

614

F91

Grigore FRIPTULEAC

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ȘI EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE

(teorie și practică)

614
571

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMITĂNU”

Grigore FRIPTULEAC

**PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII
ȘI EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE**
(teorie și practică)

751204

Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemitanu”
Spitalul Universitar Medicală

SL2

Chișinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2018

Aprobat de Consiliul de Management al Calității
al USMF Nicolae Testemițanu, proces-verbal nr. 1 din 19.10.17

Autor coordonator științific:

Grigore Friptuleac, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar,
Om Emerit

Au colaborat cu drept de coautori:

Sergei Cebanu, doctor în științe medicale, conferențiar universitar
Angela Cazacu-Stratu, doctor în științe medicale, conferențiar universitar
Raisa Deleu, doctor în științe medicale, conferențiar universitar
Alexei Chirlici, doctor în științe medicale, conferențiar universitar
Victor Meșina, doctor în științe medicale, conferențiar universitar
Vladislav Rubanovici, doctor în științe medicale, asistent universitar
Victor Băbălău, asistent universitar

Recenzenți:

Nicolae Opopol, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, membru-
corespondent al Academiei de Științe a Moldovei;

Constantin Ețco, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar.

Redactor: *Silvia Donici*

Machetare computerizată: *Oksana Muntian*

Manualul „Promovarea sănătății și educația pentru sănătate” cuprinde unele dintre cele mai importante probleme ale promovării sănătății și educației pentru sănătate. În manual sunt abordate cele mai importante aspecte necesare în activitatea cotidiană a medicilor pentru obținerea unor indici cât mai favorabili de sănătate umană.

Prezentul manual este destinat pentru instruirea studenților Facultății Medicină Preventivă, facultăților de Medicină, Stomatologie și Farmacie ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Sperăm că materialul expus va fi util, de asemenea, rezidenților, tuturor medicilor la etapa de instruire medicală continuă.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Friptuleac, Grigore.

Promovarea sănătății și educația pentru sănătate: (teorie și practică) / Grigore Friptuleac; coaut.: Serghei Cebanu [et al.]; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2018. – 332 p.: tab.

Bibliogr.: p. 323-332 (158 tit.). – 100 ex.

ISBN 978-9975-82-102-5.

613/614

F 91

CUPRINS

<i>Capitolul 1.</i> Promovarea sănătății: concepte, principii și strategii. Baza legislativă în domeniul promovării sănătății	7
<i>Capitolul 2.</i> Strategiile și tehnicile de comunicare în promovarea sănătății.....	30
<i>Capitolul 3.</i> Factorii de mediu și probleme de promovare a sănătății.....	52
<i>Capitolul 4.</i> Promovarea sănătății la locul de muncă și educația pentru sănătate a angajaților din ramurile economiei naționale.....	69
<i>Capitolul 5.</i> Amenințările globale asupra sănătății și activități de promovare a sănătății.....	89
<i>Capitolul 6.</i> Promovarea sănătății în domeniul alimentației și nutriției	108
<i>Capitolul 7.</i> Siguranța alimentelor – element al promovării sănătății.....	133
<i>Capitolul 8.</i> Modul/stilul de viață și calitatea vieții populației.....	154
<i>Capitolul 9.</i> Activități de promovare a sănătății în combaterea tabagismului și alcoolismului.....	174
<i>Capitolul 10.</i> Promovarea sănătății la nivel comunitar	207
<i>Capitolul 11.</i> Promovarea sănătății în prevenirea bolilor netransmisibile	225
<i>Capitolul 12.</i> Promovarea sănătății în prevenirea bolilor cardiovasculare	254
<i>Capitolul 13.</i> Activitățile de promovare a sănătății în prevenirea cancerului	275
<i>Capitolul 14.</i> Promovarea sănătății și educația pentru sănătate în instituțiile preșcolare și preuniversitare	302
Bibliografie	323

INTRODUCERE

Din politicile elaborate și promovate de Organizația Mondială a Sănătății și de ministerele sănătății naționale reiese că o deosebită importanță pentru asigurarea sănătății are promovarea sănătății și educația pentru sănătate. Activitățile în acest domeniu prezintă un mijloc de a asigura fiecărui individ o viață socială și economică productivă. Accentul se pune pe starea bună de sănătate.

Conform Chartei de la Ottawa privind promovarea sănătății, acesta este procesul care oferă individului și colectivităților posibilitatea de a-și crește controlul asupra determinantilor sănătății și, prin aceasta, de a-și îmbunătăți starea de sănătate. Promovarea sănătății reprezintă o strategie de mediere între individ și mediu, combinând alegerea personală cu responsabilitatea socială și având drept scop asigurarea pe viitor a unei mai bune stări de sănătate.

Promovarea sănătății, parte componentă a sănătății publice, element esențial al dezvoltării sănătății, este definită de OMS ca „*proces de împuternicire a persoanelor de a deține control asupra sănătății lor și de a o îmbunătăți*”.

În Declarația de la Jakarta (Indonezia) a fost specificat rolul fundamental al creării unei infrastructuri pentru promovarea sănătății. Această Declarație include 5 priorități:

- sporirea responsabilității sociale pentru sănătate;
- sporirea investițiilor pentru dezvoltarea sănătății;
- dezvoltarea colaborării (parteneriatelor) în promovarea sănătății;
- fortificarea capacităților comunității și împuternicirea individului;
- crearea infrastructurilor pentru promovarea sănătății.

La conferința a VI-a în domeniul promovării sănătății de la Bangkok (Tailanda), din 2005, a fost adoptată Charta de la Bangkok în care sunt stipulate strategiile și activitățile în domeniul promovării sănătății adresate factorilor determinanți ai sănătății într-o lume globalizată. În discursul de la ceremonia de deschidere a conferinței, prim-ministrul

Tailandei, Dr. Thaksin Shinawatra, a menționat: „Sănătatea bună este cheia progresului. În societățile unde populația este sănătoasă, comunitățile sunt sigure de progres în multe domenii. Construirea sănătății a devenit o prioritate pentru programele de dezvoltare națională și globală”.

Până în anii 90 ai sec. XX exista noțiunea de „educație sanitară”, ceea ce însemna de fapt promovarea sănătății și educația pentru sănătate. Problema educației sanitare în țara noastră a fost pusă în primii ani după cel de-al Doilea Război Mondial, iar serviciul de educație sanitară s-a organizat în cadrul Ministerului Sănătății. Mai târziu, în anii 50 ai sec. XX, s-a înființat Casa de Educație Sanitară a Ministerului Sănătății. Concomitent a fost fondată Casa de Educație Sanitară a or. Chișinău și cabinete respective în raioanele republicii. Astfel s-a creat un sistem de educație sanitară de stat, s-au elaborat planuri de acțiune antiepidemică, prioritățile și programele de educație sanitară.

După obținerea independenței republicii, activitățile în domeniul promovării sănătății se bazează pe strategiile fundamentale pentru succesul promovării sănătății, stabilite prin Charta de la Ottawa din 1986 pentru Promovarea Sănătății: elaborarea politicilor de sănătate publică, crearea unui mediu favorabil, intensificarea acțiunii comunitare, dezvoltarea deprinderilor individuale și reorientarea serviciilor de sănătate.

Odată cu reformarea Serviciului de Sănătate Publică în cadrul Centrului Național de Sănătate Publică a fost creat Centrul promovarea sănătății și comunicare cu două subdiviziuni (secția promovarea sănătății și serviciul de presă și relații cu publicul). În Centrele de Sănătate Publică municipale și raionale sunt create secții de promovare a sănătății. Personalul Centrului a fost format din specialiști în sănătate publică, sociologi, psihologi, filologi și asistente medicale.

În Legea Republicii Moldova privind supravegherea de stat a sănătății publice noțiunea de promovare a sănătății este definită ca un „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 posibilități 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”.

Dintre inițiativele apropiate după scop și conținut de activitățile de promovare a sănătății sunt „Programul Național de Educație pentru să-

nătate și promovare a modului sănătos de viață” (Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1000 din 28.09.1998), Programul național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015 (Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 58 din 12.06.2007), Programul Național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020 (Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1000 din 23.08.2016).

Obiectivele specifice ale Programului sunt următoarele: 1) modificarea atitudinii și îmbunătățirea cunoștințelor în domeniul promovării sănătății la adulți cu cel puțin 30%, la adolescenți și tineri cu cel puțin 50% către anul 2020; 2) consolidarea către anul 2020 a capacităților de până la 80% a specialiștilor din sectorul sănătății și până la 50% a specialiștilor din sectorul educației privind planificarea și implementarea acțiunilor de promovare a sănătății la nivel național și local; 3) elaborarea către anul 2017 a suportului metodologic privind crearea unor medii favorabile promovării modului sănătos de viață în instituțiile de educație, la locul de muncă și în comunitate; 4) reducerea prevalenței inactivității fizice cu 5% către anul 2020 prin promovarea și încurajarea activității fizice zilnice la toate etapele vieții, evitând inechitățile.

Capitolul 1. PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII: CONCEPTE, PRINCIPII ȘI STRATEGII. BAZA LEGISLATIVĂ ÎN DOMENIUL PROMOVĂRII SĂNĂTĂȚII

Probabil nici un alt termen nu a fost folosit mai frecvent în ultimele decenii ca cel de „promovare a sănătății”. La moment acesta este unul dintre cei mai populari și necesari termeni în documentele, declarațiile, recomandările și liniile directoare ale Organizației Mondiale a Sănătății. Documentele naționale și regionale, care propagă principiile de promovare a sănătății în legislație, planurile și programele lor, noile programe de formare profesională, sunt oferite pentru promotorii sănătății, asociațiile de sănătate publică care includ *promovarea sănătății* în titlurile existente etc.

Ideea de promovare a sănătății nu este ceva nou, ci o continuare și modificare reformatoare a fostei educații sanitare. Aceasta reprezintă o integrare a cunoștințelor acumulate în domenii precum dezvoltare comunitară, educație pentru sănătate, asistență socială, științe politice și marketing social.

Promovarea sănătății și educația pentru sănătate prezintă o știință și artă relativ nouă despre viață sănătoasă și respectarea comportamentului igienic. Ea se ocupă cu studierea comportamentului igienico-sanitar al populației în interacțiunea cu mediul de existență. Istoria medicinei este dominată de 2 opțiuni absolut contrare: promovarea sănătății și vindecarea bolii.

Promovarea sănătății este o parte componentă a sănătății publice fiind un proces de creare a posibilităților pentru populație de a îmbunătăți sănătatea sa și a fortifica controlul asupra ei (OMS, 1986).

În revista americană *American Journal of Health Promotion*, în 1989, a fost publicată următoarea definiție: Promovarea sănătății este știința și arta de a ajuta populația să-și schimbe stilul de viață pentru a-și asigura o stare optimă de sănătate.

Așadar, *promovarea sănătății* este o strategie de ameliorare a sănătății populaționale prin asigurarea *individului, grupurilor și comunității*

lor cu instrumente care să le permită luarea unor decizii informate referitoare la bunăstarea proprie. Eforturile de promovare a sănătății sunt centrate în mod predominant asupra factorilor: sociali, fizico-economici, politici, care afectează sănătatea, incluzând activități ca promovarea sănătății fizice, nutriție sanogenă etc.

Promovarea sănătății este un element vital care definește „o nouă eră” a sănătății publice. Una din componentele principale ale promovării sănătății este educația pentru sănătate – sistem ce cuprinde conștiința stării de sănătate, procesul de predare/învățare; participare activă.

Promovarea sănătății și educația pentru sănătate a populației prezintă o disciplină de sine stătătoare care îmbină științele medicale, sociale și educaționale. Este o ramură a medicinei profilactice și servește ca mijloc eficient pentru a preveni și combate o serie de boli transmisibile și netransmisibile, unele vicii și a promova permanent modul sănătos de viață.

În linii generale, promovarea sănătății include o totalitate de activități nemedicale, mai puțin medicale, orientate spre schimbarea, în caz de necesitate, a stilului de viață, alimentației, mediului ambiant și prevenirea bolilor.

Scopul promovării sănătății este de a contribui la menținerea sănătății populației pe o durată cât mai lungă prin încurajarea și susținerea schimbărilor benefice ale stilului de viață, alimentației și mediului. Evident, include și modificările structurale social-economice pentru modificarea priorităților medicinei, orientând-o cu precădere către menținerea și apărarea sănătății individuale și colective, prin intervenția unui sistem de măsuri complexe și cooperarea conștientă a populației.

Scopul educației igienice este sporirea gradului de cunoștințe igienice (culturalizarea igienică) a populației și utilizarea lor pentru a promova permanent o stare de bună sănătate și un mod sănătos de viață.

Sarcinile principale ale PS și ES sunt însușirea de către populație a cunoștințelor igienice, necesare pentru:

- Menținerea și fortificarea propriei sănătăți, astfel ca ocrotirea sănătății să devină obligația tuturor;
- Respectarea regulilor igienei personale și alimentației echilibrate, protecția mediului ambiant, prevenirea bolilor și dereglărilor;
- Organizarea rațională a regimului de activitate și odihnă, evitarea surmenajului;

- Excluderea abuzului de nicotină, alcool, medicamente, droguri ș.a.
- Identificarea (cunoașterea) principalelor semne de boală și acordarea primului ajutor medical în caz de necesitate;
- Prevenirea traumelor, afecțiunilor ș.a.

Foarte des, *promovarea sănătății* ca termen este asociat cu *educația pentru sănătate*. Din punct de vedere istoric s-a trecut de la educația pentru sănătate la promovarea sănătății. Inițial scopul educației pentru sănătate a fost de a-i face pe oameni conștienți de consecințele comportamentului lor asupra sănătății. Oamenii erau considerați „vase goale”, care prelucrează logic informația și, ulterior, acționează corespunzător. Se credea că dacă vei oferi persoanelor cunoștințe, acestea ar putea lua decizii bune în ceea ce privește sănătatea lor. În anii șaptezeci ai secolului trecut perceperea termenului a evoluat, constatându-se că doar oferirea de informații nu este suficientă.

Pentru a putea duce o viață sănătoasă, motivația individuală, abilitățile și influența mediului social au fost recunoscute ca factori determinanți foarte importanți.

Populația trebuie să fie încurajată, educată, instruită și să aibă facilități pentru ași îmbunătăți sănătatea și de a schimba mediul în care trăiește. Întrucât indivizii nu pot fi izolați de mediul lor social și comportamentul nu poate fi izolat din contextul dat, abordarea profesioniștilor din domeniul sănătății s-a schimbat de la educația pentru sănătate la promovarea sănătății.

În Glosarul de Promovare a Sănătății este specificat că „*Educația pentru sănătate*” nu se ocupă doar de comunicarea de informații, dar și de promovarea motivației, abilităților și încrederii (autoeficacitate) necesare de a lua măsuri pentru a îmbunătăți sănătatea. Educația pentru sănătate include comunicarea de informații privind condițiile sociale, economice și de mediu care influențează sănătatea precum și factorii de risc individuali, comportamentele de risc și sistemul de îngrijire a sănătății.

Astfel, educația pentru sănătate poate implica comunicarea de informații și dezvoltarea unor abilități care demonstrează fezabilitatea politică și posibilitățile de organizare a diferitor forme de acțiune pentru remedierea determinantilor de sănătate sociali, economici și de mediu. În trecut, educația pentru sănătate a fost utilizată ca termen ce cuprinde o gamă mai largă de acțiuni, inclusiv mobilizarea socială și răspândirea informației. Aceste metode sunt acum cuprinse în termenul *promovarea*

sănătății și în definiția mai restrânsă a educației pentru sănătate propusă aici pentru a observa deosebirile.

O provocare suplimentară este relația dintre *sănătatea publică și promovarea sănătății*. Sănătatea publică (de foarte multe ori tradusă din engleză ca îngrijire a sănătății publice) a evoluat de la disciplinele din trecut de igienă, medicină preventivă și socială cu accent pe responsabilitatea de stat pentru îngrijirea sănătății populației/națiunilor, în special a sectorului de sănătate și a profesioniștilor din domeniul medical. În timpul tranzacțiilor politice, sociale și economice, termenul „noua sănătate publică a fost folosit tot mai frecvent de un nou val de activiști în sănătatea publică nemulțumiți de abordările tradiționale și demodate ale educației pentru sănătate și prevenirea bolilor”. Majoritatea profesioniștilor consideră că termenul de promovare a sănătății este un instrument în sănătatea publică care are scopul de a facilita schimbările.

Orice definiție de promovare a sănătății ar trebui să se bazeze pe cea propusă de Marc Lalonde, în 1974, în studiul „O nouă perspectivă asupra sănătății canadienilor”: promovarea sănătății este o strategie-cheie „care vizează informarea, influențarea și asistarea atât a persoanelor fizice, cât și a organizațiilor astfel încât acestea vor fi mai responsabile și mai active în materie ce afectează sănătatea mentală și fizică”.

Câțiva ani mai târziu, Departamentul de Educație pentru Sănătate și Bunăstare a SUA a lărgit înțelegerea modernă a promovării sănătății afirmând că este „o combinație a educației pentru sănătate asociată cu programele organizatorice, politice și economice proiectate pentru a susține schimbările în comportament și în mediul care va îmbunătăți sănătatea”. În această definiție se subliniază mai clar abordarea integrată, la mai multe niveluri, a intervenției promovării sănătății și a obiectivelor acestui proces: îmbunătățirea sănătății.

Recenta conceptualizare a promovării sănătății, care corespunde definiției OMS actualizate, cuprinsă în Charta de la Ottawa pentru Promovarea Sănătății (1986), subliniază unul dintre principiile cardinale, considerat drept instrument în acțiunea individuală pentru îmbunătățirea sănătății.

Axându-se mai mult pe finalități, caracteristici de parteneriat sau de proces, dincolo de toate aceste definiții există aceleași valori ca echitatea, participarea și responsabilitatea, orientate spre același scop – îmbunătățirea sănătății și bunăstării la nivel individual și social.

Revizuirea definițiilor de promovare a sănătății realizate de Rootman și colegii săi au arătat că definițiile și conceptele de promovare a sănătății au fost diferite în scopuri, obiective, procese și acțiuni (tab. 1).

Tabelul 1

Definițiile Promovării sănătății

Sursa și anul	Promovării sănătății
Lalonde, 1974	O strategie „care are drept scop informarea, influențarea și asistarea atât a persoanelor fizice, cât și a organizațiilor, astfel încât acestea își vor asuma mai multe responsabilități și vor fi mai active în soluționarea problemelor ce afectează sănătatea mentală și fizică”
Departamentul de Sănătate, Educație și Bunăstare al SUA, 1979	„O combinație de educația pentru sănătate și programe ce țin de organizare, politică și economie care au menirea să susțină schimbările în comportament și în mediu care vor îmbunătăți sănătatea”
Green, 1980	„Orice combinație de educație pentru sănătate și intervenții ce țin de organizare, politică și economie menite să faciliteze schimbările comportamentale și de mediu care vor îmbunătăți sănătatea”
Green & Iverson, 1982	„Orice combinație de educație pentru sănătate și suporturi ce țin de organizare, economie și mediu pentru comportament favorabil pentru sănătate”
Perry & Jessor, 1985	„Punerea în aplicare a eforturilor de promovare a îmbunătățirii sănătății și bunăstării în toate cele patru domenii de sănătate (fizică, socială, psihologică și personală)”
Nutbeam, 1985	„Procesul de a permite oamenilor să sporească controlul asupra factorilor determinanți ai sănătății, astfel îmbunătățindu-și sănătatea lor”
OMS, 1984, 1986	„Procesul de a permite oamenilor să sporească controlul asupra sănătății lor și de a o îmbunătăți”
Goodstadt și colab., 1987	„Menținerea și îmbunătățirea nivelurilor actuale ale sănătății prin punerea în aplicare a programelor, serviciilor și politicilor eficiente”

Kar, 1989	„Progresul bunăstării și evitarea riscurilor de sănătate prin atingerea unor niveluri optime ale factorilor determinanți de sănătate comportamentali, sociali, de mediu și biomedicali”
O' Donnell, 1989	„Știința și arta de a ajuta oamenii să-și aleagă stilul lor de viață și de a se îndrepta spre o stare de sănătate optimă”
Labont'e & Little, 1992	„Orice activitate sau program conceput pentru a îmbunătăți condițiile de viață sociale și de mediu, astfel încât experiența ce ține de bunăstare să fie în creștere”

Sursa: Rootman și alți., 2001

Majoritatea definițiilor exprimă rezultatul dorit (scopul final) în ceea ce privește îmbunătățirea sănătății sau bunăstare, deși câteva propun menținerea sănătății drept un scop. Doar câteva definiții identifică procesul drept un cuvânt-cheie, după cum este definiția oficială oferită în Glosarul de Promovare a Sănătății: *Promovarea sănătății este procesul ce constă în a permite oamenilor să sporească controlul asupra factorilor determinanți ai sănătății și, prin urmare, să-și îmbunătățească sănătatea lor.*

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) subliniază (1986) că sănătatea este mult prea importantă pentru a fi lăsată numai practicienilor din domeniul sanitar; educația și elaborarea de politici trebuie să fie centrate pe dezvoltarea sănătății la nivel individual, comunitar și național.

Dezvoltarea promovării sănătății: din Ottawa până în Bangkok

Deși ideea de promovare a sănătății nu este una nouă, dezvoltarea ei ca un domeniu organizat poate fi urmărită din 1974, când Marc Lalonde, ministrul sănătății canadian din acea perioadă, a publicat un document intitulat „O nouă perspectivă asupra sănătății canadienilor”. Acesta a fost primul document politic elaborat de un guvern național pentru a identifica promovarea sănătății drept o strategie-cheie. Abordarea dată ar putea fi folosită de către guverne, organizații, comunități și persoane fizice.

În 1986, prima conferință internațională în domeniul promovării sănătății a aprobat Charta de la Ottawa pentru Promovarea Sănătății. După Charta de la Ottawa, mișcarea de promovare a sănătății a devenit un cadru complementar de accentuare tradițională privind protecția sănătății și prevenirea bolilor.

Charta de la Ottawa a clarificat conceptul de promovare a sănătății, subliniind condițiile și resursele necesare pentru sănătate și identificând acțiunile-cheie și strategiile de bază pentru a continua politica de sănătate pentru toți membrii OMS. Charta a identificat premisele pentru sănătate – pacea, un ecosistem stabil, justiția socială și echitatea, și resursele – educația, alimentația și venitul. De asemenea Charta a subliniat rolul organizațiilor, sistemelor și comunităților precum și a comportamentelor și capacităților individuale în crearea de oportunități și opțiuni pentru o sănătate mai bună.

Deși unii descriu Charta ca fiind un cadru de referință, orientare, direcție, un instrument de intervenție pentru a fi utilizat direct în practică, ea trebuie percepută ca un instrument conceptual sau teoretic.

Charta a stabilit cinci strategii fundamentale pentru succesul promovării sănătății:

- elaborarea politicilor de sănătate publică;
- crearea unui mediu favorabil;
- intensificarea acțiunii comunitare;
- dezvoltarea deprinderilor individuale;
- reorientarea serviciilor de sănătate.

După conferința de la Ottawa, Organizația Mondială a Sănătății a organizat, în parteneriat cu guvernele și asociațiile naționale, o serie de conferințe axate pe fiecare dintre cele cinci strategii de promovare a sănătății expuse la Ottawa.

Construirea unei politici în domeniul sănătății a fost explorată detaliat la cea de-a doua conferință internațională privind promovarea sănătății de la Adelaide. Recomandările acestei conferințe privind politicile publice în domeniul sănătății au cerut angajamentul politic pentru sănătate din partea tuturor sectoarelor.

Scopul celei de-a treia conferințe internaționale de la Sundsvall privind promovarea sănătății a fost de a crea medii sigure. S-a ajuns la concluzia că mediile, chiar și cele fizice, sociale, economice sau politice, pot fi făcute mult mai sigure pentru sănătate. Declarația acestei conferințe privind mediile sigure pentru sănătate a remarcat importanța dez-

voltării durabile și a solicitat acțiune socială la nivel comunitar în calitate de forță motrice a dezvoltării. Această declarație a contribuit la dezvoltarea Agendei 21.

Toate aceste conferințe, de la Adelaide, Sundsvall și Jakarta, au subliniat necesitatea evaluării impactului politicii asupra stării de sănătate, precum și necesitatea colaborării și dezvoltării parteneriatului pentru o nouă alianță de sănătate, pentru angajamentul de sănătate publică la nivel mondial; guvernele trebuie să investească resurse în politici publice ce țin de sănătate și promovarea sănătății în scopul îmbunătățirii stării de sănătate a tuturor cetățenilor lor, asigurând populația cu acces la strictul necesar pentru o viață sănătoasă și satisfăcătoare, acordând prioritate grupurilor defavorizate și vulnerabile, și recunoscând culturile unice ale popoarelor indigene, minorităților etnice și imigranților. Cele trei conferințe au oferit oportunitatea de a reflecta asupra celor învățate despre promovarea eficientă a sănătății, de a reexamina factorii determinanți ai sănătății precum și de a identifica direcțiile și strategiile care sunt necesare pentru a face față provocărilor de promovare a sănătății în sec. XXI, enumerând cinci domenii prioritare.

La cea de-a patra conferință internațională de la Jakarta privind promovarea sănătății a fost evaluat impactul Chartei de la Ottawa și determinate posibilele persoane care ar putea face față provocărilor globale. La această conferință au fost implicate țările în curs de dezvoltare și sectorul privat.

În Charta de la Bangkok de Promovare a Sănătății într-o lume globalizată au fost identificate 4 angajamente noi: considerarea promovării sănătății centrată în agenda globală de dezvoltare drept o responsabilitate primordială pentru toate guvernele, un element-cheie al comunităților și al societății civile și o cerință pentru bune practici corporative.

Modurile (tipurile) de prevenție și caracteristica lor

În medicina contemporană pentru prevenția maladiilor sunt 4 direcții principale de cercetare și acțiune:

- Promovarea sănătății;
- Prevenția primară;
- Prevenția secundară;
- Prevenția terțiară.

**Modurile de prevenție și activitățile principale în raport cu starea sănătății
(V. Chicu și coaut., 2006 și modificarea noastră)**

Starea sănătății	Modurile de prevenție	Activitățile principale
Populația sănătoasă	Promovarea sănătății	Propagarea modificărilor sănătoase ale condițiilor de existență, a stilului de viață, comportamentului, alimentației și mediului, care reduc riscurile individuale și creează un mediu ambiant sănătos
	Prevenție primară	Prevenirea specifică a apariției bolii
Boală acută	Prevenție secundară	Screeningul (în mediul populației) sau depistarea precoce a cazurilor și administrarea promptă a unui tratament eficient pentru a stopa dezvoltarea, a scurta durata sau a evita complicațiile oricărui proces patologic
Boală cu manifestări cronice	Prevenție terțiară	Prevenirea agravării stării sănătății în urma sechelelor bolii; recuperarea și menținerea funcției optime odată ce boala s-a instalat (recuperarea funcțională).

Elementele principale ale promovării sănătății:

- luarea în calcul a populației întregi în cadrul abordării unor probleme sanitare habituale precum și a anumitor grupuri ale populației (grupuri-țintă) cu risc sporit pentru anumite maladii;
- acțiunea directă asupra factorilor de risc sau cazurilor bolilor;
- efectuarea activităților de cercetare a factorilor de risc care afectează sănătatea comunității;

➤ elaborarea măsurilor adecvate de reducere a riscurilor pentru sănătate, informarea și educarea populației, elaborarea și implementarea bazei legislative, măsurilor fiscale, modificărilor organizatorice prin dezvoltarea comunității și organizarea activităților locale;

➤ participarea activă a comunității la identificarea problemelor majore de sănătate și alegerea acțiunilor necesare;

➤ protecția mediului ambiant și promovarea politicii sociale;

➤ stimularea participării lucrătorilor medicali și altor persoane fizice și juridice în activitățile de promovare a sănătății.

Un compartiment important al Promovării sănătății este educația pentru sănătate.

Sporirea gradului de cunoștințe igienice și utilizarea lor are mare însemnătate pentru ocrotirea sănătății publice. Despre rolul deosebit al educației igienice a populației și ponderea crescută a participării acesteia la protejarea propriei sănătăți încă în anul 1937 Nicolae Iorga scria: „Educația sanitară singură ar face mai mult decât toate spitalele împreună”.

În prezent rolul educației igienice a populației sporește esențial din considerente că a devenit un proces de instruire și aplicare a unor experiențe sau fapte care influențează favorabil starea de sănătate a individului, a familiei și comunității. Educația igienică a devenit o componentă principală a educației multilaterale a populației, indicând gradul ei de culturalizare igienică.

Obiectele principale ale promovării sănătății și educației pentru sănătate sunt grupele de populație de diferite vârste și profesii, care activează în diverse ramuri ale economiei naționale sau sunt instruite și educate în instituții de învățământ.

La baza orientării educației igienice e situat principiul de profilaxie, care prevede realizarea acțiunilor de prevenire a îmbolnăvirilor, de protecție și asanare a mediului înconjurător, crearea condițiilor favorabile pentru dezvoltarea fizică și intelectuală a populației, pentru prelungirea duratei de viață și sporirea capacității de muncă ș.a.

Direcțiile principale de orientare ale educației igienice a populației sunt:

1. Însușirea și promovarea cunoștințelor igienice cu privire la îngrijirea femeilor, mai ales a celor gravide, a copiilor și adolescenților;

2. Antrenarea populației la asanarea mediului înconjurător, igienizarea localităților, locurilor de muncă și trai, evitarea poluării aerului, apei și solului;
3. Perfecționarea și modernizarea educației igienice în cadrul colectivităților de copii, adolescenți și tineret pentru formarea deprinderilor și comportamentului igienic;
4. Extinderea și renovarea educației igienice a personalului din întreprinderile industriale și agricole în scopul prevenirii îmbolnăvirilor profesionale, reducerii zilelor de incapacitate temporară de muncă;
5. Susținerea acțiunilor de profilaxie a bolilor transmisibile gastro-intestinale, aerogene, inclusiv tuberculozei și bolilor venerice;
6. Stimularea acțiunilor de prevenire și combatere a bolilor cronice, combaterea fumatului, consumului de droguri, abuzului de alcool, medicamente ș.a.
7. Intensificarea educației igienice în problemele de profilaxie a traumatismului și instruirea populației în acordarea primului ajutor medical;
8. Propagarea cunoștințelor igienice și stimularea acțiunilor în organizarea regimului optim de muncă și odihnă, promovarea alimentației echilibrate ș.a.

Principiile de promovare a sănătății se bazează pe drepturile omului, oamenii fiind subiecți care participă activ – profesioniștii și persoanele sunt angajate reciproc într-un proces de responsabilizare. Rolul profesioniștilor este de a sprijini și de a oferi opțiuni care să permită oamenilor să facă propriile alegeri și să-i facă conștienți de determinanții sănătății și capabili să-i utilizeze.

Conform datelor Ashton (1988), începând cu anul 1974 s-a acumulat o experiență bogată a specialiștilor din domeniu, ceea ce a permis identificarea a cinci principii care stau la baza promovării sănătății.

Primul principiu remarcă că promovarea sănătății *implică activ* populația la elaborarea unui program de activitate zilnică pentru favorizarea sănătății, substituind orientarea preponderentă și exclusivă asupra celor cu risc de apariție a unor boli. Cu alte cuvinte, se propagă folosirea strategiilor preventive populaționale ecologice pentru a scădea incidența bolilor prin modificarea distribuției factorilor de risc în populație. După D. Enăchescu (1994), avantajul principal este că potențialul metodei de implicare activă a populației este mare, iar dezavantajul major al

acestei metode constă în faptul că ea oferă beneficii mari pentru populație la general, însă mici pentru cei cu risc înalt, ceea ce prezintă un „paradox al prevenirii”. De aceea, cea mai eficientă strategie este combinarea celor două tipuri de strategii preventive – ecologică și a persoanelor cu risc înalt.

Al doilea principiu – orientarea promovării sănătății asupra *cauzelor* care produc îmbolnăviri.

Al treilea principiu – folosirea în promovarea sănătății a diferitor *abordări*, ceea ce contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate: informarea și educarea, dezvoltarea comunității, organizarea, pledoaria pentru sănătate și legislația. Realizarea acestui principiu are succes deoarece promovarea sănătății este multisectorială, în ea se implică mai multe discipline, nu doar sectorul de sănătate.

Al patrulea principiu se referă la dependența succesului promovării sănătății de *participarea* populației.

Al cincilea principiu subliniază rolul important în acțiunile de promovare a sănătății a specialiștilor din sănătate, în special a celor din *asistența medicală primară*.

Starea de sănătate și educația pentru sănătate

Charta de la Ottawa trece peste stilurile sănătoase de viață și definește sănătatea ca o stare completă fizică, mentală și bunăstare socială. Această definiție a sănătății abordează individul ca o persoană integră într-un context social, ceea ce înseamnă că promovarea sănătății face abstracție de la stilurile sănătoase de viață, axându-se pe bunăstare, pentru a atinge o stare completă fizică, mentală și bunăstare socială. În general trebuie ținut cont de faptul că sănătatea este creată și trăită de oameni în funcție de circumstanțele din viața lor.

Starea de sănătate pozitivă cuprinde resursele personale și sociale precum și capacitățile fizice, prezentând o valoare importantă pentru dezvoltarea socială, economică și personală, și o dimensiune a calității vieții. Această valoare, exprimată prin factorii politici, economici, sociali, culturali, de mediu, comportamentali și biologici, poate nu doar favoriza, dar și dăuna sănătății. Prin urmare, este foarte important de a încuraja oamenii să-și gestioneze diferite etape ale vieții și să facă față bolilor cronice și leziunilor. Așadar, sănătatea este, în primul rând, o responsabilitate individuală.

- *Sănătatea nu este doar o responsabilitate individuală;*
- *Promovarea sănătății se focusează pe obținerea echității în sănătate.*

Acțiunea de promovare a sănătății are drept scop reducerea diferențelor în starea actuală de sănătate și asigurarea egalității de șanse și resurse pentru a da posibilitate tuturor să atingă potențialul lor maxim de sănătate.

- *Promovarea sănătății necesită acțiune coordonată între mai mulți parteneri, adică colaborare intersectorială.*

Pentru promovarea sănătății este necesară o acțiune coordonată a tuturor părților implicate: guverne, sectorul sănătății și alte sectoare economice și sociale, ministerele, instituțiile de învățământ, organizațiile neguvernamentale și de voluntariat, autoritățile locale, agenți economici și mass-media. În toate domeniile oamenii sunt implicați ca persoane, familii și comunități. Grupurile profesionale și sociale, personalul medical au o responsabilitate imensă de a media între diferite interese din societate pentru a favoriza sănătatea. Condițiile și resursele fundamentale, importante pentru sănătate, sunt pacea, mediul habitual, educația, alimentația, venitul, un ecosistem stabil, resurse durabile, justiție socială și echitate.

- *Strategiile de promovare a sănătății trebuie să se bazeze pe nevoile locale.*

Strategiile și programele de promovare a sănătății trebuie adaptate la necesitățile locale și posibilitățile unei țări și regiuni, să ia în considerare sistemele economice, culturale și sociale existente.

- *Promovarea sănătății funcționează prin acțiunile comunitare.*

Promovarea sănătății poate funcționa prin acțiuni comunitare concrete și eficiente care includ stabilirea priorităților, luarea deciziilor, planificarea strategiilor și implementarea acestora pentru a obține o sănătate mai bună. Realizarea acestui proces se face prin responsabilizarea comunităților – supravegherea și controlul propriilor eforturi și destine.

- *Un principiu fundamental al promovării sănătății este responsabilizarea persoanelor și comunităților, evaluarea beneficiilor pe care le aduc pentru a îmbunătăți sănătatea.*

Responsabilizarea tuturor persoanelor și factorilor de decizie este un proces prin care oamenii obțin un control mai mare asupra deciziilor și acțiunilor care afectează sănătatea lor. Acest proces poate fi social, cultural, psihologic sau politic prin care oamenii și grupurile sociale își

pot exprima nevoile, preocupările, elabora strategii, implica în luarea decizii. Printr-un astfel de proces oamenii văd o dependență mare dintre obiectivele lor în viață și modul în care le pot realiza și o relație dintre eforturile depuse și rezultatele obținute pe parcursul vieții.

Promovarea sănătății cuprinde nu doar acțiunile direcționate spre consolidarea deprinderilor de viață și capacitățile persoanelor, dar și influențarea evidențierii particularităților condițiilor sociale și economice și a mediilor fizice care pot avea impact asupra stării de sănătate. În acest context, promovarea sănătății prevede crearea condițiilor care oferă o șansă mai bună de a asigura o relație pozitivă între eforturile persoanelor și grupurilor, și rezultatele sănătății ulterioare. Între responsabilizarea individuală și cea comunitară există o diferență.

Responsabilizarea individuală se referă, în primul rând, la capacitatea indivizilor de a lua decizii și de a menține controlul asupra vieții lor personale.

Responsabilizarea comunitară implică persoane din comunitate care acționează în mod colectiv pentru a obține o influență și un control mai mare asupra factorilor determinanți ai sănătății și asupra calității vieții în comunitatea lor.

Carta de la Ottawa identifică trei strategii de bază pentru promovarea sănătății:

- Propagarea pentru sănătate de a crea condițiile esențiale pentru sănătate;
- Permitearea tuturor persoanelor de a atinge potențialul lor maxim de sănătate;
- Medierea între diferite interese în societate în scopul menținerii sănătății.

Propagarea este o „combinație de acțiuni individuale și sociale destinate spre beneficierea de angajament și suport politic, acceptare socială și suport pentru un anumit program de sănătate”. Propagarea se poate realiza prin mai multe forme, inclusiv prin mass-media și multi-media, culoarul politic direct, mobilizarea comunității, de exemplu coaliției de interes în jurul unor probleme nedefinite.

Cadrele medicale au o responsabilitate majoră de a acționa în calitate de promotori ai sănătății la toate nivelurile de sănătate. Propagarea sănătății se execută prin acțiunea profesioniștilor din domeniul sănătății și a altor persoane cu autoritate din domeniul sănătății ce pot influența deciziile și acțiunile din domeniul dat.

Carta de la Ottawa are ca scop propagarea unui angajament politic clar pentru sănătate și echitate în toate sectoarele. Aceasta pune sănătatea la ordinea de zi a autorilor politicii în toate sectoarele și la toate nivelurile în scopul de a face cea mai ușoară alegere pentru toți. Aceasta, de asemenea, tinde spre conlucrarea puterii cu alte sectoare, alte discipline și, cel mai important, cu însuși oamenii.

Permiterea înseamnă a lua parte la acțiune în colaborare cu anumite persoane sau grupuri pentru ai responsabiliza prin mobilizarea resurselor umane și materiale, în scop de promovare și protejare a sănătății lor. Carta de la Ottawa se focusează pe permiterea tuturor oamenilor să atingă potențialul lor maxim de sănătate pentru a prelua controlul asupra acelor lucruri care determină starea lor de sănătate. Oamenii sunt recunoscuți ca fiind resursa principală de sănătate. Cel mai important obiectiv al tuturor activităților de promovare a sănătății este de a permite și de a sprijini oamenii să se mențină sănătoși precum și familiile, și prietenii lor, prin mijloace financiare și de altă natură. Activitățile de promovare a sănătății trebuie îndreptate spre comunitate ca o voce esențială în materie de sănătate, condiții de viață și bunăstare. Cuvântul-cheie aici este responsabilizarea oamenilor.

Medierea este un proces prin care diferite interese (personale, sociale, economice) ale indivizilor și comunităților, și diferite sectoare (publice și private) sunt reconciliate în activități care promovează și protejează sănătatea. Potrivit Cărții de la Ottawa, politicienii, profesioniștii și personalul medical au o responsabilitate majoră de a media între diferitele interese din societate pentru menținerea sănătății. Pentru a crea medii propice sunt elaborate programe de acțiune de promovare a sănătății – generarea condițiilor sigure de viață și de muncă, stimulând participarea activă a tuturor persoanelor implicate și satisfăcând nevoile lor. Consolidarea acțiunilor comunitare reprezintă centrul acestui proces care poate fi numit responsabilizarea comunităților – proprietatea și controlul propriilor eforturi și decizii.

Antrenarea publicului și accesul la informație

Una dintre cele mai bune tehnologii dezvoltate de promovare a sănătății este acțiunea bazată pe circumstanțe. Circumstanțele sunt omniprezente în viața noastră, deoarece acestea reprezintă mediile fizice și sociale în care noi ne desfășurăm activitățile noastre cotidiene și însăși

circumstanțele pot influența direct și indirect sănătatea noastră. Tehnologia de promovare a sănătății în circumstanțe include procese care ajută organizațiile să decidă și să pună în aplicare politicile lor și să folosească evidența derivată din cercetare pentru a informa dezvoltarea politicii și să se efectueze măsurări de rutină a progresului și rezultatelor. Exemple de promovare a sănătății în circumstanțe sunt oraș sănătos, școli care promovează sănătatea, spitale care promovează sănătatea ș.a.

În 2007, Uniunea Internațională pentru Promovarea Sănătății și Educației (IUHPE), asociație lider în promovarea sănătății la nivel mondial, pentru a contribui la realizarea echității în sănătate între țările lumii a propus o listă de priorități pentru acțiuni în sec. XXI:

- *Implicarea politicii publice de promovare a sănătății în practică*
- *Consolidarea structurilor și proceselor în toate sectoarele*

„Pentru a acționa în mod activ asupra factorilor determinanți ai sănătății, toate sectoarele, inclusiv asistență medicală, educația, mediul, transporturile, spațiul locativ și comerțul, trebuie să-și asume responsabilitatea pentru promovarea sănătății”.

- *Tinderea spre o practică bazată pe cunoștințe*

„Practica bazată pe cunoștințe necesită o creștere rapidă în raport cu finanțele cheltuite pe evaluarea complexă, intervențiile de promovare a sănătății bazate pe comunitate, studii de lungă durată, impactul politicii și efectul asupra inegalității în sănătate”.

- *Constituirea unor forțe de muncă competente în promovare a sănătății*

„În toate țările lumii există o cerință presantă pentru continuarea investițiilor în educația și formarea de specialiști practicieni și alți lucrători în domeniul promovării sănătății. Pregătirea esențială ar trebui să includă dezvoltarea cunoștințelor și abilităților de propagare și mediere a politicilor și în sectorul privat, evaluând impactul politicilor asupra sănătății și determinanților acesteia, evaluarea și utilizarea informației și evidenței, evaluarea intervențiilor”.

Responsabilizarea comunităților

„Pentru a influența viitoarele politici publice în domeniul sănătății noi trebuie să lucrăm cu comunitățile și societățile civile și să ne asigurăm că comunicările noastre sunt accesibile tuturor și sunt înțelese de toți”.

Promovarea sănătății și educația pentru sănătate în domeniul legislativ

În domeniul alimentației sănătoase la nivel de politici (europene) există mai multe **documente legislative**:

- Strategia Globală privind Dieta, Activitatea Fizică și Sănătatea (2004);
- Carta Europeană de Combatere a Obezității, Istanbul (2006);
- Recomandări privind marketingul alimentelor și băuturilor nealcoolice pentru copii (2010);
- Planul de acțiuni pentru implementarea Strategiei Europene de Prevenire și Control al bolilor netransmisibile pentru anii 2012-2020 (Rezoluția EUR/RC61/R3) (2011);
- Planul European de Acțiuni în Domeniul Alimentației și Nutriției pentru anii 2015-2020 (2014).

În domeniul Monitorizării și supravegherii există:

- Inițiativa de Supraveghere a Obezității la Copii (COSI) (Norvegia, Oslo, 2012);
- Prevalența factorilor de risc pentru bolile netransmisibile în Republica Moldova (STEPS-2013), Chișinău, 2014.

Documente de politici și acte normative adoptate în Republica Moldova:

- Politica Națională de Sănătate, Chișinău, 2007;
- Strategia Națională de Prevenire și Control al Bolilor Netransmisibile pentru anii 2012 - 2020, Chișinău, 2012;
- Programul național de reducere a anemiilor prin deficit de fier și acid folic pentru anii 2012 - 2016;
- Restricționarea accesului copiilor la alimente nesănătoase (Legea 78/2004, ordinul MS 905/2012);
- Programul național de acțiuni în domeniul alimentației și nutriției, HG 730/2014;
- Strategia Națională de Sănătate Publică 2014 - 2020;
- Program național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020 aprobat prin HG. Nr. 1000 din 23.08.2016.

Documente legislative globale privind controlul tutunului

- Convenția cadru a OMS privind controlul Tutunului (*WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)*(2003);

- Directiva 2014/40/UE a parlamentului european și a consiliului din 3 aprilie 2014 privind apropierea actelor cu putere de lege și a actelor administrative ale statelor membre în ceea ce privește fabricarea, prezentarea și vânzarea produselor din tutun și a produselor conexe și de abrogare a Directivei 2001/37/CE;
- Directiva 2003/33/EC din 26 Mai 2003 privind armonizarea actelor cu putere de lege și a actelor administrative ale statelor membre referitoare la publicitate și sponsorizare în favoarea produselor din tutun;
- Recomandarea 2003/54/EC privind prevenirea fumatului și inițiativele de îmbunătățire a controlului tutunului;
- Recomandarea 2009/C 296/02 din 30 noiembrie 2009 privind mediile libere de fumat.

Documente legislative ale Republicii Moldova privind controlul tutunului

- Legea nr. 278-XVI din 14.12.2007 cu privire la tutun și la articolele din tutun;
- Codul contravențional al RM nr. 218 din 24.10.2008;
- Legea nr.10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice;
- Legea nr. 1227-XIII din 27.06.97 cu privire la publicitate;
- Politica Națională de Sănătate aprobată prin HG nr.886 din 06.08.2007;
- HG 658/12.06.2007 cu privire la Programul Național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015, baza pentru activitățile de promovare a sănătății;
- Program național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020 aprobat prin HG. Nr.1000 din 23.08.2016;
- Hotărârea Guvernului nr. 100 din 16.02.2012 „Cu privire la aprobarea Programului național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016;
- Crearea Consiliului Național Coordonator în domeniul Controlului Tutunului (HG nr. 100 din 16.02.2012);
- Programul național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.100 din 16.02.2012;

- Legea Nr. 278 din 14.12.2007 privind controlul tutunului, (modificată prin Legea Nr. 124 din 29.05.2015 – pentru ratificarea Convenției cadru a OMS privind controlul tutunului).

Documente legislative globale privind controlul alcoolului

- Planul European de acțiuni pentru reducerea consumului nociv de alcool, 2012 – 2020;
- Programul național privind controlul alcoolului pentru anii 2012-2020 aprobat prin HG nr. 360 din 06.06.2012.

Lucrare practică

Scopul lucrării: însușirea conținutului și metodologiei de aplicare a legislației europene și naționale în domeniul promovării sănătății.

Sarcinile lucrării:

1. Familiarizarea cu legislația europeană în domeniul promovării sănătății.
2. Familiarizarea cu legislația de stat în domeniul promovării sănătății.
3. Familiarizarea cu metodologia aplicării legislației naționale în promovarea sănătății.

Obiective de formare: după realizarea activităților practice studenții trebuie:

1. Să cunoască principiile și conceptele de promovare a sănătății;
2. Să înțeleagă problemele curente și dilemele etice cu care se confruntă medicii în promovarea sănătății;
3. Să înțeleagă pe deplin termenii: Promovarea sănătății în raport cu Prevenirea bolilor, Sănătatea publică, Educație pentru sănătate;
4. Să cunoască legislația europeană și națională în domeniul promovării sănătății;
5. Să argumenteze necesitatea adoptării și aplicării actelor legislative în domeniu;
6. Să expună poziția și perspectivele proprii referitor la promovarea sănătății.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate. Definiții. Scopul. Sarcinile. Istoria dezvoltării promovării sănătății.
2. Modurile (tipurile) de prevenție și caracteristica lor.
3. Elementele principale ale promovării sănătății.

4. Educația pentru sănătate – orientarea, direcțiile.
5. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate în documentele legislative naționale.
6. Starea de sănătate și educația pentru sănătate.
7. Antrenarea publicului și accesul la informație.
8. Pregătirea populației și specialiștilor în domeniul promovării sănătății.
9. Noțiuni de program (proiect) în domeniul promovării sănătății.
10. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate în documentele legislative europene.

Activitatea practică:

1. Familiarizarea cu legislația de stat în domeniul promovării sănătății.
2. Familiarizarea cu legislația europeană în domeniul promovării sănătății.
3. Însușirea metodologiei de aplicare a legislației de stat în promovarea sănătății.

Dexterități practice:

1. Cunoașterea legislației de stat în domeniul promovării sănătății.
2. Abilitate de cunoaștere a metodologiei de aplicare a unui program (proiect) de promovare a sănătății.

Dotarea lucrării practice:

1. Strategia globală privind dieta, activitatea fizică și sănătatea (2004).
2. Programul Național de Promovare a Sănătății pentru anii 2016-2020 aprobat prin HG nr.1000 din 23.08.16.
3. Probleme de situație.

Desfășurarea activității practice:

1. Familiarizarea cu legislația de stat în domeniul promovării sănătății:

Programul Național de Promovare a sănătății pentru anii 2016-2020. Studenții își notează în caietele de lucrări practice:

- scopul și obiectivele programului;
- direcțiile principale ale educației pentru sănătate;
- planul de acțiuni privind realizarea Programului Național, de Promovare a sănătății.

2. Însușirea metodologiei de aplicare a legislației de stat în promovarea sănătății.

În urma examinării legislației în domeniul promovării sănătății, studenții elaborează un algoritm metodologic de aplicare a legislației existente în elaborarea programelor (proiectelor) în domeniul dat.

3. Exercițiul brainstorming.

Participanții se împart în 4 grupuri cărora li se dau probleme de situație. Fiecare grup răspunde separat la obiectivele problemei apoi discută între ei și notează rezultatele în caietul de lucrări practice.

Problema de situație nr. 1.

Formulați propria definiție a promovării sănătății și discutați-o cu colegii de grup.

Problema de situație nr. 2.

Reflectați succint asupra practicilor și politicilor de promovare a sănătății din țară și expuneți-vă poziția în raport cu acestea. Discutați cu colegii:

- opiniile personale cu privire la conceptele de promovare a sănătății
- așteptările personale de la dezvoltarea ulterioară a promovării sănătății în țară

După rezolvarea problemelor de situație, fiecare grup raportează răspunsurile care se discută.

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Promovarea sănătății este:
 - a. un șir de activități pentru sănătate orientate la combaterea unor factori nocivi;
 - b. un proces de creare a posibilităților pentru populație de a-și îmbunătăți sănătatea și de a fortifica controlul asupra ei;
 - c. știința și arta de prevenire a maladiilor, prelungire a vieții și fortificare a sănătății psihice și fizice prin aportul activ și organizat al comunității și societății;
 - d. un proces eficient de organizare a asistenței medicale pentru populație;
 - e. activitate de educație sanitară a populației.
2. Activitățile principale de promovare a sănătății includ:
 - a. interzicerea comercializării produselor care pot avea un impact negativ asupra sănătății;

- b. realizarea unor programe de instruire igienică în școli;
 - c. propagarea modificărilor sanogene ale stilului de viață, alimentației și mediului;
 - d. diagnosticul și tratamentul precoce al bolilor;
 - e. sporirea accesului populației la serviciile de asistență medicală.
3. Scopul educației igienice este:
- a. diagnosticul și tratamentul precoce al bolilor;
 - b. realizarea unor programe de instruire igienică în școli;
 - c. activități pentru combaterea unor factori nocivi;
 - d. sporirea gradului de cunoștințe igienice;
 - e. sporirea accesului populației la serviciile de asistență medicală.
4. Starea de sănătate a populației, conform unor date științifice, e condiționată de următorii factori:
- a. comportamentul peștilor;
 - b. zborul păsărilor;
 - c. stilul de viață;
 - d. structurali;
 - e. roca din adâncime.
5. Obiectivul principal al promovării sănătății este:
- a. combaterea fumatului;
 - b. dezvoltarea activității fizice;
 - c. păstrarea sănătății și prosperității populației pe un termen cât mai lung;
 - d. reducerea stresului;
 - e. combaterea comportamentelor cu risc pentru sănătate.

Indicați răspunsurile corecte

6. Indicați activitățile de prevenție primară:
- a. dezvoltarea sistemului de asistență medicală de urgență;
 - b. iodarea sării de bucătărie;
 - c. îmbogățirea cu fier a făinii;
 - d. depistarea precoce și izolarea bolnavilor cu diaree;
 - e. imunoprofilaxia planificată a bolilor infecțioase.
7. Selectați activitățile de prevenție secundară:
- a. tratamentul persoanelor care au avut contact cu un bolnav de o boală infecțioasă;
 - b. folosirea vaccinului antirabic la o persoană mușcată de un câine necunoscut într-un teritoriu endemic la rabie;

- c. folosirea mijloacelor de protecție individuală a organului auzului;
 - d. imobilizarea și transportarea corectă a persoanelor cu fracturi;
 - e. imunizarea contra febrei galbene a persoanelor care se vor deplasa într-o regiune endemică la această maladie.
8. Activități de prevenție terțiară sunt:
- a. folosirea imunoglobulinei antirujeolice în focarul de rujeolă;
 - b. îngrijirea paliativă a pacientului la domiciliu;
 - c. gimnastica curativă efectuată de un bolnav cu o maladie cronică;
 - d. reabilitarea precoce a unui bolnav cu infarct miocardic;
 - e. alimentația rațională a persoanelor cu maladii cardiovasculare cronice.
9. Starea de sănătate a populației, conform unor date științifice, e condiționată de următorii factori:
- a. ecologici;
 - b. medicali;
 - c. stilul de viață;
 - d. structurali;
 - e. genetici.
10. Metoda anchetării prin sondaj se poate realiza prin:
- a. interviu;
 - b. experiment natural;
 - c. teste cu afirmații „corect-fals”;
 - d. chestionare de interese;
 - e. chestionare comportamentale.
11. Selectați principiile promovării sănătății:
- a. împuternicirea individuală;
 - b. participarea activă a publicului;
 - c. mizarea pe impactul unor determinante mai largi ale sănătății;
 - d. reducerea inegalității sociale și legale;
 - e. facilitarea colaborării intersectoriale.

Capitolul 2. STRATEGIILE ȘI TEHNICILE DE COMUNICARE ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

Cultura generală, inclusiv cultura sanitară, se formează prin informarea și instruirea generală a populației, cu referire la toate generațiile. Această secvență a culturii generale, ce poartă titulatura specifică „de sănătate”, este considerată o activitate de bază și obligatorie a serviciilor de sănătate și trebuie apreciată ca o „pregătire continuă”, „educație permanentă”, „perfecționare” pe baza pregătirii generale în cadrul sistemului instruirii publice a populației.

Veriga principală, pe care ar trebui să se bazeze serviciile de sănătate și cele educaționale în promovarea sănătății, pentru a avea rezultate bune pe termen scurt și lung privind îmbunătățirea stării de sănătate a populației, este comunicarea.

Ca sistem, care include conștiința stării de sănătate, procesul de comunicare are ca scop creșterea nivelului de cunoștințe medicale al populației în domeniul sanogenezei, protecției mediului și prevenirii bolilor; formarea și dezvoltarea unor deprinderi corecte care să promoveze sănătatea precum și adoptarea unei poziții active față de sănătatea individuală și de problemele sănătății publice în vederea atragerii maselor la consolidarea sănătății.

Definirea conceptului de comunicare. Principii de bază

Termenul „comunicare” este de origine latină: „communis” și înseamnă „a pune de acord”, „a fi în legătură cu” sau „a fi în relație”. În vocabularul anticilor avea sensul de „a transmite și celorlalți”, „importa și ceva celorlalți”.

Termenul comunicare este polisemantic, referindu-se la limbajul vorbit și scris, la artă (muzică, pictură, literatură, coreografie, sculptură, arhitectură, etc.) și la orice tip de comportament uman.

Conform Dicționarului explicativ al limbii române, „comunicare” înseamnă:

- înștiințare,

- știre,
- veste,
- raport,
- relație,
- legătură.

Comunicarea este folosită pe larg și în promovarea sănătății și poate fi definită ca:

- „Mod fundamental de interacțiune psihosocială a persoanelor, realizată prin limbaj sau prin alte coduri, în vederea transmiterii unei informații, obținerii stabilității sau unor modificări de comportament individual sau de grup” sau
- „Procesul prin care o persoană (sau un grup) transmite un conținut conceptual (o atitudine, o stare emoțională, o dorință etc.) unei alte persoane sau unui alt grup”.

Sunt mai multe definiții ale comunicării, esența cărora este identică.

Procesul de comunicare presupune următoarele elemente constitu-

tive:

- emițătorul (E), care poate fi un individ, un grup, o instituție etc., care emite;
- mesajul (M), adică informații, conținutul comunicării;
- mijlocul de comunicare sau canalele de transmitere a mesajului codificat sau suportul fizic al comunicării;
- codul (C) sau limbajul comunicării;
- receptorul (R), de asemenea un individ, un grup care recepționează;
- factorii perturbători;
- contextul;
- feedback-ul și răspunsul la feedback.

Elementele specifice enumerate mai sus alcătuiesc sistemul comunicării interumane.

Fiecare component al comunicării are caracteristica sa.

Emițătorul are rolul de a produce mesajul. El dispune de informația necesară, alege modalitatea de codificare, canalul și mijlocul de comunicare, adresează mesajul unui destinatar, receptor.

Mesajul este conținutul informației și poate fi verbal sau scris, de diferite dimensiuni, codificat de emițător. Are o serie de funcții: preferințială, poetică, emotivă.

Mesajul poartă caracter de:

- informare;
- convingere;
- impresionare;
- amuzare;
- obținere a unei acțiuni.

Ca funcție mesajul este o „instrucțiune” transmisă receptorului și este supus unui dublu proces:

- de codificare (de către emițător);
- de decodificare (de către receptor).

Emițătorul poate alege varianta de transmitere a mesajului verbal sau non-verbal.

Mijlocul de comunicare sau canalul de comunicare este traseul parcurs de către mesaj de la emițător către receptor. Există două modalități ale mijloacelor de comunicare:

- modalități formale – în cazul când acesta este integrat într-o structură (organizație, instituție);
- modalități neformale – în cazul când mijloacele de comunicare sunt generate spontan în cadrul interacțiunilor sociale sau pot apărea sub diverse forme: idei, opinii, zvonuri.

Sunt evidențiate mai multe mijloace de comunicare dintre care putem menționa discuția de la om la om, rapoartele interne, ședințele și prezentările orale (teleconferințe, video, TV prin circuit închis), scrisorile, telefonul (inclusiv telefonul mobil), textul, faxul, ziarele, lucrările, diagramele. Importantă este alegerea celui mai eficient mijloc de comunicare, deosebindu-se după viteza de vehiculare, cost. Comunicarea de la om la om este mai eficientă față de cea telefonică, iar telefonul este mai bun decât un raport.

Limbajul de comunicare sau codul este constituit dintr-un sistem de semne sau de semnale sonore, vizuale, gestuale, în diverse tipuri de comunicare, cunoscut deopotrivă de emițător și receptor.

Limbajul de comunicare sau codul poate fi:

- verbal – prin cuvinte rostite;
- non-verbal – prin intermediul expresiei feței, privirii, mișcărilor, gesturilor;
- paraverbal – prin folosirea tonalității vocii, accentuării, vitezei de vorbire.

Receptorul. Orice mesaj se adresează unui destinatar (receptor). Destinatarul este subiectul care transformă ansamblul de semne într-un conținut de sens și are sarcina de a înțelege, de a afla ce vor să spună semnificațiile, ceea ce înseamnă decodificarea semnelor și interpretarea lor. Procesul de recepție a informației depinde de capacitatea intelectuală individuală a receptorului, de gradul în care sunt cunoscute codurile, de ceea ce se numește competența receptoare.

Factorii perturbători pot interveni și pot denatura procesul de comunicare dintre emițător și receptor.

Factori perturbători pot fi:

- obiectivi – unele deficiențe ale canalelor de comunicare, calitatea deficitară a mijloacelor de comunicare;
- subiectivi – țin de subiectul emițător sau cel receptor, de calitățile lor individuale;
- de mediu – sunetul, bruiajul, implicarea intenționată a unor persoane pentru deformarea conținutului informațiilor transmise etc.

Contextul este situația. Aceleași cuvinte vor suna altfel într-un birou, sală decât pe stradă.

Feedback-ul reprezintă reacția de răspuns a receptorului la mesajele emițătorului. Prin intermediul feedback-ului, emițătorul are posibilitatea de a-și modifica modul în care mesajele sunt emise. Un feedback reușit oferă celeilalte persoane informații despre ea însăși și pe care le poate lua în considerare și din care poate învăța. Feedback-ul încheie cercul comunicării deoarece receptorul, la rândul său, codifică o informație (răspunsul la mesaj) și o comunică emițătorului. În procesul de comunicare rolurile se schimbă mereu: receptorul devine emițător și invers.

Prin procesul de comunicare încercăm să convingem, să explicăm, să influențăm, să educăm, să informăm sau să îndeplinim orice alt obiectiv.

Medicul este un educator de specialitate și este normal să fie implicat în formarea cunoștințelor specifice în sistemul de instruire generală a populației.

După Ch. Gernez-Rieux și M. Gervois, educația pentru sănătate, ca componentă a promovării sănătății, îndeplinește trei roluri, în funcție de scopul urmărit:

1. Preventiv – temele de educație conțin elemente de instruire a populației pentru prevenirea îmbolnăvirilor;

2. Constructiv – realizarea adeziunii opiniei publice în favoarea sănătății;

3. Curativ – educarea și convingerea pacienților de a urma prescripțiile medicale.

Acestea sunt elemente foarte importante ale procesului de formare a sănătății.

Comunicarea ca componentă a promovării sănătății și educației pentru sănătate, la fel ca în celelalte domenii de activitate, trebuie să dețină un fond material, fizic, care să stea la baza cuvântului cu rol educativ. Comunicarea are viabilitate doar atunci când exprimarea teoretică este susținută de un material adecvat cu aplicabilitate practică.

Acest domeniu de activitate presupune acceptabilitate, respect reciproc, informare, mijloace pentru deprinderea diferitor obiceiuri sanogene, cooperarea receptorilor, prezentând și un drept al omului și o obligație a societății, concretizată printr-o programă analitică școlară anuală integrată programei tuturor treptelor de instruire (bazate pe mesaje de cultură sanitară, imagini de exemplificare și demonstrații practice).

Comunicarea în promovarea sănătății și educația pentru sănătate implică, obligatoriu, cunoașterea și aplicarea continuă a tehnicilor de comunicare ca element fundamental.

Datorită faptului că în cadrul comunicării există doi poli: emițătorul (cel care transmite informația) și ascultătorul (receptorul sau cel care primește informația), în activitățile de comunicare este necesară flexibilitatea de a schimba permanent rolurile, adică și lectorul trebuie să știe să asculte. El trebuie să accepte sentimentele altor persoane, să știe cum să stimuleze discuția pentru a avea loc un dialog cu individul sau convorbirea cu grupul de indivizi, ținând cont, permanent, de comunicația nonverbală, care, uneori, poate fi mai eficientă și utilă decât cea verbală.

Pot apare bariere în comunicare care țin de deosebirea socio-culturală dintre lector (medic) și receptorul informației, receptivitatea scăzută a audientului, atitudinea negativă față de medic sau alt lector, înțelegerea limitată sau transmiterea de mesaje contradictorii.

Pentru a depăși aceste bariere lectorul trebuie să vorbească clar și rar, într-un limbaj adecvat auditoriului, cu explicații, și să transmită informațiile într-o succesiune logică, numărul acestora/ședință să nu fie prea mare și să revină asupra noțiunilor importante, când are dubii în legătură cu înțelegerea lor de către auditor, utilizând tehnici informaționale adecvate.

În practica medicală, foarte frecvent, promovarea sănătății și educația pentru sănătate se realizează în grupuri mici, în care comunicarea este mai adecvată nevoilor de formare. Aceste grupuri pot fi: omogene (cel mai eficace) sau neomogene.

În cadrul transmiterii informației active în grupul de lucru sunt uzual utilizate o serie de tehnici:

1. „Tehnica brainstorming” – o tehnică de creativitate în grup ce urmărește să mobilizeze participanții pentru generarea unui număr cât mai mare de idei în soluționarea unei probleme;

2. „Tehnica brainwriting” este asemănătoare cu brainstorming-ul, de care se deosebește prin notarea în scris a ideilor pe o problemă definită. Apoi ideile consemnate se clasează și se aduc la cunoștința grupului;

3. „Tehnica grupului nominal” este un proces structural de lucru în grup restrâns în care fiecare membru își exprimă părerile referitor la o problemă, iar moderatorul grupeză și identifică ideile comune.

În scopul modernizării mijloacelor de comunicare, în anul 1989, Organizația Pan-americană a Sănătății a elaborat și difuzat un program de informare prin sateliți (privind situația sanitară în America Latină, mortalitatea infantilă, rolul femeii în serviciile de sănătate, toxicomania etc.).

Procesul de comunicare folosește toate cele trei tipuri de educație pentru sănătate: formală, nonformală și comportamentală.

Educația pentru sănătate formală prezintă rezultatul unui proces planificat în care lectorul transmite experiențele, cunoștințele sale populației (socializare secundară a individului). Necesită efort de predare-învățare și educatori.

Educația pentru sănătate nonformală reflectă componentele comportamentale ale individului formate prin experiență sau imitație. Este considerată o socializare primară a individului realizată de familie și comunitate și care nu necesită educație specială și transmitere a cunoștințelor.

Educația pentru sănătate comportamentală include educația pentru dezvoltarea sănătății publice și activitățile de educație pentru sănătate conform normelor sociale și pentru promovarea comportamentelor favorabile sănătății în scopul dezvoltării cunoștințelor, aptitudinilor, atitudinilor și convingerilor privind sănătatea.

În scopul prevenirii acțiunii negative a factorilor de risc asupra stării de sănătate a populației serviciile medico-socio-psiho-pedagogice trebuie să cunoască nevoile diferitor categorii de populație. Pentru a cunoaște aceste nevoi sunt necesare investigații speciale.

Comunicarea în promovarea sănătății face parte din viața culturală a fiecărei țări. Însă ea nu revine exclusiv sectorului sanitar. La această activitate trebuie să participe în egală măsură și alte sectoare cum ar fi: învățământul, biserica, ONG-urile, diverse asociații, unități de producere sau comerciale de stat sau particulare, toate având anumite responsabilități la acest capitol.

Pentru comunicarea eficientă este necesară formarea de lectori – persoane ce dispun de competențe lingvistice, socio-culturale, enciclopedice, generice pentru realizarea comunicării.

Cursurile de formare a lectorilor sunt destinate, în primul rând, cadrelor medico-sanitare. Pot fi antrenate și alte persoane dispuse să practice activități de comunicare pentru sănătate: cadre didactice, sociologi, psihologi etc.

În comunicare se folosește metoda de acțiune care constă în sensibilizarea populației și penetrarea informației. Pentru sensibilizarea populației se lansează informații adresate unor mase largi într-un interval scurt de timp, cu scopul de a spori receptivitatea populației față de unele probleme de sănătate. Sensibilizarea se face pentru a pregăti terenul unor acțiuni ulterioare și poate fi realizată prin postere, conferințe, sloganuri etc. Pentru sensibilizare pot fi selectate diferite teme axate pe probleme de sănătate publică precum: prevenirea hipertensiunii arteriale, cancerului, tuberculozei, anemiei etc.

Penetrarea informației se face într-un interval de timp mai lung. Ea continuă sensibilizarea și este adresată unei populații-țintă. Scopul principal este nu doar informarea, dar și educarea, consilierea populației sau individului pentru a obține schimbări ale stilului de viață.

Mijloacele de comunicare în promovarea sănătății se referă la modalitățile de transmitere a informației de la comunicator la populație. Acestea se clasifică după mai multe criterii:

1. După calea de transmitere:

- a. *mijloace auditive*: convorbirea (individuală, în grup, în grup cu decizii), lecția, conferința, emisiunile radio.

Convorbirea în promovarea sănătății constă dintr-o scurtă expunere de către lector a unei teme sanitare, urmată de întrebări și răspunsuri

cu scopul explicării unor probleme puțin cunoscute sau neclare. Convorbirea poate fi individuală și în grupuri. Cea individuală poate fi desfășurată în cabinetul medical, în cabinetele cu activitate specifică de comunicare sau la domiciliu, în timpul vizitelor medicului. Comunicarea în grupuri se realizează prin dialogul lectorului cu participanții sau prin dialogul între participanți.

Lecția este o comunicare verbală care constă în transmiterea unor cunoștințe igienico-sanitare după un plan bine stabilit. Se folosește foarte frecvent în unitățile de învățământ, dar poate fi realizată și în casele de cultură, la instruirea unor categorii profesionale (bucătari, educatori etc.). Se desfășoară după un plan anumit:

- recapitularea cunoștințelor de la lecția precedentă (5-10 minute);
- expunerea noilor cunoștințe (30-40 minute);
- concluzii, analiza rezultatelor (5-10 minute).

Conferința cu scop de comunicare poate fi realizată în mai multe forme:

➤ conferințe educativ-sanitare care pot fi organizate în săli publice cu promovarea diferitor aspecte ale sănătății;

➤ simpozionul educativ-sanitar care prevede comunicări ale mai multor medici și ale specialiștilor din alte domenii;

➤ masă rotundă cu discuții interpersonale axate pe probleme importante ale sănătății publice.

b. *mijloace vizuale*. Se divid în 2 subgrupe:

- cu rol dominant de text-lozincă: articolul, broșura, manualul, fluturașul, pliantul, formele beletristice;
- cu rol dominant de imagine: afișul, pliantul, planșa, diapozitivul, machete, expoziția.

c. *mijloace audio-vizuale*: filmul, emisiunea televizată, teatrul.

2. În funcție de adresabilitate:

- mijloace individuale: sfatul medical;
- mijloace de grup: convorbirea de grup, lecția, instructajul (cu grupuri omogene sau heterogene);
- mijloace de largă informare: conferința, emisiunea televizată sau radiofonică, filmul, tipăriturile.

3. După modul de transmitere:

- mijloace directe în care mesajul educativ-sanitar este transmis ca o informație nemediată (convorbire, conferință);

- mijloace indirecte care utilizează o cale de transmitere ce presupune o formă artistică.

După cum se vede, unul și același mijloc de comunicare poate face parte din diferite grupe.

Există și alte mijloace sau forme de comunicare pentru sănătate:

- instructajul sanitar la angajare în câmpul muncii cu scopul de a avertiza persoanele nou angajate asupra eventualelor riscuri de la locul de muncă; cunoștințele se reînnoesc cu ocazia instructajelor periodice;
- cursuri de minim sanitar, organizate pe profiluri de activități (pentru personalul unităților de deservire publică, piscinelor, băilor publice, saunelor, saloanelor de frumusețe, frizeriilor, unităților alimentare etc.), având ca scop pregătirea participanților pentru păstrarea și promovarea sănătății lor și a celor cu care intră în contact sau îi deservește în decursul acțiunilor pe care le desfășoară;
- cursurile „școala mamei”, care se adresează atât viitoarelor mame, cât și tinerelor mame. Scopul acestora constă în acumularea de cunoștințe privind regimul de viață, igiena femeii în perioada gravidității și lăuziei, alimentația sugarului și copilului mic, baia și înfășurarea sugarului, tulburările de digestie ale sugarului, afecțiuni ale nou-născutului și ale copilului mic, importanța controlului medical atât al gravidei, cât și a copilului sănătos sau la apariția primelor semne de boală, importanța vaccinării etc.;
- concursuri de informare și educare a populației prin participarea activă a acesteia;
- cursuri diferențiate pe categorii de bolnavi: sfatul medicului diferențiat și individualizat (indicații privind regimul igienico-dietetic, tratamentul medicamentos, îngrijirea corectă a bolnavului); convorbiri pe teme de alimentație corectă, consultația profilactică pe grupuri omogene de bolnavi.

Toate formele și mijloacele de comunicare necesită o pregătire prealabilă. În acest context prezentăm etapele de planificare și realizare a unei comunicări:

1. Obiectivul central – ce urmează să învețe ascultătorii;
2. Introducere:
 - evidențierea scopului principal al lecției;
 - recapitularea lecției anterioare, dacă este cazul;

3. Faza I – prezentarea conținutului inițial în care, de obicei, se comunică informația;
4. Faza II – schimbarea activității:
 - lucrul pe grupe;
 - exerciții individuale;
 - exerciții cu mai multe variante;
 - rezolvarea problemelor etc.
5. Faza III – discuții, dacă este cazul;
6. Faza IV – concluzii.

