studii „Promovarea sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate a populaţiei" cu durata de 18-20 de ore, iar pentru asistenţii medicilor igienişti-epidiologi – 36 de ore	2008-2009 2008-2009 2008-2009	DRU şi DPSMP, CNŞPMP, USMF *N. Testemiţanu*, colegiile de Medicină	Ministerul Educaţiei şi Tineretului
	III. Elaborarea şi implementarea programelor şi editarea materialelor didactice de educaţie pentru sănătate			
7.	Elaborarea, perfectarea şi implementarea: a) programului-tip de pregătire a corpului didactic din sistemul de educaţie în domeniul educaţiei pentru sănătate;	2008-2009	DPSMP, CNŞPMP, IMSP republicane,	Ministerul Educaţiei şi Tineretului

1	2	3	4	5
	b) programului-tip unificat de pregătire a părinților în materia de educație pentru sănătate a generației în creștere; c) programului-tip de pregătire a lucrătorilor din sistemul de cultură în materia de educație pentru sănătate; d) programului-tip de educație pentru sănătate în combaterea traumatismului rutier; e) programului-tip de educație pentru sănătate în sănătatea mintală.	2008-2009 2008-2009 2008-2009 2008-2009	USMF *N. Testemițanu*	Ministerul Culturii și Turismului Ministerul Afacerilor Interne
8.	Elaborarea și implementarea programelor-tip de instruire igienică a contingentului periclitat și a angajaților din economia națională care lucrează în condiții nocive		DPSMP, CNȘPMP, CMP teritoriale	
9.	Acordarea asistenței metodice, organizatorice și consultative ministerelor, agențiilor, instituțiilor antrenate în realizarea prevederilor Programului național nominalizat	2008-2015	DPSMP, CNȘPMP, USMF *N. Testemițanu*, IMSP republicane	
	IV. Cercetări științifico-practice			
10.	Implementarea continuă a realizărilor științifice noi în activitatea de promovare a modului sănătos de viață în domeniu	2008-2015	CNȘPMP, USMF *N. Testemițanu*, IMSP republicane	
11.	Efectuarea sondajelor în diferite grupe de populație privind educația pentru sănătate, în scopul stabilirii nivelului de cunoștințe și doleanțelor populației în acest domeniu	2008-2015	DPSMP, CNȘPMP, USMF *N. Testemițanu*, IMSP republicane	Ministerul Educației și Tineretului
	V. Mobilizarea socială a populației			
12	Dezvoltarea cadrului strategic de comunicare în promovarea modului sănătos de viață și a educației pentru sănătate a populației, bazată pe practici și dovezi, fiind orientată spre sporirea nivelului de conștientizare prin implementarea planurilor		DPSMP, CNȘPMP, CMP teritoriale,	

1	2	3	4	5
.	şi programelor educaţionale în contingentele organizate (şcoli, licee, gimnazii, universităţi), în rîndurile populaţiei şi în grupe vulnerabile: a) elaborarea modelului şi structurii de comunicare; b) formarea reţelei instituţiilor de parteneri în implementarea activităţilor de comunicare; c) consolidarea şi dezvoltarea capacităţilor, continuitatea comunicării în rîndurile populaţiei şi grupe-ţintă – mass-media, educatori „de la egal la egal", lucrători „outreach", consilieri şi lucrători comunitari, grupe de susţinere etc.; d) desfăşurarea campaniilor de informare şi de comunicare pentru tineret şi alte categorii de populaţie, consolidarea potenţialului de informare, educare şi comunicare	2008 2008 2008–2015 2008-2015	USMF *N. Testemiţanu*, IMSP republicane şi teritoriale	Autorităţile publice locale, Ministerul Educaţiei şi Tineretului, ONG-urile Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*
13.	Antrenarea comunităţii în realizarea acţiunilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă	2008-2015	CMP teritoriale, IMSP republicane şi teritoriale	Autorităţile publice locale, Ministerul Educaţiei şi Tineretului
14.	Implementarea continuă a Reţelei Europene de Şcoli care Promovează Sănătatea	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, CMP teritoriale, USMF *N. Testemiţanu*	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; autorităţile publice locale
15.	Elaborarea, editarea în tiraj de masă şi distribuirea materialelor ilustrative şi informative de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, USMF *N. Testemiţanu*, IMSP republicane	Ministerul Educaţiei şi Tineretului, ONG-urile, organizaţiile internaţionale

1	2	3	4	5
16.	Editarea unei publicaţii periodice popular-ştiinţifice de promovare a modului sănătos de viaţă şi a educaţiei pentru sănătate	2008	DPSMP, CNŞPMP, USMF *N. Testemiţanu*, IMSP republicane	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; ONG-urile, organizaţiile internaţionale; Uniunea jurnaliştilor
17.	Organizarea activităţilor de promovare a modului sănătos de viaţă şi educaţie pentru sănătate, conform calendarului datelor speciale ale ONU, OMS şi ale Republicii Moldova cu referire la sănătate: - Ziua Mondială de combatere a cancerului – 4 februarie; - Ziua Mondială a Apei – 22 martie; - Ziua Mondială de combatere a tuberculozei – 24 martie; - Ziua Mondială a Sănătăţii – 7 aprilie; - Ziua Mondială de combatere a malariei – 25 aprilie; Ziua Mondială fără tutun – 31 mai; - Ziua Mondială a Protecţiei Copiilor – 1 iunie; - Ziua mondială a donatorului de sînge – 14 iunie; - Ziua Internaţională de luptă împotriva drogurilor – 26 iunie; - Ziua Mondială privind alimentarea la sîn – 1 august; - Ziua Mondială de prevenire a suicidului – 10 septembrie; - Ziua Mondială de combatere a maladiilor cardiovasculare – 28 septembrie; - Ziua Mondială de combatere a rabiei – 28 septembrie; - Ziua mondială a bolilor văzului – 9 octombrie; - Ziua Mondială de combatere a consumului abuziv de alcool – 2 octombrie;	2008-2015	DPSMP, CMP teritoriale, IMSP republicane şi teritoriale	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; ONG-urile; Autorităţile publice locale; Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*