Canale de comunicare, rețele de instituții, activități în elaborarea strategiilor

Canalele de comunicare, rețelele de instituții și programele de activități constituie elementele unei strategii concepute pentru influențarea și antrenarea grupurilor-țintă. Însă trebuie să se țină cont de faptul că metodele de lucru și sursele de comunicare nu se bucură de aceeași receptivitate din partea grupurilor-țintă. Oamenii, în general, au o anumită înclinație pentru rețelele de instituții care intră în interesul lor, cum sunt unitățile de învățământ, organizațiile religioase, cluburile sportive sau discotecile. Ei preferă sursele informaționale cu care sunt obișnuiți: posturile de radio, televiziunea, ziarele sau medicul de familie în problemele de sănătate. Strategiile unui plan includ și această operație de identificare a canalelor și instituțiilor preferate și modul în care pot fi combinate, pentru a fi cât mai eficiente.

Datele despre canalele de informație și instituțiile de interes trebuie să cuprindă și detalii referitoare la amplasarea influenței lor asupra unor grupuri. Unele instituții pot furniza informațiile despre aceste grupuri reieșind din datele despre orele de audiență și vizionare maximă.

În fiecare caz este necesară o apreciere atentă a canalelor de comunicare, în comparație cu alți factori de influență caracteristici culturii locale sau regionale specifice. Cei mai mulți lucrători din domeniul promovării sănătății preferă folosirea mai multor canale de informație, deoarece sunt mult mai eficiente decât unul singur.

În comunicare este important de a folosi canale interpersonale. 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 socialu-

lui și sănătății, dintre profesori, conferențieri, formatori, conducători de grup, consilieri și alte surse care oferă informații în cadrul ședințelor de antrenament, discuțiilor de grup, cursurilor sau vizitelor la domiciliu, și receptorii mesajului.

Canalele interpersonale au anumite avantaje:

- facilitează discutarea unor probleme considerate mai delicate sau personale;
- oferă informații care presupun interacțiunea cu o persoană, ca sursă de informație demnă de încredere;
- ajută oamenii în adoptarea unor practici noi;
- contribuie la crearea unor grupuri omogene și la obținerea sprijinului comunitar pentru idei și conduite noi.

Prin intermediul acestor relații interpersonale se pot promova metode noi de comunicare în promovarea sănătății și educația pentru sănătate. De exemplu, educatorii de sănătate cu o pregătire specială pot organiza dezbateri libere în clinicile dermatovenerologice despre bolile cu transmitere sexuală. O parte dintre participanți, care manifestă un interes mai mare și fac parte din grupurile cu risc crescut (prostitute, homosexuali, chiar dacă la noi nu au un statut legal), pot fi recrutați și instruiți ca formatori pentru propagarea cunoștințelor despre bolile cu transmitere sexuală și prevenirea lor în grupul din care fac parte.

În comunicare trebuie utilizată pe larg mass-media. Cu ajutorul radioului, televiziunii, ziarelor, revistelor și filmelor se pot transmite rapid informații noi pentru o bună parte din populație. Această formă de comunicare contribuie la legitimarea dezbaterii problemelor de interes public și asigură sprijinul necesar desfășurării unor programe și activități, consolidează cunoștințele și conduitele însușite.

Prezintă importanță și mijloacele informative de format mic (pliante, fluturași, afișe, casete video, benzi sonore, expoziții, machete și articole cu inscripții: tricouri, fulare, sacoșe, cutii de chibrituri) care urmăresc următoarele obiective:

- informează și reiterează unele teme legate de scopul urmărit;
- oferă informații mai amănunțite decât mass-media sau scurtele contacte interpersonale;
- sprijină activitățile întreprinse, prin informații asupra orei, locului, numerelor de telefon etc.

Rețelele de instituții implicate în comunicarea pentru promovarea sănătății și educația pentru sănătate sunt ministerele sănătății, muncii și protecției sociale, educației, culturii și cercetării, apărării etc. și subunitățile lor (spitalele, școlile, armata, poliția), organizațiile religioase, societățile voluntare, organizațiile neguvernamentale, sindicatele, întreprinderile financiare și industriale, asociațiile profesionale și grupurile comunitare: cluburi feminine și de tineret).

Activitățile de promovare a sănătății ale acestor rețele de instituții vor include:

- utilizarea canalelor diferitor rețele de comunicații deja existente pentru difuzarea mesajelor, privind prevenirea sau combaterea;
- obținerea accesului la grupurile-țintă deja incluse în rețelele instituționale și în structurile, serviciile și programele acestora;
- folosirea experienței personalului și voluntarilor din rețele;
- integrarea mesajelor în activitățile de informare, educare și servicii ale rețelelor cooperante, potențând astfel efectele inițiativelor de promovare a sănătății.

O parte dintre aceste instituții (armata sau marile întreprinderi) au posibilitatea să finanțeze și să aplice elementele esențiale ale activităților din planul de promovare a sănătății în cadrul propriilor lor instituții, incluzând manifestări de genul: „Ziua Mondială fără Tutun”, consacrată combaterii fumatului sau alte manifestări, de exemplu, consacrate combaterii transmiterii HIV/SIDA; înființarea unui grup permanent de instruire și inițierea unor programe de consiliere individuală.

Un rol hotărâtor în susținerea activităților de instruire, educare și comunicare îl au sistemele de acordare a serviciilor care răspund de punerea la dispoziție a articolelor și serviciilor promovate prin programe.

Oamenii nu vor adopta un produs nou, oricât de bine ar fi susținut prin mass-media, dacă nu și-l pot permite sau nu există pe piață, și nu vor accepta un serviciu care nu are credibilitate, dacă nu le este oferit într-o manieră competentă și eficientă.

Antrenarea grupurilor-țintă

Pentru stabilirea unei comunicări eficiente, care să ducă la o interacțiune productivă, se impune implicarea populației în planificarea, proiectarea și aplicarea programelor. Populația vizată poate fi imediat antrenată în planificarea și aplicarea acțiunilor locale de promovare a

sănătății, pentru sine și pentru alții, și poate fi încurajată să aibă diferite inițiative, astfel încât proiectele la care participă să le aparțină cu adevărat și să obțină maximum de eficiență.

Pentru obținerea colaborării cu populația se întreprind diferite acțiuni:

- vizite de consiliere a indivizilor: acasă și la locul de muncă, în centre de sănătate;
- întâlniri, discuții (în grup);
- orientare/pregătire (prin seminare, cursuri, ateliere);
- manifestări publice/culturale (teatre, concerte, sărbători tradiționale, festivaluri, aniversări, spectacole sportive, concursuri);
- programe de autoajutorare (acțiuni locale de grup, cu participarea în activități de planificare, aplicare și evaluare).

Se recomandă ca toate activitățile de comunicare să fie realizate și cu rețelele instituționale. Pentru sporirea eficienței, fiecare canal de comunicare presupune diferite abilități, contacte cu instituții, inițiative luate împreună în scopul promovării sănătății și educației pentru sănătate.

Activitatea unui singur canal de comunicare sau a unei rețele instituționale îmbunătățește coordonarea cu toate celelalte unități strategice. Prin urmare, se impune planificarea și implementarea unei strategii globale și instituționale.

Pentru selecționarea canalelor de comunicare și activităților rețelelor instituționale, și pentru realizarea interacțiunii lor este necesară cunoașterea datelor privind preferințele grupurilor de populație. Informațiile necesare pot fi selectate și evaluate prin studii preliminare.

Comunicarea în promovarea sănătății prevede elaborarea strategiilor bine direcționate care trebuie să țină cont de interacțiunile diferitor factori și să includă următoarele activități:

- stabilirea și caracteristica grupurilor-țintă;
- pregătirea comunicărilor în baza materialelor obiective;
- obiectivele și performanțele pe care și le propune un program;
- difuzarea conținutului comunicărilor;
- toate componentele programului: activități, canale de comunicare, rețele instituționale.

O strategie integrată de promovare a sănătății trebuie să folosească mesajele, activitățile, canalele de comunicare și rețelele instituționale într-o îmbinare cât mai adecvată specificului categoriilor de populație vizate și condițiilor în care acestea trăiesc.

La nivel mondial sunt marcate anumite afecțiuni grave, combaterea anumitor vicii. Temele comunicărilor se selectează în funcție de necesități și de zilele internaționale și naționale în sănătate.

Stilurile și formele de comunicare

Stilul de comunicare este felul de exprimare a unei persoane. În diverse situații nu poate fi folosit unul și același stil de comunicare. Fiecare lector trebuie să-și dirijeze propriul stil de comunicare în funcție de circumstanțele create ceea ce va facilita și va face mai eficientă comunicarea.

Formele de comunicare se clasifică după mai multe criterii:

I. Distanța dintre cei aflați în relația de comunicare:

- comunicare apropiată sau directă: emițătorul și receptorul se află față în față;
- comunicare indirectă sau mediată: partenerii folosesc pentru comunicare alte mijloace: scrisoare, telefon, fax.

II. Direcția comunicării:

- comunicarea unidirecționată: emițătorul și receptorul își păstrează statutul și mesajul, circulă în sens unic;
- comunicarea bidirecțională: emițătorul și receptorul schimbă alternativ rolul în procesul de comunicare, iar mesajul circulă în ambele sensuri.

III. Modul implicării emițătorului și receptorului în actul de comunicare:

- comunicare intrapersonală sau comunicare cu sine (dialoguri cu sine, „vocea interioară”);
- comunicare interpersonală între două persoane. Această formă de comunicare este importantă pentru construirea relațiilor cu membrii comunității, cu anumite grupuri de populație în vederea realizării diferitor activități comune, inclusiv în domeniul promovării sănătății (relația de la om la om și între patru ochi);
- comunicare publică (în masă). Este unilaterală, realizată cu un grup mai mare de 3 persoane;
- comunicare extrapersonală sau comunicarea cu o interfață tehnică nonumană (de exemplu, cu computerul, atunci când sunt gestionate bazele de date).

În prezentare și vorbire trebuie să se folosească propoziții scurte și simple, la o viteză a vorbirii de mai puțin de 80 cuvinte/minut. Se recomandă evidențierea materialului important al comunicării prin fraze rostite mai rar și tare, practicarea unor pauze scurte, menținerea contactului cu publicul, aducerea mulțumirilor publicului pentru atenție la sfârșitul comunicării.

Comunicarea orală este recepționată cu mai mare atenție și contribuie la o înțelegere mai bună a materialului, dacă este expusă liber, fără a o citi. În unele cazuri comunicarea orală se recomandă a fi citită, de exemplu, auditoriul este mare, vorbitorul are o experiență de comunicare insuficientă, timpul este strict limitat, prezentarea se face într-o limbă străină.

Este important să nu se folosească mai mult timp decât este indicat în program. Nu se recomandă expunerea materialului cu o voce monotonă, prea puternică sau prea moale, prea repede sau prea rar. Trebuie folosite mijloace ilustrative și calitative, care pot fi citite liber.

IV. Modalitatea în care are loc procesul de comunicare raportat la relațiile stabilite între indivizii unei comunități:

- comunicare ascendentă (de jos în sus): derulează într-o instituție, organizație, comunitate de la inferior spre superior. De obicei, comunicarea ascendentă poartă un caracter neoficial, are loc prin email sau la o discuție tête-à-tête;
- comunicare descendentă (de sus în jos), fluxul informațional derulând de la nivelul superior spre cel inferior. Este caracteristică pentru manageri care promovează activități: de informare, îndemnuri, instruire, perfecționare. Poartă caracter de influențare pentru sporirea randamentului și performanțelor muncii;
- comunicare orizontală. Participanții la procesul de comunicare se află pe trepte ierarhice egale (între instituții, întreprinderi, specialiști, persoane). Presupune împărtășirea și preluarea experienței între colegi, echipe, departamente similare.
- comunicarea verticală. Are loc între instituții, întreprinderi, specialiștii din cadrul cărora activează la diferite niveluri ierarhice.

V. Gradul de oficializare:

- comunicarea formală. Se derulează în conformitate cu actele normative și ține de structurile ierarhice ale unei organizații, instituții;

- comunicarea informală. Poartă un caracter neoficial, apare spontan, fiind generată în mod firesc de relațiile ce se stabilesc între resursele umane ale întreprinderii, instituției, organizației. Informația disputată poate avea caracter personal sau general.

Formele de comunicare se clasifică și ținând cont de modul de transmitere a informației. Una dintre cele mai răspândite forme de transmitere a informației este comunicarea **scrisă** utilizată în cadrul instituțiilor, organizațiilor, întreprinderilor și se realizează prin documente de stat, ordine, presa scrisă (ziare, reviste) și forme speciale (broșuri, bucle, scrisori informaționale).

Mesajul scris impune o serie de cerințe: restricția utilizării, caracterul explicit, veridicitatea informațiilor, faptelor și argumentelor utilizate.

O modalitate preferențială de comunicare în cadrul întreprinderilor, organizațiilor, instituțiilor este comunicarea **orală** (verbală). Aceasta necesită cunoașterea amplă a subiectului discutat și folosirea corectă a stilului de exprimare a gândurilor, ideilor. Comunicarea verbală se realizează prin așa forme de comunicare ca conferințele, dezbaterile, cuvântări scurte ocazionale, discursuri, conversații telefonice.

Comunicarea **audio-vizuală** are unele avantaje: facilitatea receptării, păstrării, multiplicării și memorării informației. Pentru această formă de comunicare se folosesc retroproiectorul, diapozitivele, laptopul, computerul, filmele, mesajele prin difuzor, poșta electronică, video-transmisiunile, televiziunea prin cablu.

O modalitate eficientă de ordonare a unor informații referitoare la o problemă este comunicarea **grafică**. Ea trebuie să fie concisă și concretă, ceea ce asigură o ușoară percepere a mesajului. Această manieră sintetică auxiliară îmbunătățește comunicarea și suscită interesul receptorului. Imaginațiile reprezentate grafic trebuie să întrunească așa calități ca relevanța, claritatea și să fie în strictă corespundere cu mesajul comunicat.

Comunicarea **non-verbală** se realizează prin gesturi, semne, mimici, mișcări. Ea servește ca adjuvant în codificarea și decodificarea mesajelor, de regulă completând, întărind, nuanțând comunicarea verbală. Are un grad mai înalt de credibilitate.

Evaluarea eficientă a comunicării se face utilizând metode de cercetare. Scopul cercetării constă în evidențierea cunoștințelor participanților în promovarea sănătății și educația pentru sănătate, înainte și după o campanie de informare.

Metodele de cercetare pot fi:

- a. **cantitative** – analiza datelor statistice existente;
 - anchete prin chestionar;
- b. **calitative** – metode rapide (R.A.P.);
 - observația (directă sau participativă);
 - interviul (semistructurat, anamneza, în grup);
 - conversația (individuală, „focus grup”).

Anchetele sunt utile și în alegerea canalelor de comunicare preferate de grupurile-țintă și care au cea mai mare audiență.

Lucrare practică

Scopul lucrării: studierea formelor, metodelor și mijloacelor de comunicare utilizate în promovarea sănătății și educația pentru sănătate.

Sarcinile lucrării:

1. Familiarizarea cu formele, metodele și mijloacele de comunicare utilizate în promovarea sănătății.

2. Familiarizarea cu metodologia de alcătuire a diferitor comunicări.

Obiective de formare. După realizarea activităților practice studenții trebuie:

- să cunoască formele, metodele și mijloacele de comunicare utilizate în promovarea sănătății.
- să posede metodologia de alcătuire a diferitor comunicări pe întrebări actuale în promovarea sănătății.
- să elaboreze planul de activitate în promovarea sănătății și educația pentru sănătate.
- să se familiarizeze cu metodele de cercetări științifice utilizate în promovarea sănătății și educația medico-igienică a populației.
- să elaboreze o strategie de comunicare eficientă pentru promovarea sănătății.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Scopul comunicării în promovarea sănătății. Definiție.

2. Principiile comunicării în promovarea sănătății și educația pentru sănătate a populației și compartimentele principale. Educația pentru sănătate a populației ca parte indispensabilă a culturii generale a populației.

3. Componentele comunicării. Emițătorul, receptorul, canalele de comunicare și mesajul.

4. Tipurile și formele de comunicare utilizate în promovarea sănătății.

5. Tehnicile și tehnologiile de comunicare utilizate în promovarea sănătății.

6. Metodele și mijloacele de comunicare în promovarea sănătății: metoda cuvântului vorbit, metoda cuvântului scris sau metoda scrisă (editorială), metoda ilustrativă sau demonstrativă, metoda audio-vizuală, metode derivate (metoda de teatralizare și de excursie), metoda comunicării nemijlocite (conversație) cu persoanele sănătoase și bolnave, mijloacele de comunicare în masă (mass-media).

7. Metodologia pregătirii și organizării unei lecții (conferințe) în promovarea sănătății.

8. Conținutul și compartimentele principale ale unei prelegeri în promovarea sănătății.

9. Instruirea igienică a personalului din diferite ramuri ale economiei naționale.

Activitatea practică:

1. Familiarizarea studenților cu tipurile și formele de comunicare în promovarea sănătății.

2. Familiarizarea studenților cu tehnici și tehnologii de comunicare utilizate în promovarea sănătății.

3. Aplicarea în practică a metodelor și mijloacelor de comunicare în promovarea sănătății și educația pentru sănătate a populației.

Dexterități practice:

1. Cunoașterea formelor, metodelor și tehnicilor de comunicare în promovarea sănătății.

2. Abilitate de cunoaștere a întocmirii și prezentării unei lecții în promovarea sănătății.

Dotarea lucrării practice

1. Sală computerizată.

2. Echipament: 1 computer la 2-3 studenți, videoproiector, conexiune la internet.

3. Tablă de scris.

4. Probleme de situație.

5. Teste pentru verificarea cunoștințelor.

Desfășurarea lucrării practice

Studenții se vor împărți în 2 subgrupe, fiecare primind probleme de situație. Problema va fi soluționată în grup după care va fi discutată și comunicată colegilor.

Problema de situație nr. 1

Investigarea rețelei sociale într-o comunitate implică obținerea informației prin observare și chestionare pentru determinarea următoarelor indicatori:

- Cine sunt cei mai influenți oameni din rețeaua de comunicare?
- Relațiile din rețeaua de comunicare sunt unidirecționale sau bidirecționale?
- Corespund rețelele de comunicare unor așa teme ca: sănătatea, mediul ambiant, mediul intern al casei, alimentația, comportamentul?
- Cât de importantă este apartenența familială în viața comunității?
- Ce roluri exercită într-o familie tata, mama, fiul, fiica, bunicii (sau alte persoane, părți tipice ale familiei, într-o anumită cultură) în privința sănătății?
- Cine, de obicei, i-a decizii legate de sănătate în interiorul familiei (ex.: ce trebuie de făcut când un membru al familiei e bolnav, dacă trebuie luate măsuri sigure de prevenire, ce va consuma familia în alimentație, ce resurse financiare pot fi alocate pentru sănătate, dacă membrul familiei trebuie să urmeze un tratament medical sigur)?
- Cine sunt cele mai influente persoane în comunitate? Sunt lideri neformali care i-au decizii, deși sunt în umbră?

Desenează o serie de cercuri concentrice. Scrie numele tău în centrul primului cerc. În următorul cerc scrie numele persoanelor din rețeaua ta socială care au cea mai mare influență asupra vieții tale. În următorul cerc scrie numele celor care au o oarecare influență asupra ta, dar nu atât de mare ca precedentii. Ce poți spune după această diagramă despre influența asupra vieții tale și a deciziilor legate de sănătate? Dacă trebuia să faci o astfel de diagramă pentru altă persoană, cum crezi, ai fi tu capabil să o utilizezi pentru comunicare în promovarea sănătății cu acea persoană?

Problema de situație nr. 2

Planificăm un grup de persoane în sesiunea de studiere și comunicare. Pentru aceasta putem utiliza următoarea listă de indicatori:

1. Ce fel de studiere specială doresc să fie realizată pe parcursul sesiunii?
 - Cunoștințe reale – fapte specifice la tema sănătății de care au nevoie oamenii pentru a lua decizii în cunoștință de cauză.

- Abilități în luarea deciziilor sau rezolvarea problemelor. Ex.: planificarea dietei, organizarea bugetului, stabilirea obiectivelor pentru viață, alegerea celei mai bune forme de exerciții.
- Abilități de comunicare, de ex.: discutarea problemelor sensibile, expunerea opiniei despre sănătatea muncitorilor, comunicarea cu copiii.
- Abilitățile funcționale – gătitul bucatelor, utilizarea tensiometrului, tehnicile de masaj, determinarea glicemiei.
- Atitudini, de ex.: sensibilitatea necesităților altora, importanța efectuării regulate a exercițiilor, dietă, discuții cu copilul etc.

2. Câte persoane ar trebui implicate în grupul de studiere? Cine vor fi participanții?

3. Ce metode voi folosi la prezentarea informației? Vor utiliza multimedia?

4. Cum pot duce mai interactiv prezentarea ca ea să se deosebească de o lecție teoretică?

5. Cum aş putea provoca discuții și participare activă? Voi utiliza un grup de sarcini sau imagini video?

6. Cum voi structura timpul sesiunii? Cât va dura sesiunea? Care va fi raportul dintre prezentarea informației și activitățile practice? Cât timp trebuie acordat pentru întrebări și concluzii?

7. După ce criterii voi împărți participanții în grupe?

8. Cum voi obține răspuns de la grupul de persoane participante la sesiune?

9. Ce concluzii așteptăm de pe urma sesiunii și cum putem contribui la obținerea lor?

10. Cum voi putea evalua rezultatul sesiunii? Ce întrebări sau activități ne-ar informa ce au obținut participanții de la sesiune?

Utilizează lista propusă de întrebări pentru a realiza planul unei sesiuni de o oră cu următoarele teme: importanța activității fizice; creșterea consumului de fructe și legume; acțiunea fumatului asupra sănătății.

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Numiți veriga principală pe care trebuie să se bazeze serviciile de sănătate:
 - a. Educația pentru sănătate
 - b. Profil terapeutic
 - c. Profil chirurgical
 - d. Reabilitarea
 - e. Inovarea
2. Alegeți fondul care stă la baza cuvântului educativ în promovarea sănătății:
 - a. Spiritual
 - b. Material
 - c. Intelectual
 - d. Cultural
 - e. Populațional
3. Marcați definiția comunicării:
 - a. Procesul care nu conține informație.
 - b. Procesul prin care un emițător transmite un mesaj, sub forma unui cod, prin intermediul unui canal, către un receptor.
 - c. Sistem de stocare a informației.
 - d. Procesul prin care un emițător transmite un mesaj deja cunoscut receptorului.
 - e. Un sistem complex prin care are loc schimbul de aer în încăperi.
4. Alegeți definiția pentru comunicarea verbală:
 - a. Schimb de informații pe suport de hârtie
 - b. Schimb de informații prin intermediul sistemelor de tehnologii informaționale digitale
 - c. Schimb direct de informație, interpersonal – oral
 - d. Obținerea informațiilor privind promovarea sănătății
 - e. Distribuirea informațiilor privind promovarea sănătății
5. Comunicarea non-verbală este:
 - a. Schimb direct de informație, interpersonal – oral
 - b. Schimb de informație prin alte modalități decât cuvintele
 - c. Lipsa schimbului de informații
 - d. Limbajul semnelor fără mimici și gesticulații
 - e. Tăcerea

Indicați răspunsurile corecte

6. Enumerați cele trei roluri ale comunicării în promovarea sănătății și educația pentru sănătate:
 - a. Distructiv
 - b. Preventiv
 - c. Constructiv
 - d. Curativ
 - e. Subiectiv
7. Indicați ce presupune comunicarea în promovarea sănătății și educația pentru sănătate:
 - a. Acceptabilitate
 - b. Respect reciproc
 - c. Concurență
 - d. Informare
 - e. Cooperare
8. Numiți barierele care pot apărea în procesul comunicării:
 - a. Receptivitatea sporită
 - b. Receptivitatea scăzută
 - c. Atitudine pozitivă
 - d. Atitudine negativă
 - e. Înțelegere limitată
9. Enumerați tehnicile utilizate în transmiterea informației:
 - a. Tehnica brainstorming
 - b. Tehnica brainreading
 - c. Tehnica brainwriting
 - d. Tehnica grupului nominal
 - e. Tehnica grupului nelimitat
10. Indicați cele trei tipuri de educație pentru sănătate folosite în procesul de comunicare:
 - a. Educația pentru sănătate demonstrativă
 - b. Educația pentru sănătate formală
 - c. Educația pentru sănătate invizibilă
 - d. Educația pentru sănătate nonformală
 - e. Educația pentru sănătate comportamentală.

Capitolul 3. FACTORII DE MEDIU ȘI PROBLEME DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII

Activitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate se axează, în mare măsură, pe informarea populației în problema unui mediu înconjurător sănătos.

Mediul înconjurător, mediul de existență al omului, reprezintă totalitatea factorilor ecologici cu care organismul omului se află în relații directe sau indirecte și care au acțiune pozitivă sau negativă asupra acestuia. Riscurile influenței acestor factori au o expresie cantitativă de apariție a unui efect asupra stării de sănătate, în urma expunerii unui individ la un pericol cauzat de factori naturali, tehnogeni, ecologici și sociali.

Principalele direcții ale activităților în Promovarea sănătății și educație pentru sănătate sunt: factorii de risc din mediu, particularitățile influenței lor asupra sănătății oamenilor, implicarea partenerilor în acest proces, elaborarea programelor și planurilor de acțiuni etc.

Persoanele, care trebuie să realizeze activități în promovarea sănătății și educație pentru sănătate, trebuie să cunoască factorii nocivi de mediu care se clasifică după mai multe criterii:

I. *Origine:*

- naturali, de bază, vitali: aerul, apa, solul, alimentele.
- artificiali, antropogeni: locuința, așezările umane, îmbrăcămintea, încălțămîntea.

II. *Natura lor:*

- fizici – biometeorologici (temperatura, umiditatea, curenții de aer, presiunea atmosferică), radiațiile neionizante și ionizante, zgomotul;
- chimici – modificarea compoziției chimice naturale a factorilor de mediu (carență sau exces), supraadăugarea unor substanțe la compoziția chimică naturală (exemple: praf, fum de țigară, droguri, medicamente, aditivi alimentari);
- biologici – bacterii, virusuri, paraziți, fungi;

- sociali – relații interumane, stres;
- accidentali – accidente (casnice, de circulație, la locul de muncă, recreaționale), răniri intenționale (suicid, abuz).

III. *Influența asupra organismului:*

- sanogeni, pozitivi pentru promovarea stării de sănătate;
- patogeni, negativi pentru promovarea stării de sănătate, cauzatori de boli;
- de risc, orice caracteristică sau condiție care poate favoriza, declanșa sau agrava apariția unui fenomen negativ pentru starea de sănătate.

Acțiunea factorilor ambientali asupra organismului uman și sănătății populaționale depinde de gradul de expunere și natura acestora. Astfel, niveluri foarte ridicate sau de mare intensitate au acțiune acută sau imediată, reacțiile organismului declanșându-se rapid, fiind ușor de evidențiat. Cel mai frecvent acțiunea factorilor de mediu asupra organismului se desfășoară la niveluri de intensitate redusă, ceea ce determină o acțiune cronică sau de lungă durată, greu decelabilă.

Profesorul S. Mănescu consideră că factorii patogeni respectivi formează ceea ce denumim astăzi *factori de risc* sau *factori capabili de a produce îmbolnăvirea*.

Numeroase studii ecologice și de sănătate au demonstrat că există o legătură strânsă între nivelul nostru general de sănătate și calitatea mediului înconjurător. Din momentul apariției sale omul a depus eforturi pentru modificarea mediului înconjurător, natural și social, cu scopul ameliorării vieții sale. În Promovarea sănătății și educația pentru sănătate trebuie să subliniem că din motivul intervenției omului în mediul ambiant plătim tribut prin dereglarea stării de sănătate.

Se deosebesc patru medii principale de viață (acvatic, aerian, terestru și al organismelor vii) care sunt obiectivele pentru promovarea sănătății populației dependentă de mediu.

Omul, cea mai dezvoltată și complexă structură vie, nu poate exista fără apă. Discrepanțele între disponibilitatea de apă pe locuitor sunt enorme în lume. Peste 2 miliarde de oameni nu au acces la apa potabilă salubră, iar 3/4 nu au acces la sisteme de salubritate. Doar 30% din populația țărilor slab dezvoltate are acces la apa salubră, față de peste 90% din țările industrializate. Conform datelor OMS, 1,7 milioane de persoane mor anual prematur din cauza accesului insuficient la apă potabilă de calitate. În ultimul timp se pune acut problema degradării, tot mai inten-

să, a apelor naturale prin deversări de ape reziduale menajere și activități industriale, agricole și zootehnice.

Omenirea trebuie să cunoască că *mediul acvatic* este mult mai complex decât mediul terestru și aerian prin faptul ca interdependența dintre mediu și organism este mult mai strânsă la viețuitoarele acvatice, decât la cele terestre. Cunoașterea acțiunii substanțelor chimice asupra sănătății populației ajută în determinarea limitelor de concentrație compatibile cu viața pentru folosirea apei de calitate. Pe lângă substanțele toxice, care pot apărea în mod natural în apele de suprafață, ca amoniacul, hidrogenul sulfurat și diferite toxine secretate de alge, protozoare, gasteropode, un aport semnificativ la degradarea apelor de suprafață îl aduc deversările de ape reziduale industriale și fecaloid-menajere. Dacă în procesul de autopurificare are loc mineralizarea substanțelor organice, în procesul de detoxicare se constată descompunerea și transformarea acestora în produși nenocivi.

Pentru prevenirea bolilor prioritare luăm în considerare faptul că poluarea biologică a apei determină crearea unui suport nutritiv pentru agenții patogeni: compromiterea procesului de demineralizare a apei prin blocarea schimbului de ioni folosiți ca material filtrant în instalațiile de tratament; încetinirea proceselor de deferizare și demanganizare folosite drept mijloace de tratare a apei; modificarea proprietăților organoleptice; formarea de compuși halogenați, cu potențe cancerigene etc.

Asigurarea populației cu apă potabilă este una dintre cele mai acute probleme sociale în Republica Moldova, unde circa 620 mii de oameni sau 14% din populație nu au acces la sistemele îmbunătățite de apă potabilă, iar la sistemele îmbunătățite de sanitație 1 milion 60 mii oameni sau 30%. Aceasta afectează condițiile igienice de trai și constituie un factor de risc pentru apariția unor boli condiționate de apă, infecțioase și neinfecțioase. Calitatea neconformă a apei de băut are un impact considerabil asupra sănătății populației și condiționează până la 10% din morbiditatea infecțioasă a acesteia, inclusiv prin boli diareice acute, hepatita virală A, boli cronice digestive, litiază urinară, fluoroză dentară, afecțiuni ale sistemului imunitar etc.

De aceea este necesară mobilizarea comunității în rezolvarea acestor probleme inclusiv prin activități de promovare a sănătății și de educație pentru sănătate. Implicațiile specialiștilor în promovarea sănătății și educație pentru sănătate s-a soldat cu elaborarea Hotărârii Guvernului RM nr. 1063 din 16.09.2016 prin care s-a aprobat Programul național

pentru implementarea Protocolului privind Apa și Sănătatea în Republica Moldova pentru anii 2016-2025. Necesitatea modernizării sistemelor de alimentare cu apă și canalizare din localități este prevăzută și de Strategia de alimentare cu apă și sanitație pentru anii 2014-2028, care va contribui la îmbunătățirea sănătății și calității vieții, la dezvoltarea economică a țării.

În activitățile de promovare a sănătății trebuie luate în considerare și problemele legate de *mediul aerian* – atmosfera Pământului. Practic 100% din atmosfera planetei este gazoasă, fiind compusă din aer și urme de substanțe solide și lichide fin divizate. Atmosfera de astăzi a Pământului conține azot (nitrogen) molecular diatomic (N_2) în proporție de aproape 4/5 (78,2 %), oxigen molecular diatomic (O_2) (20,5 %), argon (Ar) (0,92 %), dioxid de carbon (CO_2) (0,03 %), ozon sau oxigen triatomic (O_3), oxigen monoatomic, azot monoatomic și alte gaze, praf, fum, alte particule în suspensie, aerosoli etc.

De-a lungul celor aproximativ 2,5-2,8 miliarde de ani de când există, compoziția atmosferei s-a schimbat de la una primitivă, la cea actuală, trecând prin mai multe faze intermediare, în decursul cărora a suferit multe schimbări.

Din cauza proceselor de disecații, iradiere, oxigenare, temperaturii ridicate sau coborâte și ca urmare a mișcării straturilor componente, aerul nu este un mediu prielnic supraviețuirii îndelungate a agenților patogeni. Totuși el joacă un rol important în transmiterea agenților etiologici ai multor boli transmisibile, îndeosebi cu poarta de intrare și cale de eliminare la nivelul căilor respiratorii superioare.

Ținând cont de faptul că principalele surse de poluare a atmosferei sunt mijloacele de transport și ramurile industriei, precum termoenergetica, siderurgia, industria chimică și petrochimică, a materialelor de construcție (îndeosebi industria cimentului), activitățile de promovare a sănătății trebuie direcționate spre protecția aerului cu scopul de a diminua emisiile nocive produse pe aceste căi. Cu acest scop au fost efectuate studii care demonstrează că poluarea atmosferică poate fi diminuată sau chiar înlăturată. Pentru aceasta trebuie să promovăm măsuri eficiente de protecție a aerului atmosferic: dotarea întreprinderilor cu instalații depoluante, utilizarea tehnologiilor nepoluante, amplasarea întreprinderilor la distanțe mari de zonele dens populate, crearea zonelor verzi. Dar principalul mijloc de combatere a poluării atmosferice este cel preventiv. Dezafectarea (schimbarea destinației inițiale) multor întreprinderi

industriale din unele zone puternic poluate a avut loc cu succes în multe regiuni ale lumii. Ca exemple pot servi orașele Pittsburg (SUA), Londra (Marea Britanie), zona germană Ruhr, orașul Hamburg etc., care au suportat transformări radicale, și anume: a dispărut fenomenul de smog, poluarea aerului a fost diminuată în mare parte datorită zonelor verzi.

Automobilele constituie principala sursă de impurificare a aerului, emanând în aer cantități mari de hidrocarburi, oxizi de carbon, oxizi de azot precum și plumb. În această direcție au fost efectuate cercetări ample, experimentări și proiecte îndrăznețe cum ar fi inventarea automobilului, care acționează pe bază de energie electrică, automobilului cu motor pe bază de etanol, care este nepoluant, au fost perfecționate motoarele actuale pentru a degaja o cantitate mai mică de substanțe toxice, au fost ameliorați combustibilii. Deci, sunt tehnologii moderne, nonpoluante care trebuie promovate.

Acțiunile de sensibilizare a populației trebuie să includă problemele *mediului terestru*, cel mai complex și cel mai important dintre medii, deoarece aici își au habitatul majoritatea viețuitoarelor, inclusiv omul. Din păcate, în ultimul timp omul a avut mari influențe negative asupra planetei și, deci, asupra mediului înconjurător terestru. În paralel cu creșterea populației Terrei sporește și necesitatea cultivării solului pentru producerea hrănilor. În regiunile dens populate, suprafețe întinse de teren fertil au fost acoperite cu așezări umane, zone industriale, șosele, căi de comunicație.

Poluarea solului este cauzată de utilizarea pe scară largă a îngrășămintelor care pot diminua capacitatea bacteriilor de a descompune substanțele organice și de a produce substanțe nutritive necesare plantelor. Pesticidele dăunează și ele atât bacteriilor, cât și altor microorganisme utile din sol, din cauza cărora acesta deseori devine steril și infertil.

Eroziunea solului este cea mai gravă formă de degradare a acestuia. Aceasta se produce pe terenurile care au fost cultivate sau pășunate prea intens, irigate cu apă supramineralizată.

Gradul de contaminare a solului depinde de destinația lui. O încălțură microbiană, parazitară și fungică ridicată vor putea prezenta soluțiile irigate cu ape contaminate și produse organice de origine umană sau animală. Pe solul contaminat se pot întâlni agenți etiologici ai febrei tifoide, dizenteriei, holerei, tularemiei, brucelozei, tuberculozei, leptospirozelor, hepatitei virale tip A, poliomiolitei, febrei aftoase etc. Bacterii-

le, care sporulează, pot cauza tetanos, antrax, botulism, gangrenă gazoasă. Uneori în soluri se pot întâlni fungi, ouă și larve de geohelminți.

Populația trebuie să cunoască influența solului asupra sănătății umane, cauzată de conținutul de macro- și microelemente, maladiile care se transmit prin intermediul solului etc.

Impactul factorilor de mediu asupra stării de sănătate

În ultimii ani în lume, dar și în Republica Moldova, au avut loc modificări esențiale în structura și nivelul indicilor stării de sănătate. Pentru estimarea acestor fenomene în promovarea sănătății este necesar de a elucida cauzele lor și de a evidenția rolul factorilor mediului ambiant în dezvoltarea lor. Determinarea impactului factorilor nefavorabili ai mediului asupra sănătății umane argumentează convingător investițiile materiale imense necesare pentru protecția și asanarea mediului pe scară largă. În literatură identificăm foarte multe publicații despre rolul factorilor de mediu pentru sănătatea populației. Însă ele se referă preponderent la un singur factor. Una dintre activitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate este informarea populației că sănătatea este un indice integral al calității mediului. Sarcina noastră principală constă în descifrarea acestui integral, deci în determinarea nu numai a rolului fiecărui factor în parte, dar și a complexelor de factori, frecvent depistate, pentru sănătate, îmbunătățirea calității lor. Această modalitate de expunere permite a evidenția factorii prioritari importanți, care necesită combatere în primul rând.

La nivel mondial, aproximativ 24% din boli și circa 23% din totalul deceselor (mortalitatea prematură) au fost atribuite factorilor de mediu. Printre copiii de 0-14 ani, proporția de decese atribuite mediului a fost de 36%. Au existat diferențe regionale mari în contribuția mediului la diferite condiții de boală din cauza diferențelor din expunerile la mediu și accesul la asistență medicală. De exemplu, dacă în regiunile în curs de dezvoltare 25% din totalul deceselor au fost atribuite unor cauze de mediu, apoi în regiunile dezvoltate doar 17%.

În multe cazuri, corelația dintre unii factori de mediu și apariția bolii este greu de demonstrat. Prin urmare, estimările exacte ale poverii maladiilor, care pot fi atribuite unor factori de mediu, sunt dificil de realizat.

La nivel mondial, maladiile cel mai des atribuite factorilor de mediu sunt: bolile diareice acute, infecțiile respiratorii, alte leziuni neinten-

ționate și malarie. În țările dezvoltate, printre cele mai frecvente boli legate de factorii de mediu sunt cancerul, alergiile, astmul, maladiile respiratorii cronice și alte boli respiratorii precum și traumatismele rutiere.

Una dintre caracteristicile civilizației este migrarea intensivă a populației care generează lipsuri materiale, stresuri psihosociale, condiții grele de viață, deficiențe de asistență medicală. Astfel, civilizația creează sau favorizează apariția condițiilor de viață care sporesc morbiditatea și mortalitatea printr-o serie de maladii și, concomitent, oferă unele condiții de mediu superioare față de trecut. Ca rezultat, se modifică starea de sănătate. De aceea, activitățile de promovare a sănătății și profilaxie a maladiilor prevăd realizarea unor ecosisteme umane cu condiții cât mai bune tehnice și cu diminuarea riscurilor nocive.

Pentru starea bună de sănătate a populației este necesar de a promova factorii fizici din mediu favorabili (mecanici, climatici, actinici, electrici, radioactivi, zgomotul, vibrația etc.), de proveniență naturală sau artificială. Trebuie informată populația că factorii mecanici sunt instrumentele de lucru manual sau mecanizat, instrumentele de bucătărie, transportul și multe altele care condiționează lovituri, ciocniri, potcniri, leziuni cu comoșii, contuzii sau răniri, incluse toate în noțiunea de traumatism. Adeseori pot avea loc hemoragii, fracturi, secționări de nervi, tendoane, traumatizări de organe vitale. Deci, influențele acestor factori sunt foarte variate: de la traume ușoare până la decese.

Pentru Republica Moldova sunt caracteristice și catastrofele naturale sub formă de cutremure și inundații. Administrația publică locală, medicii de familie trebuie să informeze populația despre comportamentele corecte în aceste cazuri. Influențele acestor catastrofe asupra omului sunt directe – prin traumatisme, boli, decese, și indirecte – prin pagubele materiale, insalubritate, epidemii, la care se adaugă perturbările grave psihosociale. Inundațiile în condițiile naturale provoacă preponderent pagube materiale, poluarea intensivă a apelor din fântâni și izvoare, epidemii de boli intestinale acute, mai rar decese.

Dintre suferințele civilizației moderne trebuie menționate accidentele provocate de mijloacele de transport, procesul de muncă la întreprindere, în agricultură, în condiții casnice și cele pietonale pe drumuri lunecoase. Ca rezultat, au loc frecvent decese, fracturi, comoșii, contuzii, luxații, traume psihice, arsuri, intoxicații cu substanțe chimice (pesticide, dezinfectanți, medicamente etc.).

O mare parte a populației contemporane este afectată de caracterul nociv al zgomotului, îndeosebi cea urbană. Influența zgomotului se manifestă, în primul rând, asupra aparatului acustic sub formă de efecte acute și cronice. Dintre efectele acute fac parte traumatismele sonore produse în urma acțiunii unui zgomot brusc și puternic, care pot fi urmate de ruptura timpanului. Sunt și alte leziuni acute, exprimate prin durere, amețală, asurzire temporară reversibilă. Uneori aceste efecte determină reducerea pragului de audibilitate. Efectul cronic se dezvoltă la influența zgomotului de lungă durată, când are loc afectarea zonei celulelor din organul Corti și scăderea auzului, în cazuri mai grave se dezvoltă surditatea profesională. Concomitent se declanșează și efectele secundare, manifestate prin lezarea sistemului nervos și dezvoltarea psihonevrozelor, insomniei, scăderea memoriei și preciziei de activitate, diminuarea capacității de muncă.

Este important de informat populația despre factorii climaterici, care influențează foarte frecvent oamenii prin excese de frig, căldură, secetă, furtuni, uragane etc., care provoacă victime, îndeosebi printre copii, persoanele bolnave, slăbite, cu deficiențe fizice. Consecințele influenței frigului sunt înghețul, degerăturile, tulburările cardiovasculare, lezările nervilor (nevrite, paralizii), răcirii și infecții ale căilor respiratorii superioare. Căldura excesivă (canicula) mai frecvent provoacă victime printre copii prin hipertermie și deshidratare, tulburări nervoase, circulatorii și metabolice, la bătrâni prin afecțiuni cardiace și cerebrale. Consecințele caniculei sunt agravate de secetă prin tulburările de odihnă și somn, stare de neliniște, transpirație excesivă, șoc termic, uneori colaps și deces. Fenomenele locale, care apar vara și toamna, manifestate prin vânturi, furtuni, uragane, ploi, alunecări de teren, cauzează distrugerea clădirilor, instalațiilor, afectează mult viața oamenilor și pot provoca chiar moartea. Consecințele secundare se manifestă prin dezvoltarea diferitor maladii infecțioase, acutizarea maladiilor cardiovasculare și psihice.

În activitățile informative de promovare a sănătății și educație pentru sănătate omul se află într-un permanent schimb material și energetic cu mediul înconjurător. Se au în vedere toți factorii de mediu (aer, apă, sol, produse alimentare) și toți componenții organismului (substanțele biogene minerale și organice), dar și substanțele străine pentru organism. Efectele acestor elemente asupra organismului depind de raporturile dintre organism și mediu și se manifestă prin următoarele forme de modificări patologice:

- stări carențiale, determinate de cantitățile insuficiente de substanțe necesare organismului, cum ar fi gușa endemică, caria dentară, anemiile etc.;
- stări excesive din cauza aportului excesiv de substanțe chimice, de exemplu: fluoroza, methemoglobinemia la copii;
- intoxicații determinate de pătrunderea în organism a substanțelor străine, toxice, de regulă, poluante: oxizi, acizi, baze, metale grele, alte substanțe agresive.

În legătură cu suprasaturațiile chimice ale mediului, ponderea bolilor dependente de substanțe chimice a crescut considerabil. Aceste substanțe pătrund în organism în principal, pe căile digestive și respiratorii.

O importanță deosebită au factorii biologici care influențează starea de sănătate prin relațiile dintre om și microorganismele de pe tegumente și mucoase, din cavități, tubul digestiv, dar și din apă, aer, sol, alimente. Influența acestora asupra organismului uman se manifestă prin dezvoltarea maladiilor infecțioase bacteriene, virale, micotice, transmise prin contactul direct, apă, aer, alimente etc. Unele maladii infecțioase se transmit prin vectori (câpușe, țânțari, rozătoare, păsări, păduchi): tifosul exantematic, febra recurentă, pesta, malaria, encefalitele etc. Există o serie de paraziți ai omului și animalelor ca teniile, ascariizii, tricocefalii, trichinelele etc. Factori biologici sunt și șerpii veninoși, scorpionii, plantele otrăvitoare.

Este necesară consolidarea eforturilor tuturor partenerilor interesați pentru a asigura realizarea corectă a urbanizării, industrializării și proceselor de civilizare a societății care, de regulă, sunt însoțite de factori psihosociali, probleme de sănătate publică pe plan mondial, contribuind la dezvoltarea bolilor psihice și psihosomatice. Sunt răspândite, în special, nevrozele, tulburările de adaptare socială, toxicomaniile, tulburările vârstei înaintate. Accelerarea ritmului existenței umane, migrația, explozia informațională etc. au căpătat valențe patogene, care depășesc capacitățile adaptive ale organismului și prezintă situațiile stresante. Aceste stări determină o simptomatologie subiectivă, variabilă, prin epuizarea forțelor creative, tulburări de comportament etc. Astfel, societatea contemporană este supusă unor impresionante influențe ecologice care determină starea de sănătate, ce reflectă impactul factorilor specifici de mediu. Aceste situații impun societatea de a căuta cele mai eficiente căi de promovare a sănătății și de educație pentru sănătate pentru protecția ecosistemelor umane și de păstrare a echilibrului lor.

Indicatorii sănătății populației dependenți de calitatea mediului

Pentru a organiza corect activitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate specialiștii în domeniu, medicii de familie, administrația publică locală trebuie să cunoască caracteristica indicatorilor stării de sănătate a populației din teritoriul respectiv dependentă de mediu. Valorile acestor indicatori dictează direcțiile de activitate în promovarea sănătății.

Indicatorii stării de sănătate dependenți de calitatea mediului pot fi diferiți. În aprecierea stării de sănătate a colectivelor de populație, în special de copii, pot fi utilizați următorii indici:

1. Demografici:

- natalitatea;
- letalitatea;
- speranța de viață;
- longevitatea.

2. Morbiditatea:

- generală;
- infecțioasă;
- cronică;
- cu incapacitatea temporară de muncă.

3. Dezvoltarea fizică.

4. Dezabilitatea.

Conform opiniilor Consiliului Consultativ al OMS, datele despre mortalitatea populației, obținute prin intermediul sistemelor de înregistrare, au permis elaborarea și realizarea măsurilor corespunzătoare de promovare a sănătății. Aceasta se explică prin faptul că mortalitatea este un indicator integral atât al condițiilor socio-economice din societate, cât și a calității mediului de existență a omului. Conform datelor, majoritatea cazurilor de deces sunt determinate nu de o singură cauză, ci de un complex de cauze. În funcție de factorul de risc decisiv, mortalitatea poate fi clasificată în funcție de:

- factorul de risc: genetic, fiziologic, ambientali, stilul de viață;
- maladia finală;
- necesitățile de evidență: mortalitatea prematură la diferite vârste, dezabilitatea de mai multe tipuri.

În scopul supravegherii permanente a modificărilor stării de sănătate a populației, pentru evaluarea programelor și serviciilor ocrotirii să-

nătății și pentru acțiunile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate, se utilizează unul dintre principalii indici – morbiditatea. Morbiditatea se caracterizează în funcție de frecvența răspândirii patologiei, gradul de influență a factorilor de mediu și se determină prin compararea teritoriilor studiate și grupelor de populație influențate.

Managementul în domeniul promovării sănătății și educației pentru sănătate include obligator elaborarea și realizarea programelor și planurilor de activitate în acest domeniu. Drept exemplu poate fi *Planului național de acțiuni pentru sănătate în relație cu mediul*, care a fost aprobat prin Hotărârea Guvernului RM nr. 487 din 19 iunie 2001. Asemenea planuri trebuie să existe în continuare la nivel național și local.

În ultimii ani a fost recunoscut faptul că fortificarea și promovarea sănătății sunt strâns legate de calitatea mediului. În acest scop au fost organizate mai multe conferințe internaționale. Prima Conferință interministerială europeană pentru sănătate și mediu organizată de OMS s-a desfășurat în 1989 la Frankfurt, Germania, cu participarea miniștrilor mediului și sănătății din 29 state europene. Conferința a aprobat în unanimitate Carta Europeană „Pentru Sănătate și Mediu”, care a extins Strategia „Sănătate pentru Toți”, unde se afirmă că fiecare individ are dreptul la un mediu care să-i permită realizarea celui mai înalt nivel de sănătate și bunăstare. Politica de sănătate pentru Europa, exprimată prin Strategia „Sănătate pentru Toți”, prevede ameliorarea sănătății și descrie căile de obținere a următoarelor obiective: promovarea unui mod de viață sănătos, protecția mediului și ameliorarea calității serviciilor medicale de prevenire, tratament și reabilitare în contextul dezvoltării durabile. Dezvoltare durabilă înseamnă o așa dezvoltare economică, care să nu influențeze negativ asupra mediului ambiant și sănătății populației.

Planurile de Acțiuni pentru Sănătate în Relație cu Mediul trebuie să includă următoarele capitole de bază:

- Cadrul European sau național de acțiuni pentru sănătate în relație cu mediul;
- Obiectivele și strategia de implementare a Planului național sau și local;
- Caracteristica legislației și dezvoltării instituționale;
- Riscurile specifice pentru sănătatea populației în relație cu mediul;
- Caracteristica sectoarelor economice și posibilelor influențe asupra sănătății.

În contextul promovării sănătății este importantă caracteristica riscurilor specifice pentru sănătatea populației în relație cu mediul în care trebuie să fie incluse:

- Caracteristica calității apei (potabile, apelor de suprafață, apelor minerale, apelor de irigare) și impactului asupra sănătății;
- Corespunderea calității solului și posibilul impact asupra sănătății;
- Materiale polimerice și riscul lor pentru sănătate;
- Calitatea alimentelor și stării sănătății dependente de ele;
- Mediul ocupațional și sănătatea;
- Radiațiile ionizante și sănătatea;
- Radiațiile neionizante și sănătatea;
- Zgomotul și sănătatea;
- Așezările urbane și rurale, și caracteristica sănătății;
- Catastrofele naturale și tehnogene, și consecințele lor.

Exemple de acțiuni importante, care trebuie incluse în Planul național de acțiuni pentru sănătate în relație cu mediul, sunt:

- Elaborarea și implementarea legislației naționale privind protecția sanitară a mediului ambiant, utilizarea rațională a resurselor naturale, armonizată cu legislația Uniunii Europene;
- Alinierea criteriilor, metodelor și sistemului de promovare a sănătății pentru monitorizarea socio-igienică a mediului la cele aplicate de UE și asigurarea funcționării acestui sistem;
- Standardizarea supravegherii sanitare a surselor de poluare a mediului, a sistemelor de alimentare cu apă, a aerului, solului etc.;
- Promovarea unui sistem de control al calității investigațiilor chimice și microbiologice ale elementelor de mediu;
- Dezvoltarea unui sistem informațional pentru promovarea sănătății în domeniul sănătății în relație cu mediul;
- Elaborarea și realizarea programelor de promovare a sănătății și de profilaxie a maladiilor condiționate de calitatea mediului etc.

Procesul de elaborare și realizare a astfel de planuri este multisectorial. Colaborarea dintre sectoarele implicate trebuie să se bazeze pe înțelegere, încredere și recunoaștere a faptului că problema promovării sănătății în relație cu mediul este condiționată nu doar de un domeniu separat al economiei naționale. Ameliorarea calității mediului și a sănătății reprezintă elementul principal în realizarea Strategiei „Sănătate

pentru Toți”, scop care necesită luare de decizii comune de un șir de instituții, responsabile de sănătate și mediu, realizarea cărora, direct sau indirect, va influența sănătatea omului.

Alegerea acțiunilor prioritare în promovarea sănătății privind ameliorarea stării mediului și sănătății depinde de gradul riscului pentru sănătate legat de mediu și de posibilele beneficii pentru sănătate, luând în considerare cheltuielile în legătură cu diferite variante de acțiuni de reabilitare.

Deși se apreciază că 25% dintre îmbolnăviri au originea în mediu, medicii au târâgănat efectuarea activităților în domeniul promovării sănătății cu referință la factorii de mediu și influența lor asupra sănătății umane, iar universitățile de medicină au făcut prea puțin pentru a-i încuraja sau a-i pregăti pentru o astfel de implicare. Cu toate că implicarea medicului în problemele de sănătate a mediului pare a fi o alegere personală, conform prevederilor Guvernului RM și MS, competențe minime de promovare a sănătății și educație pentru sănătate sunt absolut necesare, cu atât mai mult cu cât interesul pacienților și al comunităților cu privire la mediu crește, acestea prezentând acuze, reclamă anumite riscuri sau prezintă semne și simptome cauzate de aceste expuneri.

Lucrare practică

Scopul lucrării: familiarizarea studenților cu factorii de mediu care afectează sănătatea umană și măsurile de promovare a sănătății pentru reducerea riscului generat de mediu.

Sarcinile lucrării:

1. Familiarizarea cu factorii de mediu care ar putea afecta sănătatea.
2. Familiarizarea cu metodologia de elaborare a planurilor locale de acțiuni în domeniul promovării sănătății pentru prevenirea poluării obiectelor mediului ambiant.

Obiective de formare: după realizarea activităților practice studenții trebuie:

- să conștientizeze importanța promovării sănătății și educației pentru sănătate în asigurarea obiectelor salubre ale mediului înconjurător (apă, sol, aer) pentru sănătatea omului;
- să identifice factorii de mediu care ar putea afecta sănătatea și să explice relația dintre risc și pericol;
- să recunoască necesitatea informării populației privind impactul mediului asupra sănătății și să fie capabili de a informa despre

maladiile cu cea mai mare contribuție de mediu la nivel mondial și în țările dezvoltate;

- să elaboreze planuri locale de acțiuni în domeniul promovării sănătății pentru prevenirea poluării obiectelor mediului ambiant.
- să recunoască importanța comunităților locale și abordării intersectoriale a problemei de promovare a sănătății în reducerea riscurilor de mediu.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Noțiunile de mediu, factori de mediu. Clasificarea. Definiții de bază. Importanța pentru promovarea sănătății.

2. Noțiunea de promovare a sănătății direcționată spre mediul acvatic, aerian și litosferic natural și modificat sub acțiunea omului.

3. Indicatorii sănătății populației importanți pentru evaluarea influenței mediului și activități de promovare a sănătății.

4. Planul Național (local) de acțiuni în domeniul Promovării Sănătății și Sănătății în Relație cu Mediul.

5. Formele morbide caracteristice pentru evaluarea influenței mediului și pentru informarea populației.

6. Activități de promovare a sănătății pentru prevenirea impactului factorilor de mediu asupra stării de sănătate a populației.

7. Sursele de poluare a mediului.

8. Activitățile medicilor în promovarea sănătății în funcție de calitatea mediului.

Activitatea practică:

1. Descrierea activităților de promovare a sănătății în identificarea interrelațiilor dintre factorii mediului înconjurător naturali (apă, sol, aer) și calitatea vieții populației.

2. Descrierea activităților de promovare a sănătății în identificarea interrelațiilor dintre factorii mediului înconjurător modificați sub acțiunea omului (apă, sol, aer) și calitatea vieții populației.

3. Elaborarea planului local de acțiuni privind promovarea sănătății și educația pentru sănătate în prevenirea modificării factorilor naturali ai mediului înconjurător sub acțiunea activității omului.

4. Rezolvarea problemelor de situație.

Dexterități practice:

1. Cunoașterea factorilor de risc din mediu pentru promovarea sănătății.

2. Abilitate de elaborare a planurilor locale de acțiuni în domeniul promovării sănătății pentru prevenirea poluării obiectelor mediului ambiant.

Dotarea lucrării practice:

1. Sală computerizată.
2. Echipament: 1 computer la 2-3 studenți, videoproiector, conexiune la Internet.
3. Probleme de situație.
4. Teste pentru verificarea cunoștințelor.

Desfășurarea lucrării practice:

1. Fiecare student trebuie să descrie activitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate cu privire la protecția mediului înconjurător natural și modificat sub acțiunea omului (apă, sol, aer):

- acvatic natural;
- aerian natural;
- edafic natural;
- acvatic modificat prin deversări de ape reziduale;
- aerian modificat prin emisii de noxe – gaze de eșapament și de la întreprinderi industriale;
- edafic modificat prin poluări – deșeuri solide, preparate de uz sanitar și fertilizanți.

2. După analiza aprofundată se formulează concluzii corespunzătoare cu evidențierea eventualei influențe benefice sau malefice a factorilor mediului înconjurător asupra calității vieții populației.

3. Elaborarea planului local de acțiuni pentru prevenirea poluării obiectelor mediului înconjurător în cazurile respective.

4. Se discută rezultatele analizei situației, concluziile și recomandările elaborate cu toată grupa.

5. Rezolvarea problemelor de situație.

Problemă de situație nr. 1

Autoritățile locale și comunitățile lor și-au asumat noi responsabilități pentru problemele de mediu la nivel mondial. Ele au fost încurajate să se alătore unor programe internaționale deja existente și să elaboreze propriile proiecte pentru a răspunde acestor provocări. Încercați să elaborați un plan local de acțiuni privind sănătatea în relație cu mediul și activități de promovare a sănătății și educație pentru sănătate pentru cea mai importantă problemă de mediu din localitate.

Problemă de situație nr. 2

Poluarea aerului este o problemă de mediu în comunitatea voastră? Care sunt principalele surse de poluare a aerului? Explică diferența dintre hazard și risc de poluare a aerului. Enumerați cinci soluții de reducere a expunerii umane la aerul poluat.

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Enumerați substanțele străine din compoziția aerului atmosferic:
 - a. dioxidul de carbon
 - b. oxigenul
 - c. azotul
 - d. plumbul
 - e. radonul.
2. Care este principalul poluant al aerului din fumul de țigară?
 - a. pulberi;
 - b. praful de azbest;
 - c. fluorurile;
 - d. clorurile;
 - e. nicotina.
3. Care este sursa de poluare a aerului atmosferic cu polen?
 - a. erupția vulcanică;
 - b. vegetația;
 - c. erodarea solului;
 - d. descompunerea substanțelor organice;
 - e. incendiile.
4. Numiți maladiile care nu se transmit prin intermediul solului:
 - a. bolile endemice
 - b. infecțiile anaerobe
 - c. geohelmintiazele
 - d. infecții cu adenovirusuri
 - e. infecții intestinale.
5. Numiți maladia infecțioasă care nu se transmite prin intermediul apei:
 - a. febra tifoidă
 - b. tuberculoza
 - c. hepatita A
 - d. hepatita B
 - e. dizenteria.

Indicați răspunsurile corecte

6. Numiți care sunt factorii principali care determină starea de sănătate a populației importante pentru promovarea sănătății:
 - a. biologia umană
 - b. factorii de mediu
 - c. organizarea asistenței medicale
 - d. stilul de viață
 - e. sistemul politic și economic.
7. Cum se clasifică factorii de mediu după influența asupra organismului:
 - a. sanogeni;
 - b. patogeni;
 - c. de risc;
 - d. biotici;
 - e. abiotici.
8. Numiți indicatorii sănătății populației importante pentru evaluarea influenței mediului:
 - a. morbiditatea generală și specifică a populației conform clasificării internaționale;
 - b. dezvoltarea fizică – indicator ce reflectă calitatea mediului;
 - c. mortalitatea;
 - d. speranța la viață și longevitatea;
 - e. morbiditatea conform adresabilității.
9. Enumerați cele mai des întâlnite maladii atribuite factorilor de mediu la nivel mondial:
 - a. bolile diareice acute
 - b. infecțiile respiratorii
 - c. malarie
 - d. bolile sistemului digestiv
 - e. holera.
10. Enumerați documentele de politici elaborate în Republica Moldova cu referință la problemele sănătății și mediului:
 - a. Hotărârea Guvernului RM nr.487 din 19.06.2001 privind aprobarea Planului național de acțiune sănătatea în relație cu mediul.
 - b. Programul național pentru implementarea Protocolului privind Apa și Sănătatea în Republica Moldova pentru anii 2016-2025.
 - c. Politica Națională de Sănătate, 2007.
 - d. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în Republica Moldova.
 - e. Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare.

Capitolul 4. PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII LA LOCUL DE MUNCĂ ȘI EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE A ANGAJAȚILOR DIN RAMURILE ECONOMIEI NAȚIONALE

Sănătatea la locul de muncă

Locurile de muncă sunt comunități cu relații interactive dintre oameni care împărtășesc un mediu comun, interese și scopuri comune, în care este stabilit un proces interactiv între indivizi și condițiile de muncă. Conceptul de muncă devine din ce în ce mai flexibil în ultimii ani. Analiza situației a indicat că munca și mediul de muncă în sec. XXI sunt în continuă schimbare, caracterizându-se prin globalizare, dezvoltarea tehnologiei informaționale, telecomunicațiilor, îmbătrânire, șomaj, creșterea numărului de angajați în întreprinderile mici și mijlocii, și a persoanelor care desfășoară activități individuale. Cea mai notabilă schimbare în lumea muncii este reducerea de contribuții la bugetul național al industriilor de producere față de cele de servicii. Concurența globală impune schimbări la locul de muncă: mai mult angajament, creativitate, o mai mare flexibilitate, nivel mai ridicat de competențe sociale, conducând astfel la dezvoltarea de locuri de muncă bazate pe cooperare și participare a personalului. Pentru a reuși într-o economie globalizată, competitivă, fiecare întreprindere trebuie să se asigure că angajații ei muncesc la standardele maxime de performanță și productivitate. Condițiile economice și tendințele din viața profesională, cum sunt reducerile de angajați, discriminarea, intimidarea, lucrul part-time și șomajul afectează dezvoltarea socială și sănătatea oamenilor.

Responsabilitatea pentru sănătate este împărtășită de către angajatori, lucrători și societate ca o responsabilitate reciprocă și de interes. Forța de muncă sănătoasă este esențială pentru dezvoltarea durabilă și prosperitatea unei țări. Sănătatea și bunăstarea la locul de muncă reprezintă o condiție de bază pentru potențialul inovator crescut de întreprinderi, care contribuie la creșterea economică și ocuparea forței de muncă. Există o dovadă convingătoare că îmbunătățirea condițiilor de muncă

poate fi ingredientul-cheie al eficienței economice și competitivității. Succesul întreprinderii depinde de calificări, motivație, morală, relații interpersonale, precum și de sănătatea lucrătorilor, care obligatoriu necesită aplicarea de strategii de promovare a sănătății la locul de muncă. Participarea directă și motivarea lucrătorilor pentru menținerea și îmbunătățirea propriei sănătăți la locul de muncă este esențială pentru acest proces.

Legăturile dintre muncă și sănătate sunt foarte clare, de regulă cei care beneficiază de un loc de muncă sunt mult mai sănătoși decât șomerii. Acest fapt are multe și variate motive, printre care și ideea că fiind activă financiar, adică fiind în câmpul muncii, o persoană beneficiază de un ritm bine organizat al vieții, un standard mai înalt de viață. Pe lângă venit, un loc de muncă oferă scop și satisfacție în viață, ameliorând astfel sănătatea fizică și mintală a lucrătorului.

În acest context, Dame Carol Black afirmă: „Un loc de muncă potrivit este benefic. Acesta oferă oamenilor sentimentul scopului și împlinirii, ajută familiile să iasă din sărăcie, lucru benefic pentru comunități”.

Relația dintre muncă și sănătate este foarte puternică. Mai mulți cercetători au demonstrat efectele pozitive ale muncii asupra sănătății: munca ne organizează programul, ne oferă un status favorabil social, crește sentimentul de autoeficacitate și stimă de sine, permite să dezvoltăm o rețea socială pe care o putem accesa pentru a răspunde nevoilor din viața personală.

Satisfacția muncii – nivelele ridicate de satisfacție în muncă se datorează mai multor factori: sentimentul de „apartenență” la propria organizație; percepția că sunt bine plătiți (percepția pare să fie mai importantă decât nivelul venitului în sine); o autonomie și un control mai sporit asupra propriei activități; solicitări intelectuale mai mari la locul de muncă, fără presiuni sau intensitate a muncii exagerate; oportunitatea de a avansa în carieră; o satisfacție în ansamblu privind echilibrul dintre muncă și viață.

Autonomia muncii – a avea un cuvânt de spus în organizarea muncii – oferă, de obicei, o satisfacție mai mare în muncă și sentimentul propriului progres. Intelectualii, de înaltă calificare, au cea mai mare autonomie în muncă, în timp ce personalul muncitor, necalificat cea mai redusă, mai ales în rândul personalului muncitor din construcții, alimentare cu energie electrică și gaze.

Cu toate acestea, munca poate periclita starea de sănătate și starea de bine a unei persoane. Practicile riscante de muncă, suprasolicitarea, programul de lucru prelungit sau inflexibil și nivelurile ridicate de stres sunt exemple de factori negativi care pot afecta starea de sănătate a lucrătorului și, consecutiv, starea de bine a familiei sale.

Cerințele esențiale pentru angajatori și angajați sunt ca aceștia să găsească echilibrul ideal în viața activă – echilibru între presiuni pozitive (presiuni care motivează și duc la creșterea performanțelor) și sisteme de recompensă și satisfacție în muncă, pe de o parte, și suprasolicitările în muncă, mediile de muncă nefavorabile și necesitatea unei productivități ridicate, pe de altă parte.

Necesitatea acestui echilibru este recunoscută de Organizația Mondială a Sănătății care constată: „Conceptul de promovare a sănătății la locul de muncă (PSLM) a devenit tot mai important, pe măsură ce tot mai multe organizații private și publice recunosc că succesul viitor pe o piață globalizată poate fi obținut doar cu ajutorul unei forțe de muncă sănătoase, calificate și motivate. Un program de PSLM poate asigura un echilibru flexibil și dinamic între cerințele clienților și țintele organizației, pe de o parte, și aptitudinile angajaților și cerințele de sănătate ale acestora, pe de altă parte, care poate ajuta firmele și întreprinderile să fie competitive. În cazul țărilor, elaborarea de programe de PSLM va fi premisa obligatorie pentru o dezvoltare socială și economică durabilă.”

Efectele condițiilor de muncă asupra stării de sănătate

S-a stabilit că stresul ridicat în procesul muncii duce la creșterea riscului de accidente la locul de muncă, hipertensiune, boli ale sistemului circulator, depresie și alte tulburări mintale, chiar și la adoptarea de obiceiuri nesănătoase, precum fumatul și consumul de alcool. În diverse studii s-a demonstrat că nivelul de solicitare la locul de muncă este un factor predictiv pentru diverși indicatori ai stării de sănătate: sănătate mintală, cancer, complicații ale sarcinii, afecțiuni neuromusculare. Solicitarea la locul de muncă poate avea legătură și cu declanșarea și agravarea bolii coronare. În acest sens au fost găsite diferențe clare între muncitori și intelectuali, precum și între bărbați și femei.

Condițiile de muncă identificate anterior au consecințe specifice asupra stării sociale și de sănătate a angajaților:

- **Nesiguranța locului de muncă**, riscul de a pierde locul de muncă este o sursă de stres din cauza pierderii venitului și a satisfacției oferite de muncă, a perspectivelor de viitor nesigure și a potențialului de a periclita apartenența la medii sociale benefice (Organizația Mondială a Sănătății, 1999).

- **Mediul fizic** este un factor din cauza căruia un lucrător din UE cade victimă a unui accident de muncă fiecare cinci secunde, iar un lucrător moare fiecare două ore din cauza unui accident de muncă (Comunitățile Europene, 2004).

- **Ritmul de lucru, controlul și stresul** se manifestă prin supra-solicitările psihosociale la locul de muncă și controlul redus asupra condițiilor de muncă care au un efect negativ asupra stării de sănătate, crescând frecvența accidentelor de muncă. Chiar și la locurile de muncă cu efort ridicat, riscul de accidentare este mai redus decât în cazul ritmului de muncă intensiv, dacă angajații fac pauze atunci când simt nevoia și au un cuvânt de spus în organizarea locului de muncă. Ritmul de lucru poate fi influențat de mai mulți factori, în funcție de profesie. Angajații, al căror ritm de lucru este impus de viteza automată a utilajelor sau de planurile mari de producție, sunt mai frecvent afectați de probleme de sănătate fizică, percep munca drept intensă și stresantă, și au o autonomie redusă în muncă. Pe de altă parte, angajații al căror ritm de lucru este impus de alte persoane, sunt afectați mai frecvent de tulburări psihice.

- **Durata turelor.** Turele extrem de lungi sunt corelate cu apariția hipertensiunii și a bolilor sistemului circulator. Trecerea la ture îndelungate, oboseitoare poate duce și la obiceiuri nesănătoase cum ar fi fumatul, consumul de alcool și alimentația dezechilibrată. S-a demonstrat că munca în schimburi are legătură cu tulburările de somn, afecțiunile digestive, bolile cardiovasculare, obiceiurile nesănătoase și stresul rezultat din conflictul dintre muncă și familie.

- **Echilibrul dintre viață și muncă.** Părinții cu copii au situații de stres rezultate din insuficiența timpului și dezechilibrul muncă/familie. Peste o treime dintre femeile în vârstă de 25-44 de ani, care au serviciul cu normă întreagă și au copii, declară că sunt presate de timp, lucru valabil și pentru un sfert dintre bărbați.

- **Intensitatea muncii.** Lucrul cu termene scurte de predare a rezultatelor sau în ritm accelerat, este în creștere. În 2005, 26% din forța de muncă din cele 27 de țări membre ale UE au declarat că trebuie să

lucreze într-un ritm ridicat pe toată durata zilei de muncă sau cea mai mare parte, ceea ce generează situații stresante urmate de diverse patologii.

• **Vârsta.** Angajații mai în vârstă sunt mai puțin expuși unui ritm alert de muncă decât cei tineri. Cu înaintarea în vârstă se produce și o modificare a reactivității organismului. La persoanele în vârstă reacțiile vasculare, metabolice, coordonarea activității neuroendocrine și neurovegetative ca și reglarea temperaturii corpului se modifică fie prin restrângerea limitelor adaptive, fie prin apariția unor reacții de răspuns paradoxale. Modificările patologice sunt consecința interacțiunii dintre mediu și individ sau dintre ereditate și individ. Leziunile aterosclerotice înregistrează un spor evident la persoanele trecute de 50 de ani. Cardiopatia ischemică este cea mai frecventă afecțiune cardiacă după 45 de ani și cauza principală a deceselor la o vârstă înaintată. În cazul hipertensiunii arteriale, valorile crescute ale tensiunii sistolice pot determina accidentul vascular cerebral. Patologia digestivă se manifestă prin ulcer gastroduodenal, litiază biliară, dismicrobism intestinal etc. Incidența cancerului crește în raport direct cu vârsta, fiind afectate în special: uterul, ovarele, sânul, prostata, plămânii sau aparatul digestiv.

• **Gender.** Bărbații sunt mai expuși decât femeile la anumite riscuri. Bărbații, mai ales cei tineri, sunt expuși mai mult la riscuri fizice tradiționale (de exemplu, efort fizic excesiv, zgomot, vibrații) decât femeile: circa 15% dintre bărbați declară că tot timpul sau cea mai mare parte a timpului de muncă sunt expuși la vibrații, iar 14% – la zgomot, comparativ cu o frecvență de 5% și respectiv 7% în rândul femeilor. Riscurile ergonomice (mișcări monotone repetitive ale mâinilor sau brațelor, munca în poziții vicioase) tind să nu fie influențate de gender. Pentru anumite riscuri, prevalența este mai mare în rândul femeilor, mai ales în sistemul de învățământ și de sănătate. De exemplu, peste 5% dintre femei afirmă că sarcinile de muncă le impun să ridice sau să mute frecvent persoane (copii la grădinițe-creșe sau pacienți în staționare), comparativ cu doar 1% dintre bărbați.

• **Tipul muncii.** Muncitorii sunt semnificativ mai expuși la majoritatea riscurilor fizice la locul de muncă, față de intelectuali.

• **Intimidarea sau hărțuirea.** Violența sau amenințarea cu violență și toate formele de discriminare duc la tulburări psihice și stres. În jur de 5% dintre angajați au declarat că au fost expuși unei forme de violență, intimidare sau hărțuire la locul de muncă în ultimele 12 luni. Femeile, în special cele tinere, suferă mai frecvent de intimidare sau

hărțuire decât bărbații: de exemplu, de trei ori mai multe femei decât bărbați sunt expuse atențiilor nedorite de natură sexuală. O frecvență mai mare a intimidării și hărțuirii a fost raportată în companii mari (cu peste 250 de angajați) și în sectoarele învățământ, sănătate, hoteluri și restaurante.

În ce privește acțiunea muncii asupra stării de sănătate, cele mai frecvent raportate simptome sunt durerile lombare (25%) și mialgiile (23%), urmate de oboseală și stres (22%). Aceste probleme sunt raportate în special de angajații din agricultură, sistemele de sănătate și învățământ, din construcții. Unele boli sunt mai frecvente în rândul femeilor, altele în rândul bărbaților.

Dacă pentru sănătatea fizică unitatea centrală de referință este funcționarea somatică, pentru cea emoțională și socială – emoția. Afectarea sănătății fizice a angajaților duce la scăderea productivității muncii acestora și implicit la reducerea profitului întreprinderii ca urmare a absentismului din cauza concediilor medicale, fluctuației de personal, accidentelor de muncă și erorilor în realizarea sarcinilor. Mediul de muncă afectează sănătatea angajaților și eficiența organizației ca urmare a legăturii complexe dintre sănătatea fizică, socială, emoțională a angajaților și performanța acestora în muncă. De exemplu, relațiile tensionate cu care un angajat se confruntă la locul de muncă duc, în anumite situații, la stare de furie și iritabilitate (este afectată sănătatea emoțională), care, la rândul său, poate genera comportamente nesănătoase, creșterea riscului de boli cardiace (este afectată sănătatea fizică). La nivelul unității economice aceste particularități se exprimă prin creșterea absentismului ca urmare a problemelor medicale (este afectată productivitatea întreprinderii).

Promovarea sănătății la locul de muncă

Promovarea sănătății la locul de muncă este o combinație de acțiuni educative, administrative și de mediu concepută pentru a dezvolta comportamente care duc la ameliorarea sănătății angajaților și a familiilor acestora.

Promovarea sănătății la locul de muncă este un proces de menținere și fortificare activă a sănătății la locul de muncă prin schimbarea condițiilor de muncă, de viață și de comportament. Aceasta permite controlul și îmbunătățirea stării de sănătate, oferă oportunități pentru o bună

sănătate și permite dezvoltarea de stare bună de sănătate și comportament bun pentru sănătate. Este o strategie care vizează atât prevenirea bolilor la locul de muncă, cât și încurajarea potențialului de promovare și bunăstare a forței de muncă și sănătății.

Promovarea sănătății la locul de muncă poate include diverse aspecte și poate fi efectuată de diverse grupuri profesionale. La nivel elementar, aceasta constă în activități concentrate pe explicații privind factorii de risc cum ar fi fumatul, abuzul de alcool, sau asupra bolilor cronice precum maladiile sistemului circulator sau cancerul. Această abordare descinde din obiceiurile angajaților și, drept urmare, este denumită abordarea „stilului de viață”, cu caracter igienic și cu activități de reducere a factorilor de risc.

Potrivit Declarației de la Luxemburg (1997), promovarea sănătății la locul de muncă constă în activități practicate de angajatori, angajați și comunitate pentru a îmbunătăți sănătatea și bunăstarea oamenilor la locul de muncă. Acestea pot fi realizate printr-o combinație de: organizarea muncii, îmbunătățirea mediului de muncă, promovarea activă, participarea și încurajarea dezvoltării personale.

Promovarea sănătății la locul de muncă este un proces care permite (excepție prevenția primară la locul de muncă) consolidarea resurselor și capacităților condițiilor de viață la indivizi și în grupuri de lucru. De asemenea, sunt reglementate în mod tradițional sănătatea și securitatea ocupațională, inclusiv aspecte precum satisfacția la locul de muncă, autonomia personală, relațiile sociale, mijloace tehnice, organizatorice și de comunicare.

La elaborarea acestei definiții s-a convenit că termenul de promovare a sănătății la locul de muncă trebuie analizat în context social, accentuând rolul important pe care îl au la locul de muncă atât angajatorii, cât și angajații. Definiția stabilește foarte clar că pentru a atinge potențialul său maxim, promovarea sănătății la locul de muncă se bazează pe participarea activă a tuturor părților implicate la nivelul societății, guvernului (ministerele muncii și sănătății), serviciilor medicale naționale și locale, prestatorilor de servicii de medicina muncii etc., în timp ce pentru angajați nu se poate subestima rolul sindicatelor în adoptarea acțiunilor de sănătate în muncă.

Motto-ul "oamenii sănătoși din întreprinderi sănătoase" se referă la sănătatea și bunăstarea angajaților și familiilor acestora ceea ce contribuie la realizarea succesului economic prin creșterea productivității și la

creșterea economiei naționale, permițând astfel abordarea umană a întreprinderilor ca bază pentru practica de afaceri solide.

Utilizând această definiție ca bază se poate afirma că PSLM implică:

- angajarea organizației în ameliorarea stării de sănătate a forței de muncă;
- informarea adecvată a angajaților și elaborarea de strategii inteligibile de comunicare;
- implicarea angajaților în procesul de decizie;
- elaborarea unei culturi a muncii bazată pe colaborare;
- organizarea sarcinilor și proceselor de muncă astfel încât să contribuie la promovarea sănătății și nu la afectarea acesteia;
- implementarea de politici și practici benefice pentru sănătate, facilitând alegerea obiceiurilor sănătoase;
- recunoașterea impactului pe care îl au întreprinderile asupra oamenilor și a faptului că acestea nu sunt întotdeauna benefice pentru sănătatea și starea de bine a angajaților;
- PSLM se bazează pe o cooperare multisectorială și multidisciplinară și poate fi încununată de succes numai atunci când sunt implicate toate părțile.

Strategiile actuale de PSLM se bazează frecvent pe principiile stabilite de Carta de la Ottawa. Aceste programe reprezintă strategii de management și politici organizaționale care, centrate pe angajați sau pe mediul de muncă, vizează dezvoltarea unui mediu sănătos de muncă care să stimuleze și să susțină performanța angajaților. Pentru a putea fi aplicate, aceste principii trebuie plasate în contextul vieții și culturii profesionale. Astfel, în termenii Cartei de la Ottawa, promovarea sănătății la locul de muncă se bazează pe mai multe activități, printre care:

- **Elaborarea unei politici benefice la nivelul întreprinderii.**

Politicile de la locul de muncă sunt importante din patru motive:

- demonstrează implicarea organizației în asigurarea sănătății angajaților și securității în muncă;
- legitimează acțiunile de promovare a sănătății, devenind astfel esențiale în promovarea sănătății la locul de muncă;
- oferă cadrul în care pot fi elaborate acțiunile de promovare a sănătății;
- asigură perpetuarea acțiunilor de sănătate în muncă.

- **Crearea unui mediu de muncă benefic.** Un mediu de muncă benefic este unul în care:

- riscul este evaluat, controlat și redus la cel mai mic nivel posibil;
- politicile de la locul de muncă, ce protejează și promovează sănătatea și starea de bine a angajaților, sunt pe deplin implementate. De exemplu, asigurarea unui mediu lipsit de fum de țigară, alcool, stres etc.;
- toți angajații au acces la activități educative privind sănătatea și promovarea sănătății;
- angajații au la dispoziție resursele, autoritatea și șansele de a avea un control cât mai mare pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă.

• **Dezvoltarea aptitudinilor benefice ale angajaților.** Susținerea progresului personal și social este conceput de bază în promovarea sănătății. Există numeroase și variate posibilități de a oferi informații și a dezvolta aptitudini la locul de muncă. Acestea includ:

- înființarea unui sistem de informare privind sănătatea, de exemplu o pagină de internet a întreprinderii, aviziere, suporturi cu broșuri etc.;
- abordarea problemelor de securitate în muncă și stare de bine la cursurile de formare profesională;
- susținerea unor obiceiuri benefice – bufet, automate cu alimente sănătoase etc.

• **Intensificarea acțiunilor la locul de muncă în direcția îmbunătățirii stării de sănătate.** Printre acțiunile la locul de muncă, ce pot contribui la acest proces, se numără:

- punerea la dispoziție de informații și cursuri pe aceste teme;
- implicarea reprezentanților angajaților în planificarea și implementarea activităților de promovare a sănătății;
- facilitatea comunicării la locul de muncă, informarea angajaților în procesul de consultare și feedback.

• **Adaptarea serviciilor de sănătate în muncă (SM).** Serviciile de sănătate în muncă joacă un rol esențial în menținerea aptitudinii în muncă a angajaților. Examinările medicale la angajare, controalele medicale periodice și tratarea bolilor legate de profesie sunt doar câteva dintre serviciile oferite. Cu toate acestea, serviciile de sănătate în muncă au potențialul de a se implica mai mult în promovarea sănătății angajaților. Pașii, care trebuie făcuți în acest sens, includ:

- informarea angajaților din serviciile de sănătate în muncă în privința potențialului pe care îl au activitățile de promovare a sănătății și a beneficiilor aduse angajatorului și lucrătorului;
 - organizarea de cursuri de formare profesională a personalului de SM pe probleme de promovare a sănătății, cum ar fi renunțarea la fumat, sfaturi privind alimentația sănătoasă, regimul de muncă și odihnă, prevenirea obezității, îngrijirea coloanei vertebrale etc.;
 - facilitatea accesului la servicii de SM pentru toți angajații.
- **Securitatea în muncă.** Securitatea la locul de muncă este asociată cu igiena industrială – disciplina ce identifică, recunoaște, evaluează și controlează riscurile pentru sănătate la locul de muncă, având drept obiective protejarea sănătății și stării de bine a angajaților și protejarea populației generale. Sănătatea și securitatea în muncă depind, de asemenea, de proiectarea locurilor și echipamentelor de muncă. De aceea, este esențial ca factorul uman să fie luat întotdeauna în considerare la proiectarea întreprinderii, locurilor și echipamentelor de muncă. Ca rezultat va fi obținută o întreprindere mai sănătoasă, mai sigură, mai adaptată și mai productivă.

Medicina muncii

Venind în întâmpinarea necesității de dezvoltare a medicinei muncii, în vederea dezvoltării unei strategii care să abordeze dificultățile la acest capitol, OMS a elaborat la Beijing, în octombrie 1994, o „**Strategie globală de sănătate în muncă pentru toți**”. În această strategie au fost propuse zece obiective:

- Întărirea politicilor internaționale și naționale de sănătate în muncă și elaborarea instrumentelor necesare de implementare;
- Dezvoltarea de medii sănătoase de muncă;
- Dezvoltarea de bune practici în muncă și promovarea sănătății la locul de muncă;
- Întărirea rolului serviciilor de sănătate în muncă;
- Înființarea serviciilor de susținere a sănătății la locul de muncă;
- Elaborarea standardelor de sănătate în muncă pe baza evaluării științifice a riscurilor;
- Dezvoltarea resurselor umane de sănătate în muncă;
- Stabilirea sistemului de înregistrare și de date, elaborarea serviciilor informatizate pentru experți și de transmitere eficientă de

date, aducerea la cunoștința publicului a problemelor prin mijloace publice de informare;

- Întărirea cercetării științifice;
- Dezvoltarea colaborării dintre serviciile de sănătate în muncă și alte activități și servicii.

Promovarea Sănătății

Carta de la Ottawa oferă un cadru al activităților de promovare a sănătății, iar unul dintre mediile, în care se poate desfășura această activitate, este locul de muncă. Promovarea sănătății la locul de muncă influențează sănătatea și contribuie la viața și practicile întreprinderii și trebuie încorporată în cultura întreprinderii. Totuși, promovarea sănătății la locul de muncă nu înlocuiește sănătatea și securitatea în muncă și nici medicina muncii. Aceasta trebuie privită ca un partener egal în crearea unui mediu de muncă sigur, sănătos și productiv.

Acțiunile de promovare a sănătății, în general, și a sănătății la locul de muncă, în particular, pot fi clasificate în funcție de abordarea adoptată și de cadrul în care au loc acțiunile (*tab. 3*).

Pentru elaborarea următoarei clasificări au fost folosite două criterii. Primul conține abordările menite să influențeze practicile la nivelul întreprinderii, iar al doilea abordările ce influențează practicile la nivel individual.

Modelul prevenției medicale include câteva etape:

- Prevenția primară – gestionarea mediului, cum ar fi evaluarea riscului, examene medicale la angajare, campanii de imunizare.
- Prevenția secundară – controale medicale periodice.
- Prevenția terțială – consiliere, reabilitare și revenire gradată la muncă după o afecțiune legată sau nu de locul de muncă, schimbarea locului de muncă din motive medicale.

Este unanim acceptat că un loc de muncă riscant nu poate fi benefic sănătății, deoarece:

- a) angajații sunt expuși unui factor de risc necunoscut (nu s-a realizat o evaluare oficială a locurilor de muncă);
- b) angajații sunt expuși unui factor de risc neglijat (riscul a fost identificat, dar nu s-a făcut nimic pentru reducerea lui);
- c) valoarea unui lucrător ca persoană este neglijată, aceasta fiind o strategie de afacere nesatisfăcătoare și lipsită de etică.

Clasificarea activităților de Promovare a Sănătății la Locul de Muncă

Categoria 1	Prevenția medicală: prevenirea îmbolnăvirii (primară), identificarea și tratarea precoce a îmbolnăvirii (secundară), limitarea și reducerea consecințelor cronice (terțiară)
Categoria 2	Modificarea comportamentelor: încurajarea persoanelor să adopte comportamente sănătoase, benefice
Categoria 3	Abordarea educativă: oferirea de informații și cunoștințe precum și aptitudini necesare, astfel încât oamenii să adopte decizii în cunoștință de cauză
Categoria 4	Capacitatea: permite oamenilor să preia controlul asupra propriilor vieți (OMS 1986)
Categoria 5	Schimbarea socială: aducerea de schimbări în mediul fizic, social și economic, care vor avea efectul promovării sănătății
Categoria 6	Participarea activă: combină eforturile angajatorilor, lucrătorilor și ale societății pentru îmbunătățirea stării de sănătate și a bunăstării la locul de muncă

Leadership (conducere) și Participare

Factorii majori pentru succesul activităților de promovare a sănătății la locul de muncă sunt proprietarii întreprinderii și/sau personalul din managementul executiv care îi raportează direct proprietarului. Aceștia trebuie să integreze problemele de management al sănătății la locul de muncă în agenda de zi cu zi a practicilor lor manageriale.

În normă toți angajații sunt implicați în cel mai mare grad posibil în planificarea și în procesele decizionale, în special în organizarea muncii, programarea în timp, asigurarea condițiilor favorabile de muncă și fluxul de lucru.

Este important comportamentul de lider, de exemplu, recunoașterea performanțelor, disponibilitatea de a accepta critici din partea personalului, comportament adecvat în situație de conflicte ceea ce asigură o bună atmosferă de lucru.

Trebuie conștientizat faptul că în cazul în care există potențial de îmbunătățire, în special în ceea ce privește organizarea muncii, măsurile de îmbunătățire trebuie inițiate, iar punerea lor în aplicare monitorizată.

Practicile de management bazate pe criteriile descrise mai sus asigură conceperea corespunzătoare a unui proces de desfășurare și contribuie la obținerea următoarelor rezultate:

- satisfacția angajaților față de condițiile de muncă și de fluxul de lucru;
- creșterea satisfacției clienților;
- îmbunătățirea sănătății angajaților (măsurată prin cifre precum rata de accidente și absenteismul din cauze medicale);
- rezultate economice mai bune.

Sănătatea și securitatea la locul de muncă reprezintă acțiuni prioritare abordate la toate nivelele societății de către Comisia Europeană, guvernele naționale, instituțiile de sănătate și muncă și organizațiile sociale. Aceste organizații sunt unite în acțiunile lor de a face munca mai sigură, de a crește calitatea vieții profesionale și a preveni bolile profesionale, accidentele de muncă și decese la locul de muncă.

Accentul pus pe promovarea sănătății și starea de bine a angajaților face ca PSLM să fie un element important al gestionării resurselor umane. Menținerea oamenilor în formă, sănătoși, menținerea capacității lor de muncă și amânarea pensionării lor este un scop care poate fi atins prin elaborarea de programe ample de promovare a sănătății la locul de muncă. Aceste programe accentuează și extind practicile curente de sănătate în muncă, securitate și igienă și, mai mult, contribuie la starea de bine nu numai a angajaților, ci și a organizațiilor în care aceștia muncesc.

În acest sens sunt mai multe recomandări:

- **Recomandarea 1.** Identificarea clară a rolurilor diverselor organisme de stat la nivel central, regional și local și asigurarea unei colaborări eficiente între acestea în ce privește locurile de muncă și promovarea sănătății și stării de bine la locul de muncă.
- **Recomandarea 2.** Elaborarea de programe de acțiuni adaptate, care să corespundă cerințelor specifice ale diverselor țări, regiuni și localități, și care să respecte reglementările naționale.
- **Recomandarea 3.** Stabilirea unei bune coordonări între inițiativele părților implicate.
- **Recomandarea 4.** Intensificarea colaborării și dezvoltarea cooperării dintre toate părțile implicate.
- **Recomandarea 5.** Elaborarea de instrumente de promovare a sănătății adaptate scopurilor, ușor de utilizat, simple și la prețuri rezonabile.

- **Recomandarea 6.** Asigurarea de servicii operative de promovare a sănătății la locul de muncă, cu resurse umane și dotări adecvate.
- **Recomandarea 7.** Includerea sănătății și securității în muncă în programa de pregătire din învățământ, cum ar fi rezidențiatul în medicina muncii, managementul sănătății și securității în muncă și al resurselor umane.
- **Recomandarea 8.** Elaborarea de cursuri de formare și informare specifice pentru angajatori și angajați.
- **Recomandarea 9.** Popularizarea promovării sănătății la locul de muncă în rândul tuturor părților implicate.
- **Recomandarea 10.** Instituțiile care acordă consiliere trebuie să devină eficiente și ușor accesibile, cu direcții de activitate spre:
 - reducerea absenteismului;
 - creșterea productivității,
 - facilitarea angajaților și o rată mai redusă de rulare a personalului;
 - ameliorarea relațiilor dintre angajați;
 - îmbunătățirea moralului angajaților;
 - dezvoltarea unei reputații de „întreprindere atentă”;
 - crearea unei imagini pozitive a întreprinderii.

Un motiv în plus, ignorat foarte des, este acela că reputația unui angajator serios aduce numeroase beneficii unei întreprinderi, printre care ușurința în a găsi angajați și a păstra un personal înalt calificat. Cu alte cuvinte, promovarea stării de bine a personalului prin reducerea impactului negativ al muncii asupra lor și plasarea sănătății și stării lor de bine în centrul preocupărilor întreprinderii aduce multe beneficii.

Lucrare practică

Scopul lucrării: însușirea metodologiei, conținutului și căilor de realizare a activităților în promovarea sănătății la locul de muncă.

Sarcinile lucrării:

1. Familiarizarea cu metodologia, conținutul și activitățile PSLM în diferite domenii de activitate profesională.
2. Abilitate de elaborare și realizare a programelor (proiectelor) în domeniul promovării sănătății la locul de muncă.

Obiective de formare: după finalizarea temei studenții ar trebui:

1. Să poată recunoaște factorii de risc din mediul ocupațional;

2. Să propună soluții pentru a promova un acces mai larg la programele de promovare a sănătății la locul de muncă și de a crește motivația pentru implementarea lor în practica zilnică;

3. Să înțeleagă pe deplin termenii specifici pentru PSLM (sănătatea la locul de muncă, promovarea sănătății la locul de muncă, sănătate și securitate în muncă, medicina muncii);

4. Să evalueze activitățile de promovare a sănătății la locul de muncă.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Noțiunea sănătate la locul de muncă.

2. Partenerii activităților în PSLM.

3. Promovarea sănătății la locul de muncă – conținutul.

4. Efectele PSLM asupra stării de sănătate.

5. Elementele principale ale promovării sănătății la locul de muncă.

6. Clasificarea acțiunilor de PSLM.

7. Serviciile de sănătate și securitate în muncă – orientarea, direcțiile.

8. Aplicarea politicilor benefice de promovare a sănătății și educație pentru sănătate la nivelul organizațiilor și locului de muncă.

Activitatea practică:

1. Familiarizarea cu metodologia, conținutul și activitățile PSLM în diferite domenii de activitate profesională.

2. Abilitate de elaborare și realizare a programelor (proiectelor) în domeniul promovării sănătății la locul de muncă.

Dexterități practice:

1. Cunoașterea metodologiei, conținutului și activităților în PSLM.

2. Abilitate în elaborarea și realizarea programelor de promovare a sănătății salariaților din diferite ramuri ale economiei naționale.

Dotarea lucrării practice:

1. Probleme de situație

2. Teste

Desfășurarea activității practice:

– lucru individual și în grupuri mici prin aplicarea metodei brainstorming.

Sarcina 1.

a. Propuneți o definiție a promovării sănătății la locul de muncă și discutați-o cu colegii de grup.

- b. Identificați posibilele probleme de promovare a sănătății la locul de muncă în țară și prezentați observații cu privire la provocările de la locul de muncă.

Sarcina 2.

Discutați cu colegii întrebările:

- care sunt activitățile în PSLM ale angajaților din domeniul: industrie, agricultură, medicină, educație etc.
- formulați pași consecutivi ai PSLM.

Probleme de situație

Problemă de situație nr. 1

În cadrul uzinei de tractoare muncitorul-turnător din secția de turnătorie depune un efort fizic dinamic cu o mărime a muncii mecanice exterioare, în care participă predominant mușchii brațului, extremităților inferioare și trunchiului. Masa maximă a sarcinii transportate este de 38 kg.

Locul de muncă al turnătorului este staționar. Poziția corpului sub un unghi de 30° cu 100-300 înclinări pe durata schimbului. Parcurge până la 7 km pe schimb.

Solicitarea neuropsihică. Numărul de obiecte sub supraveghere concomitentă a turnătorului – sub 5.

Durata observării încordate – 26-50% din durata schimbului.

Durata acțiunilor active – 51-75% din durata schimbului.

Frecvența semnalelor (comunicărilor) – până la 75 semnale pe oră.

Încordarea emoțională a turnătorilor constă în efectuarea muncii conform unor condiții de deficit de timp cu responsabilitate sporită și în 2 ture.

Solicitarea analizatorilor. Lucrul vizual este de precizie moderată. Funcția analizatorului auditiv este solicitată prin piedici, pe fonul cărora vorbirea e deslușită la 2,5 m, nivelul intensității vorbirii depășește nivelul zgomotului cu 10-15 dB. Deslușirea cuvintelor 70-80%.

Volumul memoriei operative – trebuie să memoreze 3-5 elemente timp de 2 ore.

Solicitarea intelectuală – lipsește necesitatea de a lua decizii.

Monotonia. Numărul de elemente în operațiile efectuate de turnător este egal cu 3-6; durata îndeplinirii operațiilor repetate – peste 100 sc.; durata observării pasive a procesului tehnologic 80% din durata turei de lucru.

Sarcinile participanților:

1. De determinat factorii și condițiile de muncă nocive.

2. De elaborat un program de PSLM.

Problemă de situație nr. 2

La spitalul raional Făleşti, un chirurg efectuează în mediu 2 operații pe zi. Efortul fizic dinamic al chirurgului se caracterizează prin mărirea muncii mecanice exterioare efectuată cu participarea predominantă a mușchilor brațului. Masa maximă a sarcinii transportate – 22-35 kg (pentru a ridica sau strămuta bolnavul împreună cu alt personal medical).

Poziția de lucru se caracterizează prin locul staționar de muncă, cu înclinări ale corpului de până la 30° de 70 ori pe durata schimbului și poziție aplecată timp de 26% din durata schimbului. Parcurge până la 4 km pe schimb.

Solicitarea neuropsihică include estimarea atenției, evaluarea încordării emoționale și a schimburilor de muncă. Numărul de obiecte ce trebuie observate de către chirurg concomitent este de 15-20 (bisturiu, câmpul de operație, instrumentarul pentru operație, persoanele implicate în lucru etc.). Observația încordată durează până la 50% din durata schimbului. Durata acțiunilor active constituie până la 75% din durata schimbului. Frecvența semnalelor (comunicărilor) într-o oră este de până la 175.

Încordarea emoțională se manifestă prin munca în condiții de deficit de timp cu responsabilitate sporită. Munca se efectuează, de regulă, în schimbul întâi, dar cu servicii de noapte și servicii în zilele de odihnă.

Solicitarea analizatorilor, în special a celui vizual, constă în lucru de mare precizie și de precizie deosebită. În aspect auditiv nu sunt piedici, deslușirea cuvintelor 100%.

Volumul memoriei operative include peste 5 elemente pe durata schimbului. Solicitarea intelectuală constă în rezolvarea problemelor complicate după un algoritm.

Monotonia lucrului chirurgului constă în efectuarea a peste 10 elemente în operație, cu durata îndeplinirii operațiilor repetate de 20-45 sc. Durata observării pasive a procesului tehnologic este mai mică de 80% din durata schimbului.

Sarcinile participanților:

1. De determinat factorii și condițiile de muncă nocive.
2. De elaborat un program de PSLM.

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Strategiile actuale de PSLM se bazează pe principiile stabilite de:
 - a. Declarația de la Luxemburg;
 - b. Charta de la Londra;
 - c. Declarația de la Ontario;
 - d. Charta de la Ottawa;
 - e. Charta de la Mexico.
2. Schimbarea socială este categoria care include:
 - a. permitere oamenilor să preia controlul asupra propriilor vieți;
 - b. un partener egal în crearea unui mediu de muncă sigur, sănătos și productiv;
 - c. aducerea de schimbări în mediul fizic, social și economic care vor avea efectul promovării sănătății;
 - d. încurajarea persoanelor să adopte comportamente sănătoase, benefice;
 - e. protejarea sănătății și a stării de bine a angajaților și protejarea populației generale.
3. Strategia globală de sănătate în muncă pentru toți a fost elaborată la:
 - a. Luxemburg;
 - b. Mexico;
 - c. Ontario;
 - d. Beijing;
 - e. Ottawa.
4. Comportamentul de lider include:
 - a. gestionarea mediului;
 - b. recunoașterea performanțelor;
 - c. examene medicale la angajare;
 - d. schimbarea locului de muncă;
 - e. campanii de imunizare.
5. Acțiuni de prevenție secundară:
 - a. evaluarea riscului;
 - b. prevenirea îmbolnăvirii;
 - c. controale medicale periodice;
 - d. creșterea satisfacției clienților;
 - e. organizarea muncii.

Indicați răspunsurile corecte

6. Efectele condițiilor de muncă nefavorabile asupra stării de sănătate:
 - a. creșterea riscului de accidente la locul de muncă;
 - b. hipertensiune;
 - c. depresie și alte tulburări mintale;
 - d. adoptarea de obiceiuri nesănătoase (fumatul și consumul de alcool);
 - e. nivel mai ridicat de competențe sociale.
7. Promovarea sănătății la locul de muncă:
 - a. proces de realizare activă a sănătății la locul de muncă prin schimbarea condițiilor de muncă și de viață;
 - b. strategie care vizează atât prevenirea bolilor la locul de muncă cât și încurajarea potențialului de promovare și bunăstare a forței de muncă și sănătății;
 - c. poate îmbrăca diverse aspecte și poate fi efectuată de diverse grupuri profesionale;
 - d. metodă de a stabili corect diagnosticul și tratamentul primar al bolilor;
 - e. combinație de acțiuni educative, administrative și de mediu concepută pentru a dezvolta comportamente care duc la ameliorarea sănătății angajaților și familiilor acestora.
8. Promovarea sănătății la locul de muncă implică:
 - a. informarea adecvată a angajaților și elaborarea de strategii inteligibile de comunicare;
 - b. implicarea angajaților în procesul de decizie;
 - c. recunoașterea impactului pe care îl au organizațiile asupra oamenilor și a faptului că acesta nu este întotdeauna benefic pentru sănătatea și starea de bine a acestora;
 - d. activități pentru combaterea unor factori nocivi din mediul ambiant;
 - e. implementarea de politici și practici benefice pentru sănătate facilitând alegerea obiceiurilor sănătoase.
9. Un mediu de muncă benefic este unul în care:
 - a. riscul este evaluat, controlat și redus la cel mai mic nivel posibil;
 - b. angajații au la dispoziție resursele, autoritatea și șansele de a avea un control cât mai amplu și de a îmbunătăți condițiile de muncă;
 - c. elaborarea unei culturi economice a muncii bazată pe colaborare;
 - d. sunt prezente practicile de muncă riscante;

- e. toți angajații au acces la activități educative privind sănătatea și promovarea sănătății.
10. Politicile de la locul de muncă sunt importante deoarece:
- a. contribuie la organizarea sarcinilor și proceselor de muncă astfel încât să contribuie la promovarea sănătății și nu la afectarea acesteia;
 - b. demonstrează implicarea organizației în asigurarea sănătății și securității în muncă a angajaților;
 - c. legitimează acțiunile de promovare a sănătății, devenind astfel esențiale în promovarea sănătății la locul de muncă;
 - d. oferă cadrul în care pot fi elaborate acțiunile de promovare a sănătății
 - e. asigură perpetuarea acțiunilor de sănătate în muncă.
11. Strategia globală de sănătate în muncă pentru toți include:
- a. dezvoltarea de medii de muncă sănătoase;
 - b. implicarea reprezentanților angajaților în planificarea și implementarea activităților de promovare a sănătății;
 - c. întărirea rolului serviciilor de sănătate în muncă;
 - d. înființarea de servicii de susținere a sănătății la locul de muncă;
 - e. elaborarea de standarde de sănătate în muncă pe baza evaluării științifice a riscurilor.
12. Categoriile activităților de Promovare a Sănătății la Locul de Muncă:
- a. modificarea comportamentelor;
 - b. dezvoltarea colaborării dintre serviciile de sănătate în muncă și alte activități și servicii;
 - c. abordarea educativă;
 - d. capacitatea de autocontrol;
 - e. participarea activă.
13. Programele de promovare a sănătății la locul de muncă recomandă:
- a. stabilirea unei bune coordonări între inițiativele părților implicate;
 - b. creșterea satisfacției clienților;
 - c. popularizarea promovării sănătății la locul de muncă în rândul tuturor părților implicate;
 - d. asigurarea cu spațiu locativ;
 - e. elaborarea de instrumente de promovare a sănătății adaptate scopurilor, ușor de utilizat, simple și la prețuri rezonabile.

Capitolul 5. AMENINȚĂRILE GLOBALE ASUPRA SĂNĂTĂȚII ȘI ACTIVITĂȚI DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII

Sănătatea la nivel global reflectă realitatea globalizării, în special a circulației din ce în ce mai frecvente a persoanelor, serviciilor și, în consecință, diseminarea globală a riscurilor la adresa sănătății publice reprezentate de bolile transmisibile și netransmisibile. Sănătatea globală are drept obiectiv protejarea comunităților la nivel global, nu doar a celor mai sărace segmente, dar și a celor dezvoltate, pentru a minimaliza amenințările la adresa sănătății, inclusiv prin oferirea unor servicii clinice eficiente din punct de vedere al rezultatelor.

În acest sens au fost elaborate obiectivele strategice ale politicii de sănătate a Uniunii Europene:

- Promovarea unei stări bune de sănătate: prevenirea bolilor și promovarea unor stiluri de viață sănătoase prin abordarea aspectelor legate de nutriție, activitate fizică, consumul de alcool, fumat și consumul de droguri, riscurile legate de mediu și leziuni. Având în vedere îmbătrânirea populației, nevoile de sănătate specifice persoanelor în vârstă impun mai multă atenție.
- Protejarea cetățenilor împotriva amenințărilor pentru sănătate: îmbunătățirea procesului de monitorizare și pregătire a populației și structurilor specializate pentru situații de urgență în cazuri de epidemie sau bioterorism pentru a spori capacitatea de reacție la noi provocări legate de sănătate cum ar fi schimbările climatice.
- Sprijinirea mobilității sistemelor de sănătate pentru a ajuta sistemele de sănătate ale statelor membre să răspundă provocărilor pe care le reprezintă îmbătrânirea populației, cerințele tot mai mari ale cetățenilor și mobilitatea pacienților și personalului medical.

Modificările mediului înconjurător sunt substanțiale și în creștere, dominant fiind omul în relația sa cu mediul, cu evoluția de la caracter

local și rezolvare locală, la caracter transfrontalier și global cu rezolvare internațională.

La etapa actuală, mediul natural s-a transformat progresiv într-un mediu artificial instabil și fragil prin activitatea omului și activitatea economică și industrială, ceea ce a contribuit la apariția amenințării sănătății și poate chiar a supraviețuirii umane.

Modificările mediului în relație cu calitatea vieții omului pot fi pozitive și negative. Dintre cele pozitive putem menționa apariția unor noi tehnologii de conservare a energiei și resurselor, îmbunătățirea comunicațiilor, circulația mai rapidă, dezvoltarea cooperării internaționale etc. Cele negative sunt degradarea mediului local și global, apariția factorilor de risc.

În anul 2000, Națiunile Unite au stabilit opt obiective de dezvoltare privind ameliorarea calității vieții populațiilor considerate, la scară mondială, dezavantajate. Ele vizează, pe de o parte, scăderea nivelului de sărăcie, de analfabetism, de malnutriție, de morbiditate infantilă, și post-partum, atenuarea inechității între sexe, a infecțiilor majore, iar pe de altă parte, promovarea stabilității mediului înconjurător și crearea unui parteneriat mondial pentru dezvoltare. O posibilă problemă a unei asemenea abordări este reprezentată de separarea considerentelor de mediu față de cele referitoare la sănătate. Nivelul precar de trai nu poate fi ușor eliminat, în timp ce degradarea mediului înconjurător duce la malnutriție, diferite boli și la creșterea incidenței traumatismelor. Pentru creșterea rezervelor de hrană este necesară o fertilizare permanentă a solului, stabilitate climatică, rezerve de apă și suport ecologic deoarece bolile infecțioase nu pot fi stabilizate în condiții de instabilitate climatică, de exod populațional masiv sau de sărăcie.

Cel de-al șaptelea obiectiv de dezvoltare a mileniului are, de asemenea, o viziune limitată asupra sustenabilității mediului ambiant. Obiectivul este orientat spre tradiționalele pericole localizate, de tip fizic, chimic și microbiologic asociate industrializării, urbanizării și chiar agriculturii, în țările subdezvoltate, care își mențin importanța cu atât mai mult cu cât ele influențează cu precădere comunitățile sărace.

Expunerea la aer poluat în interiorul clădirilor, de exemplu, prezintă variații substanțiale între țările bogate și cele sărace și între mediul urban și cel rural. OMS estimează că un sfert dintre cauzele de morbiditate globală, inclusiv o treime dintre cele de morbiditate infantilă, sunt consecința unor factori modificabili legați de aer, apă, sol și alimente.

Un atare impact, considerat ca fiind influențat de condițiile de mediu, este mai puternic în țările subdezvoltate, comparativ cu cele dezvoltate (25% față de 17% din mortalitate, cu o dublare a diferenței procentuale între țările cu riscul cel mai mare și cele cu riscul cel mai mic); este determinat de metalele grele și reziduurile chimice care contaminatează hrana de proveniență locală, de poluarea aerului din mediul urban care provoacă morți premature și enteropatozicii din apă și careucid, anual, două milioane de copii.

Astfel de pericole pentru sănătate, ce țin de mediu, relativ localizate, sunt, în general, evitabile. În prezent se conturează o categorie nouă, mai largă, de factori de mediu, ce par a fi mai puțin influențabili și care au efecte potențial ireversibile asupra sănătății. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate trebuie obligator să se axeze pe aceste probleme. La ora actuală, impactul factorului uman asupra naturii – creșterea populației și intensificarea activităților economice – este destul de puternic, fiind afectată o parte semnificativă a sistemelor biofizice și ecologice ale planetei. Exemple de modificări globale de mediu sunt schimbările climatice, scăderea rezervelor de apă potabilă și a biodiversității (cu perturbări consecutive ale funcționării ecosistemelor), epuizarea zonelor de pescuit. Astfel de schimbări ating, în prezent, cote fără precedent, iar riscurile la care este expusă sănătatea populației necesită un răspuns prompt din partea medicilor și a întregului sistem sanitar.

Efectele schimbărilor globale de mediu asupra sănătății vor varia în funcție de țară. De exemplu, la populațiile din țările subdezvoltate din Africa, numărul de ani de viață activă pierduți este de 500 de ori mai mare decât în Europa. Cel de-al patrulea raport de evaluare al *Intergovernmental Panel on Climate Change* (Consiliul Interguvernamental pentru Schimbările Climatice) a ajuns la concluzia că efectele nefaste ale modificării climatului asupra sănătății vor surveni, mult mai probabil, în cazul populațiilor țărilor subdezvoltate și, mai ales, al populațiilor vulnerabile. Asemenea decalaje s-ar putea adânci în deceniile următoare nu numai ca urmare a diferențelor regionale în ceea ce privește intensitatea transformărilor de mediu (criza de apă și eroziunea solului), ci și secundar din cauza diferențelor de statut economic, de capital social și uman, puterii politice și dependenței locale de mediul ambiant.

Repercușiunile diferențiate asupra sănătății reflectă, concomitent, și problema mai largă a accesului la "bunurile publice", locale și globale. Cea mai mare parte din terenul arabil mondial este privatizat; numă-

rul de specii sălbatice (pești, animale, plante) este în scădere ca urmare a presiunilor exercitate de suprapopulare și de intensificarea activităților economice, privatizarea capitalului hidrologic. Așadar, politicile sociale ar trebui să țină cont mai ales de inegalitățile din domeniul sanitar, ce derivă din accesul inegal la resursele din mediu. Disponibilitatea apei potabile ilustrează o evoluție negativă: 1,1 miliarde de oameni duc lipsă de apă potabilă și 2,6 miliarde sunt privați de măsuri minime de salubritate. În afară de boala diareică, întâlnită frecvent, mai există și riscuri generate de contaminare chimică a apei, de exemplu, arsenicul poate genera hiperpigmentarea pielii, hiperkeratoză, patologii cardiovasculare, neuropatii și neoplasme.

Rolul condițiilor sociale

Există o relație complexă între deteriorarea mediului ambiant, pe de-o parte, și riscurile pentru sănătate și decalaje, pe de altă parte. Degradarea mediului duce la deteriorarea stării de sănătate, în timp ce afectarea sănătății (de pildă, malnutriția sau scăderea forței de muncă din cauza SIDA) poate amplifica erorile de administrare a mediului.

Un bun exemplu privind complexitatea acestor relații este oferit de India. Speranța medie de viață a populației acestei țări este relativ scăzută, dar este de așteptat ca aceasta să crească în paralel cu procesele de industrializare și de modernizare. Industrializarea determină o exploatare intensă a cărbunelui în India; consecința este creșterea nivelului emisiilor de dioxid de carbon, ceea ce va duce la modificări climatice și la deteriorarea stării de sănătate la nivel mondial, mai ales a populațiilor vulnerabile.

Riscurile pentru sănătatea oamenilor, rezultate din perturbările mediului ambiant, au implicații profunde în ceea ce privește elaborarea strategiilor de prevenție. Schimbările globale pot induce pierderi de resurse naturale. De aceea, diminuarea unor astfel de riscuri necesită o abordare diferită de cea folosită în cazul situațiilor generate, în mod obișnuit, de contaminările de mediu limitate în timp și reversibile.

Oamenii exercită o influență tot mai mare asupra climei și asupra temperaturii Pământului prin arderea combustibililor fosili, tăierea pădurilor tropicale și creșterea animalelor. Aceste activități generează cantități enorme de gaze cu efect de seră, care se adaugă celor deja prezente în mod natural în atmosferă, contribuind astfel la efectul de seră și la în-

călzirea globală. Unele gaze din atmosfera Pământului se comportă ca pereții unei sere – captează și rețin căldura soarelui, astfel încât aceasta nu mai este eliberată înapoi în spațiu. Multe dintre aceste gaze sunt prezente în mod natural în atmosferă, însă activitatea umană a dus la creșterea concentrației unora dintre ele, în special a dioxidului de carbon (CO_2), metanului, protoxidului de azot, gazelor fluorurate.

CO_2 este gazul cu efect de seră generat cel mai des de activitățile umane, fiind responsabil în proporție de 63% de încălzirea globală cauzată de om. Concentrația sa în atmosferă este în prezent cu 40% mai mare decât în perioada preindustrială.

Alte gaze cu efect de seră sunt emise în atmosferă în cantități mai mici, însă captează și rețin căldura mai eficient decât CO_2 , iar în unele cazuri sunt de mii de ori mai puternice. Metanul contribuie cu 19% la încălzirea globală, iar protoxidul de azot cu 6 %.

Creșterea emisiilor de gaze cu efect de seră este cauzată de:

- arderea cărbunelui, petrolului și gazelor care generează dioxid de carbon și protoxid de azot;
- tăierea pădurilor (despădurirea) – copacii contribuie la reglarea condițiilor climaterice absorbind CO_2 din atmosferă. Prin urmare, în urma defrișărilor, acest efect benefic se pierde, iar dioxidul de carbon pătrunde liber în atmosferă, accentuând efectul de seră;
- intensificarea creșterii animalelor – vitele și ovinele produc cantități mari de metan în procesul digestiei;
- îngrășămintele cu azot generează emisii de protoxid de azot;
- gazele fluorurate au un efect de încălzire foarte puternic, cu până la 23 000 de ori mai mare decât CO_2 . Acestea sunt eliberate însă în cantități mai mici, iar legislația UE prevede reducerea treptată a utilizării lor, până la eliminarea completă.

În prezent, temperatura medie globală este cu $0,85\text{ }^\circ\text{C}$ mai ridicată decât la sfârșitul sec. XIX. Fiecare din ultimele trei decenii a fost mai cald decât oricare alt deceniu precedent pentru care există înregistrări (respectiv din 1850 până în prezent).

Cei mai de vază experți mondiali în domeniul climei consideră că activitățile umane sunt principala cauză a încălzirii globale înregistrate de la mijlocul sec. XX.

O creștere cu $2\text{ }^\circ\text{C}$ a temperaturii față de perioada preindustrială este considerată de către oamenii de știință ca pragul dincolo de care

există un risc mult mai ridicat să asistăm la schimbări climatice periculoase și potențial catastrofale la nivel global. Din acest motiv, comunitatea internațională a recunoscut necesitatea menținerii încălzirii globale sub pragul de 2 °C.

Starea de sănătate a populației și modificările climatice

Schimbările climatice globale induse de activitățile umane sunt o realitate acceptată. A fost necesară o perioadă lungă pentru a înțelege consecințele în ceea ce privește sănătatea atât a generațiilor prezente, cât și a celor viitoare și efectele lor mondiale neuniforme. Această problemă suscită o rezolvare stringentă. Riscurile privind sănătatea apar și vor apărea, cel mai probabil, pe căi directe și indirecte, reflectând schimbările survenite atât în condițiile climatice medii, cât și în cadrul variabilității climatice.

În sec. XXI schimbările climatice reprezintă o amenințare pentru bunăstarea și sănătatea populației, afectând grav mediul ambiant. În acest sens, Carta de la Ottawa pentru Promovarea Sănătății în 1986 a stabilit cerințe fundamentale către un mediu sănătos și anume: aerul și apa curate, alimentele inofensive și locuințele salubre. OMS estimează că schimbările climatice în ultimii 30 de ani au dus la pierderea a peste 150 000 de vieți și aproximativ 5 mln. de ani de viață (DALY) anual în toată lumea. S-a stabilit că chiar și cu reduceri radicale ale emisiilor de dioxid de carbon legate de activitățile umane, concentrațiile de gaze cu efect de seră din atmosferă vor rămâne excesive timp de 1000 de ani și, ca urmare, consecințele asupra sănătății vor fi resimțite de generațiile următoare.

Principalele riscuri ale schimbărilor climatice sunt considerate:

- efectele valurilor de căldură și ale altor condiții extreme (cicloane, inundații, furtuni, incendii naturale);
- schimbările în modul de răspândire al bolilor infecțioase;
- efecte asupra producției de alimente;
- efecte asupra rezervelor de apă potabilă;
- deteriorarea funcționalității ecosistemelor (de exemplu, mlaștinile ce sivesc drept filtru pentru aluviuni);
- necesitatea strămutării populațiilor vulnerabile (de exemplu, populațiile din zonele de coastă și din regiunile insulare joase);
- pierderea mijloacelor de trai.

Evenimentele climatice extreme, care determină infecțiile și malnutriția, vor avea cel mai mare impact asupra sănătății populațiilor sărace și vulnerabile. În Africa Subsahariană peste 110 milioane de oameni trăiesc în regiuni cu potențial epidemic pentru malarie. Schimbările climatice ar putea adăuga la această cotă, până în 2080, 20-70 de milioane (presupunând că populația se va menține constantă numeric și având în vedere reducerea incidenței malariei în Africa de Vest ca urmare a aridizării). Oricare astfel de fenomen ar exacerba sărăcia și ar face mai dificilă obținerea și menținerea unor ameliorări ale stării de sănătate.

Conexiunile dintre modificările climatice și sănătatea umană sunt complexe. De exemplu, aridizarea prezisă în Africa Subsahariană ar putea spori incidența infecției cu HIV, având în vedere strămutarea în mediul urban a familiilor falimentare de agricultori, ceea ce va favoriza prostituția și relațiile sexuale neprotejate.

Raportul recent întocmit în cadrul *Global Environmental Change and Human Health Project* (Proiectul de Modificări Climatice Globale și Sănătatea Umană), însumează majoritatea categoriilor de efecte prezente și prefigurate asupra sănătății ca urmare a modificărilor de mediu, altele decât schimbările climatice.

Schimbările climatice au un impact semnificativ asupra bunăstării umane. Consecințe ale schimbărilor climatice sunt rata sporită a morbidității și morbiditatea umană generală prin incidența bolilor infecțioase (diaree, dizenterie, salmoneloză) și netransmisibile (sistemelor cardiovascular și respirator, tumorilor). Sănătatea poate fi afectată de riscul temperaturilor înalte sau al altor schimbări de mediu, inclusiv poluarea aerului și apei. De aceea, este necesară elaborarea de măsuri eficiente de sănătate publică pentru a diminua efectele nocive ale schimbărilor climatice asupra sănătății umane.

Oamenii sunt expuși schimbărilor climatice prin schimbarea modelelor meteorologice (de exemplu, condiții meteorologice extreme mai intense și frecvente) și, indirect, prin modificările care se produc în apă, aer, în calitatea și cantitatea produselor alimentare, ecosisteme, agricultură și economie. La această etapă timpurie efectele sunt nesemnificative, însă sunt proiectate creșteri progresive în toate țările și regiunile. Se așteaptă ca principalele efecte asupra sănătății se vor produce prin:

- efectele directe de temperaturi;
- condițiile meteorologice extreme;
- bolile receptive la climă;

- calitatea aerului;
- disponibilitatea apei și calitatea apei;
- impactul indirect prin schimbări în bunăstare;
- impactul indirect prin schimbări în ecosisteme;

Conform Raportului Național de Dezvoltare Umană, Schimbările Climatice în Republica Moldova (2009) sunt anumite căi prin care schimbările climatice influențează starea de sănătate a populației (fig. 1).

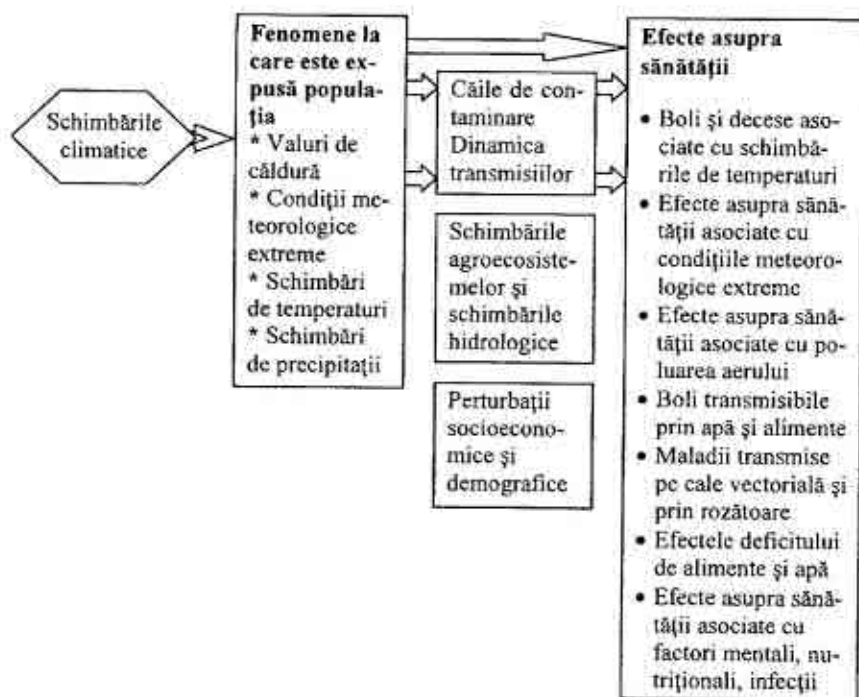


Fig. 1. Principalele căi prin care schimbările climaterice afectează sănătatea populației

Schimbarea vremii poate avea un impact direct și indirect asupra sănătății umane. Impactul direct îl constituie decesele ca rezultat al inundațiilor, temperaturilor înalte și joase și altor calamități naturale legate de climă. Consecințele indirecte sunt creșterea numărului de vectori de infecții, precum țânțarii; creșterea populației de căpușe care răspândesc encefalita, boala Lyme.

Lipsa apei potabile de bună calitate, de asemenea, reprezintă un risc de răspândire a infecției.

Există o corelație directă între frecvențele maxime ale maladiilor diareice și salmonelozei, și cele mai călduroase luni ale anului. De fapt, toată populația și, în special copiii, se află în grupul de risc în timpul acestei perioade.

În promovarea sănătății și educația pentru sănătate trebuie luat în vedere faptul că valurile de căldură și poluarea crescândă a aerului reprezintă un risc enorm pentru populația în vârstă, la fel și pentru cei cu boli cronice cardiovasculare, prin hipertermie. Un alt risc important este expunerea tot mai mare la maladiile alergice prin aeroalergenii: rinita alergică și astmul sunt bolile cel mai des asociate cu acest risc.

Astfel, încălzirea globală este o realitate cu 300 000 de decese anual sau un echivalent al puterii distructive a Tsunami-ului din 2004. Temperaturile înalte determină micșorarea recoltelor agricole și diminuarea accesului la apă ceea ce poate duce la creșterea sărăciei. În țările în curs de dezvoltare, nivelul de sărăcie este într-o dependență strânsă de măsurile de protecție a mediului. Conform unei cercetări, 325 milioane de oameni de pe glob suferă din cauza calamităților naturale frecvente, precum inundațiile, cicloanele sau poluarea mediului ambiant. În același timp, la nivel regional și european se anticipează următoarele tendințe ale riscurilor asociate schimbărilor climatice:

- impactul asupra sănătății legat de creșterea valului de căldură;
- efectele asupra sănătății legate de frig, în special la populația care nu are acces la energie;
- impactul asupra sănătății legat de inundații;
- creșterea malnutriției în zonele deja afectate;
- schimbarea tabloului clinic al bolilor induse de alimentație;
- schimbarea distribuirii bolilor infecțioase care contribuie potențial la stabilirea speciilor tropicale și subtropicale în Europa;
- sporirea poverii bolilor induse de apă la populațiile pentru care standardele de apă, salubritate publică și igienă personală sunt deja joase;
- frecvența crescută a bolilor respiratorii din cauza concentrațiilor mai mari ale ozonului la nivelul pământului în mediul urban și schimbările în distribuția polenului legate de schimbările climatice.

Strategii adaptive în vederea diminuării riscurilor pentru sănătate

Există multiple măsuri ce pot fi aplicate local pentru reducerea vulnerabilității comunităților și populațiilor. Ele vor varia considerabil în funcție de particularitățile fiecărei regiuni a lumii, în corelație cu condițiile socio-economice preponderente și cu resursele disponibile. Pe perioada secetei prelungite din Australia în anii 2001-2007, o parte din medicii de familie din mediul rural au raportat că dezvoltarea și sprijinirea activităților comunitare (corul comunității, adunările, rețelele de consultanță financiară etc.) au permis oamenilor să facă față mai ușor stărilor de depresie asociate pierderii mijloacelor de trai.

Schimbările climatice, alături de alte modificări de mediu pe scară largă, probabil nu vor determina apariția unor noi afecțiuni (deși pot contribui la nașterea de noi tulpini virale sau bacteriene cu potențial morbid). Ele vor modifica, mai curând, incidența, extensia și sezonul multor afecțiuni deja existente. În consecință, asistența medicală și sistemele de sănătate publică ar trebui să ofere un punct de plecare adecvat pentru strategii adaptive care să minimalizeze urmările acestor modificări asupra sănătății populației.

Cu toate că strategiile adaptive vor minimaliza efectele schimbărilor climatice, cea mai mare problemă cu care se confruntă sistemul sanitar în ceea ce privește prevenția constă în stoparea procesului de alterare a mediului. Aceasta necesită decizii ferme și de perspectivă îndelungată, la nivel național și internațional, impunând reduceri de emisii poluante mai mari decât cele propuse în urmă cu zece ani.

Cercetătorii au conchis că trebuie împiedicată atingerea unor concentrații atmosferice de CO₂ mai mari de 450-500 ppm (parts per million; 1 ppm = 1 mg/kg = 1 g/tonă), pentru a evita degradarea semnificativă a multor sisteme naturale și procese ecologice, posibil ireversibilă, produsă de o creștere a temperaturii cu 2-3 °C. Sunt necesare măsuri radicale precoce, întrucât concentrațiile de CO₂ actuale se apropie de 390 ppm (comparativ cu 280 ppm, înainte de industrializare). Medicii, acționând prin organizații profesionale sau civice, au atât oportunitatea cât și responsabilitatea de a contribui la rezolvarea acestei probleme importante, primul pas fiind atragerea atenției asupra acesteia. Din anul 1993, medicii din 14 țări (inclusiv șase state subdezvoltate) au avut un rol major în evaluarea efectelor modificărilor de mediu asupra sănătății, inițiativă condusă de *Intergovernmental Panel on Climate Change*.

Astfel, este foarte utilă introducerea unor elemente de ecologie și de impact asupra stării de sănătate în programul de învățământ medical.

Între timp, sectorul medical trebuie să-și minimalizeze propria contribuție la efectul de seră, reducând nivelul emisiilor de dioxid de carbon din cadrul infrastructurii proprii, iar cercetătorii ar trebui să minimizeze emisiile de gaze potențial generatoare de efect de seră în cadrul propriilor studii.

Măsuri de adaptare la problemele globale și recomandări

Pot fi specificate câteva caracteristici-cheie ale consecințelor impactului fenomenelor extremale ale climatului pentru sănătatea omului care, la rândul său, pot fi considerate și ca cerințe corespunzătoare pentru evaluare și trebuie neapărat reflectate în promovarea sănătății și educație pentru sănătate:

- efectele relevante, care constituie o preocupare semnificativă a societății;
- prezența echipei de specialiști, care reprezintă diverse domenii și diverse abordări, cât și sprijinul pe experiența obținută în mai multe ramuri;
- legătura între comunitățile științifice și estimative, cât și implicarea largă în procesul de estimare a celor interesați;
- analiza și evaluarea posibilelor variante de adaptare și măsuri, înaintate de factorii de decizie;
- identificarea și examinarea minuțioasă a incertitudinilor și explicarea importanței lor pentru deciziile adoptate;
- elaborarea modelelor și mijloacelor pentru luarea deciziilor și asigurarea informației relevante într-un format înțeles de utilizator;
- examinarea aspectelor de bază ale managementului riscurilor, inclusiv costului și eficacității măsurilor orientate spre reducerea lor, cât și a barierelor din calea lor.

Pentru adaptarea la problemele globale sunt necesare acțiuni integrate ale indivizilor, comunităților și guvernelor tuturor țărilor.

Există un întreg set de măsuri pentru protecția sănătății populației și bunăstării ei sociale de eventualele urmări negative. Ele fac parte din activitățile de promovare a sănătății:

– adaptarea la manifestările fenomenelor extreme ale climatului, acceptată ca abilitatea de a se regenera și adapta (sub formă de corecție a comportamentului, managementului, proceselor sau structurii sistemelor). În funcție de timpul, scopurile și obiectivele implementării, adaptarea poate fi de răspuns, ca reacția la schimbările deja produse, și preventivă, în vederea unor viitoare schimbări;

– informarea guvernelor, populației privind intensitatea fenomenelor extreme ale climatului, impactul potențial pe sănătate și modalitățile răspunsului la fenomen;

– elaborarea și implementarea sistemului de monitorizare și supraveghere ca componentă esențială și integrală pentru obținerea informației și continuității ei în colectarea datelor pentru luarea deciziilor. Monitoringul este necesar atât pentru urmărirea schimbărilor în mediul înconjurător provocate de schimbarea climatului, cât și pentru supravegherea sănătății, depistarea schimbărilor în sănătate și estimarea eficacității măsurilor întreprinse;

– investițiile în cercetare, care sunt vital necesare pentru estimările tendințelor în situația concretă și a măsurilor întreprinse. Cercetările și estimările se completează reciproc.

Pentru promovarea sănătății la acest compartiment sunt necesare măsuri practice:

- introducerea sistemului de avertizare timpurie privind fenomenele meteorologice extreme, precum căldura și tendințele de schimbare a calității apei, care prezintă riscuri serioase pentru sănătate;
- pentru administrarea efectelor negative ale valurilor de căldură, autoritățile trebuie să dezvolte capacități de implementare a abordărilor globale recunoscute, cum sunt aplicarea sistemelor model de observare a valurilor de căldură bazate pe identificarea condițiilor meteorologice istoric asociate cu creșterea mortalității într-o anumită țară și dacă astfel de condiții survin, emitera eventuală a avertizărilor;
- extinderea asigurărilor medicale naționale în scopul acoperirii lipsurilor în cuprinderea populației sărace și rurale;
- implementarea proiectelor de salubritate și tratare a apei potabile și celor reziduale deversate în bazinele de apă, inclusiv cu sprijinul donatorilor, în scopul asigurării accesului comunității-

lor rurale mari și instituțiilor sociale importante la apă de calitate;

- organizarea campaniilor de informare a populației despre pericolele posibile;
- în perioada caldă a anului, asigurarea încăperilor la locurile de muncă, spitale, instituții cu sisteme de răcire a aerului și seturi medicale în transportul public;
- asigurarea medicilor de familie, ambulanțelor cu echipament diagnostic și seturi de ajutor medical în cazul fenomenelor extreme;
- examinarea pacienților în vederea depistării hipertensiunii arteriale și altor dereglări ale sistemului circulator, infecțiilor intestinale și bolilor care depind de condițiile climatice, acordarea asistenței medicale;
- asigurarea tratamentului profilactic pentru oamenii sensibili la fenomenele extreme în scopul diminuării impactului lor nefavorabil;
- respectarea regulamentelor internaționale și naționale privind calitatea aerului și asigurarea implementării corespunzătoare a indicațiilor relevante (indicatorii OMS) în domeniul vizat;
- inițierea unui larg dialog public, cu implicarea cetățenilor, societății civile și comunității internaționale, axat pe promovarea ideii că schimbările climatice solicită o schimbare simultană de comportament pentru milioane de oameni;
- focusarea pe promovarea modului de viață sănătos prin intermediul unor campanii de sănătate publică.

Rolul lucrătorilor medicali în prevenirea consecințelor asupra stării de sănătate

Spectrul potențial de strategii de reducere a riscurilor pentru sănătate este larg, direct proporțional cu varietatea de pericole pentru sănătate induse de schimbările globale climatice și de alte perturbări ale mediului ambiant. Politicile și acțiunile locale, ce au ca scop diminuarea modificărilor ambientale la nivel local și adaptarea la riscurile medicale inevitabile, vor necesita susținere, la nivel național și internațional, din partea unor politici centrate pe sănătate. De exemplu, programele comunitare pentru "case fără țânțari" vor trebui consolidate prin îmbunătățiri

ale programelor naționale de monitorizare a bolilor infecțioase și ale sistemelor epidemiologice de avertizare. Medicii și alți lucrători în domeniul sanitar posedă, în particular, cunoștințe, oportunități și, adesea, părgii politice care pot asigura - direct sau indirect - implementarea unor măsuri preventive. Ele includ promovarea înțelegerii problemei la nivel public, monitorizarea și raportarea efectelor modificărilor ambientale asupra sănătății, propunerea și sprijinirea inițiativelor adaptative locale.

Numeroase site-uri web conțin liste și discuții despre acțiunile pe care medicii ar trebui să le întreprindă la nivel de individ și de colectiv. De exemplu, centrele americane de prevenție și control a bolilor practică 11 activități ale sistemului public de sănătate și ale medicilor ca posibil răspuns la schimbările climatice. Și „Doctori pentru Mediu” din Australia derulează o continuă și reușită campanie națională de educare a pacienților, prin distribuția de postere și broșuri utilizabile în sălile de așteptare ale cabinetelor medicale.

Modalități de promovare a strategiilor adaptative de către medici sunt mai multe:

- educarea publicului în cadrul instituțiilor sanitare, în special în sălile de așteptare ale cabinetelor medicale sau în secțiile spitalelor;
- realizarea programelor preventive – vaccinări, controlul răspândirii insectelor (tânțari), inspecția și igiena alimentelor, suplimentarea nutrițională;
- asistență medicală (în special psihiatrică și primară) prin promovarea sănătății în comunitățile afectate de factori de mediu;
- monitorizarea bolilor (în special infecțioase) și factorilor de risc prioritari;
- prevederea riscurilor sanitare și avantajelor derivate din strategiile de diminuare și adaptare;
- instruirea forței de muncă din sectorul sanitar și dezvoltarea în carieră;
- crearea sistemelor de avertizare precoce pentru condiții extreme (valuri de căldură, furtuni);
- elaborarea și realizarea planurilor de încurajare și de ajutorare în cadrul comunităților locale;
- pregătirea publicului pentru dezastre, inclusiv în cadrul sistemului sanitar.

Rolul specialiștilor din domeniul promovării sănătății

În Charta de la Ottawa pentru Promovarea Sănătății este stipulat că orice strategie de promovare a sănătății ar trebui să includă protecția mediului natural și conservarea resurselor naturale. S-a propus o abordare socio-ecologică a sănătății care recunoaște relația de interdependență dintre oameni și mediu.

Potrivit lui Catford (2008), un angajament de bază pentru promovarea sănătății trebuie să fie îndreptat spre abordarea impactului schimbărilor climatice asupra sănătății. Specialiștii din domeniul promovării sănătății trebuie să întreprindă măsuri ce vizează direct schimbările climatice. Este necesar de separat rolurile și responsabilitățile celor din sănătatea publică, care au scopul de a dirija cu consecințele, și celor din promovarea sănătății care constau în mobilizarea capacităților sectorului de sănătate în activități concrete pentru atenuarea impactului și implementarea măsurilor de adaptare, prin concentrarea acestor măsuri în primul rând asupra cauzelor și factorilor determinanți. Rolul specialiștilor din promovarea sănătății în contextul schimbărilor climatice este de a consolida parteneriatele intersectoriale.

În timp ce în domeniul promovării sănătății se urmărește definirea principiilor și practicilor prin prisma sănătății publice, apare o nouă ideologie care pune accentul pe drepturile cetățenilor la nivel mondial. Este necesar să se caute o soluție durabilă la provocările ecologice actuale și viitoare, să se efectueze o repriorizare a activităților societății față de valorile care promovează bunăstarea, sănătatea și echitatea, reducând în același timp inegalitățile și consumul excesiv. Specialiștii din promovarea sănătății trebuie să aibă un rol foarte important în informarea populației despre efectele schimbărilor climatice asupra sănătății populației și despre schimbările inevitabile în structura și sistemele sociale la nivel de comunitate.

Lucrare practică

Scopul lucrării: familiarizarea studenților cu principalele amenințări globale care afectează sănătatea umană și măsurile de promovare a sănătății.

Sarcinile lucrării:

1. Familiarizarea cu problemele prioritare ale lumii contemporane referitoare la sănătatea globală a populației.

3. Familiarizarea cu fenomenul de încălzire globală și consecințele acesteia asupra sănătății.

4. Familiarizarea cu recomandările privind comportamentul individului în funcție de principalele amenințări globale asupra sănătății.

Obiective de formare: după realizarea activităților practice studenții trebuie:

- să elaboreze strategii de atenuare a impactului și măsuri de adaptare, concentrate asupra cauzelor și factorilor determinanți;
- să recunoască necesitatea informării populației privind modificările globale, inclusiv climatice, ale mediului și să fie capabili de a informa despre influențele lor asupra sănătății populației;
- să elaboreze planuri locale de promovare a sănătății pentru prevenirea influenței modificărilor climatice asupra obiectelor mediului ambiant și sănătății populației;
- să recunoască importanța comunităților locale și a abordării intersectoriale a problemei de promovare a sănătății și educației pentru sănătate în reducerea consecințelor schimbărilor climatice.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Problemele prioritare ale lumii contemporane referitoare la sănătatea globală a populației.

2. Modificările globale și efectele lor generale.

3. Acțiunile de prevenire a schimbărilor climatice.

4. Caracteristica crizei ecologice contemporane.

5. Fenomenul de încălzire globală și consecințele asupra sănătății.

6. Măsurile de intervenție și activități de promovare a sănătății.

7. Rolul personalului medical în prevenirea consecințelor asupra sănătății a modificărilor globale.

Activitatea practică:

1. Enumerați principalele amenințări globale asupra sănătății populației Republicii Moldova și elaborați strategiile de răspuns pentru fiecare dintre ele.

2. Identificați principalele surse de informare a populației despre amenințările globale asupra sănătății în Republica Moldova?

3. Elaborati recomandările privind comportamentul individului în funcție de principalele amenințări globale asupra sănătății.

Dexterități practice:

1. Identificarea principalelor surse de informare a populației despre amenințările globale asupra sănătății în Republica Moldova?
2. Elaborarea recomandărilor privind comportamentul individului în funcție de principalele amenințări globale asupra sănătății.

Dotarea lucrării practice:

1. Sală computerizată.
2. Echipament: 1 computer la 2-3 studenți, videoproiector, conexiune la Internet.
3. Probleme de situație.
4. Teste pentru verificarea cunoștințelor.

Desfășurarea lucrării practice:

1. Fiecare student trebuie să descrie și să evalueze o situație de amenințare globală asupra sănătății populației Republicii Moldova, să indice principalele surse de informare.
2. După o analiză aprofundată să tragă concluzii și să formuleze recomandări privind evidențierea eventualei influențe malefice asupra calității vieții populației și comportamentul individului în funcție de principalele amenințări globale asupra sănătății.
3. Să discute rezultatele analizei situației, concluziile și recomandările elaborate cu toată grupa.
5. Rezolvarea problemelor de situație.

Problemă de situație

Ce competențe trebuie să posede specialiștii din domeniul promovării sănătății pentru a răspunde la provocările legate de schimbările climatice și de sănătate, inclusiv printre grupurile vulnerabile ale populației, la nivel de comunitate?

TESTE**Indicați răspunsul corect**

1. Care este cauza fenomenului de seră?
 - a. creșterea concentrației de CO_2
 - b. majorarea temperaturii
 - c. topirea ghețarilor
 - d. scăderea concentrației de CO_2
 - e. creșterea concentrației de SO_2

2. Consecințele directe ale impactului negativ al schimbării climei asupra sănătății populației sunt:
 - a. decesele
 - b. seceta
 - c. pierderea recoltei
 - d. reducerea rezervelor de apă
 - e. foametea
3. Numiți care compuși chimici emiși în atmosferă contribuie la diminuarea stratului de ozon:
 - a. freonii
 - b. cinabru
 - c. litarga
 - d. sulfatul de Pb
 - e. cromatul de Pb
4. Indicați consecințele directe ale diminuării stratului de ozon:
 - a. consecințe asupra climei
 - b. consecințe asupra pielii, ochiului, sistemului imun
 - c. consecințe asupra rezervelor de hrană
 - d. consecințe asupra poluării aerului
 - e. nici o variantă corectă
5. Numiți activitățile specialiștilor din domeniul promovării sănătății în contextul schimbărilor climatice actuale:
 - a. monitorizarea factorilor de risc
 - b. monitorizarea bolilor infecțioase
 - c. consolidarea parteneriatelor intersectoriale
 - d. instruirea personalului medical
 - e. asigurarea sistemului medical cu utilaj necesar

Indicați răspunsurile corecte

6. Enumerați obiectivele strategice ale politicii de sănătate a Uniunii Europene:
 - a. promovarea unei stări bune de sănătate
 - b. protejarea cetățenilor împotriva amenințărilor pentru sănătate
 - c. sprijinirea sistemelor de sănătate ale țărilor din regiune care să răspundă provocărilor actuale
 - d. sprijinirea politicilor de îmbătrânire a populației și mobilitate a personalului medical
 - e. promovarea instabilității mediului înconjurător și crearea unui parteneriat mondial pentru dezvoltare

7. Enumerați consecințele indirecte ale schimbării climei asupra sănătății:
- bolile diareice acute
 - infirmitatea
 - parazitozele
 - decesele
 - aversele extreme cu inundații
8. Care modificări esențiale, ce se produc în natură sub influența omului, sunt considerate de ONU cele mai grave probleme cu care se confruntă omenirea?
- instruirea generației tinere
 - deșertificarea
 - procesele de schimbare a climei
 - reducerea diversității biologice
 - afectarea stratului de ozon
9. Numiți ce fenomene climatice apar ca rezultat al creșterii concentrațiilor gazelor cu efect de seră și activității antropogene:
- încălzirea globală a climei
 - sporirea frecvenței precipitațiilor atmosferice
 - sporirea frecvenței anilor secetoși
 - răcirea treptată a atmosferei
 - sporirea fenomenelor extreme cum ar fi furtunile, valurile de căldură
10. Numiți prin ce se manifestă criza ecologică contemporană:
- creșterea populației globului
 - scăderea populației globului
 - eliminarea unor cantități mari de poluanți în mediu
 - înlocuirea progresivă a produselor naturale cu produse artificiale, unele cu potențial toxic, cumulativ în organismele vii
 - dezvoltarea unor tehnologii periculoase
11. Enumerați cele mai grave probleme cu care se confruntă omenirea în sec. XXI:
- procesele de schimbare a climei
 - deșertificarea
 - scăderea numărului de populație
 - reducerea diversității biologice
 - afectarea stratului de ozon

Capitolul 6. PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ÎN DOMENIUL ALIMENTAȚIEI ȘI NUTRIȚIEI

Noțiunea de alimentație, conform Dicționarului explicativ al limbii române, este asigurarea organismului cu hrană, iar cea de nutriție este totalitatea proceselor fiziologice prin care organismele își procură hrana necesară creșterii și dezvoltării, obțin energie pentru desfășurarea proceselor vitale, refacerea țesuturilor etc.

Alimentația este o componentă foarte importantă în stabilirea unei baze solide pentru o bună sănătate și continuă dezvoltare. Nutriția este unul dintre cei mai influenți factori care poate asigura un metabolism fiziologic sau îl poate deregla.

Astfel, alimentația ca element al promovării sănătății, poate juca un rol favorabil stabilizator pentru starea de sănătate sau destabilizator, contribuind la dereglarea ei.

Alimentația constituie un factor cu importanță majoră în promovarea stării de sănătate.

În promovarea unei alimentații sănătoase trebuie să se țină cont de faptul că alimentația rațională, echilibrată, constă în satisfacerea necesităților organismului uman din punct de vedere cantitativ (valoarea energetică) și calitativ (principii nutritive, substanțe biologice active).

Scopul promovării sănătății în domeniul alimentației și nutriției este de a ajuta populația să capete cunoștințe, obiceiuri alimentare corecte, care corespund cerințelor organismului uman în substanțe nutritive, dar de asemenea și condiții culturale și resurse alimentare locale.

Din cele mai îndepărtate timpuri, oamenii cunoșteau importanța enormă a alimentației pentru sănătate. Cea mai veche *concepție empirică* despre alimentație ca factor important pentru sănătate și ca mijloc în vindecarea bolilor este cea a lui Hipocrate din Cos (460 – 377 î.Hr.), care a scris în primele sale cărți despre regimul alimentar al omului sănătos și al celui bolnav. În concepția lui Hipocrate, alimentația influențează atât viața omului bolnav, cât și pe a celui sănătos: „Sunt convins că orice medic, care studiază natura umană, trebuie să caute cu grijă rapor-

turile existente între om – aliment și băuturile folosite și ce influență exercită acestea asupra lui” (Hipocrate – „De l’ancienne medecine”). În lucrarea „Despre regim”, Hipocrate definește de fapt rația de întreținere (care în epoca noastră este redată cu ajutorul caloriilor) atunci când spune „Dacă reușim să găsim pentru fiecare om echilibrul dintre alimentație și exercițiile fizice, astfel încât să nu fie nici mai mult nici mai puțin, am reușit să descoperim mijlocul de întreținere a sănătății”. Astfel, deja în acele vremuri consumul neadecvat de substanțe nutritive era considerat ca factor de risc pentru sănătate. Același principiu de cumpănă în alimentație a fost promovat și de Socrate (469-399 î.e.n.), filosof din Grecia antică. Lui îi aparține expresia proverbială: „*Omul mănâncă ca să trăiască, dar nu trăiește ca să mănânce*”.