1	2	3	4	5
	- Ziua Mondială de luptă împotriva maladiilor cronice obstructive a plămînilor – 19 noiembrie; - Ziua mondială de comemorare a victimelor accidentelor rutiere – 16 noiembrie; - Ziua mondială de combatere a diabetului – 14 noiembrie; - Ziua Internaţională de lichidare a violenţei faţă de femei – 25 noiembrie; - Ziua Mondială de sănătate mintală – 10 octombrie; - Ziua Mondială de profilaxie şi combatere a maladiei SIDA – 1 decembrie.			
18.	Organizarea şi desfăşurarea săptămînilor şi lunilor de promovare a modului sănătos de viaţă, profilaxiei maladiilor transmisibile şi netransmisibile, planificării familiei, combaterii deprinderilor dăunătoare etc.	2008-2015	DPSMP, CMP teritoriale, IMSP republicane şi teritoriale	Ministerul Educaţiei şi Tineretului; ONG-urile; autorităţile publice locale; Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*
19.	Crearea serviciilor de informaţie (telefoane de încredere) pentru populaţie cu privire la promovarea sănătăţii	2008-2015	DPSMP, CMP teritoriale, IMSP republicane şi teritoriale	
20.	Realizarea şi difuzarea spoturilor sociale audio şi video cu tematica educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi promovării modului sănătos de viaţă	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, CMP teritoriale, IMSP republicane şi teritoriale	Instituţia publică naţională a audiovizualului Compania *Teleradio-Moldova*

1	2	3	4	5
21.	Informarea populaţiei despre starea de sănătate din teritoriu, situaţia sanitaro-epidemiologică, starea mediului înconjurător şi cazurile de situaţii excepţionale	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, CMP teritoriale, IMSP republicane şi teritoriale	
VI. Colaborarea dintre autorităţile administraţiei publice centrale şi celei locale, ministere şi agenţii în realizarea Programului naţional				
22.	Elaborarea, aprobarea şi realizarea programelor teritoriale de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015	2008	CMP, IMSP teritoriale	Autorităţile publice locale
23.	Susţinerea iniţiativelor comunităţii în organizarea şi desfăşurarea activităţilor de promovare a sănătăţii, de protecţie a mediului înconjurător şi de salubrizare a localităţilor	2008-2015	CMP, IMSP teritoriale	Autorităţile publice locale, ONG-urile; sursele mass-media centrale şi locale
VII. Colaborarea cu mass-media				
24.	Implicarea surselor mass-media în activităţile de promovare a modului sănătos de viaţă şi de educaţie pentru sănătate	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, CMP teritoriale, IMSP republicane şi teritoriale	Instituţia publică naţională Compania *Teleradio-Moldova*, companiile radio, TV şi publicaţiile private, Uniunea Jurnaliştilor
25.	Mediatizarea campaniilor şi acţiunilor în masă de promovare a sănătăţii şi de educaţie pentru sănătate a populaţiei	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, CMP teritoriale,	Instituţia publică naţională Compania *Teleradio-Moldova*, companiile radio, TV şi publicaţiile private, Uniunea Jurnaliştilor

1	2	3	4	5
26.	Participarea reprezentanţilor mass-mediei la întruniri de diferit nivel (congrese, conferinţe, simpozioane, ateliere de lucru, expoziţii, conferinţe de presă etc.), dedicate acordării asistenţei medicale, asigurărilor medicale, promovării modului sănătos de viaţă	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, CMP teritoriale, IMSP republicane şi teritoriale	Instituţia publică naţională Compania *Teleradio-Moldova*, companiile radio, TV şi publicaţiile private, Uniunea Jurnaliştilor
VIII. Colaborarea cu organismele internaţionale				
27.	Realizarea activităţilor de promovare a modului sănătos de viaţă conform standardelor şi recomandărilor organizaţiilor internaţionale, OMS, UE etc.	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, CMP teritoriale, IMSP republicane şi teritoriale	Ministerul Educaţiei şi Tineretului
28.	Colaborarea cu organismele internaţionale, OMS, Banca Mondială, UNICEF, UNESCO, UNDP, *Soros-Moldova* etc. în vederea susţinerii şi realizării unor măsuri de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă: a) pregătirea specialiştilor în domeniul promovării modului sănătos de viaţă şi educaţiei pentru sănătate; b) implementarea proiectelor teritoriale şi în instituţii-pilot de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă; c) susţinerea tenhică şi logistică a instituţiilor implicate în activităţi de promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate a populaţiei. d) acordarea suportului pentru editarea materialelor informaţionale cu tematica promovării modului sănătos de viaţă şi educaţie pentru sănătate	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, CMP teritoriale, IMSP republicane şi teritoriale	Ministerul Educaţiei şi Tineretului, autorităţile publice locale etc.

1	2	3	4	5
IX. Colaborarea cu organizaţiile neguvernamentale din domeniu				
30.	Stabilirea şi menţinerea relaţiilor de parteneriat cu organizaţiile neguvernamentale din domeniu	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, CMP teritoriale	Ministerul Educaţiei şi Tineretului, autorităţile publice locale
31.	Antrenarea organizaţiilor neguvernamentale la desfăşurarea activităţilor de promovare a modului sănătos de viaţă a populaţiei în domenii de maxim interes pentru sănătatea publică	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, CMP teritoriale, IMSP republicane şi teritoriale	Ministerul Educaţiei şi Tineretului, autorităţile publice locale
32.	Acordarea asistenţei consultative organizaţiilor neguvernamentale la organizarea şi desfăşurarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a populaţiei	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, CMP teritoriale, IMSP republicane şi teritoriale	
X. Acţiuni de realizare a Programului şi dirijare a Serviciului de educaţie pentru sănătate				
36.	Monitorizarea mersului realizării programelor ministeriale şi teritoriale de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2008-2015.	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, CMP teritoriale,	Consiliul Naţional; ministerele; autorităţile administraţiei publice locale
37.	Dirijarea activităţii Serviciului de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă în realizarea Programului naţional la nivel central de către Ministerul Sănătăţii, prin intermediul Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, iar la nivel teritorial – primăriile municipale şi consiliile raionale/ municipale, prin intermediul CMP teritoriale	2008-2015	DPSMP, CNŞPMP, CMP teritoriale,	

Anexa 2
la Ordinul Ministerului Sănătăţii
nr. 400 din 23 octombrie 2008

REGULAMENTUL
cu privire la Serviciul educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie

I. DISPOZIŢII GENERALE

1. Educaţia pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă este o parte componentă a promovării sănătăţii şi a educaţiei generale a populaţiei, ce include un complex de activităţi: educare, informare, instruire, comunicare, cu multiple aspecte orientate spre ridicarea nivelului culturii sanitare a populaţiei, cultivarea unui comportament individual şi colectiv conştient şi responsabil pentru dezvoltarea, menţinerea şi fortificarea sănătăţii, recuperarea capacităţii de muncă şi prelungirea duratei active a vieţii. Educaţia pentru sănătate a populaţiei şi promovarea modului sănătos de viaţă este o parte indispensabilă a activităţii profesionale a tuturor lucrătorilor medicali.