În literatura de specialitate sunt cunoscute multe teorii privind alimentația omului. Pentru promovarea sănătății și educația pentru sănătate medicul trebuie să cunoască teoria clasică a alimentației echilibrate (A. A. Pokrovski), care poate fi redusă la câteva postulate fundamentale:

- hrana este alcătuită din câteva componente, diferite din punct de vedere a importanței fiziologice (nutrienți), și din fibre alimentare;
- valoarea nutritivă a produsului alimentar este determinată de conținutul și coraportul în el al aminoacizilor, acizilor grași, vitaminelor, unor săruri minerale;
- utilizarea hranei se efectuează de sine stătător de către organism;
- alimentația menține componența moleculară a organismului în anumiți parametri fiziologici determinați, restituind cheltuielile lui energetice și plastice;
- hrana devine ideală când este administrată corect în timp, după componență și corespunde consumului energetic al organismului.

Tendențele științei moderne au contribuit la elaborarea unei noi teorii, înaintată de A. M. Ugolev (1991), fiind numită de autor ca teorie a alimentației adecvate. Conform acestui concept, teoria clasică a alimentației adecvate devine element important al promovării sănătății și educației pentru sănătate.

Principiile teoriei alimentației adecvate se bazează pe următoarele postulate:

1. Nutriția menține componența moleculară, compensează cheltuielile energetice și plastice pentru metabolismul bazal, dezvoltarea organismului și activitatea zilnică a omului (postulat comun al ambelor teorii);

2. Nutriția normală este determinată nu numai de un singur flux de substanțe nutritive din tractul gastrointestinal în mediul intern al organismului, dar de câteva fluxuri de nutrienți și factori de reglare, care au importanță vitală;

3. Componente necesare ale nutriției servesc nu numai substanțele nutritive, dar și fibrele alimentare;

4. Din punct de vedere al metabolismului și, în special, al alimentației, organismul care asimilează se prezintă ca sistem integrat;

5. Există endoecologia organismului-gazdă, creată de microflora intestinală (cu care organismul-gazdă este în relații simbiote complicate) și mediul intestinal;

6. Echilibrul substanțelor nutritive în organism este menținut în urma eliberării lor din alimentele dezintegrate prin digestia din tractul intestinal, în unele cazuri digestia intercelulară, cât și prin sinteza noilor substanțe, inclusiv esențiale, de către microflora intestinală (nutrimente secundare).

Starea de sănătate a fiecărui individ, evaluată adesea prin ceea ce se numește un status nutrițional, derivă din echilibrul obținut dintre necesarul și aportul nutrițional. Starea optimală de nutriție promovează creșterea și dezvoltarea organismului, menține starea de sănătate, permite desfășurarea activității zilnice și participă la protecția organismului față de diverse agresiuni sau boli.

Promovarea sănătății pentru populație include recomandarea respectării unui regim alimentar optimal și anume de a primi zilnic 3 mese principale și 2 gustări, iar valoarea energetică a rației alimentare să fie repartizată în felul următor: la dejun – 15-20%; la prânz – 40-45%, la cină – 15-20% și câte 10% la gustări. Este necesar să fie respectate orele de luare a mesei, iar cina se va lua cu 2-3 ore înainte de culcare pentru a asigura un somn liniștit.

Pentru a promova o alimentație sănătoasă trebuie să ținem cont de faptul că Organizația Mondială a Sănătății recomandă în acest scop 12 pași:

1. Respectarea unui regim alimentar bazat pe o diversitate cât mai mare de produse alimentare de proveniență preponderent vegetală;

2. Consumarea de pâine, cereale, paste făinoase, crupe sau cartofi de câteva ori pe zi;

3. Consumarea de fructe și legume diverse, de preferință în stare proaspătă și de proveniență locală, de câteva ori pe zi (cel puțin 400 g pe zi);

4. Menținerea masei corpului în limitele recomandate (indicele masei corpului între 18,5-24,99), practicând activități fizice moderate, de preferință zilnic;

5. Aportul de grăsimi trebuie să nu depășească 30% din valoarea energetică zilnică; înlocuirea majorității grăsimilor saturate cu uleiuri vegetale nesaturate;

6. Carnea grasă și produsele din carne se vor înlocui cu fasole, leguminoase, linte, pește, piept de pasăre;

7. Consumarea de lapte și produse lactate (chefir, lapte acru, iaurt și brânzeturi) cu conținut redus de grăsimi și sare;

8. Consumarea de produse alimentare cu conținut redus de zahăruri; limitarea consumului de zahăr rafinat, de băuturi cu adaos de zahăruri și de dulciuri;

9. Consumarea de produse cu conținut redus de sare; consumul total de sare nu trebuie să fie mai mare de o linguriță pe zi (5 g), inclusiv sarea ce se conține în pâine, produsele alimentare procesate, sărate și conservate; toată sarea consumată trebuie să fie iodată;

10. Limitarea consumului de alcool la un pahar (200 ml sau 20 g alcool absolut) de vin pe zi;

11. Prepararea bucatelor într-un mod sigur și igienic: la abur, în cuptor sau prin fierbere;

12. Promovarea alăptării sugarilor exclusiv la sân, precum și introducerea alimentației complementare sigure și adecvate la vârsta de aproximativ 6 luni, dar nu mai devreme de 4 luni, continuând alăptarea pe parcursul primului an de viață.

Pentru a promova sănătatea printr-o alimentație corespunzătoare, este necesar să informăm populația că ea trebuie să corespundă următoarelor cerințe:

- din punct de vedere cantitativ – să compenseze toate cheltuielile de energie;
- din punct de vedere calitativ – să acopere necesarul organismului în substanțe nutritive și biologic active;
- componentele chimice ale rației alimentare trebuie să fie echilibrate între ele și să corespundă echipamentului enzimatic al organismului uman;

- rația alimentară trebuie să fie cât mai variată, incluzând un set larg de produse atât de origine animală, cât și vegetală, respectând totodată și anumite proporții între alimentele incluse;
- alimentele incluse în rație trebuie să fie de calitate înaltă și inofensive;
- alimentele trebuie să posede proprietăți organoleptice corespunzătoare;
- alimentele incluse în rație trebuie să fie ușor digerabile, cu asimilare bună a substanțelor nutritive, iar mâncarea consumată să producă simțul de sațietate;
- respectarea regimului alimentar.

În procesul de promovare a sănătății și educației pentru sănătate trebuie aduse la cunoștința societății principiile generale ale alimentației sănătoase:

- respectarea în alimentație a unei varietăți bogate de alimente;
- includerea în alimentație a cerealelor integrale, fructelor și legumelor;
- menținerea masei corporale în limitele recomandate;
- consumarea de porții moderate de bucate;
- luarea mesei la aceleași ore;
- reducerea și nicidecum excluderea unor alimente din rația zilnică;
- echilibrarea preferințelor alimentare;
- efectuarea treptată a modificărilor în rația alimentară zilnică.

Fiecare lucrător medical, promovând o alimentație sănătoasă, va însuși anumite cunoștințe privind unele produse alimentare.

• **Pâinea, cerealele, cartofii**

Trebuie recomandate populației preponderent cerealele integrale acestea contribuind la creșterea cantității de fibre consumate. Terciul din crupe de cereale este perfect ca dejun cald în perioada de iarnă. Ovăzul integral cu fructe și iaurt este un dejun foarte bun de vară. Populația, îndeosebi copiii și tinerii, trebuie convinsă să consume mai multe terciuri, crupe (orez, hrișcă) sau paste și mai puțin sos. Se va limita consumul de cereale rafinate, preferând pâinea neagră în locul celei albe sau orezul negru în locul celui alb. Este mai benefică pentru sănătate pâinea din cereale integrale, din tărațe, cu semințe, feliind pâinea foarte subțire. La prepararea prăjiturilor, altor gustări, supelor, se va folosi făina integrală. În cazul utilizării în alimentație a salamurilor cu terci

sau cu pireu din cartofi, se recomandă de consumat mai mult terci sau pireu și de redus cantitatea de salam/crenvurști.

• **Legumele, zarzavaturile**

Pentru păstrarea și promovarea sănătății, populația trebuie să consume cât mai multe legume și zarzavaturi de sezon. Folosirea în alimentație a legumelor congelate necesită timp mai scurt pentru preparare cu păstrarea valorii nutritive mai înalte. Este de preferat consumul legumelor și zarzavaturilor proaspete sub formă de salate, fără sosuri. Este mai bine pentru organismul uman dacă folosim o varietate mai mare de legume și zarzavaturi, care ne asigură organismul cu micronutrienți. Prepararea bucatelor din cartofi, mazăre sau fasole-boabe se recomandă cu un adaos redus sau fără adăugarea suplimentară a grăsimilor.

• **Fructele**

Pe parcursul anului, populația trebuie să consume cât mai multe fructe specifice sezonului, iar în perioadele când fructe proaspete lipsesc este recomandată utilizarea celor uscate, congelate sau conservate astfel încât acestea să nu lipsească niciodată din rația alimentară. Se recomandă utilizarea în alimentație a fructelor conservate în apă sau suc de fructe și mai puțin în sirop. Folosirea în alimentația zilnică a unei varietăți cât mai mari de fructe contribuie la asigurarea organismului cu cantitățile necesare de nutrienți. Este binevenit consumul fructelor proaspete la gustări sau la desert, în locul celor supuse preparării termice (compot). Consumarea fructului întreg asigură organismul cu o cantitate suficientă de fibre alimentare.

• **Carnea**

Nutriționiștii recomandă utilizarea în alimentație a cărnii slabe (piept de pui, mușchi file, șuncă etc.). Pentru păstrarea mai bună a valorii biologice și nutritive a cărnii este de preferat fierberea, coacerea sau înăbușirea în locul frigerii. Este recomandată îndepărtarea grăsimii vizibile (slăninei, pielii de pe găină) și a grăsimii ce apare în timpul gătirii. Prepararea hrăni se va face fără utilizarea sosurilor. Specialiștii recomandă ca populația să consume de cel puțin de 2-3 ori pe săptămână pește și produse din pește.

• **Ouăle**

Este recomandată utilizarea în alimentație a ouălor preparate prin fierbere în locul celor prăjite. Prepararea ouălor bătute sau omletei se va face fără adăugarea suplimentară a grăsimilor.

• Grăsimile alimentare

Populația trebuie să cunoască produsele alimentare cu un conținut sporit de grăsimi (untul, untura, seul, carnea grasă, produsele din carne, inclusiv salamurile și pateurile, brânzeturile, în special cele tari, smântâna, frișca și înghețata, produsele de ciocolată, biscuiții, torturile, checurile, plăcintele, pizza) în rația alimentară a omului și că ea trebuie monitorizată. Astfel, pentru a reduce cantitatea grăsimilor consumate zilnic, populația trebuie să folosească în rația alimentară cantități scăzute de grăsimi pentru gătitul bucatelor, să folosească carnea slabă (carne de pui, curcă, iepure, miel), peștele sau carnea albă în locul celei roșii, să consume lapte și produse lactate cu un conținut redus de grăsimi sau degresate, să prepare carnea pe gril, să o coacă sau să o fiarbă la aburi, să înlocuiască la maximum prăjitul, să utilizeze mai multe legume, leguminoase, să nu adauge grăsimi sau ulei la prepararea cărnii, să nu folosească mult unt sau margarină la prepararea tartinelor, să utilizeze uleiurile vegetale în locul grăsimilor solide, să citească atent eticheta produsului și să-le aleagă pe cele care conțin mai puține grăsimi, să evite consumul grăsimilor saturate și a formelor *trans*.

Pentru promovarea unei alimentații sănătoase femeile gravide trebuie să evite includerea în rația alimentară a pateurilor de orice tip, inclusiv a celor vegetale, care pot conține isteria (bacterii care pot dăuna fătului), suplimentele alimentare care conțin cantități foarte mari de vitamina A cu excepția cazului în care consumul acestor produse a fost recomandat de medic.

Pentru a-și satisface necesitățile vitale omul are la dispoziție un sortiment destul de bogat de produse alimentare, dar nici unul dintre ele nu este ideal.

Algoritmul procesului de inițiere a stărilor morbide determinate de alimentație poate fi demonstrat prin exemplul adus de M. A. Samsonov. În caz de consum alimentar abuziv în sânge permanent sunt prezente concentrații sporite de substanțe nutritive (fenomenul hipernutriemiei).

În acest caz organismul își mobilizează tot potențialul enzimatic și menține homeostaza în limite fiziologice, care nu necesită altă intervenție decât aducerea consumului alimentar la normă. Dacă aceasta nu are loc, peste un timp (comparativ îndelungat) se produce dereglarea metabolismului, dar deja la nivel celular. Practic este vorba de o modificare constantă a metabolismului. Ca urmare, rezervele interne, ce asigură

adaptarea, se epuizează și se produce un dezechilibru al adaptării care tinde tot mai mult să devină persistent.

Consumul de produse alimentare variază în mod regulat în funcție de tipul produselor și de sezon. Cu toate acestea, produsele de panificație sau pâinea (în echivalent făină) și legumele sunt întotdeauna predominante, mai puțin fiind prezente produsele alimentare de origine animală și fructele. Potrivit sondajelor (*Results of survey of health status of population in the Republic of Moldova, 2006*), carnea și produsele din carne sunt prezente în mesele de fiecare zi la 7,5% din populație, iar laptele și produsele lactate la 19,8%. În paralel, fiecare a treia persoană consumă carne de mai multe ori (35,1%) sau o dată pe săptămână (35,5%); laptele este consumat de câteva ori pe săptămână de 37,1% din populație și o dată pe săptămână de 17,4%. Printre cele mai frecvente produse prezente în alimentație sunt ouăle. În medie, 17,6% din populație consumă ouă zilnic, 61,7% – de mai multe ori pe săptămână și 12,3% – o dată pe săptămână. Fructele sunt cel mai puțin consumate. Numai 19,1% din populație consumă fructe în fiecare zi, 67,4% – cel puțin o dată pe săptămână. În funcție de mediul de reședință, situația este mai bună la populația urbană – 75,8% din persoane consumând fructe cel puțin o dată pe săptămână, în comparație cu 61,7% din mediul rural.

Conform datelor STEPS (2013), circa 2/3 din populație (de vârstă 18-69 ani) consumă mai puțin de 5 porții de fructe și/sau legume, consumul mediu fiind de 2 porții/zi și ca rezultat – 56% din populație este supraponderală, atât bărbați cât și femei, iar 23% sunt obeze, dintre care 18% sunt bărbați și 28,5% femei.

La Conferința Internațională pentru Prevenirea Cancerului de la New York (1996) și la Conferința Europeană de Nutriție și Cancer de la Lyon, Franța (2001), s-a subliniat că modul de alimentație este responsabil pentru 30% până la 50% din totalitatea cancerelor și că este un factor cauzal pentru bolile maligne, la fel de important ca fumatul. Savanții susțin că ceea ce mâncăm azi influențează bolile ce vor fi evidente sau nu peste 10, 20 sau 30 de ani.

60% din cazurile de deces la nivel global sunt consecința bolilor cronice netransmisibile (BCN), iar restul 40% de bolile transmisibile, bolile și afecțiunile materne și perinatale, de violență și traumatisme.

Trebuie atenționată societatea că în sec. XXI se vorbește tot mai des despre obezitate ca despre o epidemie a civilizației moderne. Statis-

ticile internaționale indică, pentru prima dată, că obezitatea face mai multe victime decât fumatul.

Obezitatea este una dintre cele mai grave probleme de sănătate publică cu care se confruntă umanitatea, în unele țări fiind chiar a doua cauză a mortalității.

Conform estimărilor Organizației Mondiale a Sănătății, majoritatea adulților din Europa, inclusiv din Republica Moldova, au o dietă necorespunzătoare și sunt inactivi fizic. Specialiștii în nutriție estimează că în anul 2040 peste jumătate din populația globului ar putea deveni obeză. Prevalența obezitității în țările vest-europene oscilează între 10 și 25%, cu o creștere extrem de rapidă.

Din datele publicate în literatură rezultă că în obezitate și maladiile asociate ei, costurile serviciilor de sănătate pentru tratarea bolnavilor, asemenea ca diabetul de tip 2, unele tipuri de cancer și bolile cardiovasculare, sunt estimate până la 6% din totalul cheltuielilor de sănătate în Regiunea Europeană a OMS, la care se mai adaugă costurile indirecte în urma pierderii productivității muncii.

În Republica Moldova, conform Studiului Demografic și de Sănătate, 42% dintre femeile cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani sunt supraponderale sau obeze. Conform unui alt studiu, 50% din populația cu vârsta de peste 18 ani are supragreutate sau este obeză.

Are loc și o creștere alarmantă a fenomenului obezitității în rândul copiilor. OMS apreciază că în lume există 22 000 000 de copii obezi cu vârsta de până la 5 ani.

Conform unor studii, în România rata obezitității este de 25%, iar 50% dintre români sunt supraponderali.

Obezitatea reprezintă o problemă cu care copiii se confruntă din ce în ce mai des. În ultima vreme, pe lângă eforturile educaționale ale părinților de a-i învăța să mănânce sănătos și să facă mișcare în mod regulat, copiii au început să fie tratați de obezitate ca și adulții. Aceste tratamente includ medicamente ce controlează greutatea, dar și chirurgia de tip bypass gastric.

Europa se confruntă cu epidemia obezitității: jumătate dintre adulți și unul din cinci copii sunt supraponderali. Ca și adulților, copiilor nu le este deloc ușor să scadă în greutate și astfel o mare parte dintre copiii obezi se transformă în adulți obezi.

Supragreutatea și obezitatea reprezintă al cincilea risc de decese la nivel global. Cel puțin 2,8 milioane de adulți mor anual că au o greutate

peste limitele normale. Supragreutatea și obezitatea se fac responsabile de:

- peste 44 % dintre problemele cauzate de diabet,
- peste 23% dintre cele provocate de bolile ischemice cardiace,
- 7 – 41% dintre problemele cauzate de anumite forme de cancer.

Obezitatea este o boala cronică ce are la bază numeroși factori, ea însăși reprezentând un factor de risc major pentru sănătate, producând boli de inimă, creșterea presiunii sângelui, diabet și cancer.

Actualmente în Republica Moldova se înregistrează peste 55 mii de bolnavi cu diabet zaharat, iar morbiditatea prin acesta a crescut de peste două ori în ultimii 10 ani. Numărul persoanelor cu diabet „latent” este de 2-3 ori mai mare, peste 80% dintre pacienții cu diabet fiind persoane adulte (40+) și având diabet de tip 2.

O altă problemă este povara dublă a malnutriției copiilor, subnutriția și obezitatea fiind constatate simultan la copii, în special, în unele state din estul Europei. Din subnutriție derivă anemia, care afectează o parte considerabilă a copiilor de vârstă preșcolară.

În anul 2012, în întreaga lume existau 170 de milioane de copii cu vârste sub 5 ani a căror dezvoltare era afectată de malnutriție. În Pakistan, Bangladesh, India, Peru și Nigeria trăiesc jumătate dintre copiii subnutriți ai lumii. Mai bine de 30 000 de copii din Afganistan mor anual din cauza malnutriției. Totuși, majoritatea copiilor afectați de această problemă, aproape 85%, nu mor, dar nici nu se pot dezvolta normal.

Piramida alimentară

Pentru promovarea sănătății printr-o alimentație sănătoasă populația trebuie să cunoască piramida alimentară care reprezintă o exprimare grafică a recomandărilor nutriționale, a cantităților și tipurilor de alimente ce trebuie consumate zilnic pentru ași menține starea de sănătate și pentru a reduce riscul de dezvoltare a diverselor boli legate de alimentație (fig. 2).

Recomandările sunt axate pe porții de alimente, al căror consum zilnic va furniza toți nutrienții esențiali necesari menținerii și promovării sănătății populației.

PIRAMIDA

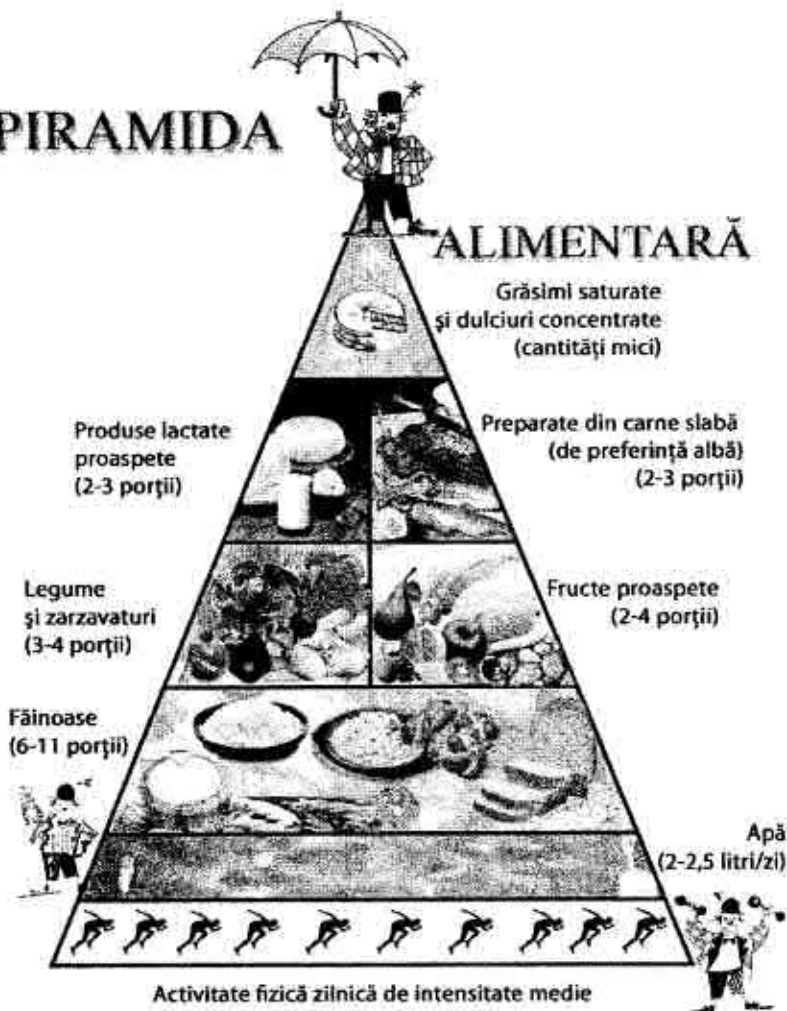


Fig. 2. Piramida alimentară

În linii generale, piramida alimentară cuprinde următoarele grupe:

1. Pâine, cereale, orez și paste (6-11 porții pe zi). O porție de cereale poate fi: 2 felii de pâine, o chiflă, 150 g paste gătite sau orez, 50 g cereale la micul dejun sau 75 g de mušli.

2. Legume și vegetale (3-5 porții pe zi). O porție de legume poate fi: 75 g legume gătite sau 150 g salată.

3. Fructe (2-4 porții pe zi). O porție de fructe poate fi: un fruct de mărime medie (o banană, un măr sau o pară), două fructe mici (kiwi, prune), 5-6 lingurițe de stafide, cireșe, zmeura, 40 g fructe uscate (cais, smochine, prune) sau 75 g de fructe conservate.

4. Lapte și derivate (2-3 porții pe zi). O porție reprezintă – 150 ml lapte, 200 g iaurt sau 40 g brânză.

5. Carne, pește, ouă (2-3 porții pe zi). O porție reprezintă 65-100 g carne gătită (pui, curcan), 80-100 g de pește, 2 ouă mici.

Fiecare grupă de alimente este etalată vizual pentru a ușura sfatul nutrițional practic. Variația dintre minim și maxim în ceea ce privește numărul de porții depinde de nevoile energetice și de preferințele alimentare personale. Fiecare persoană trebuie să consume cel puțin numărul minim de porții pentru fiecare grup de alimente. Astfel, consumând alimente din toate „nivelele” piramidei se realizează un aport adecvat de macro- și micronutrienți necesari organismului.

Piramida alimentară reflectă și echilibrul, varietatea și moderația cu care este necesar ca unele alimente să fie consumate, punând accent pe consumul cerealelor, legumelor și fructelor. În piramida sunt reprezentate grafic alimentele ce furnizează macronutrienții (glucide, proteine, lipide) și micronutrienții (vitamine, minerale) necesari pentru a menține starea de sănătate a populației.

Cerealele, legumele și fructele sunt fundamentul alimentației echilibrate, „baza” unei nutriții adecvate și sănătoase. Acestea pot reduce riscul de apariție a bolilor cronice deoarece au un conținut scăzut în grăsimi saturate, colesterol, zahăr și sodiu (dăunătoare în cantități excesive). Ele trebuie asociate cu alimente bogate în proteine (lapte, brânză, pește, carne și produse din carne cu un conținut scăzut în grăsimi), reprezentate grafic la nivelul trei al piramidei. În ultima perioadă accentul se pune pe consumul cărnii albe, în defavoarea celei roșii (care tinde să urce în partea superioară a piramidei).

Vârful piramidei, având cel mai mic volum, este reprezentat de grăsimi și de produse zaharoase care trebuie consumate rar și în cantități mici.

Se recomandă reducerea cantității de sare, iar alcoolul, dacă este consumat, trebuie redus la cantități mici.

Implementarea în practică a raporturilor ce stau la baza alcătuirii piramidei alimentare va îmbunătăți calitatea vieții și va reduce riscul unor boli cronice cum sunt boala coronariană, accidentul vascular cerebral, diabetul zaharat și unele forme de cancer.

Există diferențe în ceea ce privește alegerea diverselor alimente determinate de cultură, obiceiuri familiale, religie, costul și disponibilitatea alimentelor, alergii și intoleranțe alimentare.

Piramida oferă posibilitatea alegerii alimentelor din fiecare grupă reprezentată, putându-se crea combinații în funcție de preferințele individuale.

Totuși, în cazul în care una dintre categoriile de alimente nu poate fi consumată (de exemplu, când nu se poate consuma laptele și derivatele sale în cazul intoleranței la lactoză sau din diverse alte motive), este necesar ca nutriții furnizați de respectiva grupă să fie asigurați din alte produse (de exemplu, calciu furnizat de cereale îmbogățite cu calciu, sucuri de fructe îmbogățite cu calciu, lapte și derivate delactozate).

Carnea și peștele reprezintă surse majore de fier, zinc și vitamine din grupul B. Dacă sunt evitate alimentele de origine animală sau în cazul în care cantitățile consumate nu sunt cele adecvate, acestea trebuie furnizate de alte alimente (de exemplu, cerealele îmbogățite cu fier, spanacul, fasolea uscată, linte, mazărea sunt importante surse de fier).

Alături de recomandările dietetice, activitatea fizică efectuată zilnic aduce un real beneficiu. Este demonstrat faptul că activitatea fizică regulată scade riscul anumitor boli cronice cum ar fi hipertensiunea arterială, accidentul vascular cerebral, cardiopatia ischemică, diabetul zaharat de tip 2, cancerul de colon și osteoporoza.

Astfel, pentru a reduce riscul de apariție a acestor boli cronice este recomandat ca adulții să facă cel puțin 30 de minute de activitate fizică moderată, preferabil zilnic.

Activitatea fizică regulată reprezintă și o modalitate de a obține și de a menține o greutate corporală normală, atât în rândul adulților, cât și la copii și adolescenți.

REGULI PENTRU O ALIMENTAȚIE SĂNĂTOASĂ

Principalele reguli pentru o alimentație sănătoasă, care trebuie incluse în recomandările medicilor adresate populației, sunt:

1. **Păstrați-vă plăcerea de a mânca** – aceasta constituind un aspect plăcut al vieții. Alimentația sănătoasă nu presupune ca anumite mâncăruri să fie interzise, iar altele obligatorii. Trebuie să existe un echilibru între alimentele din rația alimentară zilnică, având drept scop creșterea calității vieții și minimalizarea riscului de apariție a bolilor.

2. **Consumați alimente variate** – varietatea alimentelor consumate este o garanție că organismul va primi toți nutrienții esențiali, în special vitaminele și mineralele atât de necesare pentru menținerea și promovarea sănătății.

3. **Alimentați-vă astfel încât să vă mențineți greutatea corporală în limitele normei** - supragreutatea generează o multitudine de probleme de sănătate: suprasolicitare la nivelul articulațiilor și oaselor, creșterea tensiunii arteriale și valorilor colesterolului seric, creșterea riscului de apariție a bolilor respiratorii, cardiovasculare, diabetului și accidentelor cerebrale.

4. **Consumați o cantitate mai mare de cereale** – contrar opiniei generale, pâinea integrală și neagră, orezul sau pastele făinoase nu constituie alimente hipercalorice; dimpotrivă, aduc nutrienți importanți (vitamine din grupul B) și fibre alimentare, conferă sațietate fără un aport de grăsimi și sunt relativ ieftine. Această grupă de alimente trebuie să constituie baza alimentației.

5. **Consumați o cantitate mare de fructe și legume** – aceste alimente nu sunt doar importante surse de vitamine și fibre alimentare, dar furnizează și alte substanțe (antioxidanți) importante, ce protejează împotriva bolilor cardiovasculare și neoplaziilor. Orice rație alimentară ar trebui să conțină zilnic cel puțin 5 porții de fructe și legume.

6. **Consumați alimente cu un conținut redus de grăsimi** – consumul excesiv al grăsimilor contribuie la creșterea nivelului seric al colesterolului și a riscului de apariție a obezității și bolilor cardiovasculare. Se recomandă de a reduce consumul de alimente bogate în grăsimi cum ar fi slănina, margarina, mâncărurile prăjite, produsele lactate nedegresate, carnea grasă și alimentele ce conțin aceste tipuri de grăsimi (produsele de patiserie).

7. Consumați produse zaharoase rafinate în cantități reduse – aceste alimente au o valoare energetică foarte mare, dar un conținut nutritiv relativ scăzut.

8. Consumați alcool cu moderație sau deloc – în timp ce cantitățile moderate de alcool nu sunt dăunătoare sănătății, la majoritatea populației putând avea chiar efecte favorabile în anumite circumstanțe, consumul cu regularitate a unor cantități excesive atrage riscuri substanțiale pentru sănătate.

9. Mențineți echilibrul între aportul alimentar și activitatea fizică – pentru a reduce riscul de apariție a bolilor cronice, precum hipertensiunea arterială, accidentul vascular cerebral, boala coronariană, diabetul zaharat de tip 2 sau diferite tipuri de cancer, este recomandat de a face cel puțin 30 de minute de activitate fizică moderată în fiecare zi.

Guvernului Republicii Moldova, prin Hotărârea nr. 730 din 08 septembrie 2014, a aprobat Programul național în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014-2020, unde sunt expuse principalele obiective ale programului în domeniul alimentației.

Scopul acestui Program constă în reducerea poverii morbidității și dezabilității prevenibile, mortalității premature din cauza bolilor netransmisibile legate de alimentație, subnutriție și deficiențele nutriționale.

Povara bolilor cauzate de alimentația nerațională este înaltă și continuă să crească. Bolile netransmisibile sunt determinate de factori de risc precum tensiunea arterială înaltă, colesterolul sanguin înalt, dieta nesănătoasă și inactivitatea fizică, fumatul și consumul excesiv de alcool. Consumul excesiv de grăsimi saturate și solide, obținute în procesul chimic de hidrogenare parțială a uleiurilor lichide (în continuare-grăsimi *trans*), de zaharuri și sare, și consumul redus de fructe și legume, sunt factorii de risc principali ai bolilor netransmisibile legate de dietă. Grăsimile *trans* cresc nivelul colesterolului de densitate joasă și reduc nivelul colesterolului de densitate înaltă, crescând astfel riscul pentru bolile coronariene ale inimii, diabetul de tip 2 și pentru decesele premature din cauza acestor boli.

Bolile cardiovasculare (boala ischemică și bolile cerebrovasculare) sunt cauza principală a mortalității, iar alimentația nesănătoasă este una din cauzele acestor boli. De exemplu, obezitatea crește riscul pentru boala ischemică a cordului, diabetul de tip 2, unele tipuri de cancer,

consumul înalt de sare/sodiu crește riscul pentru bolile cerebrovasculare, iar consumul de fructe și legume contribuie la prevenirea cancerului.

Alimentația nesănătoasă afectează nu doar sănătatea, dar și calitatea vieții și speranța de viață.

Pentru abordarea factorilor de risc asociați cu bolile cronice legate de alimentație, Asamblarea Mondială a Sănătății a adoptat în mai 2004 „Strategia Globală privind Dietă, Activitatea Fizică și Sănătate”. Această Strategie accentuează necesitatea limitării consumului de grăsimi saturate, acizi grași *trans*, sare și zaharuri și creșterii consumului de fructe și legume și nivelului de activitate fizică.

În anul 2006, la conferința ministerială europeană privind Combaterea Obezității printre Copii, care s-a desfășurat la Istanbul, a fost adoptată Charta Europeană de Combatere a Obezității, prin care statele-membre s-au angajat să-și fortifice eforturile în lupta cu obezitatea și să plaseze obezitatea ca povară pentru sănătatea publică la un nivel înalt în agenda politică. Charta a identificat o serie de obiective, principii și un cadru de acțiuni, a solicitat adoptarea programelor în vederea transpunerii angajamentelor Chărții în acțiuni specifice și mecanisme de monitorizare.

Republica Moldova se confruntă cu povara dublă a malnutriției. Circa 6% dintre copiii cu vârsta de până la 5 ani au retard statural, condiționat de insuficiența cronică de energie, iar a cincea parte suferă de anemie (Studiul de indicatori multipli în cuiburi, Republica Moldova, 2012). Circa o treime dintre femeile de vârstă fertilă și peste 40% dintre femeile gravide au anemie. Unul din 3 copii este supus riscului deficienței de iod. Jumătatea din populația adultă a țării este supraponderală sau obeză. Circa două treimi din populația cu vârsta de peste 40 de ani, aparent sănătoasă, are valorile tensiunii arteriale și ale colesterolului total mărite. Nutriția și alimentația neadecvată și factorii de risc asociați sunt responsabile de pierderea anuală a 50% din anii de viață sănătoasă la femei și 35% la bărbați.

Alimentația necorespunzătoare și nivelul redus al activității fizice sunt printre principalele 4 cauze ale bolilor netransmisibile, precum bolile cardiovasculare, hipertensiunea, diabetul de tip 2, atacul cerebral, unele tipuri de cancer, afecțiunile musculo-scheletale și unele afecțiuni mintale. Pe termen lung, creșterea morbidității prin boli netransmisibile va avea un impact negativ asupra speranței de viață și va reduce calitatea vieții. Peste 80% din cazurile anuale de deces înregistrate în Repub-

lica Moldova sunt condiționate de bolile netransmisibile, în 55-57% cauza sunt bolile cardiovasculare, în 14% de cancer, și 10% de bolile aparatului digestiv.

Rata alăptării exclusive la sân a sugarilor de până la 6 luni, care este un factor determinant al stării de sănătate la viața de adult, este în descreștere, constituind doar 37% în anul 2012, în comparație cu 46% în anul 2005. Doar jumătate dintre copiii cu vârsta de până la 7 ani consumă zilnic lapte și 62% fructe și legume (2009), cu diferențe semnificative între mediul de rezidență urban și rural, și nivelul de venituri al familiei. Fructele și legumele sunt mai accesibile pentru majoritatea populației doar în sezon. Indicele prețurilor de consum la fructe a crescut până la 747,1 % în anul 2009, în comparație cu anul 1999.

Nu există date pentru estimarea caracterului adecvat al consumului alimentar al tuturor nutrienților esențiale, inclusiv a energiei. Datele privind furnizarea de alimente *per capita*, conform datelor statistice ale Organizației pentru Agricultură și Alimentație a Națiunilor Unite (FAOSTAT), arată că consumul de energie *per capita* în perioada 1992-2010 a variat între 2600 și 3200 kcal/zi și are tendința de creștere. Acest consum este mai înalt în comparație cu necesitățile de consum estimate. Dieta a devenit mai diversă, dar concomitent proporția de cereale este în descreștere. Furnizarea grupurilor principale de produse alimentare, precum fructele și legumele, carnea și subprodusele, laptele și produsele lactate, este mai mică în Republica Moldova în comparație cu țările vecine, România și Ucraina.

Consumul estimat de energie provenită din lipide în familiile cu copii variază între 32 și 33% (anii 2006 – 2010) cu tendința de creștere, depășind limita maximă de 30% recomandată de OMS. Cota energiei furnizată de glucidele simple constituie 12% (FAOSTAT, 2005 – 2007), depășind, de asemenea, limita maximă recomandată de OMS (10%).

Lucrare practică

Scopul lucrării: însușirea metodelor de promovare a sănătății și educație pentru sănătate printr-o alimentație sănătoasă.

Sarcinile lucrării:

1. Familiarizarea cu conținutul activităților de promovare a sănătății și educație pentru sănătate privind partea cantitativă și calitativă a nutriției umane.

2. Familiarizarea cu piramida alimentației sănătoase, cu locul diferitor alimente în această piramidă.

Obiective de formare:

1. Problema promovării sănătății și educației pentru sănătate prin alimentație.

2. Promovarea sănătății și educației pentru sănătate prin asigurarea populației cu diverse substanțe nutritive și biologice active.

3. Evaluarea și promovarea factorilor naturali din mediul înconjurător, importanți pentru alimentația sănătoasă.

4. Promovarea factorilor sociali, tradițiilor importante pentru instalarea modului sanogen de nutriție într-un teritoriu.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Noțiunea de nutriție umană și alimentație echilibrată.

2. Rolul metabolismului bazal în partea cantitativă a nutriției și factorii care îl determină sau îl pot influența.

3. Conținutul activităților pentru promovarea sănătății și educația pentru sănătate privind partea cantitativă și calitativă a nutriției umane.

4. Orientările promovării sănătății și educația pentru sănătate privind regimul alimentar și importanța lui pentru organismul uman.

5. Promovarea alimentației variate. Piramida alimentației sănătoase, locul diferitor alimente în această piramidă.

6. Urmările nutriției neechilibrate. "Maladiile civilizației" în țările cu grad înalt de dezvoltare economică.

7. Politica națională în domeniul promovării sănătății și educația pentru sănătate privind nutriția și alimentația.

8. Promovarea factorilor social-economici favorabili pentru nutriția umană. Particularitățile alimentației în diferite regiuni ale Terrei. Starea nutriției în țările în curs de dezvoltare.

9. Modele de activități în promovarea unei alimentații sănătoase.

Activitatea practică:

1. Prezentarea schematică a părților componente ale nutriției umane.

2. Prezentarea schematică a factorilor ce influențează nutriția.

3. Identificarea consecințelor asupra stării de sănătate a hipo- și hipernutriției.

4. Alcătuirea unei piramide a alimentației echilibrate.

5. Determinarea nivelului de acoperire cu grupe de produse alimentare a populației și dinamica acesteia.

Dexterități practice:

1. Abilități de promovare a sănătății și educația pentru sănătate în domeniul nutriției în corelație cu diverși factori de mediu, climatogeografici, sociali, economici și tradiționali.

2. Abilități de promovare a sănătății și educația pentru sănătate în hiponutriție.

3. Abilități de promovare a sănătății și educația pentru sănătate în cazurile hipernutriției.

4. Abilități de alcătuire a unei piramide a alimentației sănătoase.

Dotarea lucrării practice:

1. Tabelul consumului efectiv al produselor alimentare în Republica Moldova (kg/locuitor/an).

2. Schița piramidei alimentare.

3. Teste.

Desfășurarea activității practice:

1. Utilizând metoda „brainwriting”, detaliați în scris, în măsura posibilităților, părțile cantitative și calitative ale nutriției umane și măsurile de promovare a alimentației sănătoase în rândurile populației.

2. Folosind aceiași metodă evidențiați un număr maxim posibil de factori de mediu, social-economici, care influențează promovarea unui mod sănătos de alimentație. Luați în considerare și tradițiile diferitor popoare privind promovarea unei nutriții sănătoase. Prezentați schematic în caietele de lucru factorii menționați și măsurile de promovare a alimentației sănătoase.

3. Alcătuiți o piramidă alimentară individuală în baza principiilor alimentației raționale.

4. Prin metodele „brainstorming” și „brainwriting” clarificați produsele alimentare ce pot fi consumate în cantități mari, în cantități mai mici sau destul de mici, pentru promovarea principiilor alimentației sănătoase. Desenați o piramidă în 4 nivele după modelul de mai jos (se poate și sub formă de desen, unde alimentele respective vor fi așezate la diferite nivele). La bază piramidei vor fi plasate alimentele, care pot fi consumate în cantități mai mari, la nivele următoare în cantități tot mai mici, până când în vârful piramidei vor fi plasate alimentele recomandate, pentru o alimentație sănătoasă, în cantități foarte mici.

5. Folosind *tabelul 4* privind consumul efectiv al produselor alimentare în Republica Moldova (kg/locuitor/an) pe parcursul ultimilor ani, normele de alimente pentru o persoană, elucidați și apoi caracteri-

zați securitatea alimentară în republică și elaborați propuneri necesare pentru PSES printr-o alimentație sănătoasă.

Activitate practică:

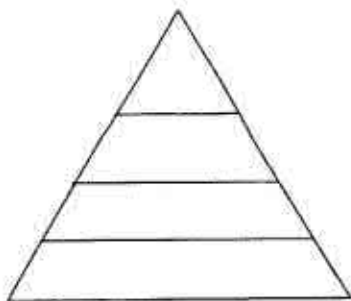
a) Calculați pe ani acoperirea (x) normei cu diverse produse alimentare (în procente) după formula:

$$X = E * 100/N,$$

unde: E – cantitatea reală de alimente, în kg/locuitor/an;

N – norma recomandată de produs alimentar, în kg/locuitor/an;

b) În baza rezultatelor obținute întocmiți un grafic al dinamicii acoperirii necesarului în alimente, deci a respectării securității alimentare (pe scara ordonatelor – %, iar a absciselor – anii).



Schema piramidei alimentației sănătoase

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Autorul teoriei clasice a alimentației echilibrate este:
 - a. A. A. Pokrovski
 - b. F. F. Erisman
 - c. M. N. Șaternicov
 - d. I. P. Pavlov
 - e. A. P. Ugolev
2. Autorul teoriei alimentației adecvate este:
 - a. A. A. Pokrovski
 - b. M. A. Samsonov
 - c. A. P. Ugolev
 - d. I. P. Pavlov
 - e. F. F. Erisman
3. Care este al cincilea risc de deces la nivel global?
 - a. Obezitatea și supraponderabilitatea
 - b. Ateroscleroza
 - c. Maladiile cardiovasculare
 - d. Rahitismul
 - e. Tumorile
4. Numiți alimentele care trebuie să constituie baza piramidei unei alimentații echilibrate (corecte, sănătoase):
 - a. Pâine, paste făinoase, orez, cartofi
 - b. Legume (fără cartofi), fructe
 - c. Lapte, carne
 - d. Dulciuri, prăjituri, torturi, afumături
 - e. Unt, ulei

5. Numiți alimentele din vârful piramidei unei alimentații echilibrate (corecte, sănătoase) care sunt recomandate pentru consum în cantități minime.
- Pâine, paste făinoase
 - Orez, cartofi
 - Legume (fără cartofi), fructe
 - Lapte, carne
 - Dulciuri, prăjituri, torte, afumături, unt, ulei

Indicați răspunsurile corecte

6. Numiți alimentele incluse în cel de-al doilea nivel al piramidei alimentației sănătoase:
- Dulciuri, grăsimi alimentare
 - Fructe
 - Legume (cu excepția cartofilor)
 - Carne și mezeluri
 - Lapte și produse lactate
7. Care sunt regulile principale ale unei alimentații sănătoase:
- Consumați alimente dintr-o singură grupă
 - Consumați alcool cu moderație sau deloc
 - Consumați alimente variate
 - Consumați dulciuri în cantități excesive
 - Faceți sport în fiecare zi
8. Carne și peștele sunt surse de:
- Cupru
 - Acizi grași nesaturați
 - Fier
 - Vitaminele grupului B
 - Zinc
9. Numiți alimentele care nu furnizează proteine de calitate superioară pentru organismul uman:
- Pâinea
 - Legumele
 - Carnea
 - Peștele
 - Laptele
10. Postulatele teorii clasice a alimentației echilibrate sunt:
- Componentele necesare nutriției sunt nu numai substanțele nutritive, dar și fibrele alimentare

- b. Există endoecologia organismului-gazdă, creată de microflora intestinală (cu care organismul-gazdă este în relații simbiote complicate) și mediul intestinal
 - c. Hrana este alcătuită din câteva componente, diferite din punct de vedere a importanței fiziologice
 - d. Hrana devine ideală când este administrată corect în timp
 - e. Corespunde după componență și consumul energetic al organismului
11. Care este numărul meselor pe zi pentru un regim alimentar sănătos:
- a. Una
 - b. Trei
 - c. Șapte
 - d. Cinci
 - e. Două
12. Care este scopul Programului Național în Domeniul Alimentației și Nutriției:
- a. Reducerea poverii morbidității și dezabilității prevenibile, mortalității premature cauzate de alimentație
 - b. Creșterea mortalității premature legate de alimentație
 - c. Subnutriția și deficiențele nutriționale
 - d. Reducerea mortalității premature legate de calitatea aerului atmosferic
 - e. Majorarea poverii morbidității legate de alimentație
13. De ce factori se va ține cont la recomandarea alimentației raționale:
- a. Greutatea corpului
 - b. Vârsta
 - c. Condițiile climatice
 - d. Gen
 - e. Pofta de mâncare
14. Organizația Mondială a Sănătății recomandă următorii pași privind promovarea sănătății în domeniul alimentației:
- a. De consumat pâine, cereale, paste făinoase, crupe sau cartofi de câteva ori pe zi
 - b. Carne grasă și produsele din carne trebuie înlocuite cu fasole, leguminoase, linte, pește, produse din pasăre sau carne slabă (de post)
 - c. De consumat lapte și produse lactate (chefir, lapte acru, iaurt și brânzeturi) cu conținut redus de grăsimi și sare

- d. În cazul consumului de alcool, doza zilnică este de 1000 ml sau 100 g alcool absolut pe zi
 - e. Nerespectarea regimului alimentar.
15. Pentru un regim alimentar optim, valoarea energetică a rației alimentare este repartizată în felul următor:
- a. la dejun – 15-20%
 - b. la prânz – 40-45%
 - c. la cină – 25-35%
 - d. dejun – 35-55%
 - e. la cină – 15-20%

Capitolul 7. SIGURANȚA ALIMENTELOR – ELEMENT AL PROMOVĂRII SĂNĂTĂȚII

Starea de sănătate a populației în mare măsură depinde de condițiile de viață, inclusiv de calitatea și siguranța alimentelor, care în multe cazuri pot condiționa diverse stări patologice, acute și cronice. La ora actuală această problemă este cauzată de multitudinea de tehnologii și materiale utilizate pe tot lanțul alimentar fără estimarea cuvenită a riscurilor posibile.

Asigurarea calității și siguranței alimentelor este un proces multilateral. El este însoțit de multiple riscuri microbiologice, chimice, fizice și de deficiențele suportului legal și metodic, managementul imperfect, cunoștințele insuficiente, practicile agricole necorespunzătoare etc. Calitatea și siguranța alimentelor trebuie să se bazeze pe eforturile tuturor celor implicați în lanțul alimentar complex: producția agricolă, transportarea, procesarea industrială, stocarea, depozitarea, comercializarea și consumul. Prin urmare, menținerea calității și siguranței de-a lungul lanțului tehnologic necesită tehnologii avansate, suport legal și metodic perfect, personal instruit, procedee de monitorizare care să asigure integritatea alimentelor, cât și realizarea tuturor operațiunilor în bune condiții. Asemenea oportunități asigură implementarea *acquis*-ului (desemnează totalitatea drepturilor și obligațiilor comune care decurg din statutul de stat membru al Uniunii Europene) comunitar al UE în domeniul siguranței alimentelor.

O măsură preventivă complexă foarte importantă reprezintă controlul alimentar. Scopul acestuia este de a pune în aplicare legile alimentare care prin reglementarea și interzicerea vânzării și consumului produselor nesigure protejează consumatorul de alimente neconforme cerințelor igienice, contaminate și oferite în mod fraudulos. Promovarea sănătății la acest capitol prevede complexul de acțiuni întreprinse, în ansamblu, care garantează siguranța alimentului pentru utilizare. Măsurile se aplică pe întregul lanț alimentar și furajer, alcătuit din etape și operații privind producerea, procesarea, distribuția și manipularea alimentelor și

furajelor de la producția primară până la consum.

Siguranța – asigurarea garanției că alimentele satisfac cerințele tuturor legilor în domeniul alimentar și implementarea permanentă a acestor cerințe pentru a pune pe piață numai alimente sigure.

Siguranța alimentului – concept prin care alimentul nu poate provoca rău consumatorului când este pregătit și/sau mâncat în conformitate cu utilizarea intenționată.

Securitatea alimentară definește „asigurarea din punct de vedere cantitativ și calitativ a hranei necesare omului, la un nivel acceptabil metabolismului său, asigurarea stabilității alimentare a comunităților umane, concomitent cu conservarea mediului înconjurător”.

Contaminant – orice substanță care nu a fost adăugată intenționat în produsul alimentar, dar care este prezentă în produs ca rezultat al producerii (inclusiv al activităților de creștere a plantelor și animalelor și a practicii veterinare), fabricării, procesării, prelucrării, preparării, tratării, preambalării, ambalării, transportării, depozitării, manipulării și distribuirii acestora sau ca rezultat al contaminării mediului.

Promovarea sănătății și educația pentru sănătate include informarea producătorului și populației că siguranța produselor alimentare pe care le consumă omul trebuie menținută pe întregul parcurs al lanțului alimentar, de la materiile prime până la produsele finite consumate zilnic în familie sau în unitățile de alimentație publică. Nu trebuie trecut cu vederea că și alte etape din viața mai scurtă sau mai îndelungată a alimentelor precum depozitarea, transportul și condițiile de comercializare neigienică pot constitui „atentate la siguranța alimentară”.

Este necesar un sistem de management al siguranței alimentelor, care reprezintă un set de elemente interconectate și interactive pentru a stabili politici și obiective și pentru a atinge aceste obiective, folosit pentru a conduce și controla o întreprindere având ca țintă siguranța alimentelor.

Elementele definitorii pentru siguranța alimentară sunt:

- calitatea materiei prime;
- procesul de producție a alimentelor;
- transportul, depozitarea și conservarea alimentelor;
- condițiile igienice de comercializare a produselor alimentare.

Preocupările specifice privind riscurile alimentare se axează, de regulă, pe:

- riscuri microbiologice;

- reziduuri de pesticide;
- abuzul de aditivi alimentari;
- contaminanți chimici;
- radionuclizi;
- falsificare etc.

Lista poate fi continuată cu organisme modificate genetic, alergeni, reziduuri de medicamente veterinare și hormoni de creștere utilizați în producerea produselor de origine animală ș.a.

Pentru corectitudinea activităților de promovare a sănătății și educație pentru sănătate este necesar a cunoaște factorii care contribuie la apariția potențialelor pericole în alimente. Aceștia sunt: practicile agricole necorespunzătoare, nerespectarea regulilor igienice la toate etapele lanțului alimentar, lipsa controalelor preventive în operațiunile de prelucrare și pregătire a alimentelor, abuzurile de substanțe chimice utilizate în sectorul agricol (cultivarea plantelor) sau în procesul de creștere a animalelor, hidrobionților etc., contaminarea materiei prime, folosirea ingredientelor și apei necondiționate sau improprii, folosirea ambalajelor, capacităților, suprafețelor tehnologice și altor materiale, cu care vin în contact produsele alimentare, din materiale interzise, neconforme cerințelor igienice, stocarea și transportarea inadecvată etc.

Multiple pericole potențiale rezultă frecvent din starea de sănătate și igiena personalului, care nu pot fi întotdeauna monitorizate și corectate efectiv și eficient. De aceea este necesară instruirea patronilor și angajaților din alimentația publică și informarea în privința importanței măsurilor de promovare a sănătății și educația pentru sănătate. Pentru a minimiza aceste aspecte referitoare la personal există o serie de reguli obligatorii:

- efectuarea analizelor medicale înainte de angajare;
- monitorizarea stării de sănătate prin efectuarea periodică a examenului medical;
- elaborarea și respectarea unor reguli stricte de igienă personală;
- igiena procesului tehnologic etc.

Pentru monitorizarea eficienței procedurilor de curățire și igienizare este necesară efectuarea periodică a testelor de sanitație.

În programele de promovare a sănătății și educație pentru sănătate trebuie menționat că calitatea materiilor prime, neprocesate, este crucială pentru siguranța și calitatea produsului finit. De aceea e nevoie de o abordare sistematică, pe tot traseul alimentelor, pentru a evita contaminarea lor și pentru a identifica unele riscuri posibile. Din câmp, de la

fermă producția primară este transportată către fabrici – industria preparării alimentelor. Această verigă a lanțului alimentar beneficiază de reglementări internaționale relevante. Reglementările la nivel național necesită actualizare și armonizare cu rigorile internaționale, în special cu legislația UE, Normele Organizației Internaționale de Standardizare și *Codex Alimentarius* referitor la cultivare/producere, transportare, depozitare, păstrare și livrare a produselor alimentare.

Toate activitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate trebuie realizate inclusiv la etapa de procesare industrială și păstrare a produselor alimentare. Industria procesării alimentelor este obligată să fie la înălțimea așteptărilor consumatorului ca produsele pe care le cumpără să fie sigure și conforme tuturor cerințelor impuse de Bunele Practici de Producție, rezultatelor analizei riscului și Standardele de Asigurare a Calității stabilite de Organizația Internațională de Standardizare și Standardele Europene. Această industrie se bazează pe trei sisteme moderne de management al calității, care se folosesc tot mai larg: Bunele Practici de Producție (impun condiții și procedee de prelucrare bazate pe o îndelungată experiență, care asigură calitate constantă și siguranță a alimentelor); analiza riscului și punctelor critice de control (tehnică recentă și proactivă, care se concentrează atât pe identificarea riscurilor potențiale, cât și pe controlul lor în timpul procesului de producere), standardelor de calitate.

Standardele de Asigurare a Calității stabilite de Organizația Internațională de Standardizare și Standardele Europene asigură ca prelucrarea alimentelor, serviciile de catering și alte industrii legate de alimente să fie conforme cu procedurile prescrise *a priori*. Eficiența acestor programe este evaluată regulat de către serviciile de stat competente și experții independenți. Aceste sisteme de management al calității, folosite de procesatorii de alimente, prevăd și relația cu furnizorii (fermieri și vânzatori *angro* de materie primă), agenții de transport, vânzătorii de produse *angro* și *en détail* pentru a asigura proceduri de asigurare a calității la fiecare nivel.

Comerțul și siguranța produselor finite prezintă următoarea etapă pentru promovarea sănătății și educația pentru sănătate. Consumatorul este punctul final al lanțului alimentar. Pentru a menține calitatea și siguranța alimentelor de-a lungul lanțului respectiv este nevoie atât de proceduri, care să asigure integritatea alimentelor, cât și de proceduri de monitorizare care să asigure finalizarea operațiunilor în bune condiții.

Legislația internațională și europeană este mult mai complexă. În toate unitățile implicate în fabricarea, transportul, depozitarea și servirea alimentelor se prevede aplicarea unor norme, unui sistem de asigurare a calității igienice bazat pe evaluarea și prevenirea riscurilor, deci a unui sistem HACCP. Aceste norme se adresează nu numai întreprinderilor care produc și comercializează produse alimentare, dar și celor care produc echipamente pentru industria alimentară, populației, precum și celor care doresc să fie evaluate toate criteriile de pe o poziție neutră de către un organism competent și obiectiv în conformitate cu conceptul HACCP implementat.

Actualmente și la nivel național se urmărește implementarea unui sistem de siguranță a alimentelor care pretinde a fi exhaustiv, complex și eficient și care ar putea garanta inofensivitatea alimentelor pe tot lanțul alimentar, de la producerea primară până la consumator. Aici este locul de activitate și al specialiștilor din domeniul medicinei preventive și anume a medicilor igienisti din domeniul igienei alimentației. Implementarea și certificarea la nivel internațional a unui sistem eficient de control alimentar va contribui esențial la sporirea siguranței și calității alimentelor.

Legislația de bază a Republicii Moldova pentru garantarea siguranței alimentelor este reprezentată de mai multe acte normative elaborate de instituții guvernamentale diferite, având un caracter neunitar și fragmentat, care nu poate să reprezinte fundamentul pentru atingerea obiectivului principal – stabilirea și dezvoltarea unui sistem unificat al întregii strategii privind siguranța alimentelor.

Trebuie promovată reglementarea politicii din domeniul siguranței alimentelor bazată pe o lege elaborată în conformitate cu prevederile Regulamentului CEE nr. 178/2002, în care să fie reglementate în mod clar atribuțiile autorității competente și cele ale operatorilor din domeniul alimentar referitoare la siguranța alimentelor și calitățile nutrețurilor, pentru a elimina orice suprapunere a domeniilor de competență, stabilite prin acte normative cu un caracter fragmentar și neuniform. Concomitent a fost aprobată Strategia națională în domeniul siguranței alimentelor. Obiectivul general al Strategiei este atingerea celui mai înalt grad de protecție a sănătății publice și a intereselor consumatorilor în ceea ce privește inofensivitatea alimentelor. Pentru lucrătorii medicali este important să cunoască obiectivele specifice ale Strategiei:

- a) îmbunătățirea cadrului normativ, menit să asigure creșterea coe-

renței legislației în domeniul siguranței alimentare și care va viza toate aspectele producției alimentare umane de la câmp până la masa consumatorului precum și hrana pentru animale;

b) înființarea unei autorități naționale în domeniul siguranței alimentelor, căreia i se va încredința unele sarcini-cheie în gestionarea tuturor aspectelor referitoare la siguranța alimentelor de la câmp până la consumatorul final, operarea sistemului de alertă rapidă, dialogul și comunicarea cu consumatorul, precum și relațiile cu agențiile naționale și organismele științifice;

c) fortificarea procedurilor de control privind siguranța alimentelor care să asigure un cadru unitar pentru operarea sistemelor naționale de control și inspecție prin stabilirea corespunzătoare a atribuțiilor și responsabilităților între toate autoritățile statului implicate în siguranța alimentelor.

Strategia menționată prevede un spectru larg de măsuri orientate spre atingerea obiectivelor:

a) ridicarea nivelului de protecție a sănătății populației prin consumul de alimente sigure și prin apărarea sănătății animalelor și plantelor;

b) creșterea nivelului de pregătire a specialiștilor din domeniile industriei alimentare, alimentației publice, serviciului veterinar și fitosanitar;

c) modernizarea și restructurarea unităților din domeniul alimentelor de origine animală și interzicerea activității celor care nu respectă condițiile generale de igienă stabilite de legislația în vigoare;

d) continuarea procesului de transpunere în legislația națională a prevederilor legislative comunitare cu privire la siguranța alimentelor;

e) creșterea eficienței controalelor oficiale în domeniile veterinar și fitosanitar;

f) îmbunătățirea sistemului de asigurare a calității sub aspectul siguranței alimentare (analiza riscului și analiza economică);

g) elaborarea unui sistem eficient de certificare a produselor alimentare pentru export și plasare pe piața internă;

h) dezvoltarea sistemului de laboratoare cu funcții de referință;

i) îmbunătățirea sistemului de supraveghere și control, inclusiv inspecție și monitorizare, pentru produsele alimentare de origine animală și vegetală și a bunăstării animalelor;

j) dezvoltarea sistemelor de control la posturile de inspecție la frontieră;

k) implementarea completă a cerințelor Acordului Organizației Internaționale a Comerțului privind Aplicarea Măsurilor Sanitare și Fitosanitare și Acordului privind Barierele Tehnice ale Comerțului;

l) evaluarea sistemelor de control toxicologic pentru a le conforma cerințelor UE și celor internaționale;

m) evaluarea analizei riscului de contaminare a produselor alimentare cu reziduuri de substanțe medicamentoase, pesticide și alți contaminanți în vederea stabilirii măsurilor ce trebuie întreprinse;

n) elaborarea și coordonarea planului național de monitorizare a reziduurilor de la animalele vii, plante și produse alimentare.

Sub aspect instituțional, controlul produselor alimentare de origine vegetală și animală în Republica Moldova este efectuat de către:

- Agenția Națională pentru Siguranța Alimentelor, subordonată Guvernului Republicii Moldova;
- Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice, subordonat Ministerului Sănătății al Republicii Moldova;
- Inspectoratul principal de stat pentru supravegherea pieței, metrologie și protecția consumatorilor, subordonat Ministerului Economiei și Comerțului al Republicii Moldova.

În cazul produselor alimentare alterate din rețeaua de comercializare, populația trebuie să consulte aceste servicii.

În oricare dintre aceste etape ale procesului alimentar pot surveni „accidente” care prin consecințele lor pot pune în pericol sănătatea individuală sau, mai grav, colectivă. De aceea, activitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate cu producătorii și cu populația trebuie să se axeze pe respectarea strictă a normelor sanitar-veterinare sub raportul salubrității, prospețimii și valorii nutritive a alimentelor, care garantează deplină siguranță alimentației.

În curriculumul lecțiilor, instruirilor în promovarea sănătății și educația pentru sănătate trebuie incluse și căile de rezolvare a problemelor siguranței alimentației. Organizația Națiunilor Unite a înființat un organism mondial specializat și anume Organizația Națiunilor Unite pentru Alimentație și Agricultură (FAO). Obiectivele principale ale acesteia sunt garantarea accesului populației la o alimentație adecvată din punct de vedere nutrițional și sanitar în scopul eradicării insecurității alimentare și sărăciei. FAO coordonează programele ONU pentru dezvoltare, referitoare la alimentație și agricultură, și acordă asistență țărilor membre (printre care se află și Moldova), pentru ameliorarea sistemelor de

producție agricolă, piscicolă și forestieră, pentru reabilitarea solurilor poluate pentru combaterea efectelor diferitor dăunători și pentru controlul calității produselor alimentare.

Calitatea și siguranța alimentelor se bazează pe eforturile tuturor persoanelor și tehnologiile implicate în lanțul complex care include producția agricolă, procesarea, transportul și consumul, astfel încât siguranța alimentelor devine o responsabilitate a tuturor, începând de la originea lor până în momentul în care ajung pe masă.

Cele mai multe cazuri raportate ale îmbolnăvirilor de pe urma consumului de alimente sunt de origine microbiologică. În activitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate trebuie luat în considerare faptul că microbii sunt prezenți pretutindeni și pot intra în lanțul alimentar în orice punct. De aceea, toate activitățile, toate sistemele de asigurare a calității sunt destinate reducerii la minim a riscului contaminării microbiologice. Întrucât majoritatea alimentelor nu sunt sterile, dacă nu sunt tratate cum trebuie, apare riscul contaminării. Siguranța alimentului reprezintă o calitate intrinsecă a produsului alimentar și un drept al consumatorului de a utiliza produse sigure pentru consum.

În comunicările privind promovarea sănătății și educația pentru sănătate se include și un termen nou consacrat științei și comercializării produselor agroalimentare – *trasabilitate*, care se referă la „identificarea, înregistrarea de date, comunicarea și gestionarea legăturilor dintre diverși agenți economici, printr-o urmărire sistematică și responsabilă. Trasabilitatea presupune, de asemenea, și stabilirea istoricului unor entități biologice, produs sau serviciu, în sensul reconstituirii originii, traseului și destinației finale, utilizând un sistem de identificări înregistrate”.

Trasabilitatea se referă la: gestionarea calității alimentelor, procesării lor și a serviciilor, logisticii și sistemului informatic. Ea contribuie la siguranța alimentară, la protecția consumatorilor și la creșterea încrederii lor în partenerii comerciali.

Legislația internațională și cea din Republica Moldova privind industria alimentară prevede aplicarea în toate unitățile implicate, în întreg lanțul alimentar de la producători primari până la desfacerea produselor alimentare (producția, transportul, depozitarea și comerțul alimentelor), a principiilor unui sistem de management al siguranței produselor alimentare bazat pe evaluarea și prevenirea riscurilor, deci a unui sistem HACCP (*Hazard Analysis and Critical Control Point*).

Principalele grupe de substanțele alogene, care pot fi găsite în produsele alimentare, sunt:

1. Aditivii alimentari neavizați sau cei avizați dar în doze mari;
2. Substanțele din produsele obținute la utilizarea unor tehnologii noi (inclusiv biotehnologii) neavizate sau a celor avizate, dar obținute din materie primă de calitate joasă;
3. Pesticidele în cantități supralimită;
4. Substanțe care pot ajunge în produsele agroalimentare la utilizarea irațională a fertilizanților și apelor reziduale;
5. Substanțe, care ajung în produsele de origine animală în urma folosirii iraționale a diferitor adaosuri sau feluri neavizate de hrană a animalelor și păsărilor, diferitor preparate veterinare folosite în scop profilactic sau de tratament;
6. Substanțe care migrează în alimente din utilaj, instrumente ustensile, ambalaj, veselă pe parcursul circuitului alimentar;
7. Substanțe care se formează în produsul alimentar la utilizarea procedeelor tehnologice bine cunoscute (coacerea, prăjirea ș.a.), dar cu nerespectarea instrucțiunilor în vigoare;
8. Micotoxinele;
9. Substanțe care ajung în produsul agroalimentar din mediul înconjurător poluat (aerul atmosferic, sol, apă).

Substanțe contaminante în produsele alimentare pot apărea în urma:

- Activității de producere – pesticide, îngrășăminte etc.;
- Activității de prelucrare a alimentelor (în special, tratamentul termic);
- Depozitării și transportării alimentelor;
- Formării unor compuși toxici în procesele fizico-chimice obișnuite (hidroliză, oxidare, râncezire);
- Proceselor biologice cu formarea unor compuși chimici (amine, micotoxine);
- Pătrunderii unor compuși chimici din aer, apă, sol;
- Aflării în produse a unor compuși toxici preexistenți sau compuși naturali (solanină, gossipol, alcaloizi ș.a.).

Trebuie de luat în considerare faptul că dacă în produsele alimentare se conțin aditivi alimentari, prezența lor trebuie să fie înscrisă pe ambalaj sau pe etichetă.

În informațiile pentru populație ne vom referi și la aditivii alimentari care înseamnă orice substanță, ce nu este folosită în mod obișnuit ca produs alimentar de sine stătător sau ca component obișnuit tipic al alimentelor, care are sau nu valoare nutritivă, dar se adăugă intenționat în aliment în scopuri tehnologice (inclusiv organoleptice) la diverse etape a procesului de fabricare, prelucrare, preparare, tratare, ambalare, manipulare, transportare sau depozitare a alimentelor, devenind component sau afectând caracteristicile alimentelor. Termenul nu include „contaminații” sau substanțele adăugate alimentelor pentru menținerea sau sporirea calităților nutritive (de ex.: vitamine, oligoelemente, aminoacizi ș.a.).

Aditivii alimentari (conservanți, coloranți etc.) incluși în lista respectivă a Uniunii Europene pot fi codificați cu litera „E” urmată de un număr din 3 sau 4 cifre, spre exemplu: conservant – E 200 care înseamnă acid sorbic (cifra 200 este numărul de înregistrare a acidului sorbic de către Comisia *Codex Alimentarius*). Lista aditivilor alimentari admiși pentru utilizare în alimente o puteți găsi în “Normele și regulile sanitare privind aditivii alimentari”, aprobată de Medicul șef sanitar de stat al Republicii Moldova prin Hotărârea nr. 06.10.3.46 din 17.12.2001 (variantea prescurtată a fost publicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 50-52 din 11.04.2002).

Alimentele insalubre sau contaminate pot determina numeroase de-reglări ale sănătății populației. Bolile de origine alimentară afectează mai grav persoanele vulnerabile: copiii, bătrânii, persoanele care suferă de boli cronice sau cu deficiențe imune. Aceste boli se manifestă sub formă de intoxicații, toxicoze alimentare sau infecții, dacă în produs a pătruns un agent patogen.

Intoxicațiile alimentare sunt stări morbide acute, mai rar cronice, care apar în urma consumului de alimente intens contaminate cu anumite specii de microorganisme sau care conțin anumite substanțe de origine microbială sau nemicrobială, toxice pentru om.

Asemenea stări patologice sunt rezultatul încălcărilor grave ale cerințelor igienice în unitățile alimentare sau la domiciliu. Intoxicațiile alimentare de origine bacteriană sunt precedate de încălcarea regulilor sanitare privind producerea, păstrarea sau procesarea materiei prime sau alimentelor deja preparate.

Contaminarea chimică a alimentelor poate avea loc în procesul de producere a materiei prime (obținerea laptelui în condiții antisani-tare), păstrare (temperatură înaltă care facilitează dezvoltarea microbilor) etc.

Intoxicațiile alimentare apar spontan și adesea capătă proporții impresionante, având loc îmbolnăvirea concomitentă a tuturor sau a unui număr mare de persoane care au consumat produsul contaminat. Îmbolnăvirile se extind în hotarele circulației produsului contaminat și dispar odată cu scoaterea acestuia din circuit.

Carnea

Carnea și produsele din carne trebuie păstrate și depozitate în condiții speciale:

- depozitați carnea crudă într-un recipient curat pe raftul de jos al frigiderului, astfel încât carnea să nu se atingă cu alte alimente;
- nu consumați carnea după expirarea termenului de valabilitate;
- dacă preparați carne pe care nu o consumați imediat, răciți-o cât mai repede posibil și puneți-o în frigider sau congelator. Rețineți! Carnea preparată trebuie păstrată separat de cea crudă;
- spălați întotdeauna bine farfuriile, ustensilele, suprafețele și mâinile după atingerea cărnii crude sau decongelate, pentru a opri răspândirea bacteriilor.

Peștele

- alegeți peștele și crustaceele care se păstrează în frigider sau pe gheață. Peștele congelat trebuie să se păstreze în congelator în stare congelată;
- nu cumpărați peștele sau crustaceele preparate sau gata pentru consum care vin în contact cu peștele sau crustaceele crude;
- cumpărați peștele sau crustaceele ultimele și mergeți direct acasă deoarece acestea se alterează foarte repede;
- puneți peștele și crustaceele în containere acoperite sau pungi și puneți-le în frigider sau congelator imediat ce ați ajuns acasă;
- nu păstrați peștele și crustaceele în apă;
- dezghețați peștele și crustaceele în frigider sau în cuptorul cu microunde;
- spălați-vă bine pe mâini înainte și după manipularea peștelui și crustaceelor;
- nu lăsați peștele, crustaceele crude și lichidele, care se scurg din ele, să vină în contact cu alimentele preparate sau gata pentru consum;

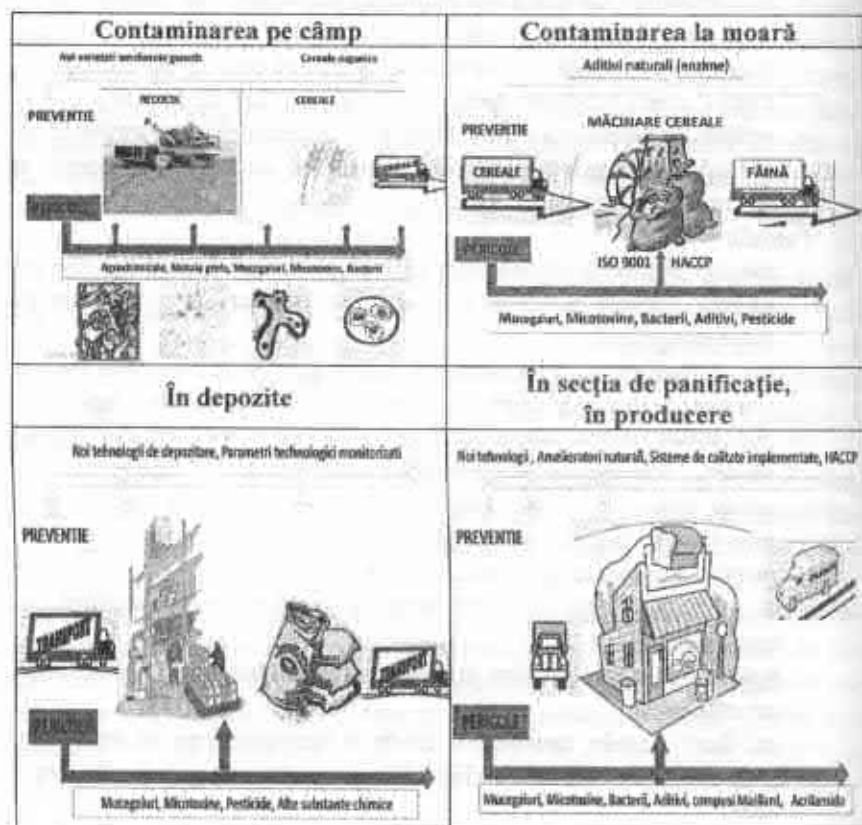
- folosiți ustensile și funduri separate pentru peștele și crustaceele crude și alimentele gata pentru consum.

Ouăle

Consumul ouălor crude, ouălor cu gălbenușul moale sau alimentelor negătite termic sau insuficient tratate termic și care conțin ouă poate cauza toxiiinfecții alimentare, în special printre persoanele din grupurile de risc:

- copii mici;
- persoanele vârstnice;
- femeile gravide;
- persoanele bolnave.

Contaminanții și căile de contaminare a alimentelor, produselor alimentare sunt prezentate pe *fig. 3*.



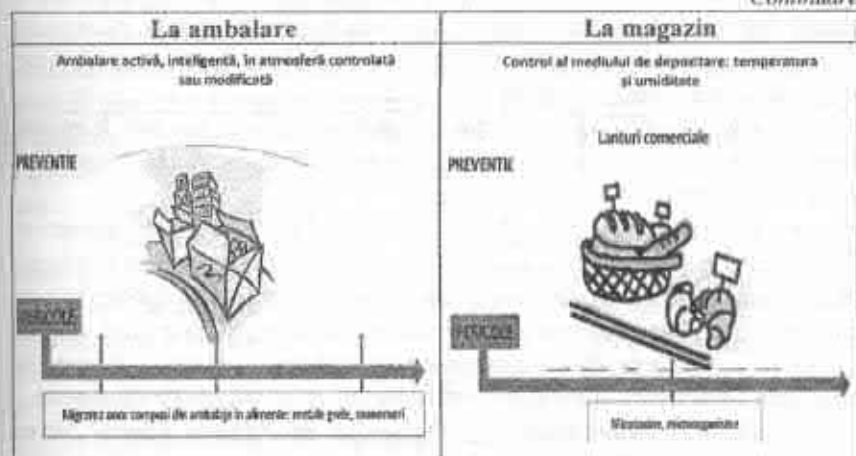


Fig. 3. Contaminarea produselor alimentare

La compartimentul siguranței alimentelor sunt utilizate noțiunile din Legea privind "Produsele alimentare" nr. 78 – XV din 18.03.2004, ca:

- **Produs alimentar** – orice substanță sau produs, în stare naturală sau prelucrată, destinat consumului uman, inclusiv băuturile, apa potabilă și cea minerală îmbuteliate, guma de mestecat, aditivii alimentari, alimentele fortificate, nutrimentele și suplimentele alimentare, produsele alimentare provenite din organisme modificate genetic și orice alte substanțe, inclusiv apa, integrate intenționat în produsele alimentare pe parcursul fabricării, preparării, manipulării sau tratării acestora.

Noțiunea în cauză nu include: hrana pentru animale, animalele vii, cu excepția celor care sunt pregătite pentru plasarea pe piață în scopul consumului uman, plantele, înainte de a fi recoltate; narcoticele și substanțele psihotrope, substanțele utilizate doar ca medicamente, produsele cosmetice, tutunul și produsele din tutun.

- **Aditiv alimentar** – orice substanță care nu este folosită în mod obișnuit ca produs alimentar ca atare sau un component obișnuit tipic al produselor alimentare, cu sau fără valoare nutritivă, și care, adăugat intenționat în produsul alimentar în scopuri tehnologice (inclusiv organoleptice), în diferite etape ale procesului de producere a produselor alimentare, devine sau poate deveni, direct sau indirect o componentă a

acestor produse alimentare ori afectează caracteristicile lor. Noțiunea în cauză nu include “contaminații” sau substanțele adăugate produselor alimentare pentru menținerea ori sporirea calităților nutritive (vitamine, oligoelemente, aminoacizi) etc.

- **Ingredient** – orice substanță, inclusiv aditivii, folosită la producerea sau prepararea produselor alimentare și prezentă în produsul finit ca atare sau într-o formă modificată.

- **Produse alimentare fortificate** – produse alimentare în care au fost adăugate unul sau mai multe nutrimente esențiale, cum ar fi vitaminele, elementele minerale, proteinele ori alte substanțe nutritive, în scopul sporirii valorii nutritive a produsului respectiv, și care sunt absente în starea inițială a produsului ori au fost pierdute în procesul obișnuit de producție. Produsele alimentare fortificate nu se consideră medicamente.

- **Produse alimentare din organisme modificate genetic și/sau organisme modificate genetic** – produse alimentare care conțin o combinație nouă de material genetic obținut prin tehnici de biotehnologie și /sau organisme (orice entitate biologică capabilă să se reproducă sau să transfere material genetic) în care materialul genetic a fost modificat printr-un proces ce nu are loc, în mod natural, prin împerechere și /sau recombinare naturală.

- **Produse alimentare de origine animală** – produse alimentare ce constau sau conțin aproape în exclusivitate produse de origine animală (materie primă și produse obținute de la animale).

- **Produse alimentare de origine vegetală** – produse alimentare ce constau sau conțin aproape în exclusivitate produse de origine vegetală.

- **Inofensivitatea produselor alimentare** – certitudine argumentată a faptului că în condiții obișnuite de preparare și/sau utilizate, produsele alimentare nu sunt periculoase și nu prezintă risc pentru sănătatea generației actuale și celei viitoare.

- **Materie primă alimentară** – materie primă de origine animală, vegetală sau de alt gen, inclusiv apa, folosită la producerea produselor alimentare.

- **Circuit al produselor alimentare și al materiilor în contact cu produsele alimentare** – elaborarea, fabricarea, prelucrarea, preambalarea, ambalarea, etichetarea, depozitarea, transportarea, distribuirea (inclusiv importul și exportul) produselor alimentare și materialelor în contact cu produsele alimentare și alte modalități de transmitere a acestora;

- **Termen de valabilitate** – perioada de timp, stabilită de către agentul economic care produce un produs alimentar, pe durata căreia produsul trebuie să-și păstreze caracteristicile specifice, cu condiția respectării regulilor de transport, manipulare, depozitare, păstrate, utilizare și consum. Termenul de valabilitate al produselor alimentare poate fi exprimat printr-o anumită perioadă de timp sau prin data limită de consum.

- **Data limită de consum** – dată stabilită de producător pentru produsele alimentare care, din punct de vedere microbiologic, au un grad sporit de perisabilitate și sunt susceptibile de a prezenta un pericol imediat pentru sănătatea consumatorului. Data limită de consum, care indică ziua, luna și anul, este precedată de menținerea „Expiră la data de.....”.

- **Igiena produselor alimentare** – orice condiții și măsurări necesare pentru garantarea inofensivității și stabilității la păstrarea produselor alimentare, întreprinse la orice etapă de producere și distribuire a acestora, pornindu-se de la cultivare sau creștere, producere până la consum final.

- **Contaminat** – orice substanță care nimereste neintenționat în produsele alimentare sau care este prezentă în acestea ca rezultat al producerii (inclusiv al activităților de creștere a plantelor și animalelor și al practicii veterinare), fabricării, prelucrării, preparării sau ca rezultat al contaminării mediului.

- **Pericol** – agent biologic, chimic sau fizic prezent în produsul alimentar sau o stare a produsului alimentar ce pot avea un efect nefast asupra sănătății omului.

- **Risc** – probabilitatea apariției unui efect nociv pentru sănătatea omului precum și gravitatea acestui efect în cazul expunerii la un pericol.

**Agenții patogeni, substanțele chimice și vectorii alimentari
ai bolilor infecțioase transmise prin alimente**

<i>Agentul</i>	<i>Microorganismul/toxina</i>	<i>Vectorul alimentar</i>
Bacterii	<i>Campylobacter, Clostridium, E. coli, Salmonella, Vibrio cholerae, Listeria</i>	Alimente crude și prelucrate contaminate în timpul pregătirii, păstrării sau servirii
Virusuri	<i>Poliomielita, hepatita A și E</i>	Legume irigate cu ape de canalizare, produse de mare
Prioni	Encefalita spongiformă bovină (BSE)	Alimente de origine animală de la bovine bolnave de „boala vacii nebune”
Fungi	Micotoxine, aflatoxine, ocratoxine	Nuci și cereale păstrate
Protozoare	Amibă, lamblii, criptosporidii	Fructe, legume, apă, lapte nepasteurizat
Helminți, paraziți	Ascaride, fasciole, tenii, richinele, opistorhii	Fructe, carne neprelucrată, pește crud din bazine acvatice contaminate, legume irigate cu ape de canalizare
Substanțe chimice agricole sau veterinare	Pesticide, fungicide, îngrășăminte, hormoni, antibiotice	Alimente contaminate prin abuz de agenți chimici; utilizarea excesivă a antibioticelor poate cauza alergii și facilita dezvoltarea rezistenței microorganismelor
Metale grele	Mercur, cadmiu, staniu	Pește, produse de mare din apele contaminate cu deșeurile industriale
Radionuclizi	Materiale radioactive	Alimente contaminate de precipitații atmosferice radioactive

Lucrare practică

Scopul lucrării: conștientizarea rolului malefic al alimentelor poluate pentru sănătatea umană.

Sarcinile lucrării:

1. Familiarizarea cu condițiile și căile de poluare chimică și biologică (contaminare microbiană, infestare) a alimentelor.

2. Familiarizarea cu măsurile generale de prevenire a poluării chimice și biologice a alimentelor.

Obiective de formare:

1. Conștientizarea necesității protejării alimentelor destinate consumului uman.

2. Aprecierea generală a alimentelor poluate cu substanțe chimice și a eventualei influențe a acestora asupra sănătății.

3. Aprecierea endoecosistemului uman.

4. Evidențierea eventualei dereglări a endoecosistemului uman în cazul consumului alimentelor contaminate microbiologic.

5. Stabilirea unor măsuri generale de protejare a alimentelor.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Noțiuni de „produs alimentar”, „aditiv alimentar”, „ingredient”, „produse alimentare fortificate”, „produse alimentare de origine animală”, „produse alimentare de origine vegetală”, „materie primă alimentară”, „termen de valabilitate”, „data-limită de consum”.

2. Noțiuni de „igienă a produselor alimentare” și „inofensivitatea alimentelor”.

3. Noțiuni de „contaminant”, „pericol” și „risc” în circuitul alimentar.

4. Poluarea alimentelor, eventualele condiții și căi de poluare, poluanții (contaminații) chimici, aprecierea generală a alimentelor poluate cu substanțe chimice.

5. Eventuala influență a poluanților chimici din alimente asupra sănătății omului.

6. Poluarea biologică (contaminarea și infestarea) a alimentelor.

7. Eventualul rol al contaminanților biologici.

8. Endoecosistemul uman și importanța acestuia.

9. Dereglarea endoecosistemului uman în cazul consumului alimentelor contaminate sau poluate.

10. Protejarea alimentelor, măsuri generale de prevenire a poluării chimice și biologice a alimentelor.

Activitatea practică:

1. Prezentarea schematică a condițiilor și căilor de poluare chimică și biologică (contaminare, infestare) a alimentelor.

2. Sistematizarea sau prezentarea grafică a măsurilor generale de prevenire a poluării chimice și biologice a alimentelor.

3. Aprecierea gradului de poluare chimică și contaminare microbiană a alimentelor (după datele Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice).

Dexterități practice:

1. Aprecierea generală a alimentelor poluate cu poluanți chimici și biologici.

2. Determinarea eventualului rol malefic al poluanților din alimente pentru ecosistemele umane.

3. Schițarea unor măsuri generale de prevenire a poluării alimentelor.

Dotarea lucrării practice:

1. Extras din „Legea privind produsele alimentare” nr. 78 – XV din 18 martie 2004.

2. Tabele cu rezultatele investigațiilor de laborator a alimentelor din ultimii ani (după datele Serviciului de Supraveghere de Stat al Sănătății Publice).

3. Computere.

Desfășurarea lucrării practice

1. Prin metoda “Brainstorming” se elucidează separat condițiile și căile de poluare chimică și biologică (contaminare microbiană, infestare) a alimentelor.

2. În baza datelor obținute în comun fiecare student va prezenta schematic condițiile și căile de poluare chimică și biologică a alimentelor. Apoi se vor discuta în comun schemele propuse cu scopul elaborării celei mai ample scheme posibile.

3. Prin metoda “Brainwriting”, mai întâi se evidențiază acțiunea malefică a poluanților chimici și biologici, apoi se schițează prezentarea grafică a acestei acțiuni cu discutarea ulterioară.

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Care substanță dăunătoare pentru sănătate poate să se formeze în alimente în urma tratamentului termic excesiv:
 - a. Helminți
 - b. Polimeri toxici
 - c. Nitriți
 - d. Microorganisme
 - e. Biostimulatori

2. Numiți substanța care se adaugă în mod intenționat în produsele alimentare pe parcursul fabricării, preparării, manipulării și tratării acestora:
 - a. Contaminanți
 - b. Staniu
 - c. Aditivi alimentari
 - d. Cadmiu
 - e. Plumb
3. Se consideră produs alimentar:
 - a. Narcoticele și substanțele psihotrope
 - b. Apa potabilă și cea minerală îmbuteliate
 - c. Produsele cosmetice
 - d. Tutunul și produsele din tutun
 - e. Plantele, înainte de a fi recoltate
4. Alimentele infestate cu *Difilobotrium latum* provoacă:
 - a. Dermatită
 - b. Encefalită
 - c. Difilobotrioza
 - d. Hepatită
 - e. Opistorhoză
5. Encefalita spongiformă bovină (BSE) este provocată de:
 - a. Fungi
 - b. Bacterii
 - c. Virusuri
 - d. Prioni
 - e. Helminți

Indicați răspunsurile corecte

6. Care dintre poluanții produselor alimentare enumerați mai jos sunt de natură chimică?
 - a. Pesticide
 - b. Metale grele
 - c. Nitriți
 - d. Microorganisme
 - e. Helminți
7. Care dintre poluanții produselor alimentare enumerați mai jos sunt de natură biologică?
 - a. Pesticide
 - b. Metale grele

- c. Nitriți
 - d. Microorganismele
 - e. Helminți
8. Selectați modurile de acțiune malefică a poluanților chimici asupra organismului uman:
- a. Iritativă
 - b. Antienzimatică
 - c. Toxică generală
 - d. Biostimulatoare
 - e. Hepatotoxică
9. Selectați principalele moduri de acțiune a poluanților microbieni din alimente asupra organismului uman?
- a. Deteriorarea endoecosistemului uman
 - b. Hepatotoxică
 - c. Poate provoca boli diareice acute și toxiiinfecții alimentare
 - d. Acțiune biostimulatoare
 - e. Stimularea rezistenței organismului
10. Numiți substanțele care nimeresc neintenționat în produsele alimentare, dar care pot fi prezente în acestea în urma producerii, prelucrării, preparării alimentelor sau ca rezultat al contaminării mediului:
- a. Contaminanți
 - b. Proteine
 - c. Aditivi alimentari
 - d. Lipide
 - e. Vitamine
11. Particularitățile intoxicațiilor alimentare:
- a. Apar subit
 - b. Au o oarecare perioadă de incubație
 - c. Sunt patologii necontagioase
 - d. Sunt patologii contagioase
 - e. Se prezintă ca afecțiuni în masă
12. Controlul produselor alimentare de origine vegetală și animală în Republica Moldova este efectuat de către:
- a. Ministerul Afacerilor Interne
 - b. Agenția Națională pentru Siguranța Alimentelor
 - c. Agenția privind Protecția Consumatorului
 - d. Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice
 - e. Parlamentul Republicii Moldova

13. Ce grupe de substanțele alogene pot fi găsite în produsele alimentare?
- Substanțe nutritive
 - Pesticide
 - Aditivii alimentari neavizați
 - Fertilizanți
 - Săruri minerale
14. Substanțele contaminante din produsele alimentare pot apărea ca rezultat al:
- Creșterii
 - Depozitării
 - Transportării
 - Prelucrării
 - Preparării
15. Alimentele contaminate pot provoca dereglări ale sănătății ca:
- Intoxicații
 - Infarct miocardic
 - Blefarită
 - Toxicoze alimentare
 - Hepatită

Capitolul 8. MODUL/STILUL DE VIAȚĂ ȘI CALITATEA VIEȚII POPULAȚIEI

Una dintre sarcinile principale ale sistemului de sănătate în general, și a fiecărui lucrător medical în special, constă în promovarea și formarea modului și stilului de viață sănătos la toată populația, îndeosebi la copii.

Viața fiecărui individ se compune din multiple acțiuni simple și obișnuite. Ciclul vital al omului constă din alimentație, studii, muncă, odihnă, activități sportive, întemeierea familiei, creșterea și educația copiilor, ajutorul pentru bătrâni, activitate casnică (prepararea bucatelor, deșeurile apartamentului etc.), activitate publică, vizitarea medicului, călătorie în transport etc. Toate acestea țin de activitatea vitală, care depinde în mare măsură de presingul factorilor de risc asupra organismului.

Există unele particularități ale modului/stilului de viață (comportamente), care duc ușor spre o boală transmisibilă sau netransmisibilă. De exemplu, alimentația dezechilibrată, stresul psihic, alte deprinderi dăunătoare pot provoca obezitate, boli cardiovasculare, cancer etc. Pentru a combate aceste boli trebuie să promovăm un mod sănătos de viață care include: alimentație sănătoasă, practicarea exercițiilor fizice, respectarea ritmului de somn-veghe, comportamente sănătoase, vizite regulate la medic, utilizarea centurii de siguranță în autoturisme, comportament sexual protejat etc.

Sănătatea omului se formează și sub influența factorilor interdependenți naturali și social-economici. Dintre aceștia fac parte apa, aerul, solul, factorii climaterici precum și condițiile de muncă, alimentație, trai. Influența factorilor naturali și sociali este interconexată cu așa factori socio-economici ca dezvoltarea industriei, transportului, orașelor care, la rândul său, exercită influență asupra compoziției naturale a apei, aerului, solului. Factorii naturali se răsfrâng asupra caracterului alimentației și condițiilor de viață ale populației, asupra dezvoltării industriei, alegerii locului de trai etc. Interrelația acestor factori este permanentă și trebuie luată în considerare, întrucât determină sănătatea omului și con-

stituie modul lui de viață. În noțiunea de mod de viață intră, de asemenea, regimul corect de muncă, odihnă, alimentația rațională, menținerea la nivel convenit a activității fizice, călirea, respectarea regulilor de igienă individuală, renunțarea la deprinderile cotidiene dăunătoare, pricepera de a menține echilibrul neuro-emoțional în situații conflictuale.

Modul sănătos de viață este determinat de toate aspectele și manifestările societății cu diferite campanii, concursuri, competiții etc. Pentru consolidarea modului sănătos de viață este necesară concentrarea eforturilor asupra depășirii factorilor de risc ai diferitor boli, luptei cu alcoolismul, fumatul, drogurile, hipodinamia, alimentația nerațională, relațiile conflictuale.

Evident, copilul sănătos poate fi educat mai ușor. Acest fapt general cunoscut trebuie adus la cunoștința familiilor, educatorilor din grădinițe, pedagogilor. La copii se formează mai repede și mai ușor priceperile și deprinderile necesare, ei se adaptează mai ușor la schimbarea condițiilor de activitate și suportă toate cerințele care le sunt înaintate. Așadar, copilăria este cea mai importantă perioadă de formare corectă a caracterului, inițiativei, voinței puternice, capacităților și aptitudinilor naturale.

În activitatea lucrătorilor medicali un rol important revine cunoașterii modului de viață, adică complexului de activități vitale tipice pentru comunitățile umane. Modul de viață se examinează în comun cu condițiile de viață. Noțiunea de „mod de viață” este folosită față de unele grupe de oameni și de societate în ansamblu. În limitele unei țări, diferite grupe de oameni au un mod diferit de viață. În acest context sunt cunoscute două noțiuni apropiate și tratate foarte frecvent ca sinonime: modul de viață și stilul de viață.

Conform datelor Institutului de Cercetare a Calității Vieții (ICCV), modul de viață se referă la felul în care se desfășoară viața unor grupuri sociale la un moment dat, ce strategii de viață, ce comportamente și atitudini dezvoltă la un moment dat un grup social, iar stilul de viață se referă la opțiunea individuală – ce strategie de viață, ce comportamente și atitudini dezvoltă un individ la un moment dat.

Modul de viață este format de elementele obiective ale traiului – condițiile materiale, economice și sociale ale vieții omului.

Componentele principale ale modului de viață în colectivitate sunt: caracterul muncii (ocupației, profesiei) și durata ei; condițiile igienice în locuințe și la locurile de muncă; studiile; calificarea profesională; asis-

tența medicală (formele și accesibilitatea); tradițiile; obiceiurile; durata timpului liber și formele de petrecere; reședința (urbană, rurală) și mijloacele existente de transport; mijloacele de comunicare, informațiile, cultura etc.

Evident că persoanele cu caracter divers al acestor componente au un mod de viață diferit. De exemplu, modul de viață al economiștilor sau contabililor diferă practic totalmente de cel al pădurarilor, deoarece caracterul muncii este absolut diferit: primii își petrec munca în clădire șezând, ceilalți la aer liber și mereu în mișcare. Condițiile microclimatice, mijloacele de transport, utilajul casnic, asistența medicală etc. la fel sunt diferite.

Modul de viață este produsul unei culturi, unor tradiții specifice, unei istorii. Fiecare individ, grup familial, grup profesional și societate în întregime se caracterizează printr-un mod specific de viață, cu deprinderi și obiceiuri preluate de la strămoși, din comunitate, familie, prieteni etc.

Toate activitățile vitale, care sunt componente ale modului de viață, sunt direcționate spre asigurarea binelui pentru omul concret și pentru cei care îl înconjoară. Însă unii oameni efectuează activități și acțiuni pozitive sau negative care acționează favorabil sau nefavorabil nu numai asupra organismului lor, asupra stării lor de sănătate, dar și asupra oamenilor din jur. Aceste aspecte țin de stilul de viață cu conținut subiectiv al modului de viață.

Stilul de viață al omului exprimă modul general de a trăi al acestuia, raportul dintre condițiile în care își duce traiul și condițiile de activitate, de asemenea și modelele individuale de comportament determinate în anumită măsură de factorii socio-culturali, caracteristicile personale și educaționale. Stilul de viață se referă la decizii, acțiuni și condiții de viață.

Elementele stilului de viață sunt:

- sanogene – promovează și întăresc sănătatea;
- patogene – factorii cauzali sau de risc pentru anumite îmbolnăviri.

Stilul de viață sanogen se imprimă încă din frageda copilărie în cadrul familiei, ulterior în grădinițe, școli, societate. Elementele principale ale stilului de viață sanogen sunt: comportamentul fără risc, abandonul fumatului și drogurilor, activitatea fizică, regimul moderat al zilei, practicile igienice zilnice favorabile etc.

Elementele patogene ale stilului de viață includ: fumatul, abuzul de alcool, narcomania, toxicomania, huliganismul, alimentația excesivă sau carentială, practicile sexuale "riscante", sedentarismul. Practicarea elementelor enumerate ale stilului de viață determină un larg segment al patologiei umane, cum ar fi: bolile cardiovasculare, bolile cronice pulmonare și digestive, bolile de nutriție și metabolism, bolile neoplazice, bolile psihice, traumatismele, bolile sexual transmisibile etc.

Pe parcursul progresului societății a avut loc creșterea vertiginoasă a marilor concentrații umane, a megalopolisurilor, dezvoltarea fără precedent a mijloacelor de transport (rutier, maritim, aerian, feroviar), mecanizarea, automatizarea și robotizarea multor procese tehnologice în industrie, exploatarea intensivă a resurselor naturale, utilizarea substanțelor radioactive în cele mai variate scopuri. Toate acestea au determinat poluarea chimică a mediului (aer, apă, sol, alimente), o schimbare evidentă a stilului de viață cu consecințe nefavorabile asupra sănătății omului. De asemenea au avut loc schimbări serioase ale valorilor morale, comportamentului social, politic, religios, familial, demografic etc.

Influențele acestor elemente ale stilului de viață asupra sănătății umane sunt nespecifice, același factor putând cauza sau favoriza mai multe boli cronice. Și viceversa, o maladie cronică poate fi provocată de un complex de elemente ale stilului de viață cu rol divers. De exemplu, după Sondik (1988), decesele prin cancer sunt determinate de fumat (25-40% cazuri), alimentație dezechilibrată (10-70% cazuri), abuz de alcool (2-4% cazuri) etc. Printre factorii de risc ai hipertensiunii arteriale sunt: excesul de sare în alimentație (peste 8 g/zi), cafeaua consumată în exces, obezitatea, stresul psihic, tutunul, abuzul de alcool.

Astfel, pentru a înțelege cu adevărat modul și stilul de viață ale individului sau ale comunității umane trebuie examinate multiple aspecte ale existenței lor zilnice: limba, credința, pozițiile sociale, valorile, comportamentul, îmbrăcămintea, calitatea locuinței, condițiile de muncă, utilizarea timpului liber, deprinderile, tradițiile, etica, alte elemente culturale tipice pentru grupul social examinat sau care diferă de alte grupe sociale.

Luiza Gabriela Vilsan (2014) menționează că mai mult de 80% din sănătate depind de modul de alimentație, practicarea sportului, odihnă, emoții și sentimente. Restul 20% au proveniență genetică sau au legătură cu mediul înconjurător și sistemul de sănătate al țării.

Autoarea prezintă 6 principii ale unui **stil de viață sănătos**:

- respectarea unei nutriții optime (cantități potrivite, variate și echilibrate);
- practicarea oricărei activități fizice;
- oferire organismului suficient timp de odihnă (relaxare, somn);
- excluderea stresului;
- atitudinea pozitivă pentru un stil de viață sănătos;
- acceptarea moderației (a găsi un echilibru în viață).

Modul de viață și stilul de viață sunt indisolubile de nivelul și calitatea vieții.

Nivelul de viață prezintă un indice integral, care caracterizează utilizarea de către populație a bunurilor materiale și spirituale, și gradul de satisfacere a necesităților în aceste bunuri la un anumit moment de dezvoltare a societății. Nivelul de viață reflectă starea materială a societății, în genere, și a fiecărui individ în parte și se caracterizează printr-un sistem de indici cantitativi și calitativi: produsul intern brut *per capita*, nivelul și structura produselor alimentare, mărfurilor și serviciilor utilizate, nivelul și dinamica prețurilor, nivelul plăților pentru apartament și serviciile comunale, impozitelor, cheltuielile pentru transport, condițiile habituale, posibilitățile de odihnă, nivelul de asistență medicală, studii, longevitatea etc. Valoarea medie a nivelului de viață este coșul de consum.

În prezent noțiunea de „nivel de viață” este inclusă într-o noțiune mai largă „calitatea vieții” – „totalitatea posibilităților oferite individului de către societate de a-și amenaja existența, de a dispune de produsele ei și de ai folosi serviciile pentru a-și organiza existența individuală după necesitățile, 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) – citat după Rene Corneliu Duda.

Calitatea vieții cuprinde toate elementele de bunăstare materială, spirituală și socială, de confort și sănătate, care privesc omul, mediul și modul său de viață și de muncă, fiind o expresie sintetică a stadiului de dezvoltare al societății respective (4). Indicatorul major al nivelului de trai al comunității (calității vieții) este starea de sănătate a populației.

Termenul „calitatea vieții” se datorează președintelui american Lindon Djonson (1964) care susținea că realizările societății americane pot fi măsurate prin calitatea vieții populației băștinașe.

Politologii, sociologii, jurnaliștii includ în calitatea vieții rezultatele progresului tehnico-științific și influențele lui asupra modului de viață al omului, starea sănătății publice, comportamentul populației, mediul înconjurător, democratizarea vieții, libertatea și dreptul omului, dezvoltarea comunicațiilor. Calitatea vieții poate fi privită ca o caracteristică complexă a factorilor economici, politici, sociali și ideologici, care determină situația omului în societate.

Caracteristicile principale ale calității vieții populației noastre sunt prezentate în anuarele Departamentului de Statistică și Sociologie: numărul de populație, familii, căsătorii, divorțuri; numărul de angajați, condițiile de muncă, numărul șomerilor; învățământul public, serviciile instituțiilor de cultură, odihnă, cultură fizică; asigurarea socială, întreprinderile falimentare; produsul intern brut, bugetul familiei; ocrotirea sănătății și starea de sănătate a populației; condițiile de trai, serviciile comunale, serviciile de comerț și sociale, numărul și structura infracțiunilor, migrarea populației, utilizarea bunurilor materiale etc.

Cercetările sociologice ale calității vieții au demonstrat că un factor hotărâtor în formarea acesteia este mediul natural. Deși se consideră că mediul natural este doar un element sau numai o premisă a calității vieții, el totuși este inclus în toate cercetările și analizele acestui domeniu și în programele prin care se urmărește îmbunătățirea condițiilor existenței umane.

Conform celor publicate de N. Opopol și coaut. (2001), *calitatea existenței umane*, prin care se subînțelege calitatea vieții, include potențialul demografic (mișcarea naturală a populației, structura populației), starea sănătății populației (mortalitatea, cauzele decesului, patologii specifice, mortalitatea infantilă, longevitatea medie a populației, morbiditatea social determinată), evaluarea factorilor de risc (factorii ce determină calitatea existenței umane, evaluarea factorilor raportată la media pe republică, evaluarea calității existenței umane), factorii geologici de risc (alunecări de teren), infrastructura socială (nivelul de dezvoltare a infrastructurii sociale, tipurile de infrastructură, asigurarea cu medici și personal medical mediu, valoarea calorică a rației alimentare, nivelul salubrității spațiului locativ), factorii biogeochimici de risc, veniturile și consumul, bioclima și fenomenele naturale nefavorabile, stresurile sociale, presiunea tehnogenă.

Factorii, ce determină calitatea existenței umane, sunt clasificați de N. Opopol astfel:

1. Consumul social:
 - nivelul veniturilor,
 - calitatea mediului înconjurător,
 - nivelul de consum.
2. Infrastructura socială:
 - asigurarea cu spațiu locativ,
 - sănătatea publică,
 - comunicații.
3. Stresurile sociale:
 - șomaj,
 - instabilitatea familiilor,
 - criminalitate.
4. Factorii naturali:
 - procese geologice nefavorabile,
 - anomalii biogeochimice,
 - fenomene atmosferice nefavorabile.

Mediul natural, în care există omul, îi asigură acestuia nu numai posibilități de existență, dar și de dezvoltare ca ființă biologică și socială. Valorile crescânde ale economiei favorizează crearea unor condiții bune de muncă și odihnă, sporirea bunăstării materiale și nivelului de cultură a oamenilor.

De facto, dezvoltarea accelerată a economiei a contribuit la degradarea mediului și la dispariția multor bogății naturale. În urma epuizării multor resurse naturale au devenit mai evidente urmările ecobiologice ale activității umane. De exemplu, cantitatea bioxidului de carbon emis de la unitățile de transport și de la întreprinderile industriale a ajuns la un așa nivel, încât pădurile, livezile și fâșiile forestiere nu sunt în stare să o absoarbă, cu atât mai mult că suprafața acestora se află într-o descreștere continuă. Concomitent sistemele ecologice ale Pământului nu reușesc să neutralizeze tot volumul de deșeuri în permanentă creștere. Starea devine foarte îngrijorătoare: cantitatea deșeurilor de pe globul pământesc crește de două ori mai repede față de volumul produsului fabricat, iar a reziduurilor foarte toxice – de 3 ori.

În acest context, Republica Moldova, deși nu dispune de industrii mari, se confruntă cu problemele acumulării și păstrării deșeurilor. Institutul Ecologic de Stat oferă date, conform cărora în țară s-au acumu-

lat circa 13 mii tone de deșeuri toxice, ceea ce echivalează cu 3,3 kg/locuitor, 50% fiind înhumate. Este de așteptat că în țările slab dezvoltate va avea loc creșterea ritmului dezvoltării economice, care va duce la agravarea situației, cu atât mai mult că în aceste cazuri pot fi utilizate tehnologii depășite. Prin urmare, calitatea vieții va avea de suferit.

În Republica Moldova dezechilibrul ecologic este determinat de doi factori:

- supraexploatarea resurselor locale regenerabile;
- degradarea globală a calității mediului ambiant.

A venit timpul când ecosistemele naturale ocupă un loc neînsemnat în mediul ambiant. Astfel, în Republica Moldova suprafața terenurilor protejate de stat este foarte mică, constituind doar 1,5% din teritoriu, pe când în Austria ea ocupă 25%, Germania – 13%, Franța – 7%. Promovarea reformei agrare din republica noastră a aprofundat degradarea terenurilor. Apariția proprietarilor noi de pământ, lipsiți de utilaj agricol și de cunoștințe corespunzătoare, a dus la scăderea drastică a productivității solului.

În urma staționării întreprinderilor industriale s-a schimbat raportul poluanților emiși în atmosferă. Pe prim plan se plasează sursele mobile de poluare care au depășit cota medie de pe glob cu 60%, atingând nivelul de 83% din totalul poluanților atmosferici în Republica Moldova. Se înregistrează o poluare mai intensivă externă a bazinului aerian a țării noastre cu oxizi de sulf și de carbon. Gradul de poluare externă este mai mare decât cea internă la oxizii de sulf de 4 ori, iar la oxizii de carbon – de 1,5 ori.

Calitatea vieții populației depinde, de asemenea, de calitatea apei, starea pădurilor, puritatea râurilor, râulețelor și iazurilor, starea solului.

Evaluarea elementelor calității vieții se face prin comparație cu cele din țările dezvoltate, cu standardele caracteristice pentru Uniunea Europeană și cele naționale. Ele sunt foarte importante pentru elaborarea complexului de măsuri de îmbunătățire a indicilor stilului de viață și calității vieții umane.

Unele elemente ale stilului de viață și calității vieții umane

Stilul de viață și calitatea vieții umane constau din mai multe elemente importante. Progresele realizate de omenire pe toate planurile modifică profund modul și stilul de viață al omului contemporan, cu re-

percusiuni imense somatopsihice. Fiind atât de impunătoare, acestea trebuie luate în considerare la toate etapele de analiză ecologică.

Familia, căsătoria, divorțurile. Familia este celula primară a societății, baza căreia este căsătoria dintre bărbat și femeie, cât și copiii născuți de ei. Ca membri ai familiei se consideră părinții, frații, surorile. Familia creează condiții de socializare a copiilor și tineretului, este un intermediar fundamental dintre om, stat și alte instituții sociale.

Ca urmare a procesului de dezvoltare a societății (industrializarea, urbanizarea, emanciparea femeilor, transferarea activității de producere în afara familiei), familia tradițională cu mulți copii cedează locul familiilor cu puțini copii, care constau din cuplul familial cu sau fără copii și cu raporturi egale între ei. Ca rezultat astăzi:

- se formează o altă structură a familiei, cu minimalizarea numărului de copii, slăbește influența rudelor asupra vieții unei familii separate și membrilor ei;
- se schimbă importanța factorilor externi pentru comportamentul familial (religia, tradițiile, deprinderile), normelor tradiționale, valorilor;
- are loc un proces activ de echivalare (egalare) a drepturilor în familie, se trece de la formele violente, autoritare de influență a bărbatului față de soție, părinților față de copii, la relații democratice;
- se schimbă rolurile membrilor familiei: repartizarea echitabilă a funcțiilor soțului și soției.

Procesele sociale în derulare au consecințe pozitive, dar și negative asupra familiei. Transformările raporturilor familiare sunt însoțite de un număr mare de divorțuri, familii incomplete, micșorarea natalității, un potențial educativ nefavorabil. De exemplu, în Republica Moldova în 2014, conform datelor Biroului Național de Statistică, s-au încheiat 25624 de căsătorii, iar numărul divorțurilor pronunțate prin hotărârea judecătorească a fost de 11130.

Permanent crește numărul nașterilor extraconjugale, fapt caracteristic pentru mai multe țări occidentale. Conform datelor O. Gagauz (2011), în Italia, pe parcursul anilor 2000-2008, ponderea nașterilor în afara căsătoriei a crescut de la 9,7% până la 22,2%, în Spania – de la 17,7% până la 32,1%. În România, în anul 1990, nașterile extraconjugale au constituit doar 4%, însă în anul 2000 – 24,1%, iar în 2008 – 27,4%. În Republica Moldova, în 2014, din totalul copiilor născuți-vii,

8233 copii (21,3%) s-au născut în afara căsătoriei (cu 1% mai puțin decât în 2013), cel mai mare număr de nașteri extraconjugale fiind înregistrate în mediul rural.

Spre deosebire de majoritatea țărilor dezvoltate, în Republica Moldova este caracteristică căsătoria timpurie. De exemplu, în 2014 cele mai multe persoane care s-au căsătorit aparțin grupei de vârstă de 20-24 ani (10819 femei și 6901 bărbați). În vârstă de 25-29 ani s-au căsătorit 6643 femei și 9955 bărbați.

Astfel, aspectele economice ale familiilor tinere, mobilitatea socială și geografică a populației, migrația tinerilor, lipsește bătrânii de o susținere calitativă de către rude. Părinții sunt nevoiți să se angajeze în câmpul muncii practic fără a fi asigurați social și material, ceea ce duce la supraeforturi profesionale, îndeosebi a femeilor, reținerea autodezvoltării culturale, se manifestă negativ asupra sănătății și calității educației copiilor. O importanță deosebită sub acest aspect îl are bugetul familiei.

Fumatul, obicei comportamental profund dăunător sănătății, se plasează pe primul loc pe scara componentelor stilului de viață. Fiind foarte răspândit, fumatul reprezintă una dintre cele mai extinse forme de toxicomanie, cauza multor maladii grave cum ar fi o serie de localizări ale cancerului (îndeosebi cancerul bronhopulmonar), bolile pulmonare cronice, unele boli digestive. Tabagismul poate fi considerat prima problemă de sănătate evitabilă. J. A. Calitano afirmă că fumatul este o sinucidere lentă”.

Alcoolismul – factor de risc al stilului de viață caracterizat prin autoadministrarea repetată sau episodică excesivă de alcool, care determină efecte medicale și socio-economice nefaste. În Republica Moldova alcoolismul constituie una dintre cele mai grave probleme sociale.

Narcomania – problemă alarmantă pentru sănătatea publică. Sunt evidențiate trei categorii de factori de risc care duc la apariția narcomaniei:

- factorii legați de personalitate: genetici, mediul familial, dezvoltarea sexuală, stresul psihic;
- factorii legați de mediul social: situația familială, ocupația, starea materială, statutul social, situația juridică, religia, atitudinea față de droguri, influența anturajului, moda etc.;
- factorii legați de proprietățile drogului: modul de administrare, doza, accesibilitatea, timpul de acțiune, obișnuința, reacțiile organismului.

Traficul și consumul de droguri s-a intensificat îndeosebi după anul 1960. În Republica Moldova consumul sporit de droguri este condiționat de: cultivarea macului opiaceu și cânepii indiene; traficul ilicit al drogurilor; factori cu caracter socio-psihologic și economico-financiar, care contribuie la crearea diverselor probleme cu caracter medical, juridic, social etc.

În ultimii ani numărul narcomanilor din Republica Moldova este în creștere. În anul 2014, cifra celor care se droghează a constituit circa 9700 de persoane, dintre care peste 7 000 locuiesc în or. Chișinău și circa 1 000 la Bălți. Mai mult de jumătate dintre narcomani au vârsta cuprinsă între 19 și 30 de ani, iar 44% au mai mult de 30 de ani.

Există mai multe metode de prevenție a consumului de droguri, însă toate necesită rigoare, controlul asupra producției și ofertei, excluderea traficului de aceste substanțe, tratamentul celor bolnavi.

Bugetul timpului populației. Vremea socială – fenomen ce determină procesele activității vitale ale omului exprimat prin durată, continuitate, repetare, ritmicitate. De exemplu, ritmul vieții este mai înalt în orașe decât la sate. Foarte frecvent procesul tehnologic de la întreprindere impune un ritm anumit de activitate care nu întotdeauna corespunde ritmului biologic al organismului uman. Din punct de vedere economic, social și ecologic o importanță principală are timpul de lucru și timpul în afara lucrului, inclusiv cel liber. Calitatea vieții este formată din componentele activităților în aceste perioade de timp. De exemplu, timpul în afara lucrului este compus din timpul utilizat pentru satisfacerea necesităților în alimentație, somn, igiena personală, munca casnică, educația copiilor, studii, călătoriile în transport. Este importantă forma de odihnă în timpul liber.

Sedentarismul, caracteristic pentru unele profesii, prezintă un stil de viață care implică lipsa de mișcare sau de activitate fizică. Este un factor de risc care duce la apariția mai multor afecțiuni. Așa obiceiuiri sedentare ca statul excesiv la computer, televizor etc., caracteristice pentru mai multe locuri de muncă și pentru comportamentul casnic, sunt deseori lipsite de activități fizice. Aceste situații sunt urmate de afecțiuni provocate sau agravate, manifestate prin boli ale sistemului circulator, tulburări metabolice, obezitate, deviații ale coloanei vertebrale, anxietate etc. Aceste persoane trebuie să efectueze pe parcursul zilei exerciții fizice de intensitate moderată, în câteva (fiecare una-doua ore de stat pe scaun) perioade scurte de timp, de 10-15 minute. Mișcarea tre-

buie introdusă în programul zilnic, preponderant sub formă de fugă, gimnastică, ciclism, patinaj, înot etc. (cel puțin 30 minute pe zi).

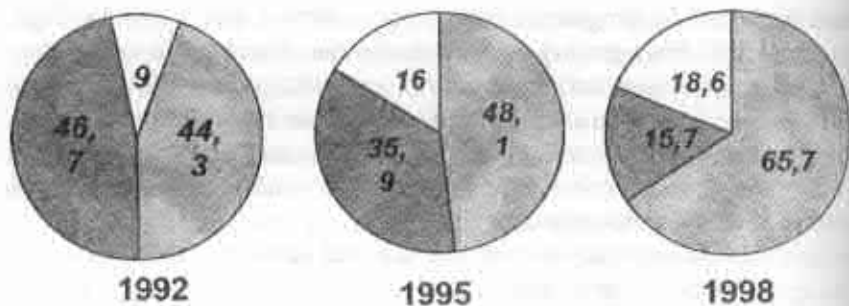
Avantajele vieții active constau în îmbunătățirea sănătății și calității vieții populației. De avantajele mișcării fizice zilnice beneficiază sistemele nervos central, osos, circulator, digestiv, respirator etc.

Pe lângă elementele menționate, stilul de viață și calitatea vieții depind și de *alte componente* cum ar fi:

- educația generației sănătoase și social active;
- comportamentul sexual;
- venitul populației și bugetul familiei;
- alimentația;
- condițiile de trai;
- condițiile de muncă, șomajul;
- studiile;
- poluarea mediului și conștiința ecologică;
- nivelul salubrității spațiului locativ;
- cultura;
- sistemul de ocrotire a sănătății;
- asigurarea socială etc.

Conform datelor publicate de N. Opopol și coaut. (2001), în Republica Moldova structura cheltuielilor (*fig. 4, 5*) și nivelul de salubritate al spațiului locativ (*fig. 6*) se prezintă după cum este arătat pe figurile 4, 5, 6.

Cu regret, pe parcursul anilor 1992-1998 dinamica schimbărilor structurii cheltuielilor populației Republicii Moldova este în defavoarea acesteia. Au crescut considerabil cheltuielile pentru produsele alimentare și serviciile comunale și s-au micșorat drastic cele pentru bunurile de larg consum.



■ **Produse alimentare**
 □ **Servicii comunale**

■ **Bunuri de larg consum**

Fig. 4. Structura cheltuielilor

În anul 2014 situația întrucâtva s-a îmbunătățit în privința cheltuielilor pentru produsele alimentare (43,8%), dar rămân înalte cele pentru serviciile comunale (18,9%).

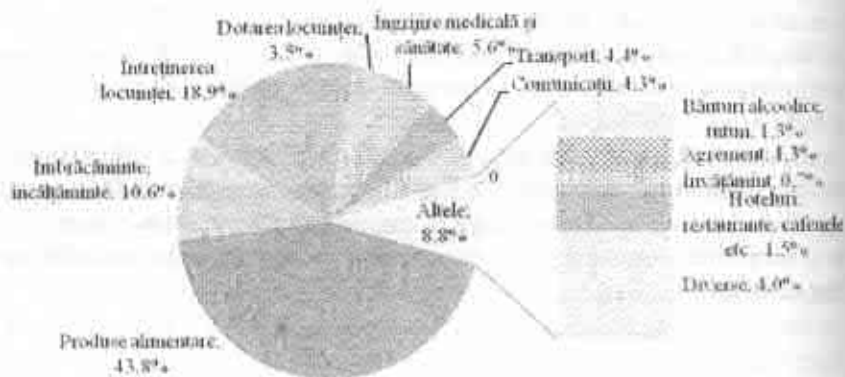


Fig. 5. Structura cheltuielilor de consum în RM, anul 2014

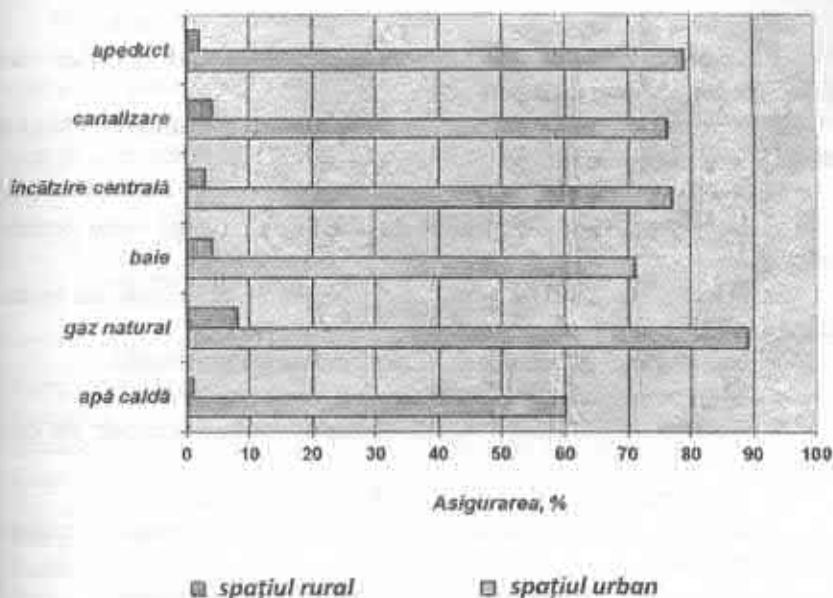


Fig. 6. Nivelul de salubritate a spațiului locativ din RM

Este foarte jos nivelul de salubritate în spațiul rural – asigurarea cu apeduct, sistem de canalizație, gaz natural etc.

Calitatea înaltă a existenței umane, care cuprinde toate aspectele de existență ale oamenilor, începând cu alimentația și starea mediului ambiant până la libertatea politică și posibilitatea utilizării tuturor ajunșurilor culturii, corespunde necesităților omului contemporan. Populația țării, regiunii, urbei, care se caracterizează prin nivel înalt de calitate a vieții, trebuie să aibă și o calitate înaltă a sănătății.

Lucrare practică

Scopul lucrării: studierea și evaluarea modului/stilului de viață și calității vieții individului, familiei, populației.

Sarcinile lucrării:

1. Familiarizarea cu metodologia cercetării modului de viață și calității vieții populației.
2. Familiarizarea cu metodele de estimare a modului de viață și calității vieții populației.

Obiective de formare:

1. Însușirea noțiunilor de mod de viață, stil de viață, nivel de viață și calitate a vieții populației umane.

2. A însuși metodele de cercetare și estimare a modului de viață și calității vieții populației.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Importanța modului/stilului de viață și a calității vieții populației umane.

2. Noțiune de „mod de viață”. Componentele principale ale modului de viață.

3. Noțiune de „stil de viață”. Elementele stilului de viață.

4. Noțiune de „nivel de viață”, indicii nivelului de viață.

5. Noțiune de „calitate a vieții”. Componentele principale ale calității vieții.

6. Caracteristica calității vieții în Republica Moldova.

7. Metoda determinării și cercetării modului de viață și calității vieții populației.

8. Estimarea modului de viață și calității vieții populației.

Activitatea practică:

1. Însușirea metodelor de determinare și cercetare a modului de viață al populației;

2. Însușirea metodelor de determinare și cercetare a calității vieții populației;

3. Autoevaluarea modului și stilului de viață;

4. Estimarea modului de viață și calității vieții populației.

Dexterități practice:

1. Abilitate de a cunoaște metodologia cercetării modului de viață și calității vieții populației.

2. Abilitate de estimare a modului de viață și calității vieții populației.

Dotarea lucrării practice:

1. Tabelul: Componentele (indicii) modului de viață și stilului de viață al populației umane;

2. Tabelul: Componenta (indicii) nivelului de viață și calității vieții populației umane;

3. Tabelul: Autoevaluarea modului și stilului de viață;

4. Cât de sănătos e stilul tău de viață? TEST INTERACTIV;

5. Teste de evaluare a cunoștințelor.

Desfășurarea lucrării practice:

I. *Însușirea metodelor de determinare și cercetare a modului de viață al populației.*

Studentii fac cunoștință cu datele din tabelul 6 și repartizează apartenența componentelor stilului de viață și modului de viață în conformitate cu varianta care ar fi corectă.

Tabelul 6

Componentele (indicii) modului de viață și stilului de viață ale populației umane

Mod de viață	Stil de viață
Comportamentul;	Caracterul muncii;
Fumatul;	Abandonarea fumatului;
Abandonarea alcoolului;	Durata zilei de muncă;
Condițiile igienice în locuințe;	Alcoolismul;
Narcomania;	Toxicomania;
Huliganismul;	Condițiile igienice la locurile de muncă;
Calificarea profesională;	Malnutriția;
Supraalimentația;	Asistența medicală;
Obiceiurile;	Practicile sexuale riscante;
Sedentarismul;	Tradițiile;
Formele de petrecere a timpului liber;	Excesul de cafea;
Excesul de sare în alimente;	Durata timpului liber;
Mijloacele existente de transport;	Stresul psihic;
Informațiile;	Reședința (urbană, rurală);
Cultura.	Mijloacele de comunicare;
	Mijloacele de telecomunicare.

În caietul de lucrări practice studentul notează varianta corectă a conținutului modului de viață și stilului de viață.

II. *Însușirea metodelor de determinare și cercetare a calității vieții populației.*

Studentilor studiază datele din tabelul 7 cu privire la componența (indicii) nivelului de viață și calității vieții populației umane. După care studenții repartizează apartenența componentelor nivelului de viață și calității vieții în conformitate cu varianta corectă, pe care o notează în caietul de lucrări practice.

III. *Autoevaluarea modului și stilului de viață.*

Studentii își fac autoevaluarea modului și stilului său de viață în funcție de elementele incluse în tabelul 8.

Componența (indicii) nivelului de viață și calității vieții populației umane

Nivelul de viață	Calitatea vieții
Bunăstarea materială;	Produsul intern brut <i>per capita</i> ;
Bunăstarea socială;	Bunăstarea spirituală;
Nivelul consumului de produse alimentare;	Structura produselor alimentare consumate;
Mărfurile utilizate;	Serviciile utilizate;
Confortul vieții;	Sănătatea individului și a populației în ansamblu;
Nivelul prețurilor;	Dinamica prețurilor;
Plata pentru serviciile comunale;	Libertatea omului;
Democratizarea vieții;	Nivelul plăților pentru apartament;
Suma impozitelor;	Dreptul omului;
Dezvoltarea comunicațiilor;	Cheltuielile pentru transport;
Nivelul de asistență medicală;	Posibilități de odihnă;
Studiile.	Longevitatea;
	Coșul minim de consum;
	Mediul natural.

Autoevaluarea modului și stilului de viață (de îndeplinit după modelul prezentat în tabel)

Studentul _____

Indicii modului de viață	Indicii stilului de viață
Dispon de frigider;	Fumez;
Dispon de televizorul;	Alcool consum la sărbători;
Dispon de aparatul radio;	Narcomania lipsește;
Ocupația – student;	Toxicomania lipsește;
Timpul pentru studii – 10 ore/zi;	Alimentația carențială;
Căminul este asigurat cu duș, apă caldă;	Sedentarismul dezvoltat;
În cămin e cald (temperatura aerului 20-21°C);	Relații sexuale nu practic;
În aule și bibliotecă temperatura aerului este de 18-21°C;	La aer liber mă aflu în timpul săptămânii 45-60 min/zi, sâmbăta și duminica câte 2 ore/zi;
Asistența medicală este asigurată de punctul medical;	Sport nu practic;
Transportul – public;	Dușul frecventez o dată în două zile;
Dispon de telefon mobil;	Baia nu frecventez;
Pentru odihnă sunt zilele de weekend;	La medic pentru examene medicale profilactice nu mă adresez;
În comunitate este teatru și cinematograful.	Stomatologul nu vizitez, decât la durere.

De tras concluzia:

Modul de viață:

- sanogen
- patogen

Stilul de viață:

- sanogen
- patogen

IV. Estimarea modului de viață și calității vieții populației.

Studentul analizează fiecare element al modului de viață și calității vieții sale, evidențiindu-le pe cele pozitive și negative.

Lucrul de sine stătător.

În baza analizei tuturor materialelor lucrării practice, studentul elaborează propuneri de îmbunătățire a modului și stilului de viață și a calității vieții.

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Modul de viață prezintă:
 - a. modul său general de a trăi;
 - b. produsul unei culturi, tradiții, istorii;
 - c. indice integral, ce caracterizează gradul de satisfacere a necesităților populației;
 - d. totalitatea posibilităților oferite individului de către societate;
 - e. un comportament individual.
2. Stilul de viață prezintă:
 - a. modul său general de a trăi;
 - b. produsul unei culturi, tradiții, istorii;
 - c. indice integral, ce caracterizează gradul de satisfacere a necesităților populației;
 - d. totalitatea posibilităților oferite individului de către societate;
 - e. complex de activități comunitare.
3. Stilul de viață sanogen include:
 - a. narcomania;
 - b. sedentarismul;
 - c. alimentația excesivă;
 - d. activitatea fizică;
 - e. huliganismul.

4. Calitatea vieții populației prezintă:
 - a. indice integral ce caracterizează o oarecare necesitate a populației;
 - b. modul general de a trăi;
 - c. procese geologice nefavorabile;
 - d. totalitatea posibilităților oferite individului de către societate;
 - e. produsul unei culturi, tradiții, istorii.
5. Anomaliile biogeochimice sunt parte componentă:
 - a. a consumului social;
 - b. a stresurilor sociale;
 - c. a factorilor naturali;
 - d. a infrastructurii sociale;
 - e. a modului de viață.

Indicați răspunsurile corecte

6. Componentele principale ale modului de viață sunt:
 - a. caracterul muncii;
 - b. reședința;
 - c. tradițiile;
 - d. comportamentul individual;
 - e. asistența medicală.
7. Elementele stilului de viață al populației sunt:
 - a. patogene;
 - b. neutre față de organism;
 - c. de proveniență socială;
 - d. sanogene;
 - e. de proveniență naturală.
8. Stilul de viață patogen include:
 - a. activitatea fizică;
 - b. sedentarismul;
 - c. abuzul de alcool;
 - d. croșetatul;
 - e. fumatul.
9. Calitatea existenței umane caracterizată prin factorii naturali cuprinde:
 - a. asigurarea cu spațiu locativ;
 - b. procesele geologice nefavorabile;
 - c. anomaliile biogeochimice;
 - d. nivelul veniturilor;
 - e. fenomenele atmosferice nefavorabile.

10. Factorii care determină calitatea existenței umane sunt:

- a. consumul social;
- b. infrastructura socială;
- c. stresul social;
- d. stilul de viață;
- e. factorii naturali.

Capitolul 9. ACTIVITĂȚI DE PROMOVARE A SĂNĂȚĂȚII ÎN COMBATAREA TABAGISMULUI ȘI ALCOOLISMULUI

I. Tabagismul și măsurile de combatere

Obiceiul fumatului este considerat cea mai frecventă formă de abuz de substanțe nocive folosit în scop recreațional. Dintre toate modalitățile de a fuma pe primul loc se plasează fumatul tutunului, folosit în majoritatea țărilor lumii de cel puțin un miliard de oameni. Cu regret, fumatul mai este considerat de multe persoane ca „stil de viață modern”.

Cel mai practicat este fumatul prin intermediul țigărilor, confecționate industrial sau artizanal prin împăturirea unei cantități de tutun în hârtie. Alte metode de fumat sunt folosirea pipei, trabucurilor, narghilelei.

Istoria tutunului în Europa începe odată cu descoperirea Americii de către Cristofor Columb. Debarcând pe insula Guanahani (San Salvador), Columb a constatat că populația indigenă inspiră fumul de la arderea unei plante – tutunului. La întoarcerea în Europa, o echipă de marinari portughezi, în frunte cu căpitanul Francesco Romano Pace, i-au oferit ambasadorului Franței în Portugalia Jean Nicot un mănunchi de frunze de tutun, lămurindu-i ce fac băștinașii din America cu ele. Acesta a trimis, în a.1560, o parte din frunze reginei Ecaterina Medici ca remediu contra migrenei. Între timp el a reușit să introducă tutunul la Curtea Regală din Paris, convingându-i pe înalții reprezentanți ai nobilimii franceze că fumatul tutunului este util în tratamentul diferitor maladii. Astfel tutunul și obiceiul fumatului a pătruns pe continentul european. Dacă la început fumatul era un privilegiu al nobilimii, mai târziu a devenit un blestem al oamenilor simpli. Terminul „fumat” a apărut la sfârșitul sec. XVII, până atunci fiind cunoscut sub denumirea de „beție uscată”. Denumirea de „tutun”, mai des fiind folosit termenul „tabac”, provine de la denumirea insulei Tobago unde, în mod special, era cultivată această plantă. În unele țări ale lumii cultivarea tutunului și fumatul au întâlnit o rezistență foarte puternică din partea autorităților. Așa, în Tur-

cia, la hotarul sec. XVI și XVII, consumatorii de tutun puteau fi torturați sau chiar uciși. Consumatorii de tutun din China riscău să fie decapitați, iar în Rusia pedeapsa cu moartea era aplicată în cazul când erau prinși în flagrant a doua oară.

Cercetările științifice au scos la iveală faptul că în fumul de la arderea tutunului se conțin peste 4000 de substanțe care influențează negativ sănătatea, dintre care circa 70 au efect cancerigen. Unele substanțe cu efect malefic asupra organismului au o pondere mai mare, dar și un efect mai pronunțat: nicotina; hidrocarburile policiclice, în special, benzpirenul; nitrozaminele; monoxidul de carbon; oxizii de azot; acidul cianhidric; acroleina; amoniacul; dioxidul de azot; formaldehida; metalele grele, în special, nichelul, cadmiul, cromul și plumbul; arsenul; substanțe radioactive: Poloniu – 210, Potasiu – 40, Radium – 226, Radium – 228, Thorium – 228). Dintre toate substanțele, ponderea nicotinei este cea mai mare. Așa, în tutunul uscat cota-parte a acestui alcaloid este de 0,3-5,0%. Biosinteza nicotinei are loc în rădăcinile plantei, iar depozitarea în frunze. Denumirea de „nicotină” provine de la denumirea latină a plantei – *Nicotiana tabacum*. Denumirea inițială *Herba nicotina* în cinstea lui Jean Nicot a fost propusă în 1586 de către botanistul francez Jaques Dalechamps, acceptată ulterior de Karl Linné. Nicotina pură a fost obținută în anul 1828 din frunzele de tutun de către savanții germani, medicul Wilhelm Heinrich Posselt și chimistul Karl Ludwig Reimann. Formula chimică a nicotinei – $C_{10}H_{14}N_2$. Aceasta poate să se oxideze până la o formă netoxică – acidul nicotinic (vitamina PP). În organismul uman nu există însă enzimele necesare pentru această transformare. Mai mult ca atât, în urma acțiunii nicotinei, la persoanele care fumează de mai mult timp, se instalează o stare de carență a vitaminei PP.

Influența fumatului asupra sănătății

După ce nimerește în sânge, nicotina momentan se răspândește în tot organismul, penetrând și bariera hematoencefalică. Cantitatea de nicotină, care nimerește în organism în urma fumatului, depinde de mai mulți factori: sortimentul tutunului, astăzi fiind cunoscute 60 de soiuri de tutun, folosirea filtrului, cantitatea de fum inspirat, fumarea totală sau parțială a țigaretelui. Nicotina se metabolizează în ficat prin intermediul citocromului P 450, principalul metabolit fiind cotinina. Înjumătățirea plasmatică prin eliminare a nicotinei este de circa 2 ore.

Nicotina acționează asupra creierului stimulând receptorii nicotici ai acetilcolinei (nAChRs), alcătuiți din diferite tipuri de subunități, dintre care una este denumită "alfa-5". Cercetătorii americani din *Scripps Research Institute* au descoperit că modelele animale purtătoare ale unei mutații, care inhibă subunitatea menționată, consumau mult mai multă nicotină decât celelalte, și că acest efect poate fi inversat prin restructurarea expresiei genei.

Numărul mare de fumători poate fi explicat și prin faptul că în doze mici nicotina are o acțiune diferită asupra organismului în comparație cu acțiunea și consecințele stabilite ulterior, când persoana devine deja dependentă de fumat. În doze mici, la început nicotina din fumul de țigară are o acțiune de stimulare a sistemului nervos central. Dispoziția începătorului se schimbă, aceasta fiind totuși diferită. În majoritatea cazurilor, în urma eliminării glucozei din ficat și a adrenalinei (epinefrinei) din glandele suprarenale, are loc o excitație a sistemului nervos central. Subiectiv persoana simte o stare de bine, deoarece apare o euforie moderată, liniște, uneori și o toropeală etc. Ulterior, când fumatul se prelungește, apar și consecințele acțiunii negative a diverselor substanțe nocive din fum, inclusiv a nicotinei. Între timp se dezvoltă și dependența atât fizică, cât și psihică față de fumat cauzată, în special, de nicotină.

Extractele din frunzele de tutun până la începutul sec. XX se foloseau în calitate de insecticid. Proprietățile toxice ale tutunului au fost folosite și în alte scopuri. Așa, în 1851, contele belgian Hippolyte Visart de Bocarne l-a otrăvit mortal cu extract din frunze de tutun pe vărul său din cauza unei probleme legate de bani, fapt documentat de chimistul Jean Stas din aceeași țară.

Tutunul are o compoziție complexă. Frunzele sale conțin diverse componente, care se găsesc și în alte plante (proteine, amidon, celuloză, elemente minerale etc.), însă prezența substanțelor toxice face ca această plantă să difere cu mult de altele. Așa, o doză de 5 mg de nicotină este suficientă pentru a omorî un câine, iar doza de 60 mg ucide omul. Nicotina este un lichid incolor la extragere, dar venind în contact cu aerul și lumina se colorează în brun. Are un gust amar și iritant, mirosul fiind slab pronunțat la rece și asfixiant la căldură.

Fumatul este un factor de risc major pentru sănătate, condiționând peste 10% din totalul de decese înregistrate prin boli netransmisibile. Fumul, obținut la arderea tutunului (țigaretă, pipă, trabuc ș.a.) prezintă un aerosol compus din miliarde de particule într-un cm³ și cu o compo-

ziție chimică complexă. La ardere compoziția tutunului se schimbă foarte mult, apar diverse substanțe noi, cum ar fi: monoxidul de carbon, gudronul ș.a. Monoxidul de carbon este un compus foarte nociv pentru organismul uman. Concentrația lui la arderea tutunului este diferită: 2% în fumul de pipă; 3-4% în cel de țigară și până la 6% în trabuc. Întrând în contact cu hemoglobina, o transformă în carboxihemoglobină. Ca rezultat, hemoglobina nu mai este în stare să-și exercite funcția de bază – transportul oxigenului către țesuturi. Din cauza anoxiei, stabilite după formarea carboxihemoglobinei, suferă toate țesuturile, dar în primul rând cele ale sistemului nervos central.

În august 2011, numărul fumătorilor în întreaga lume a constituit un miliard de oameni. Pe parcursul sec. XX circa 100 milioane de oameni au murit din cauza fumatului. OMS consideră că în prezent, în toată lumea, tutunul constituie principala cauză prevenibilă a deceselor. În cazul, în care tendințele curente în privința fumatului vor persista și în viitor, tutunul va ucide aproximativ 10 milioane de persoane anual până în anul 2025, inclusiv 7 milioane în țările în curs de dezvoltare, iar către sfârșitul sec. XXI numărul decedaților din cauza fumatului poate ajunge la un miliard. Pe parcursul ultimei perioade de timp, din cauza consumului de tutun, în UE anual decedează circa 650 000 de persoane. Influența negativă se manifestă nu numai asupra fumătorilor activi, dar și a celor din preajma fumătorului, în special în spațiile închise (de regulă, femei și copii în condiții casnice, angajații în mediul ocupațional ș.a.). Din cauza fumatului pasiv, a treia parte dintre cei decedați au fost copiii expuși acțiunii fumului de țigară în condiții casnice. Fumatul, devenind practic o pandemie, a impus OMS, în anul 1987, să declare ziua de 31 Mai „Ziua Mondială fără Tutun”.

Fumatul reprezintă unul dintre cei 4 factori importanți cu impact asupra sănătății (alimentația nerațională, consumul de alcool, fumatul, insuficiența activităților fizice).

Fumul de la arderea tutunului prezintă un factor nociv deosebit pentru sistemul respirator, cel mai important factor de risc în apariția bolilor pulmonare obstructive (BROC), simptomele respiratorii principale ale acestora constituind dispneea, tusea și expectorația, respirația zgomotoasă (wheezing), durerile toracice. Plămânii sunt afectați de diverse substanțe prezente în fumul de țigară. Așa, acidul cianhidric și compușii săi sunt responsabili de afectarea cililor și plămânilor, conducând la apariția bronșitei și emfizemului, în principal, prin hipersecreția

glandelor bronhice și blocarea acțiunii de epurare ciliară. Oxizii de azot distrug plămâni, ducând la emfizem. Aparatul respirator este afectat, de asemenea, de așa substanțe ca formaldehida, amoniacul, acroleina, dioxidul de carbon. Din momentul stabilirii diagnosticului, durata supraviețuirii pentru 5-10 ani a fost apreciată la 50%, iar în formele grave de BROC șansele de supraviețuire sunt doar de 1-3 ani. În cazul femeilor fumătoare riscul de instalare a BROC este mai mare. În general, riscul de deces pentru fumătorii de peste 25 de țigări pe zi este de 20 de ori mai mare, decât al nefumătorilor. Fumatul este un factor etiologic în dezvoltarea astmului bronșic în copilărie, dar în mare măsură și la cei adulți în urma alterării funcțiilor celulare, eliberării mediatorilor pro-inflamatori etc. Trebuie menționat și faptul că astmul bronșic este tot mai des întâlnit nu numai la fumătorii curenți, dar și la foștii fumători. Și în acest caz, la femeile fumătoare, care suferă de astm bronșic, riscul de deces este mai mare. Expunea pasivă a fătului la fumat de către o femeie gravidă în timpul sarcinii crește riscul nou-născutului de a dezvolta astm în primii 3 ani de viață.

Există o relație „doză – răspuns”, între numărul de țigări fumate zilnic și riscul unei forme active de tuberculoză. Fumatul crește și riscul de deces prin tuberculoză. După R. Doll (1999), raportul între decesele fumătorilor bolnavi de tuberculoză și decesele bolnavilor de tuberculoză nefumători este de 2,8.

Substanțele cancerigene conținute în fumul de țigară (nitrozamine, hidrocarburi policiclice aromatice ș.a.), determină la o parte considerabilă de fumători efectul respectiv asupra aparatului respirator. Fumatul prezintă un factor de risc foarte important în apariția cancerului bronhopulmonar. Acest risc este și mai sporit la fumătorii bolnavi de tuberculoză. Rata deceselor din cauza cancerului bronhopulmonar crește odată cu sporirea numărului de țigarete fumate zilnic, stagiul de fumător, tipul și lungimea țigaretelor, adâncimea inhalației. Fumătorii de țigarete „light”, de regulă, au tendința de a spori numărul de țigarete fumate. La aceștia se constată și o inhalare mai profundă a fumului. Ca rezultat, părțile periferice ale plămânilor sunt mai puternic atacate, iar pe parcurs anume aici se poate dezvolta un adenocarcinom. Riscul de cancer pulmonar este mai scăzut la fumătorii de pipă, în comparație cu fumătorii de țigarete. Conform datelor din literatura de specialitate, această situație se explică prin faptul că în cazul fumătorilor de țigarete are loc o inhalare mai profundă a fumului. În schimb, fumătorii de pipă și țigări

mai des fac cancer de laringe și alte regiuni ale gâtului. Riscul cancerului laringian la femeile fumătoare este de 17,8 ori mai mare față de bărbați.

Sunt multiple efectele fumatului asupra sistemului cardiovascular: ateroscleroză, cardiopatie ischemică, hipertensiune arterială, infarct miocardic, tulburări de circulație în membrele inferioare (claudicația intermitentă) din cauza afectării vaselor sangvine. Până la 30% dintre decesele prin boli cardiovasculare pot fi atribuite fumatului. Riscul de moarte subită este de 2-4 ori mai mare la fumători în comparație cu nefumătorii. Substanțele din fumul de tutun, în primul rând nicotina, care stimulează formarea de catecolamine, provoacă o accelerare a ritmului cardiac. Aceasta duce la o creștere a nevoii în oxigen a inimii cu expunerea ei la ischemie. La fumători apar dureri anginoase, caracteristice cardiopatiei ischemice și infarctului miocardic. Cardiopatia este favorizată și de monoxidul de carbon, care acționează direct asupra metabolismului mușchiului cardiac. Claudicația intermitentă (șchiopătarea intermitentă, oprirea din mers, din cauza crampelor), cauzată de arteriopatia obliterantă, prezintă manifestarea insuficienței arteriale periferice la membrele inferioare, fiind o gravă consecință a aterosclerozei aortei abdominale și a vaselor sangvine ale membrelor inferioare. Arteriopatia obliterantă duce la gangrenă, amputații etc. Este important de avut în vedere și faptul că fumătorii cu maladii cardiovasculare nu au beneficiul scontat de la preparatele medicamentoase.

Printre multiplele efecte nefaste ale fumatului asupra organismului uman se regăsește și influența asupra sistemului imun. Fumatul duce la scăderea producerii de anticorpi, ceea ce agravează și aprofundează diverse afecțiuni cauzate de fumat, dar în primul rând infecțiile respiratorii cronice, ultimele devenind mai frecvente și mai severe.

Fumatul dăunează mult femeilor gravide și fătului, provocând avorturi spontane, diverse complicații în timpul nașterii, nașteri de copii morți, cu malformații, cu handicap psihic și fizic. La mamele fumătoare care alăptează copiii, pericolul constă în faptul că produșii toxici din tutun se regăsesc în laptele matern ceea ce face sugarii să suporte consecințele nefaste ale fumatului mamei.

Fumatul poate provoca și infertilitate. La femeile fumătoare gradul de fertilitate este cu 25% mai scăzut, atât din cauza scăderii concentrației hormonilor și altor substanțe importante în reproducere, cât și a diverselor substanțe din fumul de țigară care afectează direct zigotul în

timpul deplasării prin trompa uterină. La bărbații fumători numărul spermatozoizilor în spermă este mai scăzut, la fel și motilitatea lor, iar numărul spermatozoizilor cu anomalii este sporit.

Pe lângă fumătorii activi sau voluntari, consecințele acțiunii fumului pot fi constatate și la persoanele din preajma lor, la așa-numiții "fumători involuntari". Fumul degajat într-un spațiu închis, mai ales dacă țigara rămâne încă să fumege în scrumieră după ce fumătorul a abandonat încăperea, poate fi mai toxic decât cel care a fost inhalat de către fumător din cauza concentrației mai mari de substanțe nocive, deoarece fumul degajat în acest caz prezintă partea cea mai mare din fumul total. În acest aer, concentrația nicotinei poate fi de 2,7 ori mai mare, a fenolului – de 2,6 ori, a monoxidului de carbon – de 8,1 ori, iar a substanțelor cancerigene – de 10-39 ori.

Dependența de fumat este cauzată, în special, de nicotină și se manifestă prin câteva semne care pot apărea oricând pe parcursul a douăsprezece luni: 1) toleranța – nevoia tot mai mare de creștere a cantității de substanță pentru a atinge efectul dorit și prin scăderea efectului produs de aceeași cantitate de substanță; 2) sevrajul – se manifestă în absența substanței, în cazul dat a nicotinei, la întreruperea fumatului sau care se manifestă când aceeași substanță sau una asemănătoare este folosită pentru a ușura sau a evita simptomele de sevraj; 3) substanța este folosită în cantități mai mari sau pe o perioadă mai lungă de timp, decât inițial; 4) există o dorință persistentă sau eforturi nereușite de a renunța sau de a reduce numărul de țigări fumate; 5) o mare parte de timp este petrecută în activități necesare pentru obținerea tutunului, folosirea lui sau recuperarea cauzată de efectele acesteia; 6) timpul pentru activitățile sociale, ocupaționale sau recreaționale se reduce semnificativ; 7) consumul tutunului continuă în pofida conștientizării problemelor cauzate de acesta.

Problema tabagismului impune necesitatea conștientizării consecințelor dezastruoase ale fumatului în toate țările lumii acesta devenind o problemă prioritară de sănătate publică. OMS declară că milioane de vieți omenești pot fi salvate prin implementarea politicilor de prevenire a fumatului. Datorită implementării unor astfel de politici în unele țări (Canada, Islanda, Norvegia și a.) s-a reușit o reducere semnificativă a consumului de tutun. În fruntea clasamentului, în privința ponderii fumătorilor, se găsește Timorul de Est unde 61% din populația țării fu-

mează zilnic. La polul opus, cu doar 5%, se situează insulele Antigua și Barbuda.