2. Regulamentul Serviciului educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie (în continuare – Serviciul) este elaborat în conformitate cu prevederile Constituţiei Republicii Moldova, Legii ocrotirii sănătăţii, Legii privind supravegherea de stat a sănătăţii publice, cu prevederile Programului Naţional de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015, aprobat prin Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova nr. 658 din 12 iunie 2007 etc.

3. Scopul principal al activităţii Serviciului educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie este menţinerea şi fortificarea sănătăţii populaţiei prin realizarea unui complex de măsuri organizatorice, metodologice şi tehnice pentru însuşirea de către populaţie a cunoştinţelor necesare în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului, igienei personale; prevenirea îmbolnăvirilor; evitarea abuzului de medicamente, alcool, consumului de droguri; cunoaşterea şi depistarea timpurie a principalelor semne de boală; acordarea primului ajutor în caz de necesitate; crearea unei poziţii active faţă de sănătatea individuală şi cea colectivă etc.

4. Dirijarea activităţii Serviciului educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie este efectuată de Ministerul Sănătăţii prin intermediul Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, al altor instituţii medico-sanitare publice republicane, responsabile de realizarea şi implementarea anumitor programe de combatere şi profilaxie a maladiilor.

II. OBIECTIVELE DE ACTIVITATE A SERVICIULUI

1. Contribuirea la realizarea reformelor sistemului de sănătate în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, reieşind din necesităţile populaţiei şi condiţiile socioeconomice noi.

2. Intensificarea activităţii de instruire şi pregătire profesională a cadrelor medicale şi nemedicale sub aspectul educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a populaţiei.

3. Elaborarea mecanismelor de implementare şi realizare a actelor legislative, programelor naţionale şi teritoriale la compartimentul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

4. Desfăşurarea activităţilor de educaţie pentru sănătate a familiei, punîndu-se accentul pe pregătirea copiilor şi, în special, a adolescenţilor pentru căsătorie şi viaţa în familie; crearea unei concepţii sănătoase şi consolidarea opiniei corecte despre planificarea familiei; promovarea cunoştinţelor necesare pentru îngrijirea sănătăţii femeilor, copiilor şi adolescenţilor.

5. Îmbunătăţirea şi extinderea educaţiei pentru sănătate în cadrul colectivităţilor de copii şi tineret, ţinîndu-se cont de particularităţile de vîrstă, sex, genul de activitate, în obiectivul formării şi consolidării deprinderilor unui comportament igienic adecvat şi prevenirii îmbolnăvirilor.

6. Extinderea şi optimizarea educaţiei pentru sănătate a personalului din întreprinderi, instituţiile de stat şi particulare, din asociaţiile rurale, în scopul evitării îmbolnăvirilor profesionale, păstrării capacităţii depline de muncă şi stimulării iniţiativei personale privind participarea acestora la măsurile de promovare a sănătăţii.

7. Intensificarea acţiunilor de prevenire şi combatere a bolilor transmisibile, punînd accent pe bolile social condiţionate (tuberculoza, infecţia HIV/SIDA, infecţiile cu transmitere sexuală, alcoolismul, narcomania, toxicomania etc.).

8. Susţinerea acţiunilor de prevenire şi combatere a bolilor cronice prin sporirea aportului educaţiei pentru sănătate în cultivarea deprinderilor şi comportamentului igienic corect, organizarea regimului de viaţă, promovarea unei alimentaţii raţionale, combaterea abuzului de toxice uzuale.

9. Promovarea activităţilor de educaţie pentru sănătate în scopul conştientizării de către populaţie a riscului pentru sănătate din cauza nerespectării regimului de muncă şi odihnă, alimentării neraţionale, sedentarismului etc.

10. Intensificarea educaţiei pentru sănătate în problemele de prevenire a accidentelor (în special a accidentelor rutiere), la domiciliu şi la locul de muncă, şi instruirea populaţiei în vederea acordării primului ajutor.

11. Integrarea educaţiei pentru sănătate în cadrul programelor cultural-artistice pentru populaţie.

12. Promovarea cunoştinţelor privind îngrijirea elementară a bolnavilor, pentru respectarea indicaţiilor de regim igienico-dietetic, în scopul restabilirii sănătăţii, capacităţii de muncă, reabilitării şi a unei cît mai bune reintegrări sociale.

13. Popularizarea asigurărilor medicale de sănătate, a noilor metode şi mijloace de profilaxie şt reabilitare, participarea activă a populaţiei la realizarea reformelor sistemului de asistenţa medicală, promovarea educaţiei pentru sănătate ca cel mai eficient mijloc de păstrare a sănătăţii, mijloc cu un pronunţat caracter public, cetăţenesc ce reprezintă un factor important în ridicarea nivelului de cultură generală a populaţiei.

14. Educaţia ecologică a populaţiei, protecţia mediului ambiant, dezvoltarea interesului pentru practicarea sportului şi pentru folosirea factorilor naturali în scopul călirii şi întăririi organismului şi al creşterii duratei medii de viaţă.

15. Colaborarea activă cu organismele şi structurile internaţionale, organizaţiile şi formaţiunile neguvernamentale, alte servicii, cu mass-media în problemele educaţiei pentru sănătate şi ale promovării modului sănătos de viaţă.

III. ACTIVITĂŢILE PRINCIPALE ALE SERVICIULUI

1. Elaborarea strategiei şi tacticii în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă în comun cu specialiştii pe profil şi alte servicii.

2. Efectuarea cercetărilor ştiinţifico-practice prioritare în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, în vederea determinării principalelor direcţii de activitate a Serviciului.

3. Organizarea şi dirijarea acţiunilor de educaţie pentru sănătate, determinarea direcţiilor prioritare, planificarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, pregătirea specialiştilor din ramurile economiei naţionale în problemele medico-igienice, reieşind din particularităţile teritoriale, indicii sănătăţii, situaţia în domeniul sănătăţii publice etc.

4. Elaborarea şi înaintarea, în modul stabilit, spre aprobare a proiectelor de acte legislative, normative şi directive, instructiv-metodice cu privire la problemele de educaţie pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă.

5. Colaborarea cu alte ministerele şi departamentele, surse de informare în masă, organizaţii internaţionale, neguvernamentale, cu autorităţile publice locale, comunitatea în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării unui mod sănătos de viaţă, participarea activă la înfăptuirea diferitor măsuri de profilaxie, protecţie şi asanare a mediului ambiant, la ameliorarea condiţiilor de viaţă şi de muncă a omului, la menţinerea şi întărirea sănătăţii populaţiei.

6. Organizarea şi participarea la pregătirea şi instruirea cadrelor Serviciului de educaţie pentru sănătate.

7. Asigurarea cu informaţia necesară, argumentată despre problemele ocrotirii sănătăţii, stării sănătăţii publice şi situaţiei sanitaro-epidemiologice şi cu altă informaţie medico-igienică în problemele sănătăţii a tuturor grupelor sociale şi de vîrstă ale populaţiei, cu folosirea largă a surselor de informare în masă (televiziune, radio, presă).

8. Monitorizarea realizării programelor naţionale şi teritoriale de promovare a modului sănătos de viaţă, altor documente normative şi directive la compartimentul nominalizat şi formularea recomandărilor privind perfecţionarea lor, înaintarea propunerilor pentru examinare la Consiliul sanitaro-epidemiologic, Colegiul Ministerului Sănătăţii, consiliile locale, medicale etc.

9. Determinarea şi evaluarea cauzelor şi consecinţelor nefavorabile ale raportului "sănătatea populaţiei – modul de trai", elaborarea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi a recomandărilor practice cu privire la corecţia comportării diferitelor grupe sociale în scopul asanării populaţiei.

10. Instruirea specialiştilor din sistemul de sănătate, din învăţămînt şi ramurile economiei naţionale în probleme de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

11. Elaborarea şi editarea materialelor ilustrativ-educative, didactice, metodico-informative de popularizare a cunoştinţelor medico-igienice în promovarea sănătăţii şi profilaxia maladiilor.

12 Acordarea ajutorului metodic IMSP, altor instituţii, organizaţii, departamente, ministere în vederea optimizării activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă la diferit nivel.

IV. STRUCTURA SERVICIULUI

Serviciul educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie al Ministerului Sănătăţii include:

la nivel republican:

- Direcţia protecţia sănătăţii şi medicină preventivă a Ministerului Sănătăţii;
- Centrul promovarea sănătăţii, educaţie pentru sănătate şi relaţii cu massmedia al Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă;
- Instituţiile medico-sanitare publice republicane.

la nivel de municipiu:

- Secţiile de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în componenţa centrelor de medicină preventivă municipale;
- Instituţiile medico-sanitare publice municipale.

la nivel raional:

- Cabinetele de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în componenţa centrelor de medicină preventivă raionale;
- Instituţiile medico-sanitare publice raionale.

Anexa 3
la Ordinul Ministerului Sănătății
al Republicii Moldova
nr. 400 din 23 octombrie 2008

REGULAMENTUL
Centrului promovarea sănătății, educație pentru sănătate și relații cu mass-media

I. DISPOZIȚII GENERALE

Centrul promovarea sănătății, educație pentru sănătate și relații cu mass-media (în continuare – Centrul), ca subdiviziune a Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, este elementul organizatoric de bază al Serviciului educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață și informare și are menirea de organizare și coordonare a activității de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață a CMP municipale și raionale, a instituțiilor medico-sanitare publice din subordinea Ministerului Sănătății în aspectul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor, fortificării și menținerii sănătății populației.

Centrul organizează și coordonează activități în scopul realizării prevederilor actelor legislative, normative și directive, a programelor naționale complexe și cu destinație specială, colaborează cu organizațiile internaționale rezidente în Republica Moldova, neguvernamentale, cu instituții de învățământ și educație, din cultură, mass-media etc. la compartimentul educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață.

Centrul își desfășoară activitatea în colaborare cu specialiștii principali ai Ministerului Sănătății, instituțiile medico-sanitare publice republicane și teritoriale, instituțiile și întreprinderile altor ministere și departamente cointeresate.

În activitatea sa Centrul se călăuzește de Constituția Republicii Moldova, Legea ocrotirii sănătății a Republicii Moldova, Legea Republicii Moldova privind supavegherea de stat a sănătății publice nr. 10-XVI din 03 februarie 2009, Programul Național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015, aprobat prin Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova nr. 658 din 12 iunie 2007, de actele normative ale Ministerului Sănătății, Regulamentul Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă și de prezentul Regulament.

Centrul se află în subordinea vicedirectorului în probleme de promovare a sănătății, educație pentru sănătate, informație și management.

II. OBIECTIVELE ŞI ACTIVITĂŢILE PRINCIPALE ALE CENTRULUI

1. Elaborarea strategiei şi tacticii educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi promovării modului sănătos de viaţă, determinarea direcţiilor prioritare în profilaxia primară şi secundară a maladiilor, cu antrenarea în această activitate a instituţiilor de cercetări ştiinţifice, determinarea priorităţilor în educaţia pentru sănătate, reieşind din indicii morbidităţii populaţiei, datele demografice, circumstanţele ecologice şi epidemiologice.

2. Dirijarea organizator-metodică a activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, coordonarea activităţii instituţiilor medicale, a ministerelor, departamentelor şi serviciilor interesate de problemele profilaxiei maladiilor şi promovării modului sănătos de viaţă, în cadrul programelor naţionale complexe şi speciale de fortificare a sănătăţii publice.