Rata globală a prevalenței fumătorilor curenți este de 26,7%, fiind mai crescută la bărbați (37,4%), în comparație cu femeile (16,7%). Această rată a fost maximă la persoanele din grupa de vârstă 25-44 ani (36,3%) și minimă la persoanele de 65 ani și mai mult (7,6%), fiind puțin mai ridicată în mediul urban (28,4%), față de cel rural (24,5%). La nivel global cea mai mare pondere (43,1%) a fumătorilor au alcătuit-o cei care au început să fumeze la vârsta de 17-19 ani.

Pentru republica noastră consumul de tutun este, de asemenea, o problemă importantă de sănătate publică. În perioada septembrie 2013 – mai 2014, în Republica Moldova a fost efectuat Studiul național transversal privind factorii de risc pentru bolile netransmisibile. Rata totală a fumătorilor actuali (fumători zilnici și care fumează sporadic) de toate produsele din tutun a constituit 25,3% (23,4-27,2). Proporția bărbaților fumători (43,6%) a fost mult mai mare în comparație cu cea a femeilor fumătoare (5,6%). S-a atestat o creștere considerabilă a proporției fumătorilor în grupele de vârstă tinere, atât la respondenții bărbați, cât și femei. Nu a fost stabilită o diferență semnificativă statistic între rata bărbaților fumători actuali în funcție de mediul de rezidență, rural sau urban, prevalența fiind puțin mai ridicată printre populația din mediul rural (44,3% și 42,9%, respectiv). Diferența în prevalența fumatului la femei în funcție de mediul de rezidență, rural sau urban, a fost statistic semnificativă: 1,3% și 10,4%, respectiv. Proporția fumătorilor actuali zilnici și sporadici a fost mai mare în grupele de vârstă tinere (18-44 ani). Studiul a stabilit că în general bărbații au început să fumeze mai devreme decât femeile (vârsta medie 17,5 ani la bărbați și 19,5 ani la femei). Majoritatea fumătorilor (99%) folosesc țigarete fabricate. În medie, numărul țigaretelor fumate a fost de 16,7 (bărbații – 17,2, iar femeile – 11,4 țigarete) pe zi. Din numărul total al fumătorilor curenți au încercat să renunțe la fumat pe parcursul ultimului an 39,9% de bărbați și 34,7% de femei.

Studiul STEPS a scos în evidență și situația privind fumatul pasiv. Circa 16,5% dintre respondenți au fost expuși la fumul de tutun la domiciliu. Contrar așteptărilor, bărbații au fost expuși mai mult acestui factor decât femeile (17,3% și 15,7%, respectiv). O diferență semnificativă între sexe a fost stabilită și referitor la expunerea la fumul de tutun

la locul de muncă. Astfel, ponderea expunerii la fumul de tutun la locul de muncă a fost de 35% pentru bărbați și 17,2% pentru femei.

Studiul SDS, efectuat în Republica Moldova în anul 2005, a arătat că rata bărbaților fumători de țigarete a constituit 51,1%, iar cea a femeilor – 7,1%. Astfel se poate constata că politicile antitutun au avut un efect pozitiv în perioada anilor 2005-2014. Studiul SDS a stabilit, de asemenea, că prevalența fumatului printre femei a fost mult mai răspândită în mediul urban (14%), în comparație cu cel rural (2%). Printre bărbați, situația în funcție de mediul de rezidență, urban-rural, a fost inversă în comparație cu studiul STEPS 2013: 49% – în mediul urban și 53% – în cel rural. Trebuie menționat faptul că studiul SDS a fost efectuat la populația cu vârstele cuprinse între 15 și 59 de ani pentru bărbați și 15-49 de ani pentru femei. Dintre toți fumătorii curenți de ambele sexe 92% fumau zilnic. Ponderea fumătorilor zilnici printre bărbați a fost mai înaltă în comparație cu cea înregistrată printre femei (93% și 82,3% respectiv).

În urma unui studiu efectuat în 2012 pentru evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor (KAP) în cadrul campaniei naționale de comunicare, orientată spre actualii și potențialii consumatori de tutun referitor la efectele fumatului, s-a constatat că 2/3 din populație este conștientă că fumatul cauzează boli grave, precum cancerul, bolile de inimă, respiratorii, însă mai puțin de jumătate din respondenți cunosc daunele cauzate de fumatul pasiv.

Pentru clarificarea situației privind fumatul în rândurile elevilor, în 2013 în Republica Moldova a fost efectuat un studiu (GYTS 2013) în urma căruia s-a stabilit o prevalență a fumatului la elevi de 10,4%. În afara domiciliului erau expuși fumului de țigară mai mult de 4 din 10 elevi, iar mai mult de un sfert erau expuși la fumul de tutun la domiciliu.

Rezultatele unui studiu privind prevalența tabagismului și alcoolismului în Transnistria, efectuat în cadrul unui studiu pentru evaluarea cunoștințelor, atitudinilor, practicilor (Knowledge, Attitude and Practice sau pe scurt - KAP) sub egida și cu suportul reprezentanței OMS în RM, au fost raportate pe 25 și 26 februarie 2016 la Tiraspol. S-a constatat că fiecare al treilea locuitor al regiunii fumează, dintre care 90% fumează zilnic, 32% fumează zilnic 5-10 țigarete, iar 33% – câte 10-20. În rândul bărbaților prevalența fumatului era de circa trei ori mai mare față de fe-

mei (50% și 18%, respectiv). Chestionarea fumătorilor a scos la iveală că 79% dintre ei fumau tot atâtea țigări ca și cu 30 de zile în urmă.

Măsurile de combatere a fumatului

Situația existentă privind consecințele fumatului în toată lumea a impus OMS să ia o decizie globală în vederea ameliorării situației la nivel mondial. La 56-a Adunare Mondială a Sănătății din 21 mai 2003 a fost aprobată „Convenția cadru pentru controlul tutunului (CCCT)”. Partea a treia a Convenției, cu 9 articole, se referă la Măsurile legate de reducerea cererii de tutun. Articolul 6 prevede măsurile legate de preț și taxe pentru reducerea cererii de tutun, iar articolul 7 – aceleași măsuri de reducere, însă care nu sunt legate de preț și taxe. Articolul 9 conține normele referitoare la constituenții produselor ce conțin tutun, articolul 10 – normele referitoare la divulgarea informațiilor privitoare la produsele ce conțin tutun. Sunt expuse, de asemenea, măsurile legate de reducerea livrării de tutun, combaterea comerțului ilicit cu produse ce conțin tutun, vânzării articolelor de tutun către și de către minori, dar și acordarea de sprijin pentru activitățile alternative viabile din punct de vedere economic.

Poate fi menționat faptul că CCCT este primul tratat internațional la nivel mondial privind sănătatea publică. În felul acesta a fost recunoscut pericolul, care poate fi cauzat de produsele din tutun și de companiile producătoare. Convenția Cadru pentru Controlul Tutunului își propune să protejeze generațiile prezente și viitoare de consecințele devastatoare ale consumului de tutun, dar și ale expunerii la fumul de tutun asupra sănătății, vieții sociale, mediului și economiei. Tratatul, aprobat de 192 de țări, inclusiv Comunitatea Europeană, a fost elaborat după patru ani de negocieri și discuții între membrii OMS și a intrat în vigoare la 27 februarie 2005. Parlamentul Republicii Moldova a ratificat CCCT prin Legea nr.124-XVI din 11 mai 2007. Strategiile de combatere a tabagismului și alcoolismului, ca factori foarte importanți de risc pentru maladiile netransmisibile la nivel global, sunt elucidate și în „Planul global de acțiuni pentru prevenirea și controlul maladiilor netransmisibile pentru anii 2013 – 2020”.

Până la aprobarea la nivel mondial a Convenției menționate, în UE erau deja adoptate anumite acte legislative pe problema tutunului și fumatului.

În baza CCCT, Parlamentul și Consiliul European au adoptat, la 3 aprilie 2014, Directiva 2014/40/UE privind apropierea actelor cu putere de lege și a actelor administrative ale statelor membre în ceea ce privește fabricarea, prezentarea și vânzarea produselor din tutun și a produselor conexe. Această nouă Directivă obligă toate statele membre ale UE să implementeze prevederile CCCT. Unele prevederi ale Directivei 2001/37/CE, abrogate la general, au rămas, totuși, în vigoare. De exemplu, au rămas în vigoare limitele maxime admise pentru cantitățile de gudron, nicotină și monoxid de carbon din țigarete, stabilite de Directiva 2001/37/CE, însă acestea ar trebui să fie aplicabile și pentru țigaretelile exportate din UE. Noua Directivă propune ca pentru măsurarea emisiilor de gudron, nicotină și monoxid de carbon ale țigaretelor („nivelurile emisiilor”) să fie utilizate ca referință standardele ISO relevante, recunoscute la nivel internațional, iar procesul de verificare să fie protejat împotriva influențelor din partea industriei tutunului prin recurgerea la laboratoare independente, inclusiv la laboratoare de stat și la cele din alte state-membre. Directiva încurajează cercetările în vederea analizei și stabilirii normativelor pentru alte substanțe din fumul de la arderea tutunului. Este indicată și necesitatea excluderii diferitor aditivi, care anihilează aroma caracteristică tutunului, mai ales dacă aceasta se face în scopul creării impresiei că noua aromă ar avea beneficii pentru sănătate. Aceasta nu înseamnă excluderea completă a unor aditivi individuali, dar obligă producătorii să reducă aditivii astfel încât aceștia să nu mai determine o aromă caracteristică.

Directiva conține niște poziții clare în privința ambalării și etichetării produselor din tutun. În corespundere cu pozițiile CCCT, se recomandă avertismente ilustrate de dimensiuni mari pe ambele fețe principale, informații obligatorii referitoare la renunțare și reguli stricte referitoare la informațiile înșelătoare. Documentul avertizează și în privința unor inscripții de pe pachetele de țigarete, care ar putea duce în eroare consumatorii, ca de exemplu, „ușoare”, „ultraușoare”, „slabe”, „naturale” etc., s.a., care ar sugera diverse beneficii ca, de exemplu, slăbitul, eleganța ș.a. Directiva atenționează asupra posibilităților de încălcare a cerințelor legislative în cazul vânzărilor transfrontaliere a produselor din tutun.

În document sunt enumerate și anumite cerințe față de țigaretelile electronice. De exemplu, se recomandă de introdus pe piață doar lichidul pentru astfel de țigarete, unde concentrația de nicotină nu depășește

20 mg/ml, deoarece această concentrație permite o administrare a nicotinei comparabilă cu doza permisă, obținută dintr-o țigaretă standard. Numai țigaretetele electronice, care administrează în mod constant dozele de nicotină, pot fi permise pe piață.

În Republica Moldova, într-o serie de documente, este abordată problema fumatului, precum Hotărârea nr. 886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate, capitolul X al căreia are denumirea de „O societate fără tutun, alcool și droguri”. În articolul 95 se menționează că „Prevenirea și combaterea fumatului, consumului abuziv de alcool și consumului ilicit de droguri – trei factori comportamentali de risc sporit pentru sănătate – vor fi realizate prin intermediul implementării măsurilor complexe intersectoriale”. Articolele 96-102 au atribuție directă la combaterea tabagismului. În articolul 96 se prevede introducerea de tehnologii performante la fabricarea produselor din tutun în scopul micșorării conținutului de substanțe nocive în produsele din tutun, iar în art. 97 se stipulează că protecția împotriva expunerii la fumul de tutun la locul de muncă, în mijloacele de transport public și în incinta localurilor publice va deveni o responsabilitate sancționată. Va fi interzisă publicitatea de orice tip a articolelor de tutun – vizuală, audio inclusiv organizarea diverselor loterii cu premii și inițiative de sponsorizare a activităților sportive de masă sau artistice (art. 98), iar inscripțiile de avertizare, plasate obligatoriu pe ambalajele articolelor de tutun, vor fi modificate și ajustate la prevederile CCCT (art. 99). Conform articolului 100 se planifică fortificarea legislației privind interzicerea comercializării articolelor de tutun minorilor. În penultimul articol se subliniază că reușita va depinde de realizarea parteneriatului dintre părțile interesate, iar ultimul articol prevedea, că intențiile de abandonare a fumatului vor fi susținute prin diverse mecanisme de motivare din partea patronilor, sindicatelor.

Alt document, unde se pune problema combaterii tabagismului, este „Programul Național de Promovare a Sănătății pentru anii 2016-2020”, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1000 din 23 august 2016. În Program se subliniază că stilul de viață nesănătos și comportamentele riscante, inclusiv consumul de tutun, de droguri, consumul abuziv de alcool ș.a. afectează nu doar sănătatea, dar și calitatea vieții. Articolul 14 al acestui document declară că „fumatul este un factor de risc major pentru sănătate”. În legătură cu cele expuse în Planul de Acțiuni al Programului menționat Obiectivul specific nr. 1 preve-

de „Modificarea atitudinii și îmbunătățirea cunoștințelor în domeniul promovării sănătății la adulți cu cel puțin 30%, la adolescenți și tineri cu cel puțin 50% către anul 2020”, inclusiv prin reducerea consumului de tutun și alcool.

O importanță deosebită în combaterea tabagismului în Republica Moldova o are Legea nr.124 din 29 mai 2015 numită „Lege privind controlul tutunului” prin care a fost modificată Legea nr. 278 din 14.12.2007 cu privire la tutun și la articolele din tutun. „Legea privind controlul tutunului” a fost elaborată în conformitate cu cerințele CCCT și Directivei 2014/40/UE și este considerată un act legislativ foarte important din domeniul sănătății publice în cea ce privește asigurarea unui grad mai înalt de protecție a sănătății populației. Prin această Lege sunt asigurate de către stat condițiile necesare pentru protejarea sănătății populației de consecințele consumului produselor de tutun, dar și de expunerea la fumul de tutun. Pentru realizarea obiectivului scontat „O societate liberă de tutun”, este necesar efortul comun al autorității publice centrale, celor locale, societății civile și, în general, al populației Republicii Moldova.

Începând cu 17.09.2015 au intrat în vigoare principalele prevederi ale Legii: 1) privind definițiile și noțiunile principale; 2) nivelele emisiilor de gudron, nicotină și monoxid de carbon; 3) raportarea informației privind produsele din tutun; 4) prezentarea produselor din tutun; 5) notificarea produselor din tutun și produselor conexe – produsele din plante pentru fumat și produsele care conțin nicotină, inclusiv țigăretele electronice; 6) comercializarea produselor din tutun și a produselor conexe; 7) prevenirea accesului minorilor la produsele din tutun și la produsele conexe; 8) privind retragerea licenței; 9) supravegherea consumului de produse din tutun și a expunerii la fumul de tutun; 10) măsurile de reducere a dependenței de tutun și stimularea renunțării la fumat; 11) măsurile de colaborare intersectorială; 12) răspunderea pentru încălcarea prezentei legi cu modificările efectuate.

În articolul 2 al Legii sunt date explicații la 45 de noțiuni întâlnite în continuare în Lege, de exemplu:

- *avertisment de sănătate* – orice avertisment privind efectele adverse asupra sănătății umane ale produsului sau alte consecințe nedorite ale consumului acestuia, inclusiv avertismentele sub formă de text, avertismentele de sănătate combinate, avertis-

mentele generale și mesajele de informare, în conformitate cu prezenta lege;

- *avertisment de sănătate combinat* – avertisment de sănătate care constă din combinarea unui avertisment textual cu o fotografie sau altă ilustrație corespunzătoare;
- *tutun de rulat* – tutun, care poate fi utilizat pentru confecționarea țigaretelor de către consumatori sau la punctele de vânzare cu amănuntul;
- *țigarete* – ruloouri de tutun, care pot fi fumate ca atare, altele decât trabucurile și țigările de foi, și ruloouri de tutun care, prin simpla mânăuire neindustrială, se introduc sau se înfășoară în tuburi din hârtie de țigarete;
- *țigaretă electronică* – produs care poate fi folosit pentru consumul de vapori ce conțin nicotină prin intermediul unui muștiuc sau orice componentă a acestui produs, inclusiv un cartuș, un rezervor și dispozitivul fără cartuș sau rezervor. Țigaretelile electronice pot fi de unică folosință, pot fi reumplute prin intermediul unui flacon de reumplere ori rezervor sau pot fi reîncărcate cu cartușe de unică folosință.

În Lege sunt specificate nivelurile emisiilor de gudron, nicotină și monoxid de carbon pentru țigaretelile cu și fără filtru. Astfel, pentru cele cu filtru nivelurile maxime ale gudronului, nicotinei și monoxidului de carbon pentru o țigaretă se permit, respectiv, de 10, 1 și 10 mg, iar pentru țigaretelile fără filtru până la 1 ianuarie 2020 nivelurile permise sunt de 13, 1,1 și 14 mg.

Conform Legii, pe fiecare pachet de produse din tutun trebuie să fie plasate avertismente de sănătate în limba de stat. Utilizarea de către producători și vânzătorii cu amănuntul a produselor din tutun, ambalajelor, pungilor, învelitorilor, cutiilor, a oricărui alt obiect sau lipirea timbrelor de acciz într-un mod care ascunde, total sau parțial, ori întrerupe avertismentele de sănătate sau elementele componente ale acestora este interzisă. Avertismentele de sănătate se încadrează într-un chenar negru cu lățimea de 1 mm. Ele includ avertismentul general „Fumatul ucide. Renunță acum!” și mesajul de informare „Fumul de tutun conține peste 70 de substanțe ce cauzează cancer” și să acopere 30% din suprafețele pe care sunt imprimate. Avertismentele de sănătate combinate sunt compuse dintr-un avertisment textual menționat și o imagine color corespunzătoare și trebuie să acopere 65% din aria externă a feței ante-

rioare și posterioare ale pachetului Avertismentele textuale sunt diferite, de exemplu: 1) Fumatul cauzează 9 din 10 cancere pulmonare; 2) Fumatul cauzează atacuri de inimă ș.a.

Concomitent cu noua Lege intră în vigoare și modificările în domeniul controlului tutunului și la alte acte legislative: 1) Legea nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală; 2) Codul contravențional al Republicii Moldova nr. 218-XVI din 24 octombrie 2008; 3) Legea nr. 10-XVI din 3 februarie 2009 privind Supravegherea de Stat a Sănătății Publice; 4) Legea nr. 320 din 27 decembrie 2012 cu privire la activitatea Poliției și statutul polițistului. Alte prevederi ale Legii au intrat sau vor intra în vigoare mai târziu. Așa, prevederea privind publicitatea și promovarea prin sponsorizare a produselor din tutun, precum și modificările la Legea nr. 1227-XIII din 27 iunie 1997 cu privire la publicitate a intrat în vigoare la 1 ianuarie 2016, iar cerințele Legii privind reglementarea ingredientelor, etichetarea, aplicarea avertismentelor combinate cu pictograme au intrat în vigoare din 1 ianuarie 2018.

Documentul impune reguli foarte dure pentru producătorii și importatorii de produse din tutun. De exemplu, este prevăzută interzicerea: a) țigaretelor cu arome; b) publicităților și promovării produselor din tutun; c) pictogramelor pe produsele din tutun; d) fumatului în locurile publice; e) expunerii produselor din tutun la punctele de vânzare; f) industriei de la consultări în procesul legislativ; g) implicării companiilor de tutun în viața comunității, prin sponsorizări.

Publicitatea și fumatul în spațiile publice sunt interzise în totalitate. De asemenea, ar urma să fie interzise folosirea de culori aprinse și caracteristicile „lights”, „slim”, „superslim”, „mild” care creează falsa impresie că unele țigări sunt mai puțin dăunătoare.

Principalele modificări, care țin de interzicerea fumatului în spații închise și semiînchise, au intrat în vigoare la 31 mai 2016. Prin Lege este interzis fumatul atât în stațiile de transport public, cât și la distanța de 10 m de acestea, pe stadioane și arene în timpul diferitor evenimente. Prevederile țin și de interzicerea oricărei forme de comercializare a țigărilor minorilor, inclusiv comercializarea online. În 2016 a intrat în vigoare prevederea privind interzicerea totală a publicității la țigări, iar începând cu 1 ianuarie 2018 producătorii de țigări sunt obligați să publice pe pachetele de țigări avertisări despre dauna fumatului, însoțite de pictograme. Toate produsele de tutun, inclusiv produsele noi de tutun și

produsele conexe plasate pe piață trebuie să corespundă prevederilor prezentei Legi. Totodată, se interzice orice contribuție voluntară a industriei tutunului la diferite acțiuni. Cei care vor încălca Legea riscă să fie sancționați cu amenzi destul de mari, de exemplu, se aplică prevederile Legii privind retragerea licenței, supravegherea consumului de tutun și a expunerii la fumul de tutun. Sunt aplicate măsuri de reducere a dependenței de tutun. Totodată se recomandă stimularea renunțării la fumat.

Legea nr. 10 din 03.02.2009 privind Supravegherea de Stat a Sănătății Publice, din momentul aprobării de către Parlamentul RM a inclus în activitățile de bază combaterea tabagismului, abuzului de alcool și narcomaniei. Referitor la problema combaterii tabagismului, în Legea nr. 10 se stipulează că în domeniul controlului tutunului Centrul Național de Sănătate Publică asigură: 1) fundamentarea politicilor publice în domeniul controlului tutunului, elaborarea proiectelor de regulamente sanitare, metodologii și alte acte privind protecția sănătății populației față de consecințele consumului produselor din tutun și ale expunerii la fumul de tutun; b) colectarea, analiza și difuzarea informațiilor despre circulația tutunului; c) evaluarea riscului consumului produselor din tutun și expunerii la fumul de tutun și comunicarea acestuia Ministerului Sănătății și altor autorități, precum și populației; d) verificarea conformității informațiilor/rapoartelor prezentate de agenții economici; e) colectarea și evaluarea notificărilor referitoare la produsele noi din tutun sau la produsele din tutun cu compoziția modificată.

În problema controlului tutunului SSSSP a obținut noi drepturi, în special dreptul să verifice respectarea legislației privind importul, producerea, ambalarea, etichetarea, inclusiv aplicarea avertismentelor de sănătate pe produsele din tutun, și comercializarea produselor din tutun și să aplice sancțiuni în conformitate cu legislația în vigoare.

Concomitent specialiștii SSSSP vor verifica afișarea simbolului unic de interdicere a fumatului, respectarea legislației privind interzicerea: a) publicității în favoarea produselor din tutun; b) plasării pe piață a altor produse din tutun decât produsele din tutun pentru fumat, a produselor care conțin nicotină adăugată în cantități mai mari decât cele prevăzute de legislația privind controlul tutunului, a produselor alimentare care conțin nicotină, a produselor din plante pentru fumat; c) prezentării produselor alimentare, jucăriilor și a altor produse care fac asociere cu produsele din tutun; d) utilizării denumirilor mărcilor comerciale ale

produselor din tutun la promovarea altor produse sau servicii, precum și invers; e) utilizării accesoriilor pentru fumat (scrumiere, brichete) în scopul promovării produselor din tutun; f) comercializării jucăriilor, produselor alimentare și a altor produse, care fac asociere cu produsele din tutun; g) expunerii vizibile a produselor din tutun în spațiile comerciale accesibile publicului; h) fumatului în spațiile publice închise și semiînchise, la locurile de muncă, în spațiile publice deschise administrate de instituțiile medico-sanitare, de învățământ, autoritățile publice centrale și locale, inclusiv pe teritoriile aferente acestora, în raza de 10 m de la intrarea în spațiile publice închise și la locurile de muncă, de la ferestrele, care se deschid și de la locurile/instalațiile de captare a aerului pentru spațiile publice închise și pentru locurile de muncă. SSSSP are dreptul să preleveze contra cost probe de tutun și de produse din tutun pentru verificarea conformității, să înainteze propuneri către organul de licențiere în vederea retragerii licenței pentru importul, fabricarea și comercializarea angro a produselor din tutun.

Impactul implementării depline a Legii menționate va fi benefic pentru populația RM deoarece va contribui la: 1) creșterea nivelului de protecție a sănătății populației de dauna cauzată de fumul de tutun; 2) consolidarea capacităților naționale de control în domeniul tutunului; 3) prevenirea mortalității premature, dezabilității și incapacității temporare de muncă; 4) reducerea costurilor pentru tratamentul bolilor, cauzate de consumul produselor din tutun, dar și a bolilor, cauzate de expunerea la fumul de tutun; 5) sporirea ponderii persoanelor, care posedă cunoștințe despre daunele tutunului și crearea unui climat sănătos în rândurile populației; 6) scăderea ponderii bolilor netransmisibile.

Combaterea fumatului trebuie efectuată nu numai prin măsuri statale, dar și prin activitatea de promovare a sănătății în colectivități și chiar la nivel individual. De exemplu, unei persoane sau unui grup de persoane pot fi recomandate diverse sfaturi. Unul dintre sfaturi ar fi ca persoana fumătoare să-și stabilească clar motivele pentru care ar dori să se lase de fumat. Aceste motive ar trebui să fie foarte importante din punctul de vedere al păstrării sau restabilirii sănătății. Mai mult ca atât, ele pot fi chiar tipărite și lipite undeva, de exemplu, în bucătărie, amintindu-i în permanență persoanei respective despre necesitatea abandonului fumatului. Deoarece deseori persoanelor fumătoare nu le ajunge voință pentru a abandona fumatul se pot adresa la alte persoane, de exemplu, ar putea primi sprijin și sfaturi de la prietenii sau persoanele

cunoscute, care deja au trecut prin această experiență și s-au lăsat de fumat. În cazul când persoana, care și-a pus scopul să abandoneze fumatul, simte că cedează, trebuie să fie sfătuită să-și reamintească motivele, pentru care dorește să renunțe la fumat. Persoana respectivă poate fi sfătuită să-și aleagă pentru realizarea deciziei sale o perioadă mai ușoară, să facă mai multă mișcare în acest timp. De multe ori persoana, care încearcă să se lase de fumat, simte nevoia de a fuma măcar o țigară. Pentru a micșora într-o anumită măsură această dorință poate fi recomandat să se spele mai des pe dinți. În unele cazuri poate fi recomandată micșorarea graduală a numărului de țigarete fumate zilnic. Dacă este vorba de o persoană tânără, care are copii mici, persoana respectivă trebuie să conștientizeze faptul că copilul va urma exemplul părintelui, iar ca rezultat pot apărea consecințe grave pentru sănătate. În activitatea de promovare a sănătății privind profilaxia și combaterea fumatului pot fi propuse și multe alte recomandări în situații reale.

II. Alcoolismul și măsurile de combatere

Băuturile alcoolice au fost folosite în toată lumea încă din timpuri străvechi. Această afirmație se bazează pe unele consemnări privind consumul alcoolului de vechile civilizații încă de prin anul 6000 î.Hr. Producerea vinului își are originea în Orientul Mijlociu, unde vița-de-vie dădea roade fără îngrijiri speciale. Unul dintre cei mai populari zei egipteni, Osiris, era considerat primul cultivator al viței-de-vie și primul producător al berii. Manifestările religioase ale vechilor egipteni și ale asirienilor includeau petreceri, la care se consumau băuturi alcoolice și care durau zile în șir. În Grecia antică nu se obișnuia consumul exagerat de alcool înaintea apariției noului zeu Dionysos, acesta fiind considerat zeu al viței-de-vie și al petrecerilor. Răul, provocat de abuzul de alcool, nu a întârziat. De exemplu, filosofii greci Socrate și Plato recomandau cumpătarea și incriminau abuzul de alcool. Romanii au fost familiarizați cu vinul de grecii antici. Dionysos devenise Bachus la romani și în cinstea lui au apărut sărbătorile bahice care se deosebeau prin manifestări de o amploare necunoscută până la acea vreme, nu numai prin consumul exagerat de băuturi alcoolice, dar și prin excese alimentare, diferite orgii etc.

Alcoolul etilic (C_2H_5OH) se absoarbe ușor din tubul digestiv, încă din cavitatea bucală. De exemplu, prin mucoasa gastrică se absorb circa 20% din alcoolul ingerat. Prezența alimentelor în stomac încetinește absorbția acestuia. Alcoolul, luat pe stomacul gol, este absorbit foarte repede. Cu cât este mai diluat alcoolul, cu atât mai lent este absorbit. Dioxidul de carbon accelerează acest proces. O parte de alcool este degradat de enzimele sucului gastric și, ca rezultat, nu intră în fluxul sanguin. O mică parte de alcool (nu mai mult de 5%) este eliminată din corp prin transpirație, urină și respirație, iar cea mai mare se absoarbe din intestinul subțire. Etanolul ușor trece prin membrana celulară a tuturor țesuturilor. Nivelul concentrației de alcool în țesuturi depinde de conținutul apei în ele. De exemplu, concentrația alcoolului în țesuturile creierului este de 1,5-2 ori mai înaltă, decât în alte țesuturi. Întrucât metabolizarea alcoolului are loc, în special, în ficat, în acest organ concentrația lui este destul de înaltă.

Metabolismul alcoolului în organism are loc în trei etape, fiind descompus de diferite enzime. La prima etapă, după ingerare, alcoolul este transformat (oxidat) în acetaldehidă sub influența fermentului alcooldehidrogenaza. În cea de a doua etapă acetaldehida, o substanță toxică pentru organism și care determină anumite simptome ale intoxicației alcoolice, este transformată (oxidată) sub influența fermentului aldehyd-dehidrogenaza în acetat. În calitate de coenzimă la ambele etape ale metabolizării alcoolului, care are loc doar în ficat, participă nicotinamididnucleotida. Capacitatea ficatului în privința metabolizării alcoolului nu este nelimitată. Ficatul omului sănătos are o viteză constantă de metabolizare a alcoolului: 85-100 mg/kg/h. Cafeaua, ceaiul, diverse băuturi energizante nu sunt în stare să accelereze procesul de metabolizare. A treia etapă, care poate avea loc în diverse țesuturi, este descompunerea acidului acetic în dioxid de carbon și apă.

Concentrația alcoolului în sânge determină gradul de intoxicație. Un nivel de alcool în sânge de 0,05% poate deja provoca scăderea percepției și pierderea coordonării mișcărilor. În cazul concentrației de 0,1% are loc încetinirea cu 15 -25% a răspunsului la întrebările puse și cu 32% scade sensibilitatea văzului și auzului. La concentrația de alcool în sânge de 0,25% apar amețeli și deteriorarea severă a coordonării mișcărilor. Semnele clare ale stării de ebrietate, inclusiv dificultăți în vorbire, apar la concentrația alcoolului în sânge de 0,2%, iar la concentrația de 0,35% apare o stare de anestezie chirurgicală și scăderea temperaturii cor-

pului. Concentrațiile de 0,4% și mai mult duc la stare de comă și la decese. Moartea survine în cazul concentrației de alcool în sânge de 0,6-0,7%.

Conform rezultatelor unui studiu realizat de OMS în anul 1998, Republica Moldova s-a plasat pe unul dintre primele locuri în Europa după cantitatea de alcool consumată de către o persoană matură. În anul menționat, în RM erau înregistrate circa 48000 de persoane afectate de alcoolism cronic, dintre care circa 7200 erau femei. În urma analizei situației privind consumul de alcool în perioada anilor 2011-2015 în 196 de țări, specialiștii OMS au constatat că Republica Moldova ocupă unul dintre primele locuri în lume.

Obiceiurile de consum a alcoolului, frecvența consumului și riscurile asociate au fost studiate în republica noastră în funcție de sex, vârstă și mediul de rezidență al respondenților antrenați în studiul STEPS din 2013. Pe parcursul a 30 de zile, în medie 61,9% din toți respondenții cu vârstele cuprinse între 18 și 69 de ani au consumat alcool. Proporția bărbaților (69,8%) a fost semnificativ mai înaltă în comparație cu cea a femeilor (53,5%). Datele obținute au arătat o scădere a consumului de alcool în Republica Moldova în comparație cu rezultatele studiului SDS din anul 2005. Conform STEPS din 2013, în ultimele 30 de zile prevalența consumatorilor de alcool de către ambele sexe în mediul rural a fost mai mare față de cea din mediul urban.

Conform datelor studiului efectuat în anul 2012 de OMS în 194 de țări ale lumii și publicate în 2014, în toată lumea în anul respectiv au decedat 3,3 milioane de persoane din cauza diverselor maladii și traumatisme cauzate de consumul de alcool, ceea ce a constituit 5,9% din toate decesele (7,6% bărbați și 4,0% femei). În septembrie 2016, OMS a constatat că în Europa erau cei mai mulți mari băutori de alcool față de toate celelalte regiuni ale lumii. Numărul cazurilor de decese în urma maladiilor legate de consumul băuturilor alcoolice (maladii cardiovasculare, ciroză hepatică, cancer, traumatisme) era direct proporțional cu cantitatea alcoolului consumat. A fost constatată o mare diferență în prevalența deceselor cauzate de maladiile menționate în diferite părți ale Europei. De exemplu, în țările Europei de Est prevalența deceselor este de 7 ori mai mare față de țările din Regiunea Mediteraneană. În această regiune prevalența deceselor, cauzate de consumul excesiv de alcool, a fost în ultima perioadă de 197, iar în țările Europei Răsăritene – de 1424/1000000 de populație. În medie, în Europa prevalența deceselor

cauzate de maladiile apărute în urma consumului de alcool a fost de 527/1 000 000 de populație.

Alcoolismul, cunoscut încă și sub denumirea de „etilism”, prezintă o intoxicație alcoolică cronică, o stare patologică determinată de consumul excesiv de alcool. Termenul „alcoolism” a fost folosit pentru prima dată de către medicul suedez Magnus Huss în anul 1849. Până atunci, dar și după aceasta, practic până la începutul sec. XX, se folosea termenul „dipsomanie”. Alcoolismul este manifestarea conștientă sau inconștientă prin care individul își caută satisfacerea nevoii de a consuma alcool, indiferent de mijloace sau consecințe, pentru evitarea sevrajului sau stărilor psihice neplăcute.

Profesorul american Elvin Morton Jellinek a propus o clasificare a fazelor sau formelor de alcoolism: 1) *alcoolismul alfa* (faza prealcoolică) – alcoolul este consumat ocazional, iar ulterior constant în scopul ameliorării unui conflict intrapsihic și când nu se ajunge la dependență fizică; 2) *alcoolismul beta*, când consumul abuziv de alcool are la bază obiceiurile socioculturale; 3) *alcoolismul gamma* – are loc pierderea controlului asupra cantității de alcool consumate, neglijarea îndatoririlor sociale și familiale (psihopatizare); 4) *alcoolismul delta* – se înregistrează perioade de intoxicație prelungite ce favorizează degradarea treptată a personalității, până la apariția demenței și psihozelor alcoolice, dependența fizică fiind foarte puternică nu mai permite abandonarea consumului nici pentru una-două zile; 5) *alcoolismul epsilon* (dipsomania) – forma cea mai grea a alcoolismului manifestată prin consum de alcool periodic, însă în cantități exagerate timp de câteva zile cu debut și final brusc și cu intervale libere poate chiar luni de zile.

În Republica Moldova, conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate, numărul persoanelor cu alcoolism într-o perioadă de 5 ani (2011-2015) a fost, în medie, de 46652,8 (de la 46569 în 2011 până la 46741 pacienți în 2015, mai mare fiind în anul 2012 constituind 46885 pacienți). La 100 000 de populație prevalența a fost de la 1308,1 în 2011 până la 1315,1 în 2015, iar în 2012 – 1317,2. Prevalența la 100 000 de populație a fost de fiecare dată mai înaltă în Zona de Centru a republicii – de la 1427,7 în 2011 până la 1442,9 în 2015. Totodată prevalența psihozelor alcoolice la 100 000 de populație în perioada menționată a fost, în general, în descreștere (22,5; 18,6; 16,2; 19,9 și 17,6).

Consumul de alcool este determinat atât de dependența fizică, cât și de cea psihică. Consumul necontrolat și exagerat de alcool are reper-

cusuni grave nu numai asupra sănătății, dar și a poziției sociale a persoanei. Ca și în cazul altor dependențe, alcoolismul este considerat o boală prevenibilă și tratabilă. Dependența de alcool include următoarele patru simptome: 1) nevoia necontrolată de a consuma alcool; 2) incapacitatea sau pierderea controlului de a se limita la un pahar de băutură cu o anumită ocazie; 3) dependență psihică manifestată prin simptome provocate de abținerea de la alcool (amețeli, greață, anxietate, tremurături, transpirație abundentă); 4) toleranța – nevoia de a spori cantitatea de alcool consumată pentru a-i simți efectele.

Simptomele dependenței mai sunt divizate în semne ale dependenței psihice și celei fizice. Semnele dependenței psihice sunt următoarele: 1) stările de indispoziție (frustrare, anxietate, stări depresive); 2) planificarea consumului; 3) memoria momentelor plăcute; 4) în cazurile de situații stresante (decesul unei persoane apropiate, boală, divorț, pierdere sau chiar câștig etc.) persoana dependentă se gândește imediat la consumul de alcool.

Semnele dependenței fizice sunt următoarele: 1) în lipsa consumului de alcool apare tremurul mâinilor și palmelor; 2) dificultăți de coordonare a mișcărilor, probleme de echilibru; 3) cefalee, hipertensiune, probleme cardiace; 4) tulburări ale somnului.

Semnele dependenței atât psihice, cât și fizice dispar sau se ameliorează după ce persoana consumă băutură alcoolică. Deci, alcoolismul este o boală progresivă, o boală fizică și spirituală, marcată de obsesia de a profita în pofida răului produs de consumul de alcool.

La întreruperea consumului se instalează „sevrăjul etanolic” care, în funcție de severitatea simptomelor și momentul apariției, poate fi clasificat în 4 faze sau categorii:

1) sevrăjul etanolic minor (tremur) – apare în 6-12 ore de la ultimul consum și se manifestă prin tremur, anxietate, grețuri, vărsături și insomnie;

2) sevrăjul etanolic major (halucinații) – apare în 10-72 ore de la ultimul consum și se manifestă, în primul rând, prin halucinații tactile, auditive și vizuale. Prezența halucinațiilor este un factor predictor privind posibilitatea apariției unei stări foarte serioase numită *delirium tremens* (DT). În afară de halucinații, în acest stadiu apare și un tremur al întregului corp, vărsături, diaforeză și hipertensiune;

3) convulsiiile – apar în 6-48 de ore la pacienții care în mod normal nu au convulsii, prezintă o electroencefalografie (EEG) normală și se

caracterizează prin crize tonico-clonice generalizate cu perioada *postictus* scurtă. Aproximativ 40% dintre pacienții cu sevraj etanolic au crize izolate, iar 3% evoluează spre *status epilepticus*. Circa 1/3 dintre pacienții cu sevraj și convulsii evoluează spre *delirium tremens* (DT);

4) DT este cea mai severă complicație a sevrajului etanolic și se manifestă, în general, la 48-96 ore de la întreruperea consumului de alcool. Majoritatea semnelor clinice, care apar în DT, sunt similare celor din sevrajul necomplicat, însă diferă ca severitate: tremor, instabilitate vegetativă (hipertensiune și tahicardie), agitație psihomotorie, stare confuzională, halucinații, febră.

Strategia globală pentru reducerea consumului nociv de alcool a fost adoptată în anul 2010 prin rezoluția WHA 63.13 a Adunării Mondiale a Sănătății. Prin această rezoluție statele membre ale OMS au fost îndemnate să adopte și să pună în aplicare strategia menționată, iar Directorul General al OMS a fost solicitat să ofere prioritate sporită acestei chestiuni prin organizarea de acțiuni concrete, iar după necesități să acorde și asistența necesară.

Cele 10 domenii ale strategiei globale pentru anii 2012-2020 sunt următoarele: 1) management, conștientizare și angajare; 2) răspuns din partea serviciilor de sănătate; 3) acțiunea comunitară și la locul de muncă; 4) politici și contramăsuri la conducerea autovehiculelor în stare de ebrietate; 5) accesul la alcool; 6) comercializarea de băuturi alcoolice; 7) politicile de stabilire a prețurilor; 8) reducerea consecințelor negative ale consumului de alcool și intoxicației cu alcool; 9) reducerea impactului asupra sănătății publice a alcoolului ilicit și a celui produs în mod artizanal; 10) monitorizare și supraveghere.

OMS sprijină statele membre în diverse probleme legate de sănătate, inclusiv în problema promovării sănătății, diferitor acțiuni privind combaterea alcoolismului, fumatului și altor acțiuni îndreptate spre îmbunătățirea sănătății publice. Dată fiind situația cu consumul de alcool în Europa, încă în 1992 a fost aprobat un Plan de acțiune al OMS pentru această regiune în problema combaterii alcoolismului. Actualul Plan de acțiune european pentru reducerea consumului nociv de alcool pentru anii 2012-2020 a fost aprobat de state membre ale Uniunii Europene în cadrul Comitetului Regional pentru Europa, în septembrie 2011, la Baku, Azerbaidjan. În acest Plan sunt propuse o serie de opțiuni pentru toate cele 10 domenii ale Strategiei globale de reducere a consumului nociv de alcool menționate. Acesta include o gamă largă de politici și

programe care pot fi puse în aplicare fără costuri mari. Realizarea acestor politici și programe va asigura reducerea semnificativă a consumului nociv de alcool, promovarea sănătății și bunăstării populației, creșterea productivității muncii, creșterea demografică, fortificarea sănătății pe parcursul întregului curs al vieții, de la naștere până la bătrânețe. Planul de acțiune este strâns legat și cu noua politică europeană de sănătate – Sănătate-2020, în cadrul căreia bolile netransmisibile și factorii de risc ale acestora sunt o prioritate pentru OMS în același interval de timp 2012-2020.

În Republica Moldova problema combaterii alcoolismului este abordată într-o serie de documente statale precum Hotărârea Guvernului RM nr. 886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate, în special capitolul X „O societate fără tutun, alcool și droguri”, articolele 103-109. Conform documentului citat se preconiza ca controlul consumului abuziv de alcool să fie realizat prin continuarea combaterii oricărei forme de comerț ilicit cu produse alcoolice, inclusiv contrabanda, fabricarea ilicită și circulația articolelor contrafăcute. În scopul descurajării conducerii autovehiculelor sub influența alcoolului, documentul prevedea continuarea implementării unor măsuri legislative, cu aplicarea gradată a pedepselor în funcție de nivelul concentrației de alcool în sânge. Documentul a prevăzut, de asemenea, fortificarea legislației privind interzicerea ofertei și comercializării băuturilor alcoolice persoanelor sub vârsta de 18 ani, consilierea persoanelor care consumă alcool, informarea corectă și imparțială a populației privind influența alcoolului asupra sănătății, adăugarea pe ambalajele cu băuturi alcoolice a avertismentelor cu privire la efectele dăunătoare ale consumului nociv de alcool.

Alte documente, unde se pune problema combaterii alcoolismului sunt: „Programul Național de Promovare a Sănătății pentru anii 2016-2020”, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.1000 din 23 august 2016 și Legea nr. 10-XVI, menționate mai sus. În articolul 46 al Legii nr.10-XVI se stipulează necesitatea promovării sănătății în vederea reducerii consumului abuziv de alcool, iar în articolul 50 este subliniată necesitatea combaterii alcoolismului în vederea prevenirii și controlului bolilor netransmisibile.

Măsurile concrete de combatere a alcoolismului la nivel statal sunt elucidate în „Programul Național privind controlul alcoolului pe anii 2012-2020”, aprobat prin Hotărârea Guvernului RM nr. 360 din 6 iunie

2012. Acest Program este un document de planificare strategică a politicilor publice de reducere a consumului nociv de alcool în Republica Moldova. El a fost elaborat în conformitate cu prevederile Legii nr. 10-XVI din 03.02.2009 și Hotărârii Guvernului nr.886, dar și cu recomandările OMS privind realizarea Planului European de Acțiuni pentru Reducerea Consumului de Alcool pentru anii 2012-2020, în scopul realizării Strategiilor Regionale și Globale de Reducere a Consumului de Alcool. Programul prevede ca până în 2020 să fie realizate o serie de măsuri: 1) legislația națională să fie aliniată la cea europeană și la cerințele OMS în domeniul controlului alcoolului la 100%; 2) cuprinderea în programele de consiliere până la 60% a populației cu risc de dependență de alcool identificate precoce; 3) deținerea și aplicarea politicilor interne de promovare a locurilor de muncă libere de alcool până la 70% din instituții, întreprinderi și organizații, și în 100% instituții de învățământ; 4) reducerea cu 40% a deceselor și traumatismelor cauzate de accidente legate de conducerea mijloacelor de transport în stare de ebrietate; 5) diminuarea cu 50% a numărului de copii și tineri expuși politicilor de marketing și reclamă a băuturilor alcoolice; 6) sporirea ponderii populației generale, care posedă cunoștințe privind riscurile consumului de alcool pentru sănătate până la 60%, copiilor și tinerilor – până la 90% către 2020 comparativ cu 2010; 7) asigurarea evidenței băuturilor alcoolice produse în condiții casnice în 70% din cazuri și ilicit introduse în țară – 100% cazuri depistate.

Conform Programului menționat, până în anul 2020 urmează să fie întreprinse și o serie de acțiuni cum ar fi:

- elaborarea, coordonarea și stabilirea sistemului, mecanismelor și periodicității de colectare și analiză a datelor privind producerea, consumul de alcool și impactul consumului nociv de alcool asupra sănătății populației;

- fortificarea legislației existente în vederea eficientizării acesteia privind controlul consumului de alcool prin includerea taxării berii și altor băuturi alcoolice, interzicerea totală a publicității la băuturile alcoolice și reducerea nivelului de alcoolemie la șoferi, punerea în aplicare a unei penalități mai aspre pentru nerespectarea legislației în domeniu, iar, ca rezultat, reducerea accesului populației, în special a tinerilor, la băuturile alcoolice;

- identificarea precoce și cuprinderea cu programe de consiliere a populației cu risc sporit de dependență de alcool;

- aplicarea politicilor interne privind consumul de alcool în instituțiile publice, care va rezulta în sporirea numărului de școli unde vor fi implementate intervenții de promovare a modului sănătos de viață fără consumul de alcool, sporirea numărului de instituții/organizații unde vor fi implementate politici/programe privind combaterea consumului de alcool la locul de muncă;

- prezentarea propunerilor Ministerului Finanțelor privind impozitarea producției alcoolice;
- informarea populației privind riscurile asociate cu consumul de alcool.

În Program sunt enumerate și alte rezultate scontate către anul 2020. Pe lângă rezultatele, care coincid cu măsurile trasate și deja menționate, pot fi enumerate și altele, care prezintă interes din punctul de vedere al sănătății publice:

- reducerea cu 5% a numărului de persoane afectate de alcoolism cronic și psihoze alcoolice, dereglări psihice, tulburări mintale și de comportament legate de consumul de alcool;

- reducerea cu 10% a morbidității și mortalității premature prin boli hepatice (inclusiv ciroze hepatice), cardiovasculare, cerebrovasculare (atac cerebral etc.);

- reducerea cazurilor de violență, comportament criminal și huli-ganism, infracționalitate, legate de consumul de alcool;

- inițierea unui sistem funcțional de supraveghere de stat pentru monitorizarea consumului de alcool, a tendințelor privind afecțiunile legate de consumul de alcool și a fondurilor de promovare a sănătății;

- reducerea cu 40% a deceselor și traumatismelor cauzate de accidente legate de conducerea mijloacelor de transport în stare de ebrietate;

- reducerea anuală cu 2% a prevalenței consumului nociv de alcool printre adulți;

- asigurarea cu avertismente combinate și mesaje de sănătate rotative, conforme cu legislația în vigoare a 100% din produsele alcoolice plasate pe piață;

- crearea unui sistem funcțional de supraveghere, control și inspecție a măsurilor legate de controlul consumului de alcool;

- accesibilitatea redusă la produsele de alcool pentru generația în creștere (copii, adolescenți) și conducătorii auto;

- reducerea nivelului admis de alcoolemie la conducătorii auto și aplicarea sistematică a testelor la alcoolemie;
- interzicerea totală a publicității la băuturile alcoolice.

Lucrare practică

Scopul: studierea influenței produselor de tutun și consumului nociv de alcool asupra stării de sănătate, studierea documentelor naționale, europene și internaționale privind combaterea tabagismului și consumului nociv de alcool, trasarea unor măsuri de promovare a sănătății în această direcție.

Sarcinile lucrării:

1. Familiarizarea cu legislația în domeniul controlului tutunului.
2. Familiarizarea cu legislația în domeniul combaterii alcoolismului.
3. Familiarizarea cu metodologia elaborării planului de activități în PS și ES privind combaterea tabagismului și alcoolismului.

Obiective de formare practice:

1. Familiarizarea cu documentele legislative naționale, documentele europene și ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) pe problema profilaxiei și combaterii alcoolismului și consumului nociv de alcool.
2. Însușirea noțiunilor principale utilizate în domeniul profilaxiei și combaterii tabagismului și consumului nociv de alcool.
3. Studierea proceselor de metabolizare a alcoolului etilic și componentelor principale ale tutunului.
4. Studierea impactului produselor de tutun și alcoolului asupra stării de sănătate.
5. Familiarizarea cu situația reală în Republica Moldova privind consecințele tabagismului și consumului nociv de alcool.
6. Trasarea măsurilor de promovare a sănătății privind profilaxia și combaterea tabagismului și consumului nociv de alcool.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Principalele definiții care țin de problema tabagismului și consumul nociv de alcool.
2. Metabolizarea nicotinei și alcoolului etilic în organismul uman.
3. Prevalența tabagismului și consumului de alcool.
4. Indicatorii sănătății dependenți de consumul de tutun și alcool:
 - a) la nivel mondial;
 - b) la nivelul Uniunii Europene;
 - c) în Republica Moldova

5. Particularitățile acțiunii malefice a consumului produselor de tutun asupra stării de sănătate.

6. Particularitățile acțiunii malefice a consumului nociv de alcool asupra stării de sănătate.

7. PS și ES privind reducerea tabagismului la nivel mondial și european.

8. Conținutul PS și ES pentru reducerea tabagismului în Republica Moldova.

9. PS și ES privind reducerea consumului nociv de alcool la nivel mondial și european.

10. Conținutul PS și ES pentru reducerea consumului nociv de alcool în Republica Moldova.

Activitatea practică:

1. Familiarizarea cu legislația în domeniul controlului tutunului și alcoolului în Republica Moldova, cu documentele europene și internaționale.

2. Elaborarea planului de activități în PS și ES privind combaterea tabagismului și alcoolismului.

Dexterități practice:

1. Descrierea și evaluarea unor maladii dependente de consumul produselor de tutun.

2. Descrierea și evaluarea unor maladii dependente de consumul băuturilor alcoolice.

3. Evaluarea planurilor de măsuri privind reducerea consumului de către populație a produselor din tutun și băuturilor alcoolice, promovarea sănătății în raport cu factorii nominalizați.

Dotarea lucrării practice:

1. Documente legislative.

2. Extrase din materialele statistice.

3. Probleme de situație.

4. Teste.

Desfășurarea lucrării practice:

1. Prin metoda „brainstorming” studenții, împărțiți în subgrupe, discută conținutul actelor legislative naționale, documentele europene și internaționale pe problema profilaxiei și combaterii tabagismului.

2. Discutarea în subgrupe a problemelor de situație cu privire la PS și ES în combaterea tabagismului și a referatelor, temele fiind distribuite în prealabil.

3. Prin metoda „brainstorming” sunt discutate actele legislative naționale și documentele europene și internaționale pe problema PS și ES în combaterea consumului nociv de alcool.

4. Discutarea în subgrupe a problemelor de situație pe problema PS și ES în combaterea consumului nociv de alcool și a referatelor, temele fiind distribuite în prealabil.

5. Elaborarea în subgrupe a planului de activități în PS și ES privind combaterea tabagismului și consumului nociv de alcool pentru diferite colectivități.

6. Rezolvarea testelor.

Exemple de probleme de situație

Problema de situație nr. 1

Femeie gravidă, 25 de ani, fumează zilnic câte 10 țigarete.

1. Descrieți eventualele consecințe ale fumatului asupra sănătății femeii gravide și viitoarei mame.

2. Descrieți eventualele efecte ale fumatului asupra fătului.

3. Propuneți un plan de măsuri pentru a convinge viitoarea mamă să abandoneze fumatul.

Problema de situație nr. 2

Conducerea unei școli a constatat că un grup de băieți din clasele a XI și a XII au început să consume alcool. Ca rezultat s-a schimbat comportamentul și reușita acestora. Pentru a schimba situația a fost invitat medicul pentru a avea discuții cu tinerii respectivi.

1. Descrieți care este influența abuzului alcoolului asupra organismului tânăr, chiar dacă la început este absolut sănătos.

2. Propuneți un plan de promovare a sănătății pentru această colectivitate.

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Numiți principala substanță care participă la metabolizarea nicotinei în ficat:
 - a. beta-galactozidaza
 - b. aldehidoxidaza
 - c. insulina
 - d. citocromul P-450
 - e. streptochinaza

2. Indicați perioada de timp în care nicotina ajunge în creier după inhalarea fumului de țigară:
 - a. 4 secunde
 - b. 7 secunde
 - c. 15 secunde
 - d. 20 secunde
 - e. 25 secunde
3. Numiți cota-parte a deceselor ca rezultat al diverselor maladii ne-transmisibile al căror principal factor de risc este fumatul:
 - a. peste 5%
 - b. peste 10%
 - c. peste 15%
 - d. peste 20%
 - e. peste 25%
4. Numiți „Ziua Mondială fără tutun”.
 - a. 20 ianuarie
 - b. 15 martie
 - c. 31 mai
 - d. 14 iulie
 - e. 7 noiembrie

Indicați răspunsurile corecte

5. Numiți unele substanțe cancerigene prezente în fumul de țigară:
 - a. nicotina
 - b. monoxidul de carbon
 - c. oxizii de azot
 - d. nitrozaminele
 - e. benzpirenul
6. Numiți două substanțe din fumul de țigară cu un efect negativ mai puternic asupra inimii:
 - a. nicotina
 - b. monoxidul de carbon
 - c. gudronul
 - d. nitrozaminele
 - e. benzpirenul
7. Numiți unele semne caracteristice pentru dependența de fumat:
 - a. polidipsia
 - b. toleranța
 - c. bulimia

- d. sevrajul
 - e. reducerea timpului alocat activităților sociale și ocupaționale
8. Indicați ponderea medie a persoanelor fumătoare în rândurile bărbaților și femeilor în RM conform studiului național STEPS 2013:
- a. 29,9% bărbați
 - b. 43,6% bărbați
 - c. 5,6% femei
 - d. 19,1% femei
 - e. 30% bărbați și 15% femei
9. Indicați nivelurile emisiilor de nicotină și monoxid de carbon pentru o țigaretă cu filtru permise de legislația în vigoare:
- a. 0,5 mg pentru nicotină
 - b. 1 mg pentru nicotină
 - c. 5 mg pentru monoxidul de carbon
 - d. 10 mg pentru monoxidul de carbon
 - e. 5 mg pentru nicotină
10. Indicați nivelurile emisiilor de gudron și nicotină pentru o țigaretă fără filtru permise de legislația în vigoare:
- a. 0,8 mg pentru nicotină
 - b. 1,1 mg pentru nicotină
 - c. 13 mg pentru gudron
 - d. 10 mg pentru gudron
 - e. 15 mg pentru nicotină

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Numiți forma cea mai grea de alcoolism:
- a. epsilon
 - b. alfa
 - c. beta
 - d. gamma
 - e. omega
2. Numiți cota-parte a legislației naționale privind combaterea consumului nociv de alcool care va fi aliniată la cea europeană și cerințele OMS către anul 2000:
- a. 20%
 - b. 40%

- c. 60%
 - d. 80%
 - e. 100%
3. Indicați procentul de reducere a deceselor și traumatismelor cauzate de accidente legate de conducerea mijloacelor de transport în stare de ebrietate către a. 2020 în comparație cu a. 2012:
- a. 20%
 - b. 40%
 - c. 60%
 - d. 80%
 - e. 100%
4. Indicați procentul reducerii numărului de persoane afectate de alcoolism cronic și psihoze alcoolice, dereglări psihice, tulburări mintale și de comportament, legate de consumul de alcool către a.2020 față de a.2012:
- a. 5%
 - b. 10%
 - c. 15%
 - d. 20%
 - e. 25%

Indicați răspunsurile corecte

5. Numiți unele semne ale dependenței fizice de alcool:
- a. stări de indispoziție
 - b. dificultăți de coordonare a mișcărilor
 - c. planificarea consumului de alcool
 - d. probleme cardiace
 - e. memoria momentelor plăcute
6. Numiți unele semne ale dependenței psihice de alcool:
- a. stări depresive
 - b. anxietate
 - c. probleme de echilibru
 - d. cefalee
 - e. tremuraturul mâinilor
7. Numiți unele semne ale sevrajului etanolic minor:
- a. tremor
 - b. anxietate
 - c. grețuri

- d. halucinații
 - e. febră
8. Numiți unele semne specifice ale *delirium tremens*:
- a. stare confuzională
 - b. grețuri
 - c. halucinații
 - d. anxietate
 - e. febră
9. Numiți unele domenii ale Strategiei globale pentru reducerea consumului nociv de alcool:
- a. acțiunea comunitară și la locul de muncă
 - b. răspuns din partea serviciilor de sănătate
 - c. combaterea *delirium tremens*
 - d. accesul la alcool
 - e. politicile de stabilire a prețurilor
10. Numiți unele măsuri de combatere a consumului nociv de alcool, trasate pentru a. 2020 în Programul Național respectiv:
- a. asigurarea evidenței băuturilor alcoolice produse în condiții casnice în 70% din cazuri
 - b. depistarea a 100% din cazurile de introducere ilicită în țară a băuturilor alcoolice
 - c. asigurarea evidenței băuturilor alcoolice produse în condiții casnice în 50% din cazuri
 - d. diminuarea cu 50% a numărului de copii și tineri expuși politicilor de marketing a băuturilor alcoolice
 - e. depistarea a 75% din cazurile de introducere ilicită în țară a băuturilor alcoolice

Capitolul 10. PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII LA NIVEL COMUNITAR

Activitățile de promovare a sănătății și de educație pentru sănătate trebuie realizate diferențiat în funcție de tipul de comunitate. În cazul delimitării tipurilor de comunitate e firesc să ne referim în primul rând la comunitățile urbane și rurale. Însă există și alte criterii de delimitare a comunităților cum ar fi prezența sau absența anumitor caracteristici, de exemplu, legate de gradul de școlarizare, etnie, vârstă, valori, atitudini, tradiții etc.

Pentru organizarea corectă a promovării sănătății la nivel comunitar trebuie cunoscute programele de acțiune comunitară în domeniul sănătății – elemente-cheie ale viziunii și politicii sănătății în UE. Dintre aceste programe menționăm:

1. Programul de acțiune comunitară în domeniul sănătății publice (2003-2008) [PAC DSP (2003-2008)];

2. Programul de acțiune comunitară în domeniul sănătății pe perioada 2007-2013 [PAC DS (2007-2013)].

Trebuie de precizat că strategiile și programele UE se coordonează, de regulă, cu cele ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în multe situații și cu ale altor organisme, cum ar fi *European Heart Network* (EHN) și HEPA Europe.

1. Programul de acțiune comunitară în domeniul Sănătății publice (2003-2008) [PAC DSP (2003-2008)] a fost lansat de către Parlamentul Europei și Consiliul Europei în domeniul sănătății publice pentru unificarea și coordonarea celor 8 programe anterioare (de promovare a sănătății, de monitorizare a sănătății, a bolilor comunicabile, cancerului, bolilor rare, de prevenire a accidentelor, bolilor ce țin de poluare și consumul de droguri), într-un singur cadru coerent.

Conform acestui program, acțiunea comunitară pornește de la identificarea, monitorizarea și influențarea determinanților sănătății (DS). Această abordare are un mare potențial de a fi eficientă în reducerea

efectelor negative ale bolilor și în promovarea sănătății la nivelul întregii populații.

Determinanții sănătății clasificați în acest program sunt:

1. Comportamentele personale și stilul de viață.
2. Influențele ce acționează în cadrul comunității și care pot fi favorabile sănătății sau o pot afecta.
3. Condițiile de viață și muncă, și accesul la serviciile de sănătate.
4. Condițiile generale socio-economice, culturale și ambientale.
5. Zestrea genetică.

2. Programul de acțiune comunitară în domeniul sănătății pe perioada 2007-2013 [PAC DS (2007–2013)] are 3 obiective principale:

1. Îmbunătățirea securității sănătății cetățenilor.
2. Promovarea sănătății pentru a îmbunătăți prosperitatea și solidaritatea cetățenilor.
3. Generarea și diseminarea cunoștințelor în domeniul sănătății.

Nivelul comunitar se referă la o *comunitate* care prezintă o unitate spațială sau teritorială de organizare socială în care indivizii au un sens al identității și apartenenței exprimate de relații sociale comune. Cu alte cuvinte, comunitățile prezintă niște grupuri de oameni care locuiesc într-un spațiu geografic comun, au un limbaj și tradiții identice, comportamente diferite și valori culturale asemănătoare. În principiu se disting 4 tipuri de comunități: municipiu, oraș, comună și sat.

În Republica Moldova unele probleme de acțiune comunitară în PSES sunt reflectate în Politica Națională de Sănătate (2007), în Legea privind Supravegherea de Stat a Sănătății Publice nr. 10-XVI din 03.02.2009.

În fiecare caz trebuie luat în considerare faptul că în comunitate sunt diverse subgrupuri care diferă prin vârstă, etnie, gen sau care aparțin unor clase, grupuri sociale etc.

Nivelul relațiilor sociale din comunități diferă în funcție de contactele umane, interacțiunile sociale, rețelele sociale. În interiorul acestor nivele de relații pot fi diferite tipuri de manifestare a relațiilor exprimate prin sociabilitate, conflicte sociale ș.a.

Exemple de comunități pot fi multe. De exemplu, formează o comunitate localitatea, adică locuitorii unui oraș, găgăuzii, bulgarii (etnia), cetățenii de vârstă a treia (vârsta), lucrătorii medicali (profesia), boschetarii (populație specifică), șomerii, membrii unei credințe (legături comune), grupul unei clase de elevi din școală, națiune.

În influențarea membrilor comunității, modul lor de a se comporta și protecția sănătății un mare rol aparține actorilor instituțiilor comunității, persoanelor oficiale și reprezentanților lor care sunt:

- primăria;
- poliția;
- medicul de familie;
- școala;
- grădinița;
- casa de cultură;
- biserica;
- biblioteca;
- agenții economici;
- ONG - urile;
- Centrele de Sănătate Publică și alte instituții administrative din teritoriu.

Sunt și actori individuali dintre populație care în calitate de voluntari au capacitatea de a influența membrii comunității.

Evident, organizatorul activităților de promovare a sănătății în comunitate este, în primul rând, Centrul de Sănătate Publică teritorial.

Pentru a organiza corect activitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate la nivel comunitar trebuie, în primul rând, să cunoaștem problemele comunitare: starea de sănătate a locuitorilor, speranța lor de viață, tradițiile, obiceiurile, comportamentele nesănătose etc. Aici, în calitate de lider, trebuie să se manifeste medicul de familie.

Din multitudinea de probleme se identifică cele prioritare care trebuie stabilite de către comunitate și nu de vre-un specialist. Procesul de identificare a problemelor prioritare constă din mai multe etape - ierarhizarea, înțelegerea, analiza și evaluarea. Membrii comunității se orientează, în primul rând, la problemele greu de rezolvat, care creează disconfort în mai multe domenii, dar prioritare în sănătate, și cer o rezolvare rapidă.

Este important să cunoaștem nu doar comunitatea, dar și interesele unor grupuri minoritare, care pot prefera diverse tipuri de ajutor. Se are în vedere grupurile etnice, sexuale, de vârstă etc. În fiecare caz concret pot fi diferite probleme comunitare: sărăcia, abandonul școlar, consumul de alcool, de droguri, fumatul, serviciile medicale insuficiente, violența în familie și în comunitate, poluarea apei, solului și aerului etc. În

funcție de probleme se organizează activități de promovare a sănătății și educație pentru sănătate.

Actorii comunității colaborează pentru soluționarea unei probleme selectate și pentru abordarea problemelor de o importanță majoră ce țin de condițiile de viață locale, prin care se evidențiază necesitățile de acțiune asupra factorilor ce ar fortifica sănătatea individuală, familială și comunitară.

La compartimentul *ierarhizare a problemelor* se identifică problemele într-o anumită ordine, în funcție de numărul de membri ai comunității care au semnalat (interviewați) necesitățile. Aceasta se face simplu, prin notarea problemelor, indicate de fiecare persoană interviuată din comunitate, și analizând toate răspunsurile.

Următoarea etapă – *înțelegerea problemelor*. La această etapă, pentru dezvoltarea comunitară și obținerea de succese sub aspectul sănătății tuturor indivizilor, este foarte importantă definirea corectă a problemei și analiza ei în așa mod încât să fie pe înțelesul și perceperea unui număr suficient de mare de persoane. În acest context, succesul poate fi atins atunci când problema este definită de persoanele care vor fi antrenate în organizarea comunitară pentru rezolvarea anume a acestei probleme. Este important a cunoaște pe cine afectează mai mult această problemă, acestea fiind cele mai cointeresate persoane în rezolvarea ei și, deci, ele ar trebui în primul rând să fie incluse în echipa de lucru. Trebuie luat în considerare și faptul că chiar dacă oamenii din comunitate nu sunt pregătiți pentru rezolvarea problemei, ei mai bine cunosc genul soluțiilor care le-ar fi mai folositoare. O persoană din afara comunității poate lua decizii greșite. Deci, importantă este înțelegerea structurală a problemelor existente.

Literatura de specialitate deseori se referă la nevoile comunitare prin care se înțelege diferența dintre starea existentă și cea dorită a sistemului de sănătate. Nevoile existente sunt de regulă obiective, iar cele dorite individuale și subiective. După clasificarea lui Bradshaw (1972), nevoile umane sunt de patru tipuri:

- *Nevoile normative* – nevoile de sănătate identificate în comunitate în acord cu o normă stabilită de specialiști, care pot fi evaluate de experți sau specialiști din afara comunității (externi);
- *Nevoile comparative* – nevoile de sănătate în comunitate comparate cu alte comunități care nu sunt în astfel de nevoi;

- *Nevoile simțite* – nevoile de sănătate simțite de oameni, deseori echivalente dorințelor, manifestate prin exprimarea populației dacă are nevoie sau nu de serviciul de sănătate;
- *Nevoile exprimate (sau cerere)* – nevoile de sănătate în comunitate resimțite și puse în acțiune/operationalizate. Cererea este gradul de folosire a unui serviciu de consumator, care depinde de disponibilitatea fizică a serviciilor, modul de funcționare a societății, tipul de mijloace pe care la are individul. Însă aceste nevoi se schimbă de la perioadă la perioadă.

Axându-ne pe nevoile umane din punctul de vedere al promovării sănătății este rațional să ne adresăm la autorii Doyal și Gough (1991) care includ în aceste nevoi *sănătatea fizică și autonomia*. Aceste nevoi pot fi satisfăcute prin îndeplinirea unor nevoi, numite de autori intermediare. În special, nevoile intermediare pentru satisfacerea nevoilor de sănătate fizică sunt: alimentația adecvată, apa curată, locuința, mediul de muncă fără riscuri, mediul fizic fără riscuri, îngrijirea medicală adecvată. Factorii intermediari, care contribuie la autonomia (capacitate de a face alegeri fiind informat despre ceea ce trebuie de făcut și despre modul în care trebuie făcut) emoțională includ securitatea în copilărie, securitatea fizică, securitatea economică, rețeaua socială care asigură educația, mediul emoțional securizat.

Nevoile la nivel populațional constau din suma nevoilor individuale. Promovarea sănătății prevede la acest capitol utilizarea eficientă a tuturor resurselor pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației și reducerea inegalităților.

Pentru organizarea corectă a promovării sănătății și educației pentru sănătate în comunitate este foarte important a efectua evaluarea nevoilor comunității. Acest proces are scopul de a controla calitatea serviciilor, dacă sunt justificate investițiile, a analiza efectele, impactul programelor, a evalua măsurile care au contribuit la rezolvarea unor probleme. Este necesar a evalua posibilele bariere și oportunități, resursele implicate în programele inițiate pentru sănătatea comunitară.

Rezultatele obținute la analiza comunității prezintă imaginea acestei comunități, din care reies indicatorii demografici, caracteristica stării de sănătate, posibilele resurse și capacități de a realiza activități ale populației în domeniul promovării sănătății. O astfel de analiză a comunității începe de la un concept de sănătate și trebuie să asigure o claritate a premizelor prevăzute în pornire, necesită stabilirea clară a intervențiilor,

îndeplinind unele condiții preliminare pentru a asigura o recunoaștere la toate nivelurile, inclusiv cel comunitar. Realizarea evaluării nevoilor comunitare trebuie să prevadă participarea tuturor categoriilor din comunitate.

Astfel de evaluare are mai multe beneficii:

- participarea comunității la luarea de decizii;
- dezvoltarea profesională;
- posibila comunicare între parteneri;
- stimularea parteneriatelor;
- folosirea mai eficientă a rezultatelor.

Evaluarea comunității este de fapt o inventariere a bunurilor și informațiilor care pot servi pentru realizarea procesului prevăzut de intervenție. În acest scop pot fi folosite anchetele sociologice care permit evaluarea resurselor umane și nivelul lor de cunoștințe, aptitudini și abilități.

La etapa inițială a evaluării se adună un complex de informații pentru a stabili prioritățile. La etapele următoare se stabilește obiectivul care reprezintă componentele programului – obiective, resurse umane, material, proceduri, timpul, populația-țintă, sistemul de evaluare. Urmează elaborarea proiectului programului, implementarea lui și evaluarea rezultatelor, impactului programului.

Funcțiile și scopurile evaluării constau în a oferi informații pentru luarea deciziilor (evaluare formativă), controlul calității (evaluare sumativă), dezvoltarea cunoștințelor noi.

Rezultatele evaluării servesc mai multor categorii de beneficiari. De exemplu, dacă ne referim la evaluarea unor programe liceale, beneficiari vor fi profesorii, părinții, elevii, dar și editorii, cercetătorii etc.

Evident, proiecte pot fi diferite, axate pe probleme diverse, însă trebuie să fie direcționate asupra unei probleme care este mai arzătoare în comunitate. Ele trebuie să corespundă unor așteptări și întrebărilor evaluative clare.

Pentru programele de promovare a sănătății în comunitate, analiza comunitară are scopul de a identifica resursele, problemele și oportunitățile pentru realizarea priorităților planificate. În acest sens analiza are 5 componente:

- profilul demografic și socio-economic al comunității;
- datele despre starea sănătății populației – morbiditatea și mortalitatea;

- riscul pentru sănătate – factorii sociali, de mediu, comportamentali;
- ancheta privind programele de promovare a sănătății, activitățile și politicile în domeniu;
- studii în privința unor grupuri-țintă, nivelului de cunoștințe, evaluării nevoilor, capacităților.

Datele culese trebuie să aibă caracter cantitativ și calitativ, reflectând diverse grupe de beneficiari. La evaluarea nevoilor trebuie utilizate următoarele informații:

- *profilurile caracteristicilor comunității* – caracteristica demografică în ansamblu, pe vârste, gen, etnie;
- *profilul condițiilor de viață* – date economice, forțele de muncă, șomajul, tipare familiale (relații părinți – copii, rata divorțurilor), tiparele educaționale (abandonul școlar, frecventarea lecțiilor), locuințele, sănătatea fizică și mintală, condițiile de trai, alimentația, posibilități de recreere, sport, satisfacțiile în comunitate;
- *cunoașterea și utilizarea serviciilor* – medicale, comunale etc.;
- *barierele în calea utilizării serviciilor* – fizice (lipsa mijloacelor de transport, distanța mare), atitudini negative ale agențiilor respective, costuri mari ale serviciilor etc.;
- *existența unui sistem de informare în comunitate*;
- *evaluarea nevoilor* – se identifică resursele potențiale sau existente care pot fi folosite;
- *evaluarea resurselor instituționale* – mobilizarea conducătorilor și populației din comunitate.

Dintre *indicatorii sociali*, care caracterizează nevoile și bunăstarea comunității, sunt cei prezentați în statisticile și rapoartele periodice cum ar fi condițiile economice, igiena locuirii, numărul de persoane în locuință, abuzul de substanțe, morbiditatea, mortalitatea etc. Pot fi atribuite aici și caracteristicile topografice (râuri, coline), aspectele socio-demografice, instituțiile, caracteristica populației – densitate, migrație etc. Indicatori sociali sunt foarte mulți.