3. Determinarea şi evaluarea cauzelor şi consecinţelor raportului "sănătatea populaţiei – modul de trai", elaborarea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi a recomandărilor practice privind corecţia comportamentului diferitelor grupe ale populaţiei în scopul asanării sănătăţii lor.

4. Participarea la elaborarea proiectelor actelor legislative, normative, instructiv-metodice, programelor naţionale complexe şi speciale din domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

5. Studierea şi generalizarea formelor şi metodelor noi de activitate a instituţiilor medicale în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, implementarea elaborărilor instituţiilor de cercetări ştiinţifice, catedrelor Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie *N. Testemiţanu* în problemele asanării populaţiei, profilaxiei maladiilor, consolidării aspectelor medicale de promovare a modului sănătos de viaţă.

6. Propune spre examinare Consiliului Colegial al Ministerului Sănătăţii, în modul stabilit, problemele educaţiei pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă, în scopul derulării unei politici unice de asanare şi fortificare a sănătăţii populaţiei.

7. Dirijarea organizator-metodică a activităţii secţiilor şi cabinetelor de educaţie pentru sănătate ale CMP teritoriale şi ale IMSP, acordarea suportului consultativ la compartimentul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă;

8. Organizarea şi desfăşurarea, la nivelul Republicii Moldova, a măsurilor de prevenţie, ştiinţific argumentate, în profilaxia primară şi secundară a maladiilor, promovarea modului sănătos de viaţă, acordarea ajutorului metodic ministerelor şi departamentelor, organizaţiilor şi autorităţilor publice locale în realizarea acestor măsuri.

9. Participarea la instruirea şi formarea cadrelor medicale şi nemedicale

privind problemele de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

10. Conlucrarea activă cu mijloacele de informare în masă (televiziune, radio, presa republicană şi locală etc.) în scopul însuşirii de către populaţie a cunoştinţelor necesare din domeniul sanogenezei, protecţiei mediului, igienei individuale, prevenirii îmbolnăvirilor, evitării abuzului de medicamente şi alcool, abandonării drogurilor; cunoaşterii şi depistării timpurii a principalelor semne de boală, creării unei atitudini active faţă de sănătatea individuală şi colectivă.

11. Elaborarea şi editarea materialelor informaţionale, didactice, ilustrativ-informative pentru specialiştii din domeniu şi pentru populaţie, în scopul promovării cunoştinţelor medico-igienice despre promovarea sănătăţii şi profilaxia maladiilor.

III. STRUCTURA ŞI STATELE

a. Centrul este condus de şeful Centrului, care este numit şi destituit din funcţie de către directorul general al CNŞPMP la propunerea vicedirectorului în probleme de promovare a sănătăţii, educaţie pentru sănătate, informare şi management.

b. Structura şi statele Centrului sînt aprobate de directorul general la propunerea vicedirectorului CNŞPMP în probleme de promovare a sănătăţii, educaţie pentru sănătate, informare şi management.

Anexa 4

la ordinul Ministerului Sănătății
nr. 400 din 23 octombrie 2008

REGULAMENT-TIP
al Secției educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Secția educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață (în continuare – Secția) a centrului de medicină preventivă (CMP) municipal este o subdiviziune funcțională ce se află în subordonarea nemijlocită a medicului-șef al CMP municipal.

2. Secția este o structură a serviciului educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață și informație și activează în scopul organizării și coordonării activității de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață efectuat de IMSP și alte instituții și organizații, inclusiv din învățămînt, cultură, de mijloacele de informare în masă, organizațiile neguvernamentale etc. în scopul ridicării nivelului de cunoștințe medico-igienice al populației în domeniul sanogenezei, protecției mediului și prevenției bolilor, planificării familiei, formării și dezvoltării unor deprinderi corecte, care să promoveze sănătatea, în scopul creării unei poziții active față de sănătatea individuală și față de problemele sănătății publice.

3. În activitatea desfășurată Secția se conduce de Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice, nr. 10-XVI din 03 februarie 2009, Programul național și teritorial de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015, aprobat prin Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova nr. 658 din 12 iunie 2007, de actele normative ale Ministerului Sănătății, Regulamentul CMP municipal și de prezentul Regulament.

II. OBIECTIVELE ȘI ACTIVITĂȚILE PRINCIPALE ALE SECȚIEI

1. Elaborarea strategiei și tacticii în problemele educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață în teritoriul deservit, în comun cu specialiștii de profil și cu alte servicii, asigurînd direcțiile prioritare în profilaxia primară și secundară a maladiilor, precum și activitățile prioritare de educație pentru sănătate, reieșind din rezultatele analizei indicilor demografici și ai morbidității populației, din situația ecologică și epidemiologică din teritoriul deservit și din țară.

2. Organizarea și dirijarea activității IMSP din teritoriul deservit în probleme de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață.

3. Relevarea și evaluarea cauzelor și consecințelor nefavorabile a raportului "sănătatea populației - modul de trai", elaborarea măsurilor de educație pentru sănătate și a recomandărilor practice privind corecția comportării diferitelor grupe de populație.

4. Elaborarea materialelor instructiv-metodice, Programelor teritoriale complexe şi speciale ce ţin de educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

5. Determinarea direcţiilor prioritare, planificarea măsurilor în domeniul de educaţie pentru sănătate şi propagare a modului sănătos de viaţă, de instruire igienică, pregătirea specialiştilor din ramurile economiei naţionale în problemele sanitaro-igienice şi de educaţie pentru sănătate, reieşind din particularităţile teritoriale, indicii sănătăţii, situaţia epidemiologică etc.

6. Participarea la elaborarea programelor teritoriale speciale şi a documentelor directive, normative şi instructiv-metodice cu referinţa la problemele de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă.

7. Supravegherea şi monitorizarea îndeplinirii programelor teritoriale de educaţie pentru sănătate, elaborarea şi înaintarea, în ordinea stabilită, a recomandărilor privind desfăşurarea activităţii la compartimentul nominalizat, în scopul ocrotirii şi fortificării sănătăţii populaţiei.

8. Consultarea specialiştilor din sistemul de sănătate, învăţămînt, din departamente şi organizaţii, a populaţiei în probleme de educaţie pentru sănătate.

9. Implementarea noilor forme şi metode ce ţin de instruirea igienică a populaţiei, planificarea familială, propagarea cunoştinţelor medico-igienice, utilizînd rezultatele investigaţiilor sociologice şi ştiinţifico-practice.

10. Propunerea spre examinare Consiliului Medical, Consiliului Sanitaro-Epidemiologic, în modul stabilit, a problemelor educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, în scopul promovării unei politici unice de păstrare şi întărire a sănătăţii.

11. Conlucrarea activă cu mijloacele de informare în masă locale (televiziune, radio, presă) în educaţia pentru sănătate a populaţiei şi promovarea modului sănătos de viaţă, informarea sistematică a populaţiei privind situaţia în ocrotirea sănătăţii şi sanitaro-epidemiologică în teritoriu şi în ţară, în scopul însuşirii de către cetăţeni a cunoştinţelor necesare în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului, igienei individuale, prevenirii îmbolnăvirilor, evitării abuzului de medicamente şi alcool, abandonării drogurilor, cunoaşterii şi depistării timpurii a principalelor semne de boală; în scopul creării unei atitudini active faţă de sănătatea individuală şi cea colectivă.

12. Elaborarea, editarea şi distribuirea, pentru specialişti şi populaţie, a materialelor didactice, metodice, informative privind aspectele profilaxiei maladiilor şi promovării modului sănătos de viaţă.

13. Evidenţa şi controlul rezultatelor activităţii proprii şi a altor instituţii şi organizaţii, evidenţa operativă şi statistică, cu întocmirea dărilor de seamă la compartimentul nominalizat, în conformitate cu cerinţele legislaţiei în vigoare.

IV. STRUCTURA ŞI STATELE

1. Secţia este condusă de şeful secţiei, care este numit şi destituit din funcţie de către medicul-şef al Centrului de medicină preventivă municipal.

2. Statele Secţiei sînt aprobate de medicul-şef al Centrului de medicină preventivă municipal, reieşind din normativele stabilite de Ministerul Sănătăţii.

Anexa 5
la Ordinul Ministerului Sănătății
nr. 400 din 23 octombrie 2008

REGULAMENT-TIP
al Cabinetului educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă

I. DISPOZIŢII GENERALE

1. Cabinetul educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă (în continuare – Cabinetul) al centrului de medicină preventivă (CMP) raional este o structură funcţională şi se află în subordinea medicului-şef al CMP. Cabinetul îşi desfăşoară activitatea în colaborare cu IMSP teritoriale şi cu alte organizaţii, instituţii şi întreprinderi.

2. Cabinetul are menirea de a organiza şi coordona activitatea de educaţie pentru sănătate din teritoriu, în scopul prevenirii maladiilor, fortificării şi ameliorării sănătăţii populaţiei.

3. În activitatea sa Cabinetul se conduce de Legea Republicii Moldova privind supavegherea de stat a sănătăţii publice, nr. 10-XVI din 03 februarie 2009, şi de alte legi, de Programul teritorial de promovare a modului sănătos de viaţă pentru anii 2007-2015, aprobat prin Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova nr. 658 din 12 iunie 2007, de actele normative ale Ministerului Sănătăţii, Regulamentul CMP teritorial şi de prezentul Regulament, de hotărîrile medicului-şef sanitar de stat al raionului.

II. OBIECTIVELE ŞI ACTIVITĂŢILE PRINCIPALE ALE CABINETULUI

1. Determinarea direcţiilor prioritare în educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă, bazate pe analiza indicilor morbidităţii populaţiei din teritoriul deservit, de datele demografice şi situaţia sanitaro-epidemiologică.

2. Organizarea şi dirijarea activităţii IMSP din teritoriul deservit în probleme de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

3. Elaborarea măsurilor profilactice şi a recomandărilor practice privind schimbarea comportamentului pentru diferite grupe ale populaţiei, în scopul promovării sănătăţii.

4. Participarea la elaborarea programelor teritoriale de educaţie pentru sănătate şi a altor programe locale vizînd problemele ocrotirii sănătăţii, profilaxia bolilor, traumatismului etc.

5. Organizarea şi desfăşurarea în teritoriul deservit a acţiunilor de profilaxie primară şi secundară a maladiilor, acordarea suportului metodic instituţiilor nemedicale şi agenţilor economici în realizarea acestor acţiuni.

6. Participarea la pregătirea cadrelor medicale, a pedagogilor şi a altor specialişti privind problemele de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

7. Colaborarea activă cu mijloacele de informare în masă, pentru a familiariza populaţia cu problemele ocrotirii sănătăţii, situaţiei sanitaro-epidemiologice, profilaxiei maladiilor etc.

8. Elaborarea, editarea şi distribuirea, către specialişti şi populaţie, a materialelor didactice, metodice, informative privind aspectele profilaxiei maladiilor şi promovării modului sănătos de viaţă.

9. Evidenţa şi controlul rezultatelor activităţii proprii şi a altor instituţii şi organizaţii, evidenţa operativă şi statistică, cu întocmirea dărilor de seamă la compartimentul nominalizat, în conformitate cu cerinţele legislaţiei în vigoare.

III. STRUCTURA ŞI STATELE

1. Cabinetul este condus de medicul în educaţie pentru sănătate, care este numit şi destituit din funcţie de către medicul-şef al CMP raional.

2. Statele Cabinetului sînt aprobate de medicul-şef al CMP raional, conform normativelor stabilite de Ministerul Sănătăţii.

Anexa 6
la Ordinul Ministerului Sănătății
nr. 400 din 23 octombrie 2008

REGULAMENT-TIP
al Cabinetului educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă din IMSP raionale, municipale şi republicane

I. DISPOZIŢII GENERALE

1. Cabinetul educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață din instituțiile medico-sanitare publice (în continuare – Cabinetul) este o subdiviziune structurală a instituției medico-sanitare publice și funcționează în scopul obținerii unor rezultate optime în educația pentru sănătate și în promovarea modului sănătos de viață.

2. Cabinetul organizează, dirijează activitatea de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață a subdiviziunilor și lucrătorilor medicali ai instituției sanitare, în scopul ridicării nivelului de cultură igienică, realizării măsurilor de asanare în prevenirea maladiilor, fortificării și ameliorării sănătății populației.