Concomitent este necesară *caracteristica indicatorilor economici*. Relevante sunt aici posibilitățile economice și prezența locurilor de muncă, noilor afaceri deschise, rata șomajului. Cu alte cuvinte se pun întrebări referitoare la prezența sectoarelor de afaceri din comunitate care oferă locuri de muncă, caracteristica acestor afaceri (mari, mici,

medii), nivelul șomajului, caracteristica programelor oferite de agențiile locale sau de structurile guvernamentale care sprijină dezvoltarea afacerilor mici în comunitate, suportul firmelor locale pentru educație și pregătire profesională. Se mai pun întrebări și privind ponderea gospodăriilor cu venituri sub medii, ceea ce se referă la bunăstarea familiilor; numărul de familii care depind de ajutorul social; numărul de copii care locuiesc în familii sărace, în condiții stresante.

Un capitol aparte ocupă *sănătatea*. Se are în vedere nu doar bunăstarea fizică. Prin indicatorii de sănătate se evidențiază repartizarea bolilor în comunitate: incidența și prevalența morbidității, mortalitatea, rata deceselor, anii de viață pierduți, caracteristica deceselor pe vârste și gen, decesele accidentale. Datele trebuie comparate cu cele raionale și naționale ceea ce permite de a evidenția problemele majore.

În promovarea sănătății și educația pentru sănătate se folosește frecvent noțiunea de risc de sănătate care are trei componente – riscul comportamental, riscul social și riscul de mediu (fizic, chimic, biologic). Sănătatea indivizilor este determinată în mare parte de particularitățile comportamentale care sunt riscante din cauza alimentației incorecte, fumatului, consumului abuziv de alcool sau medicamente, droguri, sedentarismului, obiceiurilor nesanogene. Riscurile sociale sunt legate de condițiile sociale din comunitate, de nivelul salariilor, pensiei, prezența instituțiilor pentru copii, școlilor, asigurarea cu locuri de muncă, nivelul educației etc. Riscurile de mediu pentru sănătate sunt determinate de calitatea apei, solului, aerului atmosferic, climă, păduri, condițiile mediului intern din locuințe și de la locul de muncă.

La evaluarea comunității este necesar a investiga prezența serviciilor medicale: dacă există personal medical în număr suficient, ce măsuri se întreprind pentru a crea condiții favorabile pentru menținerea personalului medical, volumul și nivelul asistenței medicale, dacă există programe guvernamentale în rezolvarea problemelor de sănătate, caracteristica oficiului medicului de familie sau a altor instituții medico-sanitare.

O evaluare specială necesită *mediul înconjurător* din comunitate care constituie ecosistemul local important pentru sănătate. La acest capitol se face o inventariere a stării mediului fizic, îndeosebi a gradului de influență a populației asupra lui. Principalele surse de informație în această privință sunt: schimbările mediului fizic – dacă au fost obiectii în privința calității apei, spațiului verde; modul de utilizare a pământului pentru agricultură, dacă există programe de conservare a pământului;

ponderea mostrelor de apă din râurile comunității care corespund cerințelor igienice; programele de mediu existente în comunitate susținute financiar de structurile centrale sau locale, dacă se cunosc grupuri de populație din comunitate care apără mediul, caracteristica lor și a activităților lor; dacă sunt în comunitate industrii sau alte afaceri care pot polua mediul și dacă dispun de tehnologii cu minimalizarea poluării, dacă prezintă rapoarte anuale în privința protecției mediului.

Metodele și tehnicile de colectare a informațiilor pentru evaluarea comunității se divid în calitative și cantitative. Metode calitative sunt brainstormingul, focus-grupul, tehnica grupului nominal (TGN), interviul sau întâlnirile individuale, observația, studiul de caz, iar cantitative – ancheta folosind un chestionar, sondajele de opinie.

Sesiunea de *brainstorming* ajută a colecta informațiile, antrenând persoanele cointeresate și asigurându-le libertate în expunerea ideilor și ținând cont de părerile participanților la această tehnică rapidă, ușoară și ieftină.

Focus-grupurile sau interviurile de grup focalizate prezintă o metodă de întâlniri interactive cu grupuri mici din 6-8 persoane cărora moderatorul le pune o serie de întrebări axate pe un anumit subiect. Acestea sunt întâlniri închise, la care participă doar cei selectați, iar întrebările corespund unui chestionar. Grupul de cetățeni selectat este constituit din persoane cu un anumit interes – profesori, pensionari, femei, tineri etc. Aceste ședințe sunt repetate de câteva ori cu aceleași întrebări pentru a evidenția varietatea răspunsurilor. Numărul de întrebări este limitat la 7-10, trecându-se treptat de la întrebări generale la specifice.

Tehnica grupului nominal prezintă un proces mai complex, cu mai multă muncă individuală. De asemenea prevede participarea unui grup de persoane care generează și prioritizează mai multe idei. Spre deosebire de brainstorming, în această tehnică la început se generează idei individuale, mai puțin interactive, ceea ce și este nominal.

O metodă destul de răspândită este *interviul* cu întâlniri individuale și întrebări de cercetare de tipul „Cum?” și „De ce?”. Este o metodă superioară chestionarelor deoarece permite flexibilitate și adaptarea întrebărilor în funcție de situație, frecvent axate pe caracteristicile personale ale respondenților. Poate fi folosită în faza de proiectare a cercetării pentru culegerea informației despre problemele din comunitate necesare pentru realizarea pașilor preconizați, dar și ca metodă autonomă sau în

complex cu chestionarele direcționate spre obținerea informațiilor prevăzute de cercetare.

Metoda de interviu este una calitativă pentru că constă într-un dialog între cercetător și respondent, care poate să dureze circa 30-60 minute, fiind înregistrată și apoi reprodusă. Ea permite a identifica unele opinii ascunse, importante pentru evaluarea problemelor comunitare. În acest interviu pot participa unul sau chiar mai mulți respondenți, ceea ce este foarte util.

Pentru identificarea și evaluarea problemelor comunitare se folosește pe larg metoda *observației*. Această metodă urmărește diferite fenomene, evenimente care au loc în comunitate, indivizii care le organizează și participă la ele, prin percepere și înregistrarea lor planificată realizată în timpul manifestărilor, dar și în funcție de situație. Metoda permite înregistrarea comportamentului oamenilor din comunitate, evidențierea factorilor determinanți ai acțiunilor și interacțiunilor oamenilor, situațiile concrete privind spațiile, actorii, activitățile etc.

Metoda observației este eficientă și pentru evaluare sau consultare, fapt util pentru informarea societății și pentru elaborarea unor măsuri de îmbunătățire a activităților de promovare a sănătății și de educație pentru sănătate.

Demonstrativ este la acest capitol *studiul de caz*. Chiar dacă acest studiu se numără printre metode, el prezintă de fapt o strategie de cercetare care include studierea empirică a fenomenelor vieții reale din comunitate. Studiul se referă la o grupă de indivizi care au unele trăsături comune prin descrierea și analiza lor – roluri, relații, evenimente, aspecte ale vieții comunității, relații din instituții, organizații. În acest context, lucrătorul medical din comunitate poate cerceta tradițiile comune ale unor grupe de populație, activitățile profesionale comune, relațiile familiare, relațiile colegiale etc. și starea de sănătate a acestui grup de oameni selectați – morbiditatea, mortalitatea lor, dezabilitatea, dezvoltarea fizică, particularitățile psihice etc. Aceste studii sunt foarte binevenite pentru evidențierea, analiza și evaluarea problemelor de sănătate în comunitate.

În practica de toate zilele se folosesc și alte metode, precum analiza documentelor, în special a statisticii oficiale, îndeplinirea jurnalului de audiență a activităților de promovare a sănătății și de educație pentru sănătate.

Pe baza tuturor metodelor de evaluare a comunității se stabilesc prioritățile cu privire la necesitățile realizărilor concrete cu ierarhizarea scopurilor, obiectivelor și sarcinilor anumitor activități. Pentru aceasta se face analiza situației luând în considerare necesitățile medicale, dar și obiectivele politice ale comunității. Pentru realizarea priorităților stabilite trebuie să ne conducem de astfel de criterii ca capacitatea de a reduce în mare măsură o anumită boală, dacă există anumite relații cost-eficiență suficiente și dacă aceste priorități coincid cu dorințele populației.

Prioritățile stabilite pot fi implementate dacă îndeplinesc următoarele criterii de fezabilitate:

- intervențiile să fie realizate la un nivel calitativ;
- rezultatele să fie disponibile pentru toți membrii comunității care au nevoie de ele;
- să poarte caracter favorabil din toate punctele de vedere, inclusiv politic.

Conform datelor prezentate de Chicu V., Curocichin Gh., Nimerenco A. (2009), promovarea sănătății în comunitățile locale sau regionale pare a fi o strategie rațională în reducerea morbidității prin cele mai răspândite boli. Evident, o astfel de abordare are avantaje nu doar în comparație cu tratamentul celor bolnavi, dar și cu programele naționale, care în multe cazuri nu conțin componente necesare sănătății. De aceea autorii consideră că la acest capitol trebuie să se țină cont de următoarele afirmări:

- majoritatea oamenilor din comunitate au nevoie de cunoștințe mai largi și mai specifice în privința problemelor de sănătate încă până la modificările stilului său nefavorabil de viață;
- respectarea unui comportament sanogen este favorabil atât pentru persoanele cu risc sporit, cât și pentru toți membrii comunității, ceea ce contribuie la îmbunătățirea calității vieții;
- luând în considerare faptul că majoritatea persoanelor adulte sunt expuse la unul și mai mulți factori de risc, reducerea acestora va avea un impact pozitiv pentru prevenirea bolilor netransmisibile;
- promovarea sănătății în relație cu anumite boli contribuie nu doar la reducerea acestora, dar și a altor maladii;
- campaniile de promovare a sănătății prin abandonarea fumatului, reducerea excesului de alcool, consumul sporit de legume și fructe, activitatea fizică adecvată, sunt urmate de efecte consi-

derabile în prevenirea multor maladii netransmisibile, în special a bolilor sistemului circulator, cancerului, diabetului zaharat de tip doi etc.;

- un instrument important de ameliorarea sănătății în comunitate ar fi crearea unui centru de implementare în comunitate care ar iniția, conduce și coordona programele orientate pe sănătate;
- activitățile de promovare a sănătății sunt facilitate de prezența în comunități a școlilor, terenurilor sportive, cluburilor, instituțiilor medicale, liderilor comunitari, care fac o cost-eficiență sporită în privința sănătății.

Promovarea sănătății la nivel comunitar presupune, în primul rând, schimbarea comportamentului. În acest sens, conform datelor publicate de Chicu V., Curocichin Gh., Nimerenco A. (2009), există mai multe modele, printre care și modelul de organizare/formare a comunității **PRECEDE-PROCEED**.

Componenta **PRECEDE (precede)** este o etapă de analiză și de diagnostic a problemelor de sănătate a populației din comunitate cu identificarea necesităților de activități în domeniul respectiv. Realizările de la această etapă servesc ca bază pentru planificarea activităților de promovare a sănătății la nivelul comunității. Pe parcursul etapei **PRECEDE** se preconizează a obține răspunsuri la unele întrebări importante precum:

- care sunt factorii determinanți ai situației actuale în comunitate?
- ce factori ar consolida comportamentul sau situația actuală?
- ce cauze reale contribuie la situația creată în comunitate?
- ce împuterniciri potențiale au actorii pentru realizarea activităților de schimbare a stării de sănătate a populației la diferite nivele?
- ce posibilități de educație sanitară a populației există în comunitate?
- în ce măsură diagnosticul efectuat referitor la comunitate este obiectiv?

La etapa **PROCEED (procedează)** se presupune a realiza o serie de activități care au fost planificate în scopul promovării sănătății și care fără organizarea comunicării eficiente în comunitate este imposibilă. Etapa prevede:

- adoptarea unor acte normative;
- aplicarea unor măsuri de reglementare;

- elaborarea unor programe educaționale în domeniu și implementarea lor;
- schimbări importante organizatorice;
- schimbări ale modalităților de abordare a problemei în cauză;
- schimbări pozitive ale calității mediului ambiant;
- dezvoltarea capacităților comunității.

Efectele activităților de promovare a sănătății depind de astfel de influențe sociale și comunitare precum împuternicirile membrilor comunității și posibilitățile de influență a lor în soluționarea problemelor de sănătate; nivelul suportului social, relațiile de vecinătate; apartenența socială, etnică; izolarea socială, obiceiurile spirituale și culturale; grupările în comunitate.

Aceste efecte sunt într-o relație dependentă directă cu accesul și calitatea serviciilor medicale, asistența socială, prezența magazinelor, serviciile comerciale, educație și instruire, transport, tehnologiile informaționale etc.

Este important și eficient de a organiza frecvent în comunitate campanii de comunicare a riscurilor: prevenirea și reducerea consumului de tutun; prevenirea consumului excesiv de alcool, nutriția sănătoasă și activitatea fizică pentru o viață fără obezitate și diabet.

Soluționarea problemelor enumerate se soldează cu efecte majore în privința prevenirii tuturor maladiilor, menținerii și fortificării stării de sănătate a oamenilor în comunitate, asigurarea unei speranțe îndelungate de viață, dar și efecte considerabile economice.

Lucrare practică

Scopul lucrării: studierea și evaluarea problemei de promovare a sănătății și de educație pentru sănătate la nivel comunitar.

Sarcinile lucrării:

1. Familiarizarea cu metodologia cercetării problemelor de sănătate și a factorilor de risc în comunitate.
2. Familiarizarea cu metoda de evaluare a necesităților de promovare a sănătății și educație pentru sănătate la nivel comunitar.
3. Familiarizarea cu metodologia de elaborare a unui program de acțiuni în promovarea sănătății și educația pentru sănătate la nivel comunitar.

Obiective de formare:

4. Însușirea conținutului programelor UE de acțiune comunitară în domeniul sănătății.

5. Însușirea particularităților promovării sănătății și educației pentru sănătate la nivel comunitar.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Importanța promovării sănătății și educației pentru sănătate la nivel comunitar.

2. Conținutul programelor de acțiune comunitară în domeniul sănătății – elemente-cheie ale viziunii și politicii sănătății în UE.

3. Actorii instituțiilor comunitare, persoanele oficiale cu posibilități de a influența membrii comunității, modul lor de a se comporta și de ași proteja sănătatea.

4. Problemele comunitare de sănătate și comportament, ierarhizarea lor.

5. Clasificarea nevoilor umane din comunitate.

6. Evaluarea nevoilor comunitare, beneficiile.

7. Componentele analizei problemelor comunitare.

8. Informațiile necesare pentru evaluarea nevoilor comunitare.

9. Evaluarea mediului înconjurător din comunitate.

10. Metodele și tehnicile de colectare a informațiilor pentru evaluarea comunității: de tip calitativ și cantitativ.

11. Componenta **PRECEDE (precede)** ca etapă de analiză și de diagnostic a problemelor de sănătate a populației din comunitate cu identificarea necesităților de activități.

Activitatea practică:

1. Însușirea metodelor de determinare și cercetare a problemelor de sănătate și a factorilor de risc în comunitate.

2. Analiza și evaluarea necesităților de promovare a sănătății și educație pentru sănătate la nivel comunitar.

3. Elaborarea unui program de acțiuni în promovarea sănătății și educația pentru sănătate la nivel comunitar.

Dexterități practice:

1. Abilitate de a cunoaște metodologia cercetării problemelor de sănătate și a factorilor de risc în comunitate.

2. Abilitate de estimare a necesităților de promovare a sănătății și educație pentru sănătate la nivel comunitar.

3. Cunoașterea metodologiei de elaborare a unui program de acțiuni în promovarea sănătății și educația pentru sănătate la nivel comunitar.

Dotarea lucrării practice:

1. Lista problemelor de sănătate posibile în comunitate.
2. Lista factorilor de risc de mediu din comunitate.
3. Probleme de situație.
4. Teste.

Desfășurarea lucrării practice:

1. Abilitate de a cunoaște metodologia cercetării problemelor de sănătate și a factorilor de risc în comunitate.

Studentii fac cunoștință cu lista problemelor de sănătate posibile în comunitate și cu lista factorilor de risc de mediu din comunitate.

2. Abilitate de estimare a necesităților de promovare a sănătății și educație pentru sănătate la nivel comunitar.

Studentii estimează necesitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate la nivel comunitar în baza conținutului problemelor de situație.

Lucru de sine stătător

În baza analizei tuturor materialelor lucrării practice, studentul elaborează un program de acțiuni în promovarea sănătății și educația pentru sănătate la nivel comunitar.

Probleme de situație

Problema de situație nr. 1

În comuna B., din cauza situației socio-economice precare din țară, 30,6% dintre persoanele intervievate (bărbați – 45,4% și femei – 20,7%) au fost nevoite să activeze peste hotare, asumându-și riscurile psihologice condiționate de despărțirea de familie. 29,4% dintre respondenți apreciază starea financiară nesatisfăcătoare în familie, femeile fiind mai exigente la acest capitol (30,6%), comparativ cu bărbații (27,6%).

Deseori factorii menționați induc stări frecvente de neliniște, care condiționează apariția stresului cu consecințe ulterioare asupra sănătății. Astfel, mai mult de jumătate (52,7%) din persoanele intervievate au acuzat stări frecvente de îngrijorare asociate cu situația financiară precară în familie, iar aproximativ o treime (26,9%) stări de neliniște generate de situația psihologică din familie, de viitorul copiilor ș.a. Evident că factorii menționați determină stări tensionate, conflicte în familie. În acest context, starea psihologică nefavorabilă în familie au menționat-o,

corespunzător 12,6% și 8,7% dintre femeile și bărbații intervievați, integral pentru lotul de studii acest indice a constituit 11,0%.

Estimați necesitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate în această comună.

Problema de situație nr. 2

Din cauza fenomenelor psihosociale complicate, la populația din comuna B. pot fi înregistrate schimbări comportamentale nefavorabile, în special consumul de alcool și fumatul, concepute deseori de populație ca remedii antistres, în realitate cu efecte nefaste asupra stării de sănătate. În comună, 16,3% din populația matură fumează (bărbați– 37,2% și femei – 2,4%). Dintre persoanele ce nu fumează 30,0% au acuzat că sunt frecvent expuse fumatului (bărbați– 21,9% și femei – 35,4%). 12,9% au renunțat la fumat (bărbați– 26,5% și femei – 12,9%). Vârsta medie, la care au început a fuma persoanele din studiu, este de 17 ani.

Estimați necesitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate în această comună.

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Pentru organizarea corectă a promovării sănătății la nivel comunitar este necesar a cunoaște:
 - a. denumirea comunei;
 - b. programul de acțiune comunitară în domeniul sănătății publice (2003-2008);
 - c. locul aflării palatului de cultură;
 - d. istoria comunei;
 - e. componența consiliului administrației publice locale.
2. Ce este o comunitate?
 - a. un teritoriu plantat cu porumb;
 - b. un ansamblu pitoresc selectat pentru o viitoare construcție a unei localități;
 - c. o arie spațială pustie și lipsită de vieți;
 - d. o unitate spațială sau teritorială de organizare socială în care indivizii au un sens al identității și apartenenței exprimate de relații sociale comune;
 - e. un loc selectat pentru o viitoare construcție a unui sat.

3. Pentru a organiza corect activitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate la nivel comunitar trebuie în primul rând să cunoaștem:
 - a. definiția comunității;
 - b. locul aflării primăriei;
 - c. problemele de sănătate din comunitate;
 - d. problemele de sănătate din alte țări;
 - e. componența consiliului administrației publice locale.
4. Numiți un component al riscului pentru sănătate:
 - a. riscul comportamental;
 - b. programul de acțiune comunitară în domeniul sănătății publice (2003-2008);
 - c. prezența în comunitate a surselor cu apă bună de băut;
 - d. credința spirituală favorabilă;
 - e. alimentul ecologic pur.
5. Numiți una dintre campaniile de comunicare a riscurilor în comunitate:
 - a. promovarea băuturilor alcoolice;
 - b. producerea alimentelor afumate;
 - c. promovarea folosirii surselor de apă cu conținut de nitrați;
 - d. promovarea alimentației abundente;
 - e. prevenirea și reducerea consumului de tutun.

Indicați răspunsurile corecte

6. Pentru organizarea corectă a promovării sănătății la nivel comunitar este necesar a cunoaște:
 - a. denumirea localității;
 - b. programul UE de acțiune comunitară în domeniul sănătății publice (2003-2008);
 - c. locul aflării casei de cultură;
 - d. Programul UE de acțiune comunitară în domeniul sănătății pe perioada 2007-2013;
 - e. numărul edificiilor sportive în comunitate.
7. Care sunt determinanții sănătății conform Programului UE de acțiune comunitară în domeniul sănătății publice (2003-2008)?
 - a. comportamentele personale și stilul de viață;
 - b. influențele ce acționează în cadrul comunității și care pot fi favorabile sănătății sau o pot afecta;
 - c. condițiile de viață și muncă și accesul la serviciile de sănătate;

- d. condițiile generale socio-economice, culturale și ambientale;
 - e. zestrea genetică.
8. În promovarea sănătății în comunitate un mare rol revine actorilor instituțiilor comunitare, persoanelor oficiale și reprezentanților lor care reprezintă:
- a. primăria;
 - b. ferma de bovine;
 - c. poliția;
 - d. medicina de familie;
 - e. copiii din creșe și grădinițe.
9. Metodele și tehnicile calitative de colectare a informațiilor pentru evaluarea comunității:
- a. sondaje de opinie;
 - b. observație;
 - c. studiu de caz;
 - d. brainstorming;
 - e. întâlniri individuale.
10. La etapa **PROCEED** (procedează) de analiză și de diagnostic a problemelor de sănătate a populației din comunitate se presupune a realiza o serie de activități care au fost planificate în scopul promovării sănătății:
- a. adoptarea unor acte normative;
 - b. evidența locului de amplasare a centrului medicului de familie;
 - b. elaborarea unor programe educaționale în domeniu și implementarea lor;
 - c. schimbări pozitive ale calității mediului ambiant;
 - d. dezvoltarea capacităților comunității.

Capitolul 11. PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ÎN PREVENIREA BOLILOR NETRANSMISIBILE

La fiecare stadiu de dezvoltare biologică, tehnologică sau socială omul s-a confruntat cu boli, tipul și răspândirea cărora depindea de mediul ambiant și modul de viață.

Din timpurile străvechi și până în prezent, istoria omenirii a însemnat și istoria bolilor epidemice. De-a lungul anilor, prin descoperiri epocale, medicina a cunoscut mari transformări, a pătruns în tainele multor boli, a stabilit legături cauzale și a dezvoltat metode de profilaxie și de combatere.

În prezent patologia umană este marcată de bolile netransmisibile (BNT), care prezintă o povară tot mai mare, afectând dezvoltarea economică și socială a populației de pe glob. Această situație necesită implicarea tuturor actorilor de resort în promovarea sănătății.

Bolile netransmisibile reprezintă un grup de afecțiuni care include bolile cardiovasculare, cancerul, problemele de sănătate mintală, diabetul zaharat, bolile respiratorii cronice și afecțiunile musculo-scheletice. Liantul acestui grup de boli sunt factorii de risc comuni, care stau la baza determinării oportunităților pentru intervenții.

BNT nu sunt doar o problema de sănătate, dar și o provocare de dezvoltare. Răspândirea alarmantă a BNT devine o povară în creștere pentru dezvoltarea economică și bunăstarea unei părți mari din populație, în special pentru persoanele cu vârsta de peste 50 de ani.

Bolile netransmisibile prezintă un subiect important de sănătate în întreaga lume, de aceea a apărut necesitatea de a lua atitudine privind prevenirea lor. Adunarea Generală a Națiunilor Unite (19-20 septembrie 2011, New York) a poziționat bolile cronice netransmisibile în topul problemelor de pe agenda globală și a subliniat pericolul real pe care îl prezintă aceste afecțiuni pentru omenire, constituind una dintre principalele priorități ale sec. XXI. Summitul ONU a abordat problema în cauză, evidențiind faptul că provocările BNT pot împiedica progresele Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului (ODM).

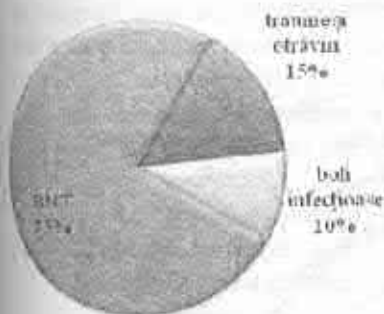
Evaluarea Globală a riscurilor, prezentată în cadrul Forumului Economic Mondial (2010), a constatat că BNT ocupă locul trei printre cele mai mari riscuri la nivel global privind amploarea lor și locul patru printre riscurile globale din punct de vedere al gravității economice. S-a prognosticat că bolile netransmisibile vor cauza, la nivel mondial, pierderea a 25 de trilioane de euro din producția economică între anii 2005 și 2030, iar bolile cardiovasculare, accidentele cerebrovasculare și diabetul zaharat cauzează reducerea PIB-ului cu 1-5% în țările în curs de dezvoltare. La nivel de familie, BNT diminuează salariile, veniturile, participarea forței de muncă și productivitatea muncii, precum și creșterea pensionării premature. În același timp, cheltuielile pentru tratament îndelungat și pentru serviciile de îngrijire de lungă durată se măresc, devenind o povară economică semnificativă pentru familie, îndeosebi pentru familiile cu venituri mici.

OMS consideră creșterea incidenței bolilor netransmisibile o epidemie și estimează că această epidemie va duce la decesul a 52 milioane de persoane până în 2030, cu afectarea țărilor cu venituri mici și medii, cea mai mare creștere prognozându-se în țările în curs de dezvoltare.

Din cele șase regiuni ale OMS, regiunea europeană este cea mai afectată de boli netransmisibile. Nu mai puțin de 86% din decese și 77% din povara bolilor în regiunea europeană a OMS sunt cauzate de acest grup larg de afecțiuni. Majoritatea acestor decese sunt provocate de boli cardiovasculare, cancer, boli respiratorii cronice și diabet care constituie *cele 4 grupuri de BNT majore*.

Aproximativ aceleași date sunt comune și pentru Republica Moldova. 77% din populație suferă de o boală cronică netransmisibilă (*fig. 7*). Principalele cauze de deces în RM sunt bolile cardiovasculare (57,4%), cancerul (14,5%), bolile digestive (9,1%), bolile respiratorii cronice (4,8%), leziunile și otrăvirile (7,8%), diabetul (1,1%) și altele (5,3%). Acest spectru de maladii definesc circa 87% din totalitatea deceselor, având consecințe sesizabile pentru sănătatea publică și devenind o amenințare pentru dezvoltarea socio-economică. Alarmantă este creșterea mortalității în rândurile populației apte de muncă.

Structura morbidității



Structura mortalității

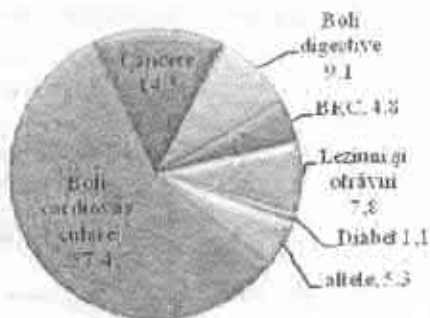


Fig. 7. Structura morbidității și mortalității în RM

Moartea tinerilor, persoanelor care suferă îndelungat de boli sau dezabilitate, are implicații economice pentru familii și societate. Angajatorii și societatea poartă o povară de absenteism, scăderea productivității și fluctuația de cadre. Familiile și societatea suportă povara costurilor de îngrijire a sănătății (directe și indirecte), venituri reduse, pensionarea prematură și creșterea dependenței de asistența socială și de ajutorul social.

BNT au o etiologie multifactorială și rezultă din interacțiuni complexe între indivizi și mediul lor de existență, inclusiv posibilitățile lor de promovare a sănătății și combaterea vulnerabilității populației la risc. Caracteristicile individuale (sexul, etnia, predispoziția genetică) și factori de protecție a sănătății (capacitatea de adaptare emoțională), împreună cu determinantele sociale, economice și de mediu (venitul, educația, condițiile de viață și de muncă), determină diferențele de expunere și vulnerabilitatea indivizilor la condițiile compromițătoare ale sănătății (fig. 8). Aceste determinante de bază sau „cauzele cauzelor”, influențează oportunitățile de sănătate, căutarea comportamentului și stilului de viață sanogene precum și debutul, manifestarea și rezultatul bolii.

Factorii de risc, ce determină BNT și necesitatea promovării sănătății, pot fi divizați în:

- *factori de risc de fond* (nemodificabili): vârsta, sexul, nivelul de educație, compoziția genetică;
- *factori de risc comportamentali* (modificabili): fumatul, consumul excesiv de alcool, alimentația nesănătoasă, lipsa de activitate fizică;

- *factori de risc intermediari*: cantitatea de lipide din sânge, HTA, excesul de greutate, diabetul zaharat.



Fig. 8. Sănătatea 2020, adaptare după Dahlgren G., Whitehead M., 1993

Factori de risc majori comuni pentru BNT sunt tutunul, alcoolul, alimentația nesănătoasă și inactivitatea fizică.

O persoană marcată genetic are o probabilitate mai mare pentru a dezvolta anumite boli, cum ar fi diabetul, bolile cardiovasculare, cancerul, schizofrenia și boala Alzheimer. Cu toate că tiparele de moștenire nu sunt clare, interacțiunile gene-mediu pot juca un rol major.

BNT în mare măsură pot fi prevenite prin intervenții eficiente și activități de promovare a sănătății care abordează factori de risc comuni. Conform Mensah G. (2006), pot fi prevenite 80% dintre bolile cardiovasculare, 80% dintre accidentele vasculare cerebrale, 80% din cazurile de diabet zaharat tip II și 40% din cancere. Pentru a obține aceste rezultate, eforturile trebuie orientate către activități de promovare a sănătății, de prevenire și de depistare precoce.

Promovarea sănătății și prevenirea BNT au o pondere relativ mică în bugetul sistemului de sănătate în majoritatea țărilor europene. Conform Organizației pentru Cooperare Economică și Dezvoltare (OCDE), în medie, doar 3% din totalul cheltuielilor pentru sănătate în țările OCDE sunt direcționate spre programe de prevenire și de sănătate publică la nivel de populație, cea mai mare parte revenind „îngrijirii bolnavilor”.

În prezent se fac intervenții eficiente pentru prevenirea și controlul BNT. Sunt deja posibile:

- îmbunătățirea stilului de viață, pentru a preveni sau a modifica factorii de risc;
- prevenirea declanșării sau progresul bolii;
- prevenirea handicapului (dezabilitatea, invaliditatea);
- prevenirea morții premature.

Concomitent, rezultatele în sănătate pot fi îmbunătățite prin depistarea precoce, tratamentul adecvat și reabilitarea eficientă.

Povara bolilor netransmisibile

Bolile cardiovasculare (BCV) sunt „kilerul” numărul unu în Europa, provocând mai mult de jumătate (52%) din decesele din regiune. Bolile de inimă sau accidentele vasculare cerebrale constituie principala cauză de deces în toate cele 52 de state membre ale OMS. Hipertensiunea arterială este unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru boala coronariană și accidentul vascular cerebral, cu o prevalență de 15-30% în populația adultă care au tensiunea arterială 160/95 mmHg sau mai mare.

În Republica Moldova, bolile cardiovasculare sunt dominante și au crescut de circa 1,5 ori în ultimii 10 ani, fiind de 2,3 ori mai răspândite decât media pe țările europene. Aceste maladii se plasează constant pe primul loc printre cauzele de deces, constituind circa 56-57 % din mortalitatea totală pe parcursul ultimilor 10 ani. Cele mai cunoscute cauze sunt cardiopatia ischemică (59,4%), bolile cerebrovasculare (26,5%), infarctul miocardic acut (6,8%). Peste 70% din cazurile de boli cardiovasculare se asociază cu hipertensiunea arterială.

Alarmant este faptul că 25-26% din aceste decese survin la vârste socialmente productive. De altfel, dezabilitatea cardiovasculară a persoanelor în vârstă aptă de muncă constituie 19-20 % din totalul de persoane cu dezabilități prin maladii.

În ultimii ani s-a stabilizat indicatorul mortalității prin bolile cerebrovasculare, fapt parțial datorat intervențiilor active în combaterea hipertensiunii arteriale (factorul de risc principal al accidentului vascular cerebral).

Cel mai mare potențial se obține prin promovarea sănătății și activități de prevenire. Acest lucru poate fi demonstrat prin exemplul bolii coronariene. Astfel, 80% din totalul reducerii mortalității în Finlanda în perioada anilor 1972-1992 a fost obținută printr-o scădere a factorilor de risc major. În mod similar, în Irlanda, aproape jumătate (48,1%) din reducerea ratelor de mortalitate în perioada anilor 1985-2000 în rândul populației cu vârsta cuprinsă între 25-84 ani a fost atribuită tendințelor favorabile ale factorilor de risc. În ambele țări, cele mai mari beneficii par să provină din reduceri ale concentrațiilor medii ale colesterolului (de la 6,9 până la 5,8 mmol/l), ale prevalenței fumatului (de la peste 50% până la circa 30%), precum și din scăderea nivelurilor tensiunii arteriale diastolice de aproximativ 8%.

Neoplasmale maligne (cancerul) au tendință de creștere în toate părțile lumii, atribuită în principal îmbătrânirii populației și creșterii factorilor de risc cancerigeni, în special fumatului de tutun, mult mai răspândit în țările în curs de dezvoltare. În fiecare an, aproximativ 15 milioane de cazuri în total și 7 milioane de cazuri noi de cancer sunt înregistrate în lume, o jumătate dintre care în țările în curs de dezvoltare. Numărul de decese cauzate de cancer în lume este de aproximativ 5 milioane pe an. Aceasta înseamnă că tratamentul și vindecarea sunt limitate pentru cele mai multe dintre cazuri (60% în țările dezvoltate și mult mai mult în țările în curs de dezvoltare), în special în diagnosticarea tardivă a cancerului. Aproximativ 70% din totalul afecțiunilor maligne sunt legate de stilul de viață și factorii de risc de mediu, cel puțin o treime dintre acestea ar putea fi prevenite. Rolul principal la acest comportament revine promovării sănătății. Cancerul pulmonar este unul dintre cele mai frecvente boli maligne, cu tendință de creștere la bărbați și femei, precum și cu corelație puternică cu numărul de fumători în populație și intensitatea fumatului (numărul de țigări fumate pe zi). Cancerul pulmonar este cea mai frecventă cauză de deces pentru populația masculină adultă din regiunea europeană.

Există un decalaj major în implementarea intervențiilor eficiente de promovare a sănătății și de prevenție a cancerului. De exemplu, 30 000 de femei mor în fiecare an din cauza cancerului de col uterin în Europa,

cu rate de deces între două și patru ori mai mare în țările din Europa Centrală și de Est decât în Europa de Vest: aceste decese ar putea fi prevenite în mare măsură prin activități profilactice, depistarea precoce și tratament. Este eficient screening-ul individual pentru depistarea precoce a cancerului de sân (mamografie) și cancerului de col uterin (PAP-test) la femei, cancerului colorectal și cancerului de prostată la bărbați (colonoscopia, examinarea digitală a rectului, ultrasonografia prostatei sau PSA-test), în special în cazul în care acestea sunt organizate prin intermediul programelor de screening la nivel populațional. Este foarte important de a motiva oamenii să coopereze și să accepte aceste proceduri, fie în timpul vizitelor la instituțiile medico-sanitare sau în cadrul screening-ului populațional organizat.

Bolile respiratorii cronice (BRC) sunt maladii foarte frecvente (bronșita cronică, emfizemul, astmul și boala pulmonară obstructivă cronică), cu o prevalență de 300-600 milioane sau 8-20% în populația mondială. BRC sunt cauza de deces pentru aproape 3 milioane de oameni pe an în lume. Principalul factor de risc pentru BRC este fumatul, precum și poluarea aerului.

Tendențele bolilor respiratorii se bazează parțial pe schimbările demografice din lumea în curs de dezvoltare, dar, de asemenea, pe schimbările din sistemele de îngrijire a sănătății, de școlarizare, venituri și consumul de tutun. Povara bolilor transmisibile este posibil să diminueze, în timp ce povara bolilor respiratorii cronice (BRC), inclusiv astmul, boala respiratorie obstructivă cronică (BROC) și cancerul pulmonar să sporească.

Diabetul zaharat reprezintă una din cauzele principale de invalidizare precoce a populației: fiecare a treia persoană cu cetocedoză și insuficiență renală suferă de diabet zaharat, 70% din amputații ale membrilor inferioare sunt cauzate de diabet. Diabetul condiționează invaliditatea primară în proporție de 4,6% și o reducere cu 10 ani a speranței de viață. Diabetul este factor de risc major și declanșator pentru bolile cardiovasculare.

Diabetul are tendință ascendentă, cu conexiune la urbanizare și îmbătrânirea populației la nivel mondial. Se estimează că numărul populației adulte cu diabet zaharat în lume este de aproape 60 de milioane. Prevalența diabetului zaharat în Europa este de la 2-5% din populația adultă, iar în SUA aproximativ 20%. Tiparul (modelul) bolii diferă în raport cu grupurile etnice: de exemplu, diabetul zaharat tip 2 este de pã-

nă la șase ori mai frecvent la persoanele originare din Asia de Sud și de până la trei ori mai frecvent în rândul celor din Fiji, Mauritius, Africa de Sud și din Africa-Caraibe.

Se estimează că diabetul zaharat va deveni a șaptea cauză de deces în lume către anul 2030, iar numărul de decese va crește în următorii 10 ani cu 50%.

În Republica Moldova numărul de bolnavi cu diabet zaharat constituie 60 mii. Întrucât numărul persoanelor cu diabet „latent” este de 2-3 ori mai mare, numărul total al diabeticilor depășește 100 mii. În structura pacienților cu diabet zaharat 20% sunt copii și adolescenți cu diabet tip 1 și 80% – persoane cu vârsta peste 40 de ani cu diabet tip 2.

Ritmul de creștere a îmbolnăvirii prin diabet în Republica Moldova este în discordanță cu datele înregistrate în alte țări europene. Incidența prin diabet are o tendință de creștere și constituia în anul 2011 – 25,70, iar în anul 2016 – 36,55 cazuri la 100 mii locuitori, aceeași tendință o are și prevalența constituind în 2011 – 189,11, iar în anul 2016 – 284,66 cazuri la 100 mii locuitori. În același timp se atestă o scădere a mortalității prin diabet, indicele pentru 2011 constituind 8,7, iar în 2012 – 9,80 cazuri la 100 mii populație.

Principalii factori de risc pentru diabetul zaharat sunt obezitatea, alimentația necorespunzătoare și activitatea fizică insuficientă, ceea ce înseamnă că această boală face parte din grupul de boli care pot fi prevenite. Cincizeci la sută din persoanele cu diabet zaharat pot fi neidentificate; 50% dintre pacienții identificați pot avea dereglări metabolice nefavorabile, dizlipidemii și hipertensiune arterială, care trebuie permanent controlate. Este cunoscut faptul că până la 80% dintre persoanele cu diabet zaharat vor deceda de boli cardiovasculare.

Tulburările psihice și neurologice fac, de asemenea, parte din grupul de boli netransmisibile. Numărul de persoane, care suferă de aceste boli în lume, este de aproximativ 300 de milioane.

În grupul de BNT ar putea fi incluse vătămările corporale și violența, persoanele cu handicap, sinuciderile precum și tulburările de sănătate dentară și orală.

Republica Moldova se confruntă și cu deficiența de iod, de fier și acid folic ca probleme de sănătate publică. Circa o treime dintre copii cu vârsta de până la 5 ani, o cincime dintre femeile de vârstă fertilă și peste 40% dintre femeile gravide suferă de anemie. Pe parcursul anilor situația privind anemiile s-a înrăutățit.

Factorii de risc pentru bolile netransmisibile. La ora actuală este stabilită existența interacțiunii principalilor *factori de risc* în etiologia bolilor cronice netransmisibile. Aproape 60% din povara bolilor în Europa, măsurată prin DALY, este reprezentată de șapte factori de risc principali: 1 – *tensiunea arterială ridicată* (12,8%); 2 – *consumul de tutun* (12,3%); 3 – *consumul excesiv de alcool* (10,1%); 4 – *colesterolul ridicat* (8,7%); 5 – *supraponderalitatea* (7,8%); 6 – *consumul redus de fructe și legume* (4,4%); 7 – *inactivitatea fizică* (3,5%). În 37 din cele 52 de state europene membre ale OMS, principalul factor de risc pentru decese este tensiunea arterială ridicată, în 31 - tutunul este principalul factor de risc pentru povara bolilor netransmisibile. Alcoolul este principalul factor de risc pentru invaliditate și decesul în rândul tinerilor din Europa.

Acești factori de risc pentru BNT sunt comuni pentru multe dintre țările din Europa. Fiecare dintre acești șapte factori de risc este asociat cu cel puțin două dintre condițiile de declanșare a bolilor, iar fiecare dintre condițiile de declanșare este asociată cu doi sau mai mulți factori de risc. Mai mult decât atât, pentru mai multe persoane, în special social dezavantajate, factorii de risc în mod frecvent sunt în combinație și prin interacțiunea lor frecvent influențează multiplicativ.

Situația argumentează necesitatea lărgirii activităților în promovarea sănătății.

BNT se dispersează în anumite grupe de populație, astfel încât pot exista mai multe comorbidități. Cel puțin 35% dintre bărbații cu vârsta de peste 60 de ani s-au dovedit a avea 2 sau mai multe afecțiuni cronice, iar numărul de comorbidități crește progresiv odată cu vârsta, cu niveluri mai ridicate în rândul femeilor. Există interrelații puternice între sănătatea fizică și mentală, ambele legate prin intermediul factorilor determinanți comuni, cum ar fi locuințele precare, nutriția proastă sau educația slabă, sau factori de risc comuni cum ar fi alcoolul.

O estimare a contribuției factorilor de risc la mortalitate arată că din cei 10 factori de risc incriminați ca și cauze ale poverii bolilor, măsurată în DALY, pentru Republica Moldova 6 sunt legați de obiceiurile alimentare nesănătoase și inactivitatea fizică (*tab. 9*).

**Principali zece factori de risc ai maladiilor din Republica Moldova
(estimați prin DALY, 2010)**

Bărbați		Femei	
Factorii de risc	Total DALY (%)	Factorii de risc	Total DALY (%)
Alcoolul	27,2	Hipertensiunea arterială	15,3
Tutunul	14,9	Colesterolul înalt	12,9
Hipertensiunea arterială	11,3	Alcoolul	12,8
Colesterolul înalt	8,8	Supraponderabilitatea	10,0
Supraponderabilitatea	5,6	Consumul redus de fructe și legume	6,6
Consumul redus de fructe și legume	5,3	Inactivitatea fizică	5,1
Inactivitatea fizică	3,5	Tutunul	3,2
Fumul din încăperi din cauza arderii combustibilului solid	1,3	Sexul neprotejat	2,2
Consumul abuziv de droguri	1,1	Fumul din încăperi din cauza arderii combustibilului solid	1,9
Plumbul	1,1	Manipulațiile parenterale în instituțiile medicale	1,0

Sursa: OMS (2010)

*Factorul de risc principal al maladiilor în Republica Moldova este consumul de alcool care corelează cu bolile cardiovasculare, hepatitele cronice și ciroze, cancerul și statutul de supraponderal și obez al persoanei. Consumul de alcool în Republica Moldova este unul dintre cele mai elevate în lume, constituind 18 l de alcool pur *per capita* în anul 2005 și 16 l în 2010-2015.*

Cel de-al doilea factor de risc este hipertensiunea arterială care are afinități directe cu obezitatea și consumul de sare. Aportul mare de sare este legat de globalizare și modificarea obiceiurilor alimentare, consumul în creștere al alimentelor fabricate industrial, care conțin cantități importante de „sare ascunsă”, dar și de consumul tradițional al unor cantități mari de murături și alte bucate cu conținut ridicat de sare.

54% dintre persoanele cu vârsta de peste 40 de ani, care nu au fost diagnosticate cu diabet sau boală cardiovasculară, examinate în cadrul screening-ului cardiovascular național (2010), au avut tensiunea arterială sistolică de peste 140 mmHg, iar 48,2% tensiunea arterială diastolică peste 90 mmHg.

Cel de *al treilea factor de risc* – nivelul înalt al colesterolului seric – este direct legat de aportul înalt de grăsimi saturate, inclusiv grăsimi *trans* care se conțin în alimentele fabricate industrial, fast-food, dar și de obiceiurile de consum a cărnii grase și a grăsimilor animale. Grăsimile hidrogenate (sursa principală de grăsimi *trans*) și uleiul de cocos (sursă de grăsimi saturate) sunt folosite pe larg în industria alimentară (panificație, patiserie, cofetărie) și alimentația publică, fiind comercializate populației sub formă de spread-uri, margarine.

60% dintre persoanele examinate în cadrul screening-ului cardiovascular național¹⁵ au avut valori elevate ale colesterolului total (> 5 mmol/l sau circa 200 mg/dl).

Al patrulea factor de risc nutrițional este supraponderabilitatea și obezitatea legate de bolile cardiovasculare, diabetul de tip 2 și unele tipuri de cancer. Circa 50% dintre persoanele adulte din Republica Moldova sunt supraponderale, inclusiv 15% sunt obeze. Ponderea persoanelor obeze este mai mare în mediul urban (16,3%) în comparație cu mediul rural (14,7%), precum și printre femei (17,1%) în comparație cu bărbații (13,3%). Obezitatea crește proporțional cu vârsta: de la 1% în grupul de vârstă de 18-24 ani până la 25% în grupul de vârstă de 45-65 ani, după care descrește. 41% dintre persoanele care suferă de boli cardiovasculare sunt supraponderale și 31% obeze. 41% dintre persoanele cu hipertensiune arterială sunt supraponderale, iar 33% obeze.

Al cincilea factor de risc este consumul redus de fructe și legume care corelează pregnant cu bolile cardiovasculare și cancerul. Doar 74% din populația adultă consumă zilnic legume (nu se specifică dacă în categoria legume au fost incluși și cartofii) și doar 19% fructe (MIKS, STEPS). Paradoxal, dar populația din mediul rural consumă zilnic mai puține legume (68,2%) în comparație cu populația din mediul urban (82,9%). Același lucru este caracteristic și pentru consumul de fructe: 23,65 din populația urbană consumă zilnic fructe în comparație cu doar 16,0% în mediul rural.

Al șaselea factor de risc alimentar este inactivitatea fizică care corelează fidel cu bolile cardiovasculare, diabetul de tip 2, cu unele tipuri

de cancer precum și cu supraponderalitatea și obezitatea. Peste 50% din populația cu vârsta de peste 25 de ani din Republica Moldova își petrec timpul liber în activități sedentare. Cele mai active fizic sunt persoanele tinere, cu vârsta de până la 24 de ani, 19% dintre acestea preferând să practice în timpul liber activități fizice intense sau moderate. 20% dintre copiii cu vârsta de 3-14 ani fac sport cel puțin o dată pe săptămână și doar 32% dintre copiii cu vârsta de 10-14 ani practică activitatea fizică. Un copil privește televizorul în medie 2,2 ore pe zi, iar numărul orelor petrecute în fața televizorului crește proporțional vârstei. Un copil de 10-14 ani stă în fața televizorului în medie 2,7 ore pe zi.

Sărăcia. Există o distribuție inegală a afecțiunilor cronice și a factorilor de risc legați de întreaga populație, cu o concentrație mai mare în rândul populației sărace și grupurile vulnerabile ale populației. Persoanele din grupurile cu nivel scăzut socio-economic au riscul de boli grave și deces prematur de cel puțin două ori mai înalt versus cele din grupurile cu nivel ridicat socio-economic.

Inegalitățile în materie de sănătate între persoanele cu nivel de educație superior și inferior, cu clasă ocupațională și nivelul de venit diferit au fost identificate în toate țările din Europa, unde au fost efectuate studii corespunzătoare de măsurare. Concentrarea creșterii factorilor de risc în grupurile socio-economice inferioare duce la un decalaj tot mai mare în viitoarele consecințe de sănătate.

Atunci când apar îmbunătățiri ale sănătății, beneficiile sunt distribuite în mod inegal în cadrul societății, cu puține excepții. Atunci când toate grupurile din societate sunt expuse într-o anumită măsură la intervenții medicale, cei din grupurile socio-economice mai bune au tendința de a răspunde mai favorabil și de a beneficia mai mult. Ratele mortalității scade proporțional mai rapid în grupurile cu situația socio-economică mai înaltă decât în cele cu nivel mai mic, în special pentru BCV, cu extinderea în continuare a diferențelor între cele două grupuri și a speranței de viață. Tratatamentul poate să nu fie accesibil, disponibil sau la preț accesibil, iar povara costurilor poate împinge familiile în continuare în sărăcie.

Având în vedere cluster-ul de comorbidități printre cei săraci și numărul potențial de medicamente necesare pentru un tratament eficient, nu este de mirare că aderarea la terapia pe termen lung poate fi o provocare. În plus, stigmatizarea și discriminarea asociate cu anumite boli, cum ar fi diabetul și problemele de sănătate mintală, poate închide opor-

tunitățile de angajare pentru unii și complica interconexiunile dintre sărăcie și probleme de sănătate.

Promovarea sănătății în prevenirea și controlul BNT la nivel internațional

Promovarea sănătății a început să câștige acceptarea la nivel mondial după lansarea Cartei de la Ottawa pentru Promovarea Sănătății la prima conferință internațională de promovare a sănătății care a avut loc în anul 1986 (Ottawa, Canada). Carta a fost bazată pe Strategia Sănătate pentru toți, Declarația de la Alma-Ata și inspirată de „*conceptul în domeniul sănătății*” al ministrului canadian al sănătății Marc Lalonde. Acesta a atras atenția asupra sănătății și factorilor determinanți ai acesteia într-o dezbateră dominată de abordarea biomedicală a sănătății.

Carta a propus o schimbare revoluționară în perspectivă care a subliniat contribuția altor sectoare politice în formarea sănătății precum și rolul central al indivizilor și comunităților în contribuția la sănătate. Promovarea sănătății a fost definită în Cartă ca un “proces de a permite oamenilor să crească controlul asupra sănătății lor și cauzelor ei pentru a îmbunătăți sănătatea lor”.

Procesul Cartei de la Ottawa a fost facilitat în mod științific printr-un document privind conceptul și principiile promovării sănătății.

Într-un singur document au fost aduse atât idei noi cât și existente, care au căpătat circulație și statutul de a fi parte a mișcării OMS Sănătate pentru toți. Aceasta a propus o viziune sanogenică asupra sănătății care se axează pe consolidarea potențialului sănătății oamenilor și are ca scop populații întregi pe tot parcursul vieții lor. În Cartă este subliniat că toți oamenii au potențialul lor individual de sănătate, chiar dacă trăiesc cu boală severă sau invaliditate, sunt consolidate direcțiile stabilite de Strategia Sănătate pentru toți în scopul de a vizualiza obiectivul politicii de sănătate și programelor de sănătate ca „*oferind oamenilor posibilitatea de a duce o viață productivă din punct de vedere social și economic*”, precum și prin declarația din preambulul Constituției OMS – „*exercitarea la cel mai înalt standard de sănătate este unul dintre drepturile fundamentale ale fiecărei ființe umane, fără deosebire de rasă, religie, convingeri politice, economice sau condiție socială*”.

Deși țările în curs de dezvoltare și cele dezvoltate se confruntă cu o proporție tot mai mare de vârstnici și o populație cu mai multe afecțiuni

cronice și boli non-transmisibile, multe țări în curs de dezvoltare continuă să se confruntă cu boli infecțioase, accidente și violențe generate de economiile naționale în creștere. Schimbarea condițiilor de viață și stilului de viață aduc mai mult stres și, prin urmare, o amenințare pentru sănătatea mintală atât în populația țărilor dezvoltate, cât și celor în curs de dezvoltare. Miliarde de oameni suferă de subnutriție și de foame care provoacă milioane de decese premature și suferințe care pot fi evitate. În majoritatea cazurilor copiii și tinerii sunt cei mai afectați. Eforturi mult mai puternice de promovare a sănătății trebuie să fie făcute de către și pentru țările în curs de dezvoltare.

Există dovezi incontestabile care arată că cea mai mare parte a sarcinii (poverii) globale a bolilor și inegalităților în materie de sănătate sunt cauzate de factori sociali determinanți mai largi. Această interdependență este recunoscută și de Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului. Fără câștiguri semnificative în reducerea sărăciei, securitatea alimentară, educație, emanciparea femeilor și condițiile de viață ameliorate în cartierele sărace, este imposibilă îmbunătățirea sau reducerea inegalității în domeniul sănătății.

Conferința de la Ottawa a fost urmată de o serie de conferințe ale OMS de promovare a sănătății la nivel mondial care, de asemenea, au dus la inițiative regionale, naționale și chiar locale și comunitare în domeniul promovării sănătății:

- de la Adelaide, Australia 1988;
- de la Sundsvall, Suedia 1991;
- de la Jakarta, Indonezia 1997;
- de la Mexico City, Mexic 2000;
- de la Bangkok, Tailanda, 2005.

În Bangkok s-au identificat acțiunile, angajamentele și resursele necesare pentru a aborda factorii determinanți ai sănătății într-o lume globalizată prin promovarea sănătății. Carta Bangkok afirmă că politicile și parteneriatele pentru abilitarea comunităților de a îmbunătăți sănătatea și egalitatea de sănătate ar trebui să fie în centrul dezvoltării globale și naționale. Carta Bangkok completează și se bazează pe valorile, principiile și strategiile de acțiune de promovare a sănătății stabilite de Carta Ottawa pentru Promovarea Sănătății și recomandările ulterioare ale conferințelor globale de promovare a sănătății, confirmate de către statele membre prin intermediul Adunării Mondiale a Sănătății. Carta

Bangkok ajunge la oameni, grupuri și organizații cruciale pentru realizarea sănătății, inclusiv:

- guvernele și politicienii de la toate nivelurile
- societatea civilă
- sectorul privat
- organizații internaționale
- comunitatea de sănătate publică

Promovarea sănătății se bazează pe dreptul crucial al omului de a se bucura de cel mai înalt standard de sănătate care este unul dintre drepturile fundamentale ale fiecărei ființe umane, fără discriminare. Promovarea sănătății este o funcție de bază a sănătății publice și contribuie la activitatea de combatere a bolilor transmisibile și netransmisibile și a altor amenințări la adresa sănătății.

Principiile generale pentru prevenirea și controlul BNT. Majoritatea BNT pot fi prevenite. Comportamentul personal legat de stilul de viață nesănătos și factori sociali (culturali) sunt strâns legate de prevalența ridicată și tendința de creștere a BNT. Riscul personal de dezvoltare a bolii poate fi dependent de interacțiunea dintre individ, stilul lui de viață, sensibilitatea personală și mediul în general. Reducerea și controlul factorilor de risc modificabili și anumitor factori determinanți rămân piatra de temelie a acțiunilor în prevenirea și controlul BNT (prevenție primară). Deși dificil, factorii de risc asociați stilurilor de viață nesănătoase ar putea fi reduși cu succes dacă s-ar forma o conștiință socială favorabilă și s-ar face o mobilizare pentru astfel de modificări.

Intervențiile construite pe punerea în aplicare a politicilor care abordează factorii determinanți ai sănătății în general, cum ar fi creșterea economică, inegalitățile de venituri și sărăcia, precum și educația, mediul de lucru, șomajul și accesul la asistență medicală, reprezintă principalele opțiuni pentru obținerea câștigurilor substanțiale pe sănătate. Această gamă largă de măsuri la nivel de populație necesită eforturi comunitare largi, cu implicarea ambelor sectoare, de non-sănătate și de sănătate, care lucrează împreună (de comun acord). Sectorul de sănătate trebuie să ajungă la diferite sectoare ale societății pentru a le face mai conștiente de rolul pe care îl joacă în determinarea anumitor condiții și de responsabilitățile pe care le poartă pentru îmbunătățirea acestora. Prin natura lor, eforturile de reducere a inegalităților sociale în materie de sănătate ar trebui să fie în principal, considerate ca fiind parte inte-

grantă din politicile sociale și economice, mai degrabă decât activitățile separate care vizează inegalitățile în sănătate.

Screening-ul medical poate preveni invaliditatea și decesul și îmbunătăți calitatea vieții, în cazul în care este pus în aplicare în mod eficient în stadiu incipient, preclinic al bolii, cât timp primele simptome nu au apărut încă, și dacă există un tratament eficient, accesibil și acceptabil și disponibil pentru cei care au nevoie de el (prevenție secundară). Numărul de teste de screening dovedit pentru a identifica persoanele cu risc crescut de boală este limitat, iar cele care există necesită o capacitate suficientă a sistemelor de sănătate pentru punerea în aplicare efectivă. Screening-ul și apoi tratarea indivizilor cu risc crescut de boli cardiovasculare, folosind abordarea globală sau totală a riscului, care ia în considerare concomitent mai mulți factori de risc, este mult mai rentabil decât concentrarea doar asupra factorilor de risc individuali sau pe arbitrarea nivelurilor factorilor de risc individuali.

Cele mai accesibile măsuri de intervenție pentru atingerea obiectivelor de prevenire primară și secundară a BNT sunt:

1. Măsurile legislative și de reglementare (acțiuni împotriva fumatului, promovarea produselor alimentare și de nutriție sănătoase, condiții de siguranță la locul de muncă și condiții de mediu sănătoase).

2. Educația populației pentru a evita un comportament cu risc și de a accepta stiluri de viață sănătoase.

3. Identificarea riscurilor de sănătate în rândul populației și punerea în aplicare a măsurilor adecvate de reducere a riscurilor.

4. Screening-ul bolilor la stadii incipiente, în scopul de a oferi un tratament timpuriu, mai eficient și cu vindecare etc.

OMS – lider cu rol important de coordonare în promovarea și monitorizarea acțiunii globale împotriva BNT. În acest context este de menționat faptul că Adunarea Mondială a Sănătății a adoptat o serie de rezoluții conexe care amplifică mandatul OMS în domeniul bolilor netransmisibile și anume:

1. WHA 56.1 cu privire la Convenția-cadru a OMS privind controlul tutunului.

2. WHA 57.16 privind promovarea sănătății și modului de viață sănătos.

3. WHA 57.17 cu privire la strategia globală privind alimentația, activitatea fizică și sănătatea.

4. WHA 58.22 cu privire la prevenirea și controlul cancerului.

5. WHA 63.13 privind strategia globală pentru reducerea consumului nociv de alcool.

6. WHA 63.14 Marketing of food and non-alcoholic beverages to children.

Prima Conferință Ministerială Mondială privind modul sănătos de viață și controlul BNT (28-29 April 2011, Moscova) a avut ca obiectiv major *consolidarea urgentă a inițiativelor globale și naționale pentru prevenirea și controlul BNT* ca parte componentă a planurilor naționale de sănătate și a cadrelor de dezvoltare durabilă.

Rezoluția revoluționară a celei de-a 66 –a Adunare Mondială a Sănătății (Geneva, 2013) "*îndeplinește angajamentele asumate în Declarația politică a ONU privind prevenirea și controlul BNT și...mută procesul de politică la domeniul practic*" se axează pe trei piloni globale de prevenire și control al BNT:

1. **ACȚIUNE** – Planul de acțiune a OMS la nivel mondial pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile 2013-2020.

2. **RESPONSABILITATE** – Cadru de monitorizare globală a BNT. Pentru prima dată, toate guvernele sunt responsabile pentru a accelera progresul în BNT.

3. **COORDONARE** – mecanismul de coordonare la nivel mondial care oferă o posibilitate de a convoca și mobiliza actorii relevanți (inclusiv agenții multilaterale și bilaterale, guverne, ONG-uri și sectorul privat).

Ca răspuns la provocările BNT la nivel regional trebuie menționată includerea compartimentului vizat în Noua Politică Europeană de Sănătate (Health 2020), adoptarea Strategiei Europene de prevenire și control a bolilor netransmisibile, elaborarea Planului de Acțiuni pentru implementarea Strategiei Europene de Prevenire și control a Bolilor Netransmisibile pentru anii 2012-2016.

Directivele Strategiei europene de prevenire și control al BNT

Prevenirea bazată pe populație este strategia cea mai durabilă pe termen lung, un mijloc de a se adresa BNT cu factori de risc comuni. Exemple de intervenții eficiente pentru a reduce prevalența globală a factorilor de risc în populație sunt impozitarea produselor din tutun sau scăderea conținutului de grăsimi, sare și zahăr din alimentele prelucrate/procesate promovate de sectoarele sănătății. Intervenții multiple față de factorii de risc la nivel de populație pot aduce schimbări semnificative

ve, comparativ cu schimbările modeste la nivel individual privind mortalitatea prin BNT.

Abordările bazate pe populația cu risc sporit sunt relevante în Europa, în sec. 21, cu toate că potențialul de câștig și aplicabilitatea lor poate să varieze în funcție de țară și de-a lungul timpului. Pentru țările europene în care strategiile relativ simple și ieftine, cum ar fi taxarea tutunului și înlocuirea grăsimilor saturate cu cele nesaturate, nu au fost încă puse în aplicare pe scară largă, strategiile populaționale sunt susceptibile de a avea cel mai mare impact, cu toate că strategiile individuale, care vizează pacienții cu risc ridicat, ar trebui să fie introduse în paralel. Pe de altă parte, în țările europene unde au existat zeci de ani strategii la nivel de populație pentru a combate factorii de risc, au avut succes. În prezent, un potențial în creștere pentru un câștig suplimentar de sănătate pot fi strategiile individuale care vizează pacienții cu risc crescut, cu toate că abordările populaționale trebuie continuate.

Intervențiile preventive trebuie combinate cu eforturile de consolidare a factorilor de protecție a sănătății care pot spori capacitatea de adaptare a oamenilor și de a îmbunătăți rezistența lor la factorii de risc și la boală. Promovarea unui start bun în viață cu un atașament timpuriu și un sprijin adecvat părinților și copiilor de vârstă mică este o investiție importantă în dezvoltarea fizică și emoțională, cu consecințe pozitive pe tot parcursul vieții. Apartenența la o rețea socială și sentimentul conectat cu alte persoane pot avea un efect protector puternic asupra sănătății. Bunul sprijin social poate ajuta și oferi oamenilor resursele emoționale și practice de care au nevoie, în special pentru a face față tranzițiilor dificile de viață. Oamenii, care primesc sprijin social mai puțin emoțional și practic decât alții, suferă mai frecvent de depresie, nivelul de incapacitate generat de bolile cronice este mai mare, iar la femei în timpul sarcinii riscul este mai mare pentru complicații. Disponibilitatea sprijinului social emoțional și practic variază în funcție de statutul social și economic. Sărăcia poate duce la excluderea socială și la izolare. Coeziunea socială – prezența încrederii și respectului reciproc în comunitatea locală și în societate în general ajută la protejarea oamenilor și sănătății lor împotriva bolilor cardiovasculare și tulburărilor mintale.

Prevenirea concentrată pe factorii determinanți ai sănătății pentru a îmbunătăți starea de sănătate a întregii populații și de a reduce inegalitățile în sănătate este considerată esențială atât în țările cu venituri mici,

cât și în cele cu venituri mari, în lupta lor continuă spre diminuarea costurilor de îngrijire a sănătății.

În general, cel mai mare potențial de câștig în sănătate constă într-o strategie globală care să promoveze simultan programe de prevenire la nivel de populație, promovare a sănătății și control a bolii, adresate în mod activ grupurilor și persoanelor cu risc crescut. Abordarea factorilor determinanți ai sănătății în general și reducerea inegalităților în interior și între țări are potențialul de a contribui la îmbunătățiri majore.

Strategia europeană de Prevenire și Control al BNT prevede cinci principii-cheie care ar trebui să ghideze dezvoltarea politicilor la toate nivelurile:

1. Scopul final al politicii de sănătate constă în realizarea întregului potențial de sănătate.

2. Închiderea decalajului de sănătate (adică solidaritatea) este esențială pentru sănătatea publică.

3. Participarea poporului este esențială pentru dezvoltarea sistemului de sănătate.

4. Dezvoltarea sănătății se poate realiza numai prin intermediul unor strategii multi-sectoriale și investiții intersectoriale care se adresează factorilor determinanți ai sănătății.

5. Fiecare sector al societății este responsabil pentru impactul propriilor sale activități asupra sănătății.

În conformitate cu Strategia Sănătate pentru toți și definiția sănătății în Constituția OMS, sănătatea este o stare pozitivă a bunăstării și "nu numai absența bolii", iar politica de sănătate este mult mai mult decât îngrijirea pacientului. Sănătatea ca drept se extinde nu numai la îngrijiri de sănătate în timp util și adecvat, dar și la factorii determinanți ai sănătății care stau la baza ei. Un guvern are responsabilitatea de a acționa asupra factorilor sociali determinanți ai sănătății și de a traduce această responsabilitate în politică, a asigura condiții care să permită crearea oportunităților pentru sănătate, precum și rezultate de sănătate bune în cele din urmă, disponibile tuturor, indiferent de vârstă, sex, etnie etc. Prin urmare, în Strategia Sănătate pentru toți sunt abordate toate cele patru tipuri de programe necesare pentru îmbunătățirea sănătății: abordarea factorilor determinanți ai sănătății; promovarea unui stil de viață sănătos; programe de prevenire și depistare precoce; îngrijiri de sănătate centrate pe pacient.

Răspunsul național la provocările BNT. Republica Moldova a evidențiat necesitatea unui răspuns național de combatere a bolilor netransmisibile. În republică au fost dezvoltate câteva politici naționale de sănătate publică în prevenirea și controlul bolilor netransmisibile:

1. Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice nr. 10-XVI din 03.02.2009 (MO, 2009, nr. 67, art. 183).

2. Politica Națională de Sănătate, (HG nr.886 din 06.08.2007).

3. Strategia națională de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, (HG nr.1471 din 24.12.2007).

4. Strategia națională de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012-2020.

5. Programul național de control al cancerului pentru anii 2016-2025.

6. Ordinul MS nr. 869 din 27.12.2010 privind supravegherea și controlul bolilor netransmisibile prioritare în R Moldova.

În Programul de activitate al Guvernului Republicii Moldova „Integrarea Europeană: Libertate, Democrație, Bunăstare” s-a evidențiat obiectivul privind *creșterea nivelului de responsabilitate a cetățenilor pentru propria sănătate prin propagarea și cultivarea unui mod sănătos de viață cât și participarea largă a tuturor partenerilor în procesul de fortificare a sănătății populației și dezvoltarea politicii naționale de sănătate publică în prevenirea și controlul bolilor netransmisibile.*

Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice nr. 10-XVI din 03.02.2009, prin art. 50 identifică că *BNT sunt prioritatea de sănătate publică și constituie subiectul politicilor de dezvoltare social-economică și sunt necesare acțiuni complexe de prevenire și control.* În acest context, reducerea impactului factorilor de risc se va efectua prin acțiuni complexe și va include:

1. Combaterea tabagismului;
2. Reducerea consumului de alcool;
3. Combaterea narcomaniei;
4. Raționalizarea alimentației;
5. Reducerea sedentarismului, hipodinamiei și sporirea activității fizice;
6. Reducerea obezității;
7. Controlul hipertensiunii arteriale;
8. Controlul diabetului zaharat;
9. Prevenirea și controlul dislipidemiilor;

10. Ameliorarea sănătății mintale;

11. Prevenirea leziunilor traumatiche, inclusiv a traumatismului rutier.

În baza Strategiilor globale și regionale a fost elaborată Strategia Națională de prevenire și control a bolilor netransmisibile pe anii 2012-2020.

Principalele prevederi și elementele noi ale strategiei:

Viziunea: Promovarea sănătății și profilaxia BNT.

Scopul: Reducerea semnificativă a poverii BNT și evitarea morții premature prin implementarea unor acțiuni integrate, îmbunătățirea calității vieții și sporirea speranței de viață sănătoasă și a speranței de viață la naștere.

Obiective generale:

1. Dezvoltarea unui cadru național multisectorial pentru prevenirea și controlul BNT.

2. Îmbinarea acțiunilor de prevenire a factorilor de risc a BNT și a determinanților acestora.

3. Consolidarea eforturilor sistemului de sănătate în prevenirea și controlul BNT.

4. Fortificarea componentei de promovare a sănătății și creșterea nivelului de responsabilitate a cetățenilor pentru propria sănătate.

Cadrul regulator luat în considerare în strategie:

1. Programul de activitate al Guvernului RM.

2. Politica națională de Sănătate.

3. Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice nr. 10 din 03.02.2009.

4. Strategia de dezvoltare a Sistemului de Sănătate (2008-2017).

5. Hotărârea Guvernului RM privind Serviciul de supraveghere de stat a sănătății publice.

6. Programul național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2016-2020.

7. Programul național privind sănătatea mintală pentru anii 2012-2016.

8. Programul național de eradicare a tulburărilor prin deficit de iod până în anul 2015.

9. Programul național de combatere a diabetului zaharat pentru anii 2011-2015.

10. Programul național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016.

11. Programul național privind controlul alcoolului pe anii 2012-2020.

12. Programul național de reducere a afecțiunilor de deficiența de fier și acid folic până în anul 2017.

Lista BNT prioritare în RM

Ordinul MS nr. 869 din 27.12.2010 privind supravegherea și controlul bolilor netransmisibile prioritare în R Moldova face evaluarea situației epidemiologice și prioritizarea bolilor netransmisibile în Republica Moldova. Astfel, în calitate de *boli netransmisibile prioritare* sunt specificate:

1. Cardiopatiile ischemice
2. Boala hipertensivă
3. Boala cerebrovasculară
4. Tumori maligne
5. Boli pulmonare obstructive ale căilor respiratorii
6. Astmul
7. Diabetul zaharat
8. Obezitatea
9. Hepatitele cronice non-virale
10. Leziuni traumatice
11. Tulburări mintale și de comportament
12. Tulburări mintale și de comportament legate de consumul de alcool
13. Anemiile prin carență de fier

Dirjecțiile prioritare în sistemul de supraveghere al BNT sunt îndreptate spre:

1. Reducerea factorilor de risc;
2. Abordarea integrată în controlul BNT;
3. Supravegherea, monitorizarea și evaluarea BNT.

Este importantă ***reducerea factorilor de risc*** prin următoarele activități:

1. Reducerea consumului de tutun în rândurile populației – Legea privind controlul tutunului Nr. 278 din 14.12.2007, modificată și completată prin legea Republicii Moldova: LP124 din 29.05.15, MO185-189/17.07.15;

2. Reducerea nivelului morbidității și mortalității condiționate de consumul nociv de alcool – PN privind controlul alcoolului 2012-2020;

3. Reducerea morbidității, dezabilității și a mortalității premature din cauza BNT legate de dietă, subnutriție și deficiențele nutriționale – PN în domeniul alimentației și nutriției 2014-2020;

4. Reducerea inactivității fizice:

- crearea condițiilor pentru practicarea activității fizice în instituții de educație și la locuri de muncă;
- crearea condițiilor pentru practicarea activității fizice în localități;
- educarea populației privind importanța activității fizice în prevenirea BNT.

Consolidarea eforturilor sistemului de sănătate în prevenirea și controlul BNT în contextul *abordării integrate în controlul BNT* presupune:

- fortificarea capacităților medicilor de familie în depistarea precoce;
- educarea populației în vederea adresării precoce și periodice după asistență medicală;
- educarea populației în auto-managementul BNT;
- includerea în programe de screening a 60% din populația din grupurile de risc sporit;
- asigurarea cu tratament a pacienților cu BNT în baza protocoalelor naționale.

Supravegherea, monitorizarea și evaluarea BNT cuprinde:

- Crearea unui sistem de supraveghere pentru factorii de risc prioritari;
- Crearea și menținerea registrelor naționale electronice (diabet, cancer, bolile cardiovasculare) și elaborarea mecanismelor de raportare;
- Analiza periodică a situației și elaborarea rapoartelor.

Lucrare practică

Scopul: conștientizarea factorilor de risc în formarea poverii bolilor, familiarizarea cu principiile de promovare a sănătății în contextul prevenirii bolilor netransmisibile.

Sarcinile lucrării:

1. Extinderea cunoștințelor și înțelegerea rolului educației pentru sănătate în promovarea sănătății și prevenirea BNT.

2. Recunoașterea rolului tuturor actorilor (participanților) în activități de promovare a sănătății și educație pentru sănătate într-o rețea de cooperare multisectorială și de intervenții integrate de prevenție a BNT.

3. Listarea și expunerea succintă a principalelor documente de politici globale, regionale și naționale privind prevenirea și controlul BNT.

4. Însușirea conținutului Strategiei Naționale de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012–2020.

Obiective educaționale: După învățarea acestei teme, studenții și profesioniștii din domeniul sănătății publice trebuie:

1. Să cunoască BNT prioritare la nivel global, regional și național;

2. Să înțeleagă problemele curente ce țin de răspândirea factorilor de risc și locul BNT în structura contemporană a morbidității și mortalității populației;

3. Să identifice problemele majore cu care se confruntă societatea, inclusiv cea medicală în promovarea sănătății și profilaxia BNT;

4. Să înțeleagă pe deplin prevederile actelor legislative în domeniul promovării sănătății, prevenirea și controlul BNT și să argumenteze necesitatea elaborării planurilor de promovare a sănătății și de prevenție la nivelul unui teritoriu definit;

5. Să reflecte poziția și perspectivele proprii vizavi de BNT în contextul de promovare a sănătății.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Caracteristica patologiei umane la etapa actuală de dezvoltare a societății.