3. Cabinetul este condus:

- în centrele medicilor de familie din raioanele de categoriile I-II și din municipiile Chișinău și Bălți, în spitalele cu 300 și mai multe paturi – de către medicul în educație pentru sănătate;
- în raioanele de categoria III și în alte instituții medico-sanitare de nivel raional – de către felcerul (asistentul medicului) în educație pentru sănătate

4. Cabinetul își desfășoară activitatea în corespundere cu prezentul Regulament și regulamentul instituției medico-sanitare publice respective.

II. OBIECTIVELE DE ACTIVITATE ALE CABINETULUI EDUCAŢIE PENTRU SĂNĂTATE ŞI PROMOVARE A MODULUI SĂNĂTOS DE VIAŢĂ DIN IMSP RAIONALE, MUNICIPALE ŞI REPUBLICANE

1. Planificarea activității de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață a instituției, cu antrenarea în această activitate a tuturor lucrătorilor medicali; determinarea priorităților educației pentru sănătate, reieșind din analiza indicilor morbidității, datele demografice, circumstanțele ecologice și sanitaro-epidemiologice etc.

2. Coordonarea şi dirijarea activităţii lucrătorilor medicali ai instituţiei în probleme de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

3. Participarea la elaborarea documentelor instructiv-educative, programelor complexe ale instituţiei ce ţin de educaţia pentru sănătate şi de promovarea modului sănătos de viaţă.

4. Organizarea şi realizarea în cadrul IMSP a măsurilor de educaţie pentru sănătate şi de promovare a modului sănătos de viaţă.

5. Participarea la pregătirea cadrelor medicale şi nemedicale în probleme de educaţie pentru sănătate.

6. Elaborarea pentru mass-media şi pentru populaţie a materialelor metodice şi informative privind educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

7. Asigurarea, în modul stabilit, a întocmirii planurilor de lucru anuale, trimestriale ale instituţiei, a dărilor de seamă despre activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

8. Colaborarea activă cu mijloacele de informare în masă (televiziune, radio, presă) în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, în scopul ridicării nivelului de cunoştinţe al populaţiei în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului, igienei individuale, prevenirii îmbolnăvirilor, evitării abuzului de medicamente şi alcool, abandonării drogurilor; cunoaşterii şi depistarii timpurii a principalelor semne de boală şi acordării primului ajutor; în scopul creării unei atitudini active faţă de sănătatea individuală şi cea colectivă.

III. STRUCTURA ŞI STATELE

1. Cabinetul este condus de medicul (felcerul) în educaţie pentru sănătate, care este numit sau destituit din funcţie de către medicul-şef al IMSP respective.

2. Statele Cabinetului sînt aprobate de medicul-şef al IMSP respective, conform normativelor în vigoare.

Anexa 7
la Ordinul Ministerului Sănătății
nr. 400 din 23 octombrie 2008

REGULAMENT-TIP
al Cabinetului copilului sănătos

I. DISPOZIŢII GENERALE

1. Cabinetul copilului sănătos (în continuare – Cabinetul) este o subdiviziune structurală a centrului medicului de familie şi a centrului de sănătate şi activează în scopul obţinerii unor rezultate optime în lucrul profilactic cu copiii mici în educaţia pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

2. În Cabinetul copilului sănătos activează un felcer şi o asistentă medicală cu pregătire specială în activităţi profilactice cu copiii şi în educaţia pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă.

3. Activitatea Cabinetului este dirijată de responsabilul de educaţie pentru sănătate al IMSP respective.

4. Cabinetul copilului sănătos îşi desfăşoară activitatea în corespundere cu prezentul Regulament, cu regulamentul IMSP respective.

II. ATRIBUŢIILE CABINETULUI COPILULUI SĂNĂTOS

1. Planificarea activităţii Cabinetului copilului sănătos, cu antrenarea în această activitate a medicilor de familie şi a asistenţilor medicilor de familie.

2. Organizarea în Cabinet a instruirii tinerilor părinţi, după un grafic stabilit şi aprobat de şeful CMF, CS.

3. Organizarea instruirii părinţilor privind îngrijirea şi educaţia copilului sănătos (regimul alimentar, educaţia fizică, călirea organismului etc.), precum şi educaţia pentru sănătate a părinţilor în prevenirea îmbolnăvirilor şi a devierilor de dezvoltare a copilului, în igiena personală, promovarea modului sănătos de viaţă etc. Organizarea instruirii părinţilor se va realiza prin diverse forme (individuale şi în grup) de educaţie pentru sănătate, inclusiv prin demonstrarea de filme, prin jocuri interactive, discuţii cu implicarea specialiştilot de profil etc.

4. Organizarea, în comun cu medicul de familie şi asistentul medicului de familie, a pregătirii copiilor pentru frecventarea instituţiilor preşcolare.

5. Colaborarea activă cu secţia educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a CMP teritorial, cu mijloacele de informare în

masă (televiziunea, radioul, presa) în problemele educației pentru sănătate și promovării modului sănătos de viață.

6. Organizarea și realizarea convorbirilor individuale sau în grup cu anumite grupuri de persoane în problemele promovării modului sănătos de viață.

7. Organizarea expozițiilor tematice, concursurilor materialelor de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață.

8. Evidența activității Cabinetului copilului sănătos, selectarea și acumularea materialelor informative, metodice, didactice, demonstrative în problemele de dezvoltare, îngrijire și educație a copilului sănătos, dintre care sînt obligatorii următoarele:

1. Carnetul de dezvoltare a copilului;

2. Tabelul-schemă al alimentației naturale și artificiale a copiilor sub 1 an;

3. Expoziția privind alimentația sugarului și a copilului de vîrstă fragedă;

4. Tabelul cu prezentarea indicilor de dezvoltare fizică și neuropsihică a copiilor;

5. Panouri cu complexe de masaj și gimnastică, de exerciții fizice pentru copiii de vîrstă fragedă;

6. Panouri cu scheme de călire a copiilor;

7. Panouri cu jucării improvizate, promovate în Programul Conduita Integrată a Maladiilor la Copii (CIMC);

8. Panouri cu semnele de pericol, menționate în CIMC;

9. Expoziții ale obiectelor de îngrijire a copiilor, de igienă personală, de îmbrăcăminte, jucării pentru copii de diferite vîrste;

10. Set de recomandări metodice ale Ministerului Sănătății vizînd principalele probleme în lucrul profilactic cu copiii sănătoși;

11. Manuale și ghiduri pentru părinți și copii, casete video, CD, DVD cu materiale video de îngrijire etc.

9. Monitorizarea activităților la acest capitol ale tuturor lucrătorilor medicali din IMSP respectivă.

III. STRUCTURA ȘI STATELE

1. Cabinetul este condus de felcer/asistent al medicului, cu pregătire specială în probleme de educație pentru sănătate, care este numit sau destituit din funcție de către medicul-șef al IMSP respective.

2. Statele Cabinetului copilului sănătos sînt aprobate de medicul-șef al IMSP respective, conform normativelor în vigoare.

Anexa 8

la Ordinul Ministerului Sănătăţii
nr. 400 din 23 octombrie 2008

NORMATIVELE
aproximative de calculare a timpului necesar lucrătorilor medicali pentru realizarea activităţilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă

Nr. d/o	Forma de activitate (lecţie, convorbire, serată de întrebări şi răspunsuri, serată tematică, informaţie prin radio, emisiune televizată, distribuirea literaturii etc.)	Timpul necesar
1.	Lecţia susţinută în instituţiile de cultură, de învăţământ mediu şi superior, în întreprinderi, organizaţii etc.	2 ore
2.	Participarea la discursuri, conferinţe pedagogice în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă	2 ore
3.	Lecţia susţinută în cadrul instituţiilor medicale	1 oră
4.	Pregătirea textului lecţiei pentru multiplicare	3 ore
5.	Convorbirea în grup, întreţinută în exteriorul instituţiei medicale	1 oră
6.	Convorbirea în grup, întreţinută în cadrul instituţiilor medicale	30 min.
7.	Participarea la organizarea unei serate de întrebări şi răspunsuri	2 ore
8.	Participarea la organizarea unei serate tematice	2 ore
9.	Audienţa profilactică a unui grup omogen de bolnavi în cadrul policlinicii	2 ore
10.	Pregătirea auditoriului, mijloacelor tehnice şi întreprinderea unor măsuri organizatorice pentru ţinerea unei lecţii, organizarea serei de întrebări şi răspunsuri, seratei tematice etc.	1 oră 30 min.
11.	Susţinerea prelegerii în cadrul diferitelor "Şcoli ale sănătăţii", centre pentru tineri etc.	2 ore
12.	Pregătirea materialelor pentru buletinul sanitar	3 ore
13.	Elaborarea materialelor pentru sursele mass-media	3 ore
14.	Pregătirea unui răspuns competent, adecvat pentru panoul de întrebări şi răspunsuri	30 min.
15.	Elaborarea materialelor pentru "Ungheraşul sănătăţii"	2 ore
16.	Înnoirea periodică a "Ungheraşului sănătăţii"	1 oră
17.	Pregătirea olimpiadelor, sărbătorilor sănătăţii, victorinelor etc. în cadrul instituţiilor de învăţământ	4 ore
18.	Participarea la seminare, consfătuiri cu lucrătorii medicali, pedagogii, lucrătorii din alte ramuri ale economiei naţionale privind educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă	2 ore
19.	Pregătirea materialelor pentru editarea unei agende	4 ore

Anexa 9

la Ordinul Ministerului Sănătăţii
nr. 400 din 23 octombrie 2008

LISTA-MODEL
a dotării secţiei, cabinetului de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă din CMP teritoriale

Nr. d/o	Denumirea utilajului	Numărul de unităţi
1.	Calculator	2
2.	Notebook	1
3.	Videoproiector	1
4.	Televizor	1
5.	CD/DVD player	1
6.	Audiomagnetofon	1
7.	Aparat de radio	1
8.	Codoscop	1
9.	Dictofon	1
10.	Videocameră	1
11.	Microfon	1
12.	Fotoaparat	1
13.	Ecran	1
14.	Dischete, CD-uri, birotică	la necesitate
15	Accesorii (mese pentru calculator, printer, xerox, acces la internet etc.)	la necesitate
16	Mobilă de birou (mese, fotolii, scaune, dulapuri etc.)	la necesitate
17.	Literatură metodică: broşuri, conspecte de lecţii, culegeri metodice, ghiduri, agende etc. privind organizarea educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă	
18.	Fondul bibliotecii – ediţii ştiinţifice şi periodice, monografii, culegeri, ghiduri, manuale, broşuri, reviste etc. la următoarele compartimente: - literatură medicală pe diferite specialităţi; - literatură de promovare a cunoştinţelor medico-igienice - dicţionare - ziare, reviste etc.	

LISTA ABREVIERILOR

BDA – boli diareice acute
BR OMS-EURO – Biroul Regional al Organizației Mondiale a Sănătății pentru Europa
CD – compact disc
CIMC – Conduita Integrată a Maladiilor la Copii (Program)
CMP – centru de medicină preventivă
CNMS – Centrul Național de Management în Sănătate
CNSP – Centrul Național de Sănătate Publică
CNȘPMP – Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă
CSP – centru de sănătate publică
CSPSPMS – Centrul Științifico-Practic de Sănătate Publică și Management Sanitar
DPSMP – Direcția Promovarea Sănătății și Medicină Preventivă
DS – Direcția sănătate
DSAS – Direcția sănătate și asistență socială
DVD – videodisc digital
EPS – educație pentru sănătate
E–R – emițător – receptor
IMSP – instituție medico-sanitară publică
ITS – infecții cu trasmitere sexuală
MOB – medicina omului bolnav
MOS – medicina omului sănătos
MSV – mod sănătos de viață
OMCT – ocrotirea mamei, copilului și tineretului
OMS – Organizația Mondială a Sănătății
ONU – Organizația Națiunilor Unite
PMSV – promovarea modului sănătos de viață
PS – promovarea sănătății
RM – Republica Moldova
SEPS și PMSV – Serviciul de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață
SGAF – Studiul global al adolescenților despre fumat
SR – spital republican
SSPT – servicii de sănătate prietenoase tinerilor
UE – Uniunea Europeană
UNDP – Programele Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD)
UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organizations
UNICEF – United Nations Children's Fund
USMF – Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*