2. Noțiuni de boli netransmisibile.

3. Principalele grupe de boli netransmisibile.

4. Factori cauzali ai bolilor netransmisibile.

5. Situația morbidității netransmisibile la nivel european și național.

6. Activitățile integrate de promovare a sănătății și educație pentru sănătatea pentru prevenirea bolilor netransmisibile.

Activitatea practică:

1. Lectura materialului informativ referitor la răspândirea și povara bolilor netransmisibile la nivel european și internațional.

2. Discuții în focus-grupuri.

3. Studii de caz.

4. Sarcină individuală – evaluarea situației bolilor netransmisibile și a promovării sănătății în localitatea (raionul) de baștină.

Dexterități practice:

1. Aprecierea prevalenței morbidității populației prin BNT majore într-un teritoriu definit.
2. Evaluarea poverii factorilor de risc pentru BNT majore într-un teritoriu definit.
3. Dezvoltarea (elaborarea) profilului de sănătate într-un teritoriu definit.
4. Schițarea unor măsuri generale de promovare a sănătății pentru reducerea și/sau combaterea factorilor de risc a BNT majore într-un teritoriu definit.
5. Elaborarea unor materiale informative de promovare a sănătății și educație pentru sănătate vizând reducerea factorilor de risc a BNT modificabili pentru diverse grupuri-țintă.

Dotarea lucrării practice:

1. Sală computerizată.
2. Echipament: 1 computer la 2 studenți, videoprojector, conexiune la Internet.
3. Strategia Națională de prevenire și control a bolilor netransmisibile pe anii 2012-2020.
4. Probleme situaționale sub formă de Profilul de Sănătate a populației RM sau a unui teritoriu administrativ.
5. Teste pentru verificarea cunoștințelor.

Desfășurarea activității practice:

1. Studenții studiază amendamentele Programului național de prevenire și control al bolilor netransmisibile, Programului național de promovare a sănătății și Programelor adiționale cu privire la reducerea factorilor de risc.
2. Din problemele de situație studenții evidențiază principalele grupe de boli netransmisibile, factorii de risc și activitățile specifice de prevenție și promovarea sănătății.
3. Studenții, divizați în 4 focus-grupuri studiază și prezintă situația referitor la una din cele 4 grupe de BNT prioritare în RM și povara factorilor de risc.
4. În baza rezultatelor obținute, studenții participă la ședința Consiliului autorității publice locale privind elaborarea planului de acțiuni de promovare a sănătății pentru prevenirea unei BNT în rândurile populației într-un teritoriu definit.

Probleme de situație

Elaborarea unui program de promovarea sănătății la nivelul localității de baștină ținând cont de profilul de sănătate al raionului.

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Riscul de apariție al căror boli și probleme de sănătate expuse mai jos este mai dependent de stilul de viață nesănătos?
 - a. cardiovasculare;
 - b. leziuni și accidente;
 - c. boli ale sistemului nervos;
 - d. tumori;
 - e. boli ale aparatului digestiv.
2. Pe ce principiu se bazează recomandarea OMS despre dezvoltarea sistemului de monitoring al factorilor de risc în țările membre:
 - a. evaluarea complexă (comprehisivă) a sănătății;
 - b. de la simplu la complex;
 - c. evaluarea resurselor de sănătate;
 - d. evaluarea indicilor de sănătate;
 - e. evaluarea aspectelor sociale.
3. Cercetările screening au drept obiectiv:
 - a. depistarea bolilor în stadiile incipiente;
 - b. depistarea bolilor și factorilor de risc;
 - c. depistarea factorilor de risc și factorilor sanogeni;
 - d. tratamentul precoce al maladiilor depistate;
 - e. investigații epidemiologice.
4. Care nivel al prevenției permite extinderea cercetărilor sanitaro-igienice în cazul când acestea sunt efectuate în rândul populației?
 - a. profilaxia primară;
 - b. reabilitarea;
 - c. prevenția secundară.
5. În conformitate cu previziunile OMS către anul 2020 dauna principală (numărul de ani apți de muncă pierduți) din cauza bolilor netransmisibile se va cifra la:
 - a. 50%
 - b. 80%
 - c. 60%

- d. 70%
 - e. 45%.
6. În conformitate cu definiția OMS, la categoria BNT majore se raportează:
 - a. bolile cardiovasculare, cancerul, bolile pulmonare cronice, diabetul zaharat, bolile și tulburările mintale;
 - b. bolile cardiovasculare, cancerul, bolile pulmonare cronice, traume, bolile și tulburările mintale;
 - c. bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul zaharat, bolile și tulburările mintale.
 7. Care dintre factorii de risc controlabili sunt considerați ca fiind principalii responsabili pentru mortalitatea sporită în RM?
 - a. fumatul, consumul de alcool, alimentația nesănătoasă
 - b. numai fumatul
 - c. fumatul și tensiunea arterială ridicată;
 - d. fumatul, tensiunea arterială ridicată, consumul de alcool, produse alimentare nesănătoase;
 - e. fumatul, consumul de alcool, tensiunea arterială ridicată, alimentația nesănătoasă, inactivitatea fizică.
 8. Ce principiu (strategie) de prevenire a bolilor netransmisibile, conform experților OMS, este considerat principal ?
 - a. principiul populațional;
 - b. principiul riscului sporit;
 - c. combinarea strategiilor populaționale și riscului sporit.
 9. Ce ar trebui să ghideze alegerea strategiilor de profilaxie individuală?
 - a. nivelul factorilor de risc particulari;
 - b. vârsta;
 - c. condițiile geografice și caracteristicile mediului ambiant;
 - d. riscul sumar;
 - e. disponibilitatea echipamentelor necesare.
 10. Strategia de prevenție integrală ar trebui să includă:
 - a. elaborarea legislației;
 - b. educația populației și motivarea proactivității populației;
 - c. accesul la informație și facilitarea difuzării acesteia;
 - d. disponibilitatea și accesibilitatea asistenței medicale preventive, precum și colaborarea intersectorială;
 - e. toate cele de mai sus.

Indicați răspunsurile corecte

11. Obiectivele OMS pentru reducerea prevalenței bolilor netransmisibile presupun către anul 2020:
 - a. reducerea mortalității asociate cu bolile cardiovasculare la persoanele sub 65 de ani în medie cu 40%, în special în țările unde acest indicator în prezent este înalt;
 - b. reducerea mortalității de cancer, de diferite localizări, la persoanele sub 65 de ani în mediu cu cel puțin 15% și a cancerului pulmonar cu 25%;
 - c. reducerea cu o treime a numărului de amputări, orbire, insuficiență renală, complicații ale nașterii și alte complicații grave asociate cu diabetul;
 - d. reducerea constantă a morbidității, invalidității și mortalității asociate cu bolile respiratorii cronice, afecțiunile musculo-scheletale și alte boli neinfecțioase cu largă răspândire;
 - e. toate cele de mai sus.
12. Care indicatori ai statisticii oficiale sunt necesari pentru evaluarea complexă a poverii bolilor la nivel de populație?
 - a. mortalitatea, invaliditatea, letalitatea, morbiditatea, incapacitatea temporară;
 - b. letalitatea, invaliditatea, morbiditatea, incapacitatea temporară;
 - c. mortalitatea, letalitatea, morbiditatea, incapacitatea temporară;
 - d. mortalitatea, invaliditatea, morbiditatea, incapacitatea temporară;
 - e. mortalitatea, invaliditatea, letalitatea, incapacitatea temporară.
13. Reducerea mortalității prin BNT în țările occidentale este asociată în principal cu următorii factori:
 - a. scăderea prevalenței factorilor de risc comportamental în rândul populației;
 - b. reducerea incidenței cazurilor noi de BNT;
 - c. reducerea mortalității prin boli cardiovasculare;
 - d. reducerea morbidității prin boli infecțioase;
 - e. reducerea mortalității prin HIV/SIDA.
14. Care principii ale prevenției individuale, pe exemplu măsurilor de sporire a activității fizice, au o importanță majoră și ar trebui să fie luate în considerare la elaborarea unor măsuri eficiente de prevenție și de promovare a sănătății?

- a. încrederea individului în obținerea satisfacției de la antrenamente (practicarea exercițiului fizic), disponibilitatea sprijinului social, conștientizarea beneficiilor formării;
- b. încrederea individului în disponibilitatea sprijinului social și conștientizarea beneficiilor antrenamentelor;
- c. încrederea individului în posibilitatea de practicare a exercițiului fizic, obținerea satisfacției de la activitatea fizică, disponibilitatea protecției sociale și conștientizarea;
- d. încrederea individului în beneficiile antrenamentelor.
- e. toate cele menționate anterior.

Capitolul 12. **PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ÎN PREVENIREA BOLILOR CARDIOVASCULARE**

În măsura în care a progresat medicina, au progresat și punctele ei de vedere în ceea ce privește promovarea, prevenirea, protecția și preveniunea bolilor, paralel cu eficiența acestor acțiuni în interiorul colectivităților umane, inclusiv la nivel populațional.

În măsura în care omul contemporan se găsește integrat într-un mediu caracterizat printr-un complex mare de riscuri, sistemul de sănătate ia aspectul de „atitudine socială” în contextul căruia trebuie create condiții pentru a supraveghea și proteja oamenii sănătoși înainte de a fi bolnavi.

Epoca pe care o trăim, cu profundele ei transformări, trebuie să acorde prioritate principiilor medicinei preventive (ale promovării active a sănătății), căreia îi sunt rezervate importante misiuni din punct de vedere umanitar (prevenirea și eliminarea suferinței) și social-economic (limitarea absenteismului în muncă, sporirea randamentului activității profesionale etc.).

Aceste principii trebuie nu numai acceptate, dar și aplicate în mod corespunzător, pregătind totodată terenul spiritual în vederea câștigării adeziunii medicilor.

Începând cu anii 1960 s-au elucidat multe dintre problemele ridicate de patologia neinfecțioasă, în general de bolile sistemului circulator, numite și bolile cardiovasculare (BCV), în special. Succesele obținute în acest domeniu sunt consecința folosirii metodologiei epidemiologice, ceea ce creează premise promițătoare și pentru viitor.

Datele acumulate despre BCV arată că nu este însă rentabil să se prelungească *etapa de constatare* și că se impune instituirea unui program global de supraveghere igienică, de profilaxie primară și secundară. Or, în acest domeniu, deși de mare complexitate, se pot întreprinde multe acțiuni cu mari beneficii pentru omul sănătos sau bolnav și pentru întreaga societate.

Cel puțin două obiective sunt primordiale. În primul rând, trebuie făcut totul ca ceea ce s-a acumulat în domeniul cunoașterii BCV să devină un bun integrat operativ în preocupările corpului medical care se ocupă nemijlocit cu colectivitățile umane. În al doilea rând, educația pentru sănătate axată pe o metodologie și o tematică provenită din cucciririle de până acum, să devină o acțiune de masă, în continuă și susținută desfășurare pentru a asigura cooperarea întregii populații în scopul apărării propriei sănătăți.

Bolile sistemului circulator sunt o clasă de boli care implică inima, vasele sangvine (artere, capilare și vene) sau ambele.

BCV – bolile de inimă și accidentele vasculare cerebrale, ateroscleroza, tensiunea arterială ridicată – sunt denumite de către Holman „*cel mai mare ucigaș al sec. XX*”, de Karassi „*marea suferință a oamenilor sec. XX*”, iar de Lenégre „*unul dintre cele mai dezastruoase flagele*” sau „*cea mai gigantică epidemie*”. Miasnicov consideră că HTA (hipertensiunea arterială), ATS (ateroscleroza) și CI (cardiopatia ischemică), alcătuiesc un „*trio sinistru*” și reprezintă „*unealta perfectă a morții*”.

În scopul promovării sănătății și educație pentru sănătate, medicii trebuie să cunoască:

- BCV sunt cauza celei mai mari pandemii de sănătate publică la nivel global în istoria lumii, cu o rată a morbidității și mortalității foarte mare precum și cu consecințe economice și sociale considerabile.
- BCV cauzează mai mult de 50% din totalul deceselor: mai mulți oameni mor anual din cauza bolilor cardiovasculare decât din orice altă cauză.
- 17,3 milioane de oameni au murit din cauza BCV în anul 2008, ceea ce reprezintă 30% din totalul deceselor la nivel mondial. Dintre aceste decese, 7,3 milioane (42,2%) au fost cauzate de boli coronariene, 6,2 milioane (35,8%) de accidente vasculare cerebrale.
- Țările cu venituri mici și țările cu venituri mijlocii sunt afectate în mod disproporționat: peste 80% din decesele de BCV au loc în țările cu venituri mici și medii, în mod egal la bărbați și femei.
- Numărul de persoane care vor muri din cauza bolilor cardiovasculare, în principal, de boli de inimă și accidente vasculare cerebrale, va crește până la 23,3 milioane către anul 2030. BCV sunt proiectate să rămână singura cauza de deces.

- Cele mai multe BCV pot fi prevenite prin diminuarea unor factori de risc cum ar fi consumul de tutun, alimentația nesănătoasă și obezitatea, lipsa activității fizice, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat și nivelul ridicat al lipidelor.
- Un milion de decese în fiecare an sau 16,5% din totalul deceselor pot fi atribuite tensiunii arteriale crescute, dintre care 51% sunt consecința accidentelor vasculare cerebrale și 45% a bolilor coronariene.
- BCV sunt cauza majoră de dezabilitate și suferință umană.
- BCV sunt cauza a 25-30% din totalul cheltuielilor medicale.

Factorii de risc pentru BCV sunt bine cunoscuți și în mare măsură pot fi preveniți prin promovarea sănătății și educație pentru sănătate. În prezent sunt disponibile cunoștințe medicale pentru prevenirea eficientă, iar programele de promovare a sănătății pentru prevenirea BCV au un potențial de sănătate publică imens care duce la creșterea productivității în rândul populației apte de muncă, la îmbunătățirea capacității funcționale în rândul persoanelor vârstnice, la reducerea inegalităților în materie de sănătate, a nevoilor pentru sănătate și servicii sociale, precum și la o creștere a calității vieții pentru toată lumea.

Resursele necesare pentru prevenirea BCV și promovarea sănătății inimii sunt prea modeste în raport cu costurile uriașe ale serviciilor de sănătate pentru societate cauzate de BCV. Există o divergență semnificativă între progresele realizate în managementul costurilor mari în medicina clinică și costurile mult mai mici pentru prevenirea BCV. Rezolvarea problemelor constă în elaborarea și implementarea unui program informativ, educativ și de acțiune care ar cuprinde următoarele aspecte ale BCV: promovarea sănătății, economie, informare, aspecte clinice, cuantizare, „medicina acasă”, de cercetare și de viitor.

Există o insuficiență semnificativă și submotivarea prevenirii BCV în multe țări. Acțiunile de prevenire a BCV ar trebui să fie comprehensive, să cuprindă activități de educație pentru sănătate și promovare a sănătății spre stiluri de viață sănătoase, dezvoltarea capacităților și consolidarea, monitorizarea și evaluarea impactului intervențiilor politicilor și programelor, promovarea politicii de sănătate publică, precum și implicarea părților interesate și sectoarelor relevante în cadrul parteneriatelor în scopul de a stopa epidemia BCV.

Protecția sănătății și prevenția primară la nivel populațional, cu implicații medicale și social-economice deosebite, nu pot fi atinse decât

dacă conceptul de promovare a sănătății și educație pentru sănătate va obține proporții de masă în activitățile lumii medicale.

Entitățile BCV și factori de risc. Sănătatea publică și aspectele clinice ale BCV sunt legate de mai multe entități, care, în general, ar putea fi împărțite în două categorii: boli aterosclerotice și nonaterosclerotice.

O scurtă enumerare a categoriilor nosologice de BCV este prezentată în *tabelul 10*.

Tabelul 10

Categorii de boli cardiovasculare (BCV)

Nr./o	Maladiile
1.	Boala cardiacă coronariană (CHD), inclusiv: infarct miocardic, angină instabilă, angină stabilă și sindromul de moarte subită (SDS);
2.	Boala cerebrovasculară (BCV sau accident vascular cerebral);
3.	Boala vasculară periferică (PVD);
4.	Disecție și aneurisme majore ale vaselor;
5.	Angiopatia diabetică;
6.	Cardiopatia;
7.	Insuficiență cardiacă (HF);
8.	Cardiomiopatie;
9.	Bolile de inimă reumatice;
10.	Bolile cardiace congenitale

O scurtă listă a factorilor de risc pentru BCV este prezentată în *tabelul 11*.

Principalii factori de risc sunt agregați în entitatea de *sindrom metabolic*, inclusiv fumatul, hipertensiunea, diabetul, rezistența la insulină, obezitatea, hiperlipidemia și activitatea fizică redusă. Acest lucru are nevoie de discuții, experiență, clasificări, lucrări practice cu medici, asistente medicale, pacienți și profesioniștii din domeniul mass-media. Introducerea cuantificatorilor (indicele Framingham, SCORE) în practica de zi cu zi și studii igienice și epidemiologice este obligatorie. Orice fel de prevenire a BCV și modificare a rezultatului BCV (ieșirile de boală) depind de modificările factorilor de risc (input-uri).

Medicina contemporană, datorită progreselor sale spectaculoase, este confruntată în prezent cu probleme care, cu o generație în urmă, erau încă imprezvizibile.

Factorii de risc identificați pentru BCV

Modificabili	Diabetul zaharat Hipertensiunea arterială Rezistența la insulină Obezitatea Hiperlipidemia Fumatul Alcoolul Dependența de droguri Hipercoagularea Stresul Inactivitatea fizică Depresie de mare altitudine Obiceiurile alimentare <ul style="list-style-type: none"> - sare - alimentare procesată - apa cu mineralizare mare 	Conținut ridicat de vitamine ¹ Alte comorbidități: <ul style="list-style-type: none"> - boli endocrine - hiperuricemie - boli renale - boli reumatice - vasculită - traumă - bolile țesutului conjunctiv - hipertensiune - sindroame induse de sărăcie, Produse farmaceutice
Nonmodificabil	Ereditatea Vârsta Evenimente BCV anterioare Gen Etnie	
Altele	Inflamația (markerii) <ul style="list-style-type: none"> - CRP – proteină C-reactivă - TNF – <i>tumora factor necrosing</i> - sICAM - IL 6 - IL 18 	Sindrom metabolic <ul style="list-style-type: none"> - NO (def. production) - D-dimer - fibrinogen - homocisteină
LEGENDA:	<i>CRP = proteină C-reactivă;</i> <i>TNF = tumora factor necrosing</i>	<i>IL = interleukina;</i> <i>NO = oxid nitric</i>

¹Tiramina, β - (*n*-hidroxifenil) etilamina, substanță organică din grupul de amine biogene, derivată din aminoacidul tirozina [<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/5610>]. A fost găsită în ergot, în țesuturile în putrefacție, în cașcaval. Tiramina acționează ca agent de eliberare a catecolaminei. În legătură cu activitatea vasoconstrictoare crește tensiunea arterială, afectează procesele de excitație și inhibiție în SNC. În mod special, nu este în măsură să traverseze bariera hemato-encefalică, rezultând numai efecte simpatomimetice periferice non-psihoactive după ingestie. Cu toate acestea, o criză hipertensivă poate rezulta din ingestia de alimente bogate în tiramină, în combinație cu inhibitori de monoaminooxidază (MAOI).

Omul modern își îmbogățește continuu cunoștințele despre mediul inconjurător, fiind într-o continuă mișcare din punct de vedere geografic, social și intelectual, cum nu a fost în epocile anterioare.

Nici un serviciu sanitar nu-și poate îndeplini eficient scopul și obiectivele fără participarea și cooperarea publicului, deoarece sănătatea depinde mai puțin de reglementări și mai mult de atitudine – este necesar ca atât publicul, cât și personalul medical să fie conștient de importanța acțiunii preventive.

Prevenția cere o disciplinare a principiilor de viață în numeroase domenii și o modelare activă a comportamentului publicului față de factorii de risc. Lupta împotriva fumatului este numai unul dintre aspectele preventive, în realizarea căruia educația sanitară poate avea un cuvânt important de spus.

Orice proiect strategic, economic sau preventiv ar trebui să fie elaborat în baza unor studii igienice anterioare. În cazul nostru, aceasta include răspândirea (incidența, prevalența) BCV și factorii de risc.

Ratele de mortalitate de BCV au scăzut în țările dezvoltate, iar în țările în curs de dezvoltare acestea au crescut sau au rămas aceleași. Ratele incidenței și prevalenței au crescut în toate țările, datorită sporirii speranței de viață, îmbătrânirii populației precum și creșterii frecvenței majorității factorilor de risc.

"Descoperirea" particularităților de răspândire a BCV este o realizare a celei de-a doua jumătăți a sec. XX. A început cu modelele statistice ale stărilor morbide riscante, de exemplu a diabetului, hipertensiunii și bolilor reumatice, recunoscute ca fiind o problemă pentru mortalitatea enormă și creșterea costurilor. În prezent BCV este o problemă mai mare decât tuberculoza și sifilisul luate împreună în secolele trecute. Potrivit istoriei medicinei, în urmă cu 200 de ani, mai puțin de 10% din populație ar fi murit de boli de inimă, iar speranța de viață era mai mică de 40 de ani. Unii nici nu au avut „șansa de a deveni bătrâni”. Oamenii mureau, în mare parte, fie în timpul nașterii sau la scurt timp după naștere prin infecție sau consecințele războaielor. Sarcinile sistemului de sănătate în BCV sunt detectarea apariției, supravegherea (tendențele schimbărilor), studii de istorie naturală, ipoteze etiologice (factori de risc), comparațiile (meta-analiză) și contribuția programelor de prevenire. Acestea sunt concentrate în trei etape de supraveghere a BCV (tab. 12):

Etapale de supraveghere a BCV

Categoria	Descriere
Etapa descriptivă	Ratele de incidență, ratele de prevalență, ratele de mortalitate în funcție de entitate, vârstă, sex, zonă geografică
Etapa analitică	estimarea relațiilor dintre factorii de risc și BCV, analiza factorială, dezvoltare a modelului de risc, meta-analize, analize economice
Etapa experimentală	intervenții: studii, strategii de prevenire

1. Boala cardiacă coronariană

În legătură cu insuficiența activităților de promovarea sănătății și educației pentru sănătate, în multe țări sunt probleme majore în privința bolilor cardiace coronariene. Astfel, în SUA 1 680 000 persoane sunt raportate anual cu SCA (sindrom coronarian acut), 1,5 milioane cu infarct miocardic (IM), ceea ce constituie 600 cazuri la 100 000 de populație pe an. La nivel global, anual se înregistrează 12 milioane de decese cauzate de IM, ceea ce constituie 50% din totalul deceselor. O treime dintre pacienții cu IM mor în primele 24 de ore, mai mult de jumătate la etapa de prespital, 10% – la etapa de spital și încă 10% pe parcursul primului an. Factorii, care influențează rata ridicată de mortalitate, sunt: transportarea, modificarea factorilor de risc (hipertensiune, hiper-glicemie, hiperlipidemie, hipercoagulabilitate și fumatul). Cele mai multe cazuri de IM sunt înregistrate în intervalul de vârstă de la 45 la 70 de ani, cu precădere la bărbați. La vârsta sub 45 de ani, incidența este în creștere, iar principalii factori de risc sunt consumul de cocaină, diabetul, bolile renale, hipercolesterolemia și antecedentele familiale. Rata mortalității infantile cauzate de IM este sub 0,2 cazuri la 100 000 de populație pe an pentru vârsta de până la 12 luni și de 0,2 pentru vârsta de 15-24 ani. Vârsta, sexul și ereditatea explică aproximativ 50% din decese. În general, angina pectorală este mai frecventă la femei, în timp ce IM la bărbați. Frecvența IM și prognosticul la femei se agravează în perioada post-menopauză. Diabetul crește rata mortalității cu 30%. Fiecare creștere de 10 mmHg a tensiunii arteriale peste nivelul normal (130/80) dublează riscul de boli cardiace coronariene.

2. Accidente vasculare cerebrale (AVC)

Actualmente AVC sunt foarte răspândite. De exemplu, în SUA se înregistrează 500 000 de cazuri de accidente vasculare cerebrale pe an. Se estimează că numărul lor va crește până la 1 milion către anul 2050. În lume aproximativ patru milioane de oameni (4,3 milioane în 1990), mor anual de accident vascular cerebral. În SUA, accidentele vasculare cerebrale reprezintă 7,1% din totalul deceselor. Incidența este mai mare la bărbați, în special cu vârsta de peste 65 de ani. Cu toate acestea, 25% din cazuri au loc la vârsta sub 65 de ani. Se estimează că la vârsta de sub 70 de ani, 1 din 20 de persoane va suferi un atac cerebral. O scădere bruscă a ratelor de mortalitate au fost înregistrate în perioada anilor 1972 și 1980, fapt care s-a datorat îmbunătățirii criteriilor de diagnostic, facilităților precum și creșterii gradului de conștientizare. Principalii factori de risc sunt: vârsta, hipertensiunea arterială, fumatul, bolile de inimă (fibrilație atrială, infarct miocardic), diabetul zaharat, hiperlipidemia și utilizarea contraceptivelor orale (în special la fumători).

Promovarea sănătății pentru prevenirea BCV. Este un subiect foarte dificil prin multitudinea de întrebări fundamentale și răspunsuri superficiale. Câteva dintre aceste întrebări sunt:

1. Cum se poate îmbunătăți finanțarea (majoritatea țărilor nu sunt măcar la punctul de pornire);
2. Cum de găsit soluții finale (de exemplu, în cazul variolei și în cazul altor boli infecțioase);
3. În cazul în care rezultatele și scopul prevenirii BCV sunt prelungirea longevității, cum vom aborda problema îmbătrânirii populației (fără idei de restructurare a societății, fără paradigme atât individuale, cât și colective pentru creșterea numărului populației care tinde să devină jumătate a lumii în următoarele decenii);
4. Cum putem integra cele mai importante minți clinice în comunitatea de sănătate publică (majoritatea capacităților intelectuale medicale sunt concentrate în secțiile clinice, ca urmare a progreselor rapide în domeniul medicinei clinice) (2-5, 17-20).

Obiectivele PSES în BCV constau în reducerea incidenței și mortalității din entitățile relatate în *tabelul 13*:

Obiectivele PSES în BCV la toate nivelurile

Nivelul de promovare a sănătății	Sarcini/activități
Primordial	Sociale Juridice, etice, drepturile omului Economice Marketing cultural, social etc.
Primar	Controlul factorului de risc prin: <ul style="list-style-type: none"> - educație; - consiliere (diabet zaharat, hipertensiune arterială, dieta etc.); - consultații (populații de risc, femei, profesii); - tratamente (diabet, hiperlipidemie, alcoolism etc.).
Secundar	Pacienți simptomatici: <ul style="list-style-type: none"> - screening-ul de detectare; - un tratament adecvat (medicamente adecvate); - eliminarea factorilor de risc (riguros); - controlul periodic; - abordarea invazivă și operativă (în cazul în care este indicat); - autocontrol și terapii de acasă

Pentru prevenirea BCV se face PSES nu doar de domeniul medical, dar și de structurile formate în aproape toate profilurile de profesioniști și cercetători care se ocupă cu legile fundamentale ale naturii și societății. Abordările la toate nivelurile pot fi: individuale, colective și de masă (adică de marketing, sociale, media, școli, reglatoare). Câteva exemple de programe de PSES în BCV la nivel comunitar sunt prezentate în tabelul 14.

Tabelul 14

Programe bazate pe comunitate (exemple)

Studiul Framingham Heart (1948). STATELE UNITE ALE AMERICII Framingham punctaj de risc
Proiectul Stanford (1972-5, 1980-6) Statele Unite ale Americii
Programul Minnesota Sănătate cardiovasculară (1980-8). Statele Unite ale Americii
Proces de intervenție în factori de risc multipli (1972-9). Statele Unite ale Americii
Proiectul Karelia de Nord (1972-) Finlanda

Ateroscleroza, factorii de risc ai sindromului metabolic

Ateroscleroza este un proces biologic complex care duce la îngroșarea peretelui arterelor de calibru mare și mediu. Aceasta induce insuficiența hemodinamicii țesuturilor periferice (inimă, creier, extremități, rinichi etc.), care contribuie la insuficiența oxigenării țesuturilor și moartea organelor (3-4). La începutul sec. XX, cercetătorii ruși au arătat că colesterolul în hrana iepurilor crește rata aterosclerozei. Însă acest fapt a fost recunoscut abia în anii 1950, când a fost acceptată "posibilitatea" asocierii hiperlipidemiei cu ateroscleroza. Prima clasificare a hiperlipidemiilor a fost făcută de către Fredrickson în 1956. Premiul Nobel pentru cercetarea metabolismului lipidic și aterosclerozei a fost acordat în 1964 lui Bloch și Lynen (1964), iar în 1985 lui Brown și Goldstein (1985).

În anul 1976, pentru prima dată a fost demonstrat că colesterolul este un „factor independent” pentru ateromatoză, iar în 1980 a apărut primul studiu de intervenție care a arătat că reducerea farmacologică a colesterolului duce la scăderea semnificativă a incidenței BCV, iar în 1988 a apărut prima descriere detaliată a chimiei și fiziologiei „statinei” (HMG-Co a reductazei). Aceste succese au arătat că intervențiile sunt foarte importante în toate fazele de prevenire a BCV.

În anii 1990 a urmat faza de „colesterol bun” și „colesterol rău”, și reacțiile cu hemostatice complexe, iar în anii 2000 faza infecției, inflamației, citokinelor și markerilor inflamației, care continuă a fi cercetate în conexiune cu cele mai recente descoperiri privind markerii genetici, factorii mecanici, producția/inhibarea oxidului de azot, interacțiunile endoteliale hormonale și rezistența la insulină. Acești factori sunt de o importanță crucială pentru înțelegerea direcțiilor actuale și viitoare ale intervențiilor preventive. A urmat un spectru larg de probleme abordate de mai multe centre clinice și de intervenție, pe care studentul implicat va trebui să le studieze, investigheze și analizeze.

Modele matematice și abordări cantitative au fost experimentate recent pe baza datelor epidemiologice și longitudinale. Introducerea unor modele matematice în practica clinică este un proces lent, iar simplificarea va duce la instrumente cantitative foarte utile. Cu toate acestea, parametrii de ecuații ar putea varia între populații, ca urmare a gradientelor geografice, genetice și de altă natură, prin urmare, ajustările devin o necesitate.

Inițial promovarea sănătății la toate etapele de prevenire a fost o "simplă" diviziune de prevenție primară și secundară, în conformitate cu acțiunile întreprinse în perioade "pre-eveniment" (înainte de infarct sau accident vascular cerebral) sau "post-eveniment" (după un IM sau accident vascular cerebral). Cu toate acestea, în astfel de schematizare apar câteva întrebări fundamentale:

- în cazul în care diabetul este echivalent cu IM, prevenirea la diabetici este primară sau secundară;
- când, în ce perioadă, ar trebui să înceapă prevenirea „primară”;
- este sau nu etic de a da același sfat în cazul „primar” și în cel „secundar”, chiar dacă el/ea este expusă unui pericol ușor? Recent, toate evenimentele BCV au fost luate în considerare pentru prevenirea „secundară”;
- identificarea cazului non-eveniment cu risc ridicat (folosind sisteme pe calculator sau SCORE, de analiză a eredității sau chiar empirice).

Intervențiile de PSES pot fi împărțite în trei grupe:

1. *Comportamentale*: diete, exerciții fizice, abandonul fumatului și consumului de alcool, regimuri pentru eliminarea factorilor de risc controlabili. Aceste măsuri sunt recomandate cu siguranță celor fără risc sau chiar în „perioadă de non-risc”, de asemenea copiilor cu factori de risc;

2. *Farmacologice*: reglementarea hipertensiunii arteriale, hiperlipidemie, hiperglicemiei, anticoagularii - pentru toți cei care sunt expuși unui risc ridicat și/sau post-eveniment, și cazuri selectate, care nu pot atinge valorile-țintă ale factorilor de risc cu măsurile menționate la punctul 1;

3. *Intervenții invazive și chirurgicale*. Se realizează în cazuri cu grad ridicat de risc, în perioada pre-eveniment și post-eveniment, în conformitate cu orientările specifice și deciziile specialiștilor în cardiologie.

Cele mai populare programe pe computer de cuantificare a riscului în BCV sunt Framingham și SCORE. Cu toate că acestea sunt recomandate ca proceduri de rutină și relevante pentru medicii generalişti din ambulatorul de specialitate, ele nu sunt încă o rutină, cel puțin în țările în curs de dezvoltare. Pe de altă parte, există unele inexactități și neconcordanțe ale acestor sisteme. Prin urmare, în viitorul apropiat sunt de așteptat modificări sau noi cuantificări.

Nivelurile limită actualizate ale valorilor-țintă ale indicatorilor factorilor de risc sunt date în *tabelul 15*:

Tabelul 15

Factori de risc-țintă: valori

Factor de risc		Valoarea-țintă	
Fumat		0	
Tensiune arterială		120/80 mmHg	
LDL		<2.5 mmol/l (<1.5 după eveniment CVD)	
colesterol total		<4.5 mmol/l	
trigliceride		<1.1 mmol/l	
HDL		>1.1 mmol/l	
HbA1c		<6.5 %	
Glicemia a (IDF)	repaus alimentar	<6.5 (100 mg%)	
	peste 2 ore după masă	<7.2 (135 mg%)	
CRP		<0.6	
IMC		25-29.9 kg/m ²	
Circumferința abdominală		Bărbați	Femei
	Europoid	<94 cm	<80 cm
	Asia de Sud	<90	<80
	China	<90	<80
	Japonia	<85	<90
Sursa: <i>American Heart Association, 2004</i>			

Semnificația socio-economică (SSE) a BCV. În țările dezvoltate se acordă o atenție deosebită factorului socio-economic. Există o diversitate de opinii cu privire la faptul dacă statutul socio-economic (SSE), ca factor particular sau constituent al unui complex de factori influențează „direct” sau „indirect” asupra morbidității și mortalității prin BCV. Este unanim acceptată ideea existenței unei corelații directe între SSE și incidența morbidității și mortalității prin BCV.

Este important de a cunoaște „Regula de 3”, exprimată prin:

- o treime din populație nu se simte sănătos;
- populația săracă se simte bolnavă de trei ori mai frecvent decât cea bogată și școlarizată;
- în țările dezvoltate persoanele sărace sunt de trei ori mai multe decât cele bogate;

- cele trei niveluri ale statutului socio-economic constau din: starea materială, comportament și starea psihologică.

Evaluarea profundă a SSE, inclusiv cuantificarea ei, provine din datele lucrărilor recent publicate de Kunst, Mackenbach și Regidor. Inegalitățile în domeniul îngrijirii sănătății este o problemă foarte sensibilă și dureroasă în țările dezvoltate, influențând puternic incidența și rezultatul BCV. În următoarele câteva decenii va fi foarte important să se dezvolte în continuare instrumentele cantitative pentru măsurarea inegalităților socio-economice într-o anumită societate sau stat.

Pentru toate scopurile, inclusiv pentru PSES, este mai avantajos să se angajeze sau să se educe resursele intelectuale locale în planificarea și organizarea programelor sociale și medicale de sănătate publică în țara de origine, decât angajarea experților străini. Experiențele din țările în curs de dezvoltare precum și estimările cost-beneficiu relevă faptul că în majoritatea țărilor din această grupă, în special în fostele state socialiste, există un număr considerabil de persoane cu studii superioare, experiență, motivație și infrastructură. Pierderile culturale și costurile ridicate sunt frecvent factorii de fond ai „triumphiurilor” abordare inadecvat. Soluția cea mai eficientă din punct de vedere costuri-beneficii constă în comunicațiile interculturale și îmbunătățite de comunicațiile experților și anume cazul PHSN.

Există un nivel considerabil de subiectivitate în autoestimarea și cuantificarea SSE. Parametrii SSE, luați în considerare în studiile de BCV, includ: veniturile pacientului, venitul părinților pacientului, educarea pacientului sau părinților, etnia, contextul vecin, șomajul, factorii de risc – fumatul, alcoolul, obezitatea, diabetul zaharat, nutriția, stresul și hipertensiunea arterială.

Există o varietate de modele matematice și softuri de calculare a statutului socio-economic al unei populații, determinate de Kunst, Regidor, Mackenbach, Lorenz etc. Aceste modele sunt utile în determinarea impactului straturilor sociale, educației, sărăciei, educației părinților, statutului social al părinților și al altor factori înrudiți asupra incidenței și mortalității unei boli cronice, în special a BCV. S-a constatat că clasa socială inferioară este mai frecvent asociată cu BCV, mortalitatea și așa factori de risc cum sunt diabetul, hipertensiunea, stresul, fumatul, alcoolul și hiperlipidemia.

Găsirea de resurse de finanțare pentru PSE, prevenirea și alte activități de sănătate publică în BCV este necesară permanent deoarece costurile directe ale tratamentelor BCV reprezintă de la un sfert până la

o treime din totalul cheltuielilor de asistență medicală generală. În SUA cheltuielile anuale pentru managementul BCV curative sunt de circa 400 miliarde de dolari, iar pentru diabetul zaharat de circa 130 de miliarde de dolari pe an. Deși nu există date cu privire la costurile pentru PSES și prevenirea BCV, importantă este finanțarea activităților pentru prevenirea BCV și elaborarea bugetului. În speranța că aceste nevoi vor semnifica perioada de tranziție de la predominantul "curativ" la cel de "prevenire" pentru gestionarea generală a BCV, trebuie întreprins un complex flexibil și inovator de intervenții. Este necesară o abordare cu spectru extrem de creativ pentru a fi elaborate bugete, care ar trebui să creeze "simetrie" a realităților aparent divergente – economie de piață, diferență de inegalitate privind sănătatea și dezvoltarea rapidă cu creșterea non-lineară a cheltuielilor.

Este necesar de a cunoaște elementele finanțării generale la nivel național. Modul în care acestea funcționează la nivel național se estimează prin trecerea în revistă a:

1. Serviciilor de consultanță (contabilitate, fiscalitate, management, planificare finanțe, medicină legală, evaluare de afaceri, prevenirea și detectarea fraudei, litigii și consultare, tehnologie).

2. Elementelor de bază bancare.

3. Elementelor de bază pentru stocul de marketing.

4. Modele, Portofoliu.

– stabilirea prețurilor derivate.

– opțiunea de tranzacționare.

– gestionarea numerarului.

– aspectele fiscale și de reglementare.

– aplicarea instrumentului financiar.

La nivel de "enciclopedie", aceste cunoștințe ar trebui discutate și realizate cu ajutorul unor experți financiari.

În literatură găsim termenul de „*sensul prevenirii și finanțării sănătății publice*”. La acest compartiment există trei motive pentru asigurarea obligatorie medicală a activităților de RSES și prevenire și sănătatea publică a BCV:

- detectarea/diagnosticarea la timp;

- optimizarea activităților de PSES și de prevenire;

- pentru a evita tratamentele ulterioare și costurile lor mari.

PSES și prevenirea BCV este, cu siguranță, o investiție directă în scăderea mortalității și creșterea longevității. Deși pe piață există o di-

versitate enormă de pachete de asigurare, majoritatea persoanelor neinformate (inclusiv cele cu studii), într-o anumită situație nu pot satisface cele mai bune condiții de acoperire. Creșterea investițiilor în PSES, prevenire și asigurare aferente sănătății publice a BCV ar trebui să fie cel puțin paralelă cu creșterea costurilor de îngrijire a sănătății, care în țările dezvoltate este de 10-15% din bugetul sănătății pe an. Așadar, sunt necesari instructori individuali pentru pachete de asigurări de prevenire. În SUA doar 32% dintre ispanici nu au asigurare de asistență medicală (inclusiv de prevenire), în timp ce în rândul populației albe acest indicator este de 53%, ceea ce este sub ratele înregistrate în alte țări dezvoltate.

Sectorul privat și sănătatea publică în BCV. Există o tendință de creștere intensă a sectorului privat în țările în curs de dezvoltare. Cu toate că asistența de performanță înaltă este orientată "curativ", nu există o tendință de orientare preventivă a instituțiilor private. Din lipsa de resurse financiare în aceste țări, ele sunt obligate să treacă de la sistemul medical public (de stat) la cel privat. Cei mai mulți specialiști din sectorul privat (medici de familie, interniști și pediatri etc.) sunt foarte interesați de practica în BCV. Investițiile în BCV devin foarte mari și constau din investiții pentru echipamente și cheltuielile farmaceutice, care constituie o mare parte din cheltuielile generale legate de sănătate. În țările în curs de dezvoltare sectorul privat este concentrat în centrele ambulatorii, iar în țările dezvoltate este în instituțiile spitalicești. Este posibil ca sectorul privat va crește în următoarele câteva decenii.

O bună sursă este și finanțarea învățământului medical (autofinanțare).

Cu toate că modul ideal de practici ar fi cel legat de medicina preventivă, există foarte puține programe și activități orientate spre prevenire în sectorul privat. Motivul cel mai probabil pentru păstrarea orientării curative este educarea medicilor și asistentelor medicale precum și investițiile mari alocate pentru practica BCV. Cu toate acestea, complexul cost-beneficiu al medicinei preventive în sectorul privat de înaltă performanță este o oportunitate notabilă a viitorului apropiat.

Privind activitățile sectorului privat la capitolul BCV există mai multe *avantaje și dezavantaje*. Centrele de înaltă performanță din sectorul privat au avantaje mari față de centrele de performanță scăzută în calitatea îngrijirii și reducerea mortalității. Pe de altă parte, costurile la centrele private de înaltă performanță sunt mult mai mari decât în spitalele de stat relevante. În țările în curs de dezvoltare, sectorul privat are

avantajul în intervențiile low cost (costuri mici), care ar putea fi acoperite chiar de către pacienți. Pot fi adaptate pentru cazuri de urgență în acele țări în care spitalele de stat sunt încă mai bine gestionate. Tratamentele acasă sunt încă sub acoperirea instituției de stat, cu toate că există un potențial ridicat pentru sectorul privat. Sectorul privat este în creștere lentă și este foarte dificil să se dezvolte în țările foarte sărace și cu venituri mici (adică mai puțin de 1000 US \$ pe an per beneficiar de asigurări).

Stabilirea predominantului preventiv al centrului privat pentru BCV este o paradigmă provocatoare și care necesită strategii. Teoretic nu există astfel de centre îngust specializate private. Cu toate acestea, în practică există unități medicale private în care veniturile în principal provin de la pacienți BCV. În ceea ce privește îmbătrânirea populației și frecvența ridicată a factorilor de risc și frecvența mare a pacienților post-eveniment cardiovascular, există o nevoie de astfel de centre - fie strict specializate sau cel puțin 50%, prevăzute pentru pacienții cu BCV. Exemple bune de centre specializate (atât private, cât și de stat) sunt centrele de diabet zaharat, clinicile de hipertensiune arterială, centrele neurologice (accident vascular cerebral) etc.

Asistenta medicală poate fi angajată în mod individual sau într-o echipă în programele de PSES și preventive a BCV pe bază de privat. Un foarte bun exemplu este experiența cazurilor cu privire la *casa de îngrijire preventivă*. Asistente medicale special pregătite (instruite) pot efectua screening-ul de control și educație referitoare la factorii de risc (fumatul, diabetul, obezitatea, hiperlipidemia, hipertensiunea, exercitarea screening-ul și BCV de detectare etc.). În mediul rural, cu oameni săraci, doar un sfert au puterea de a plăti și ar putea fi singurii furnizori pentru sănătatea publică la prețuri accesibile.

Lucrare practică

Scopul: conștientizarea factorilor de risc în formarea poverii bolilor, familiarizarea cu principiile de promovare a sănătății în contextul prevenirii bolilor netransmisibile.

Sarcinile lucrării:

1. Extinderea cunoștințelor și înțelegerea rolului promovării sănătății și educației pentru sănătate în prevenirea BCV.

2. Recunoașterea rolului tuturor actorilor (participanților) în activități de promovarea sănătății și educație pentru sănătate într-o rețea de cooperare multisectorială și de intervenții integrate de prevenție a BCV.

3. Listarea și expunerea succintă a principalelor documente de politici globale, regionale și naționale privind prevenirea și controlul BCV.

4. Însușirea conținutului Strategiei Naționale de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012-2020.

Obiective de formare. După învățarea acestei teme, studenții și profesioniștii din domeniul sănătății publice trebuie:

1. Să cunoască dimensiunile problemei globale a BCV, metodele de supraveghere a BCV;

2. Să înțeleagă problemele curente ce țin de răspândirea factorilor de risc și locul BCV în structura morbidității și mortalității populației prin BNT;

3. Să aplice noi abordări și creativitate în dezvoltarea programelor de PSES în prevenția BCV și în îmbunătățirea îngrijirilor medicale;

4. Să poată coordona strategiile și activitățile de promovarea sănătății orientate spre sectorul public și privat;

5. Să elaboreze activități și programe pentru consolidarea cooperării intersectoriale și cooperarea cu guvernul;

6. Să fie capabil să gestioneze activitățile pentru prevenirea BCV la nivel de APL, AMP etc.

7. Să reflecte poziția și perspectivele proprii vizavi de BCV în contextul de promovare a sănătății: noi metode de predare, difuzare de informații, detectarea și diagnosticarea în masă a BCV, reducerea costurilor și mortalității, prelungirea vieții și îmbunătățirea calității vieții.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Entitățile BCV și factorii de risc.

2. Particularitățile răspândirii BCV.

3. Aspectele sociale și economice ale BCV.

4. Constatarea resurselor, inclusiv finanțarea pentru prevenția BCV.

5. Sectorul privat și sănătatea publică în BCV.

6. Prevenirea.

7. „Medicamentul de acasă” și prevenirea BCV.

8. Informarea și comunicarea în privința BCV.

9. BCV în medicina rurală.

10. Viitor: știință, tehnologii, strategii, optimizare și informare.

Activitatea practică:

1. Lectura materialului informativ referitor la răspândirea și povara bolilor cardiovasculare la nivel european și internațional.
2. Discuții în focus-grupuri.
3. Studii de caz.
4. Sarcină individuală – evaluarea situației bolilor sistemului circulator în localitatea (raionul) de baștină.

Dexterități practice:

1. Aprecierea prevalenței morbidității populației prin BCV într-un teritoriu definit.
2. Evaluarea poverii factorilor de risc pentru BCV într-un teritoriu definit.
3. Dezvoltarea (elaborarea) profilului de sănătate într-un teritoriu definit.
4. Schițarea unor măsuri generale de reducere și/sau combatere a factorilor de risc a BCV într-un teritoriu definit.
5. Elaborarea unor materiale informative de promovarea sănătății și educației pentru sănătate vizând reducerea factorilor de risc ai BCV modificabili pentru diverse grupuri-țintă.

Dotarea lucrării practice:

1. Sală computerizată.
2. Echipament: 1 computer la 2 studenți, videoproiector, conexiune la Internet.
6. Strategia Națională de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012–2020.
7. Probleme situaționale sub formă de Profilul de Sănătatea populației RM sau a unui teritoriu administrativ.
8. Teste pentru verificarea cunoștințelor.

Desfășurarea activității practice:

1. Studenții studiază amendamentele Programului național de control al bolilor netransmisibile, Programului național de promovarea sănătății și Programelor adiționale cu privire la reducerea factorilor de risc.
2. Studenții evidențiază principalele entități nosologice ale BCV, factorii de risc și activitățile specifice de promovare a sănătății pentru prevenția BCV.
3. Studenții, divizați în 4 focus-grupuri, studiază și prezintă situația referitor la BCV prioritare în RM și povara factorii de risc;

4. În baza rezultatelor obținute, studenții participă la ședința Consiliului autorității publice locale privind elaborarea planului de acțiuni referitor la PSES pentru prevenirea BCV în rândurile populației într-un teritoriu definit.

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Selectați care factori, adițional factorilor de risc tradiționali, au avut un impact semnificativ asupra creșterii mortalității prin BCV în RM?
 - a. factorii psihosociali, activitatea curativă și preventivă adecvată a instituțiilor medico-sanitare;
 - b. factorii psihosociali, standardul economic de viață al populației;
 - c. factorii psihosociali, standardul economic de viață al populației, activitatea curativă și preventivă adecvată a instituțiilor medico-sanitare;
 - d. standardul economic de viață al populației, activitatea curativă și preventivă adecvată a instituțiilor medico-sanitare;
 - e. calitatea vieții.
2. Printre motivele incidenței BCV, ratele de creștere a incidenței în RM sunt mai înalte din cauza:
 - a. bolii ischemice a cordului, decât de afecțiunile cerebrovasculare;
 - b. afecțiunilor cerebrovasculare, decât de boala ischemică a cordului;
 - c. infarctului miocardic, decât hepatita cronică;
 - d. bolii ischemice a cordului, decât de afecțiunile respiratorii;
 - e. afecțiunilor oncologice decât de boală ischemică a cordului.
3. Prevalența hipertensiunii la populația adultă din RM, potrivit unor studii epidemiologice este de:
 - a. 20%
 - b. 50%
 - c. 40%
 - d. 55%
 - e. 35%.
4. Metodele de identificare a principalelor afecțiuni ale cardiopatiei ischemice aplicate în screening (examene medicale profilactice de masă) se raportează la:
 - a. metode tehnologice performante;

- b. metode simple, cost-eficiente;
- c. metode instrumentale complexe;
- d. metode costisitoare;
- e. metode sofisticate.

5. Tratamentele nemedicamentoase (prevenire) eficiente pentru hipertensiune, dovedite științific includ:
- a. corecția alimentară a excesului de greutate, dislipidemie, metabolismul hidrosalin;
 - b. optimizarea activității fizice: mersul pe jos și/sau alergarea, înotul; includerea activității fizice în timpul liber și activitățile cotidiene;
 - c. refuzul de obiceiuri vicioase (fumat, abuz de alcool);
 - d. normalizarea regimului zilei, repartizarea rațională a timpului liber;
 - e. psihoterapie rațională, autotreinuri, dezvoltarea rezistenței la situații de stres.
 - f. toate cele de mai sus.

Indicați răspunsurile corecte

6. Programele experimentale de prevenire arată că influența măsurilor preventive multifactoriale asupra mortalității pacienților (prevenție secundară) se fac resimțite în:
- a. primul an al programului;
 - b. al treilea an al programului;
 - c. al cincilea an al programului.
7. Programele experimentale de prevenire arată că influența măsurilor preventive multifactoriale asupra mortalității persoanelor fără patologie cardiovasculară, dar cu factori de risc (prevenție primară), se fac resimțite în:
- a. primul an al programului;
 - b. al treilea an al programului;
 - c. al cincilea an al programului.
8. Indicați misiunile umanitare ale medicinei preventive:
- a. prevenirea suferinței
 - b. eliminarea bolilor
 - c. eliminarea suferinței
 - d. profilaxia bolilor infecțioase
 - e. educația pentru sănătate.

9. Indicați misiunile social-economice ale medicinei preventive:
 - a. limitarea absenteismului în muncă
 - b. sporirea randamentului activității profesionale
 - c. prevenirea și eliminarea suferinței
 - d. utilizarea mijloacelor mass-media pentru educația sanitară
 - e. prevenirea bolilor netransmisibile.
10. Indicați care aspecte ale BCV trebuie incluse în Programul informativ educațional:
 - a. promovarea sănătății,
 - b. aspecte economice și de informare,
 - c. aspecte clinice, cuantizare și „medicina acasă”
 - d. de cercetare și de viitor
 - e. de analiză.

Capitolul 13. ACTIVITĂȚILE DE PROMOVAREA SĂNĂȚĂII ÎN PREVENIREA CANCERULUI

Cancerul reunește o serie de boli caracterizate anatomo-clinic prin dezvoltarea de tumori în organe și țesuturi, creșterea necontrolată și răspândirea celulelor anormale. În prezent sunt cunoscute cel puțin 200 tipuri de cancere, fiecare având simptomele, metodele de diagnostic și tratament proprii. Expresia histologică a cancerului este denumită *neoplazie*, unitatea morfofuncțională a acesteia fiind celula canceroasă (neoplastică sau tumorală).

Cancerul poate fi cauzat de factori externi (produse chimice, radiații, virusuri), interni (hormoni, starea imunității, genetica), precum și de stilul de viață (consumul de tutun, alcool, expunerea neprotejată la soare, nutriție precară, lipsa activității fizice). Multe tipuri de cancer pot fi vindecate dacă sunt detectate și tratate prompt, în stadiile precoce de dezvoltare, iar multe altele pot fi prevenite prin schimbarea stilului de viață.

Răspândirea cancerului în lume și în Republica Moldova. Conform OMS, în prezent numărul de pacienți cu cancer în lume se cifrează la 32,6 milioane, anual se înregistrează 14,1 mln cazuri noi și 8,2 mln de decese cauzate de cancer, ceea ce constituie circa 13% din numărul total de decese. Cu toate că cancerul este menționat drept afecțiune caracteristică pentru țările dezvoltate, 57% din toate cazurile sunt înregistrate în țările mai puțin dezvoltate.

În Republica Moldova anual sunt luați la evidență peste 8000 pacienți primari depistați cu tumori maligne (în anul 2014 – 8860 cazuri), ceea ce constituie circa 230,5 cazuri la 100 mii locuitori, prevalența cancerului fiind aproximativ de 6 ori mai înaltă. Anual se înregistrează peste 5000 decese (în anul 2014 – 5972 cazuri), ceea ce constituie în jur de 161,0-170,0 cazuri la 100 mii locuitori. În RM tumorile se plasează pe locul doi printre principalele cauze de deces al populației.

Pierderea anuală de ani de viață sănătoasă, ca urmare a cancerului, la nivel mondial este evaluată la 169 300 000 ani. În Republica Moldo-

va se înregistrează anual circa 2800 ani de viață pierduți prematur din cauza cancerului.

Răspândirea cancerului în raport cu regiunile lumii, atât după numărul de cazuri noi înregistrate, cât și după numărul de decese prezintă același tablou structural – pe primul loc se plasează Regiunea Asia a OMS, urmată de regiunile Europa, America, Africa și Oceania. Incidența cancerului nu corelează obligator cu nivelul global al mortalității în anumite țări, deoarece în unele regiuni/țări există mai multe resurse pentru tratamentul pacienților cu cancer și îmbunătățirea șanselor lor de supraviețuire.

În Regiunea Europeană a OMS, topul celor 5 țări cu cel mai mare număr de bolnavi cu cancer se prezintă astfel: Danemarca, Franța, Austria, Belgia și Norvegia (338,1-318,3 cazuri la 100 de mii populație).

În opinia oncologilor britanici, lista celor mai frecvente tipuri de cancer s-a schimbat în ultimii 40 de ani, însă lista celor mai frecvente 10 tipuri de cancer înregistrate la nivel mondial și în RM se deosebește (tabelul 16). În RM cancerul pulmonar (17,7%), colorectal (14,2%) și prostatei (7,0%) sunt cele mai frecvente tipuri de cancer în rândul bărbaților, în timp ce cancerul de sân (22,1%), colorectal (11,1%), de piele (10,2%) și de col uterin (7,8%) sunt cele mai frecvente în rândul femeilor.

Tabelul 16

Topul celor 10 tipuri de cancer cu cea mai frecventă răspândire în lume și RM

Nr./o	Nivel mondial	Nivel național
1.	Cancer de pulmon	Cancer colorectal
2.	Cancer de sân	Cancer de sân
3.	Cancer de colon	Cancer de pulmon
4.	Cancer de prostată	Cancer de piele
5.	Cancer de stomac	Hemoblastoze
6.	Cancer de ficat	Cancer de stomac
7.	Cancer de col uterin	Cancer de prostată
8.	Cancer de faringe	Cancer de glandă tiroidă
9.	Cancer de vezică urinară	Cancer de col uterin
10.	Limfomul non-Hodjkin	Cancer de ficat
Sursa:	<i>Cancer Research UK, Globocan, 2012</i>	<i>www.institutul oncologic, raport, 2015</i>

Cele patru tipuri de cancer cu maximă răspândire însumează 42% din toate cazurile de cancer la nivel internațional și 43% din RM.

Incidența și mortalitatea prin cancer sunt în continuă creștere în toate zonele administrativ-teritoriale ale țării și comparativ cu anul 1970 acestea s-au dublat, iar în ultimii 20 de ani a crescut de 1,5 ori. Peste 60% din cazurile de deces survin la vârsta aptă de muncă (fig. 9).

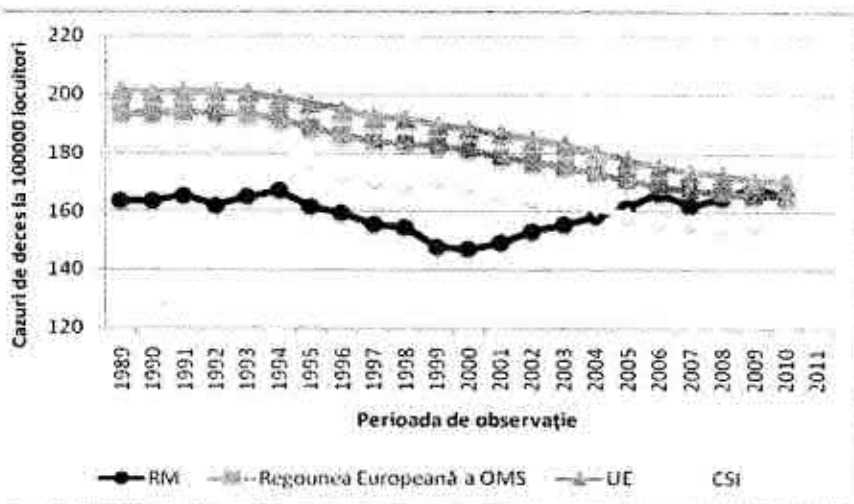


Fig. 9. Mortalitatea prin tumori maligne în Republica Moldova și țările din regiune: A –total populație, B – populația 65+ ani

Nivelurile mai joase ale indicilor de mortalitate a populației RM se explică nu printr-o situație mai bună la acest capitol, dar prin faptul că speranța de viață în țară este practic cu 10 ani mai mică comparativ cu țările UE și nu toți moldovenii "au șansa de a se îmbolnăvi de cancer".

Cauza majoră a mortalității înalte prin cancer în Republica Moldova este depistarea maladiei în stadii tardive. În 2014, în stadii tardive (III și IV) au fost diagnosticați 4158 din pacienții cu cancer, ceea ce reprezintă 46,93%.

Situația este alarmantă pentru localizările care pot fi supuse măsurilor de depistare precoce (screening sau diagnosticare precoce): cancerele colorectal (48,2%), cervical (51,4%) și mamar (33,7%). Rata de cancer mamar diagnosticat în stadii avansate în Republica Moldova este mai înaltă comparativ cu țările europene.

Organizația Mondială a Sănătății estimează că numărul de cazuri de cancer va crește în următorii 20 de ani cu 70%, ceea ce ar însemna 21,4 mln cazuri noi de cancer către anul 2032.

În scopul monitorizării activităților de profilaxie și control al cancerului în Republica Moldova a fost elaborat **Programul național de control al cancerului pentru anii 2016-2025**. Rezoluția privind prevenția și controlul cancerului al Asambleei Mondiale a Sănătății (WHA58.22), adoptată în mai 2005, solicită statelor membre să intensifice acțiunile contra cancerului prin dezvoltarea și consolidarea programelor de control al cancerului. Misiunea experților OMS, în 2013, a recomandat pentru RM elaborarea unui Program național de control al cancerului.

Un astfel de program adoptat de guvernul republicii în data de 28 septembrie 2016 și corespunde dezideratelor expuse în documentele OMS.

Elaborarea proiectului actualului Program național a fost precedat, în conformitate cu recomandările Organizației Mondiale a Sănătății, de identificarea principalelor probleme în domeniul controlului cancerului, printre care este menționată și lipsa unui mecanism sau Comitet de coordonare, responsabil de monitorizarea și evaluarea implementării intervențiilor publice în controlul cancerului.

Scopul programului: Eficientizarea și sporirea calității serviciilor medicale acordate populației în domeniul controlului cancerului, îmbunătățirii condițiilor de activitate, implementarea tehnologiilor noi bazate pe cost-eficiență, mobilizarea socială în controlul cancerului precum și monitorizarea determinantelor sănătății.

Obiectivul general al Programului este reducerea mortalității prin cancer cu 7% către anul 2025.

Obiective specifice:

I. Reducerea cu 10% până în 2025 a incidenței tipurilor de cancer: pulmonar, de piele, stomac, ficat, prostată, colorectal, cervical și mamar, determinate de factorii de risc comportamentali (fumatul, consumul de alcool, alimentație, activitate fizică).

II. Sporirea cu 25% a ratei de depistare precoce a cancerului (stadiile I și II) până în anul 2025.

III. Asigurarea accesului a cel puțin 80% dintre pacienții cu cancer din Republica Moldova la servicii calitative de diagnostic, tratament și îngrijire continuă până în anul 2025.

IV. Dezvoltarea serviciilor paliative și a celor de reabilitare și asigurarea accesului pacienților cu cancer la aceste servicii.

V. Îmbunătățirea și asigurarea funcționării Registrului de Cancer conform recomandărilor Agenției Internaționale pentru Cercetări în domeniul Cancerului.

Monitorizarea implementării și evaluarea rezultatelor prezentului Program se va efectua în baza indicatorilor de monitorizare incluși în planul de acțiuni.

Realizarea programului necesită acțiuni ale personalului medical care includ vaccinarea ca metodă cost-eficientă de prevenire a cancerului. În Republica Moldova este aplicat Vaccinul HBV pentru prevenirea cancerului de ficat, inclus și aplicat în cadrul Programului național de imunizări începând cu anul 2011, precum și vaccinul HPV, care va fi inclus în Programului național de imunizări începând cu anul 2018.

Comunicarea, informarea și educarea publicului larg și a tuturor prestatorilor de servicii de sănătate privind măsurile de prevenire a cancerului. Această acțiune reprezintă o intervenție controversată (sunt aduse evidențe care indică că comunicarea, informarea și educarea publicului sunt măsuri mai puțin cost-eficiente), însă Codul European împotriva cancerului justifică și recomandă această acțiune, care este promovată pentru sensibilizarea privind aspectele de cancer nu numai în rândul populației generale dar, de asemenea, printre factorii de decizie din alte sectoare și în rândul personalului medical de diferite niveluri.

Pentru promovarea sănătății este important a cunoaște etiologia cancerului. În acest sens sunt utile cunoașterea teoriilor cancerului.

Teoriile cancerogenezei. Din cele mai vechi timpuri, medicii erau interesați de etiologia cancerului, dezvoltând o multitudine de teorii ale cancerogenezei, care actualmente sunt grupate în două categorii – teoriile timpurii și teoriile moderne.

Teoriile timpurii despre cauzele cancerului sunt prezentate de:

- teoria umorală – dezechilibrul celor 4 umori (sânge, flegmă, bilă galbenă și bilă neagră după Hipocrate), excesul de bilă neagră în țesuturi fiind considerată cauza cancerului. A existat necontestat până în jurul anilor 1300.
- teoria limfatică – Stahl și Hoffman susțineau că cancerul este compus din limfă fermentată și degenerată. A existat până în jurul anilor 1800.

- teoria celulară – în anul 1838 Johannes Muller a demonstrat că cancerul este format din celule (*blasteme* aflate între țesuturile normale) și nu din limfă, iar elevul său, Rudolph Virchow (în aa. 1898-1902), a demonstrat că toate celulele bolnave își au originea din celulele normale.
- teoria iritației cronice – Rudolph Virchow a presupus că iritarea cronică este cauza cancerului, care se "răspândește ca un lichid". În anul 1860, Karl Thiersch a arătat că metastazarea cancerului are loc prin răspândirea celulelor maligne.
- teoria traumei – de la sfârșitul anilor 1800 până în anii 1920 trauma a fost considerată de unii factor provocător al cancerului, în pofida progreselor în înțelegerea cancerului și eșecul experiențelor efectuate pe animalele de laborator.
- teoria infecțioasă – Zacutus Lusitani (1575-1642) și Nicolae Tulp (1593-1674), doi medici din Olanda, au concluzionat aproape în același timp că cancerul este contagios. Această teorie s-a menținut de-a lungul sec. XVII-XVIII. Deși cancerul uman nu este contagios, unele virusuri, bacterii și paraziți pot stimula riscul de a dezvolta cancer.

Cunoștințele moderne despre cauzele cancerului explică mecanismele de producere a acestuia prin diferite teorii și ipoteze, care pot fi grupate în următoarele categorii: celulare, biochimice, noxelor, somatice și reglatorii.

Teoriile celulare presupun că celulele tumorale provin din transformarea celulelor normale existente. Astfel tumorile sunt derivate din celulele cu diviziune rapidă (corpul uman prezintă 10-16 celule în diviziune de-a lungul vieții, una dintre care poate suferi transformări maligne). Proliferarea celulară necontrolată și moartea celulară programată sunt evocate în apariția tumorilor.

Teoriile biochimice incriminează că modificările căilor metabolice ar putea duce la cancer. Metabolismul oxidativ a lui Otto fon Warburg, teoria metabolismului anaerob, teoria "ontogenezei ca ontogenie parțial blocată" a lui Potter, teoria deleției proteice ca model epigenetic al cancerului sunt cele mai relevante teorii biochimice ale cancerogenezei.

Teoriile noxelor au importanță majoră pentru domeniul promovării sănătății. Conform lor, cancerul este rezultatul agresiunii factorilor de mediu prin mecanismele invocate în cadrul carcinogenezei actinice, vi-

rale și chimice – metabolismul oxidativ ducând invariabil la leziunile ADN-ului.

Mai mult de 150 de ani au trecut de când clinicianul Ioan Hill din Londra a recunoscut tutunul ca substanță cancerigenă. În prezent sunt identificate și pot fi evitate multe substanțe specifice care cauzează cancerul: gudronul de cărbune și derivații acestora (cum ar fi benzenul), unele hidrocarburi, anilina (o substanță folosită pentru producerea de coloranți), azbestul și multe altele. Radiația ionizantă de asemenea este o cauză a cancerului.

Pentru a asigura siguranța publicului, guvernele au stabilit standardele de siguranță pentru numeroase substanțe, inclusiv benzen, azbest, hidrocarburi în aer, arsenic în apa de băut, și radiații.

Mai multe virusuri sunt acum legate de cancerul uman, de exemplu:

- infecția de lungă durată cu virusurile hepatitei B sau C pot duce la cancer de ficat;
- unul dintre virusurile herpetice, virusul Epstein-Barr, provoacă mononucleoza infecțioasă incriminată în limfomul non-Hodgkin și cancerul nazofaringian;
- persoanele cu virusul imunodeficienței umane (HIV) au un risc mai sporit de a dezvolta mai multe tipuri de cancer, în special sarcomul Kapoși și limfomul non-Hodgkin;
- virusurile papilomei umane (VLP) au fost incriminate de mai multe tipuri de cancer, în special ale colului uterin, vulvei, vaginului, anusului și penisului. Unele tipuri de cancer ale capului și gâtului (mai ales limba și amigdalele) sunt legate, de asemenea, de riscul ridicat al unor tipuri de HPV. Astăzi există vaccinuri pentru prevenirea infecției cu HPV.

Până în anul 2014, Agenția Internațională pentru Cercetarea Cancerului (IARC) a Organizației Mondiale a Sănătății a identificat mai mult de 100 factori cancerigeni chimici, fizici și biologici. O mare parte dintre aceste asociații au fost recunoscute cu mult înainte de oamenii de știință, interesați de dezvoltarea cancerului. Astăzi, cercetătorii descoperă noi substanțe cancerigene, explicând modul în care acestea cauzează cancerul și oferind o perspectivă asupra modalității de prevenire.

- *teoriile somatice*. Conform acestor teorii cancerele reprezintă o categorie largă de boli genetice ale celulelor somatice. Inițierea dezvoltării tumorale apare prin acumularea mutațiilor genice când o celulă normală suferă leziuni genetice permanente.

Tehnicile moderne ale chimiei și biologiei au răspuns la multe întrebări complexe despre cancer. Oamenii de știință știau că cancerul ar putea fi cauzat de substanțe chimice, radiații și virusuri, și că, uneori poate fi o boală de familie. Cu acumularea informațiilor despre ADN și gene s-a constatat că deteriorarea ADN-ului de către substanțele chimice și radiații sau introducerea de noi secvențe de ADN de către virusuri frecvent duc la dezvoltarea cancerului. În prezent a devenit posibil de a indica localizarea exactă a deteriorării pe o anumită genă.

Genele, legate de cancer, se divid în *oncogene* și *gene supresoare de tumori*. Oncogenele determină celulele să crească fără control și să devină celule canceroase din cauza modificărilor sau mutațiilor unor gene normale ale celulelor numite proto-oncogene.

Genele supresoare de tumori sunt gene normale care încetinesc diviziunea celulară, repar greșelile de ADN și determină celulele când să moară (apoptoză sau moartea celulară programată). Când aceste gene nu funcționează corect, celulele se pot dezvolta fără control, ceea ce poate duce la cancer.

Au fost identificate gene oncogene și gene supresoare de tumori afectate de substanțe chimice sau radiații și cele care, atunci când sunt moștenite, pot duce la cancer. De exemplu, în anul 1990 au fost descoperite 2 gene care cauzează unele tipuri de cancer de sân, BRCA1 și BRCA2. Aceste gene pot fi folosite pentru a identifica persoanele cu un risc mai mare de a dezvolta cancer mamar.

Au fost descoperite și alte gene legate de cancer care rulează în familie, cum ar fi cancerul de colon, rect, rinichi, ovar, tiroidă, pancreas și melanomul pielii. Cancerul legat de ereditate constituie mai puțin de 15% din toate cazurile de cancer. Totuși este important să înțelegem aceste tipuri de cancer, deoarece am putea identifica mai multe persoane cu risc foarte ridicat.

Concomitent s-a descoperit că genele defecte uneori sunt moștenite, iar uneori genele moștenite sunt afectate în punctele în care anumite produse chimice au tendința de a provoca daune (defecte). Cu alte cuvinte, cele mai multe dintre substanțele care au cauzat cancerul (cancerigene) provoacă daune genetice (mutații), care se aseamănă foarte mult cu mutațiile moștenite și care ar putea duce la aceleași tipuri de cancer.

Cancerul este o boală poligenică în care progresia tumorală este rezultatul unor combinații infinite și continuie de alterări genetice și epi-

genetice într-o selecție darwiniană care converg spre instalarea fenotipului malign.

Concepția actuală consideră cancerogeneza un proces multistadial ce începe odată cu intervenția unui anumit agent carcinogen și include totalitatea transformărilor, de la apariția primelor celule neoplazice până la moartea gazdei. Procesul transformării maligne parcurge mai multe etape, fiecare dominată de factori multipli, unii genetici alții epigenetici.

Este unanim acceptat că 85-95% dintre cancere sunt generate de factori de origine exogenă dar nu se poate afirma că un singur factor ar putea iniția cancerul. Cancerogeneza este inițiată de una sau mai multe leziuni (mutații) ale genomului, estimate la un număr variabil între 3 și 12, în funcție de tipul de tumoră.

- *teoriile reglatorii* conform cărora cancerul reprezintă, în primul rând, pierderea funcțiilor de reglare. Celulele tumorale nu mai răspund de manieră adaptată la necesitățile și variațiile mediului în care supraviețuiesc. Cele mai recunoscute sunt teoria diferențierii aberante, teoria selecției clonale și teoria pericolului.

Agențiile de expertiză în evaluarea riscului oncologic. Mai multe agenții (naționale și internaționale) studiază diferite substanțe din mediul înconjurător pentru a determina dacă acestea pot cauza cancer (o substanță care provoacă cancer sau contribuie la creșterea cancerului este numită agent cancerigen). Societatea Americană de Cancer recomandă la aceste organizații să evalueze riscurile pe baza unor dovezi de laborator, pe animale, precum și în studii de cercetare pe populații umane.

În acest context, mai multe agenții de experți, în baza studiilor pe animale și pe oameni, au evaluat caracterul etiologic al razelor X și razelor gamma în dezvoltarea cancerului.

Agencia Internațională pentru Cercetare în Domeniul Cancerului (IARC) face parte din Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Scopul ei principal este de a identifica cauzele cancerului. Pe baza datelor disponibile, IARC clasifică razele X și radiația gamma ca un "cunoscut cancerigen uman".

La acest domeniu se axează și Programul Național de Toxicologie (NTP) format din părți ale diferitor agenții guvernamentale din SUA, inclusiv Institutul Național în Sănătate - *National Institute of Health* (NIH), Centrul pentru Controlul și Prevenirea Bolilor (CDC), precum și administrarea Alimentelor și Băuturilor - *Food and Drug Administra-*

tion (FDA). NTP a clasificat razele X și radițiile gamma ca „cancerigeni umani cunoscuți”.

Agenția Statelor Unite pentru Protecția Mediului - *US Environmental Protection Agency* (EPA) stabilește limitele de expunere la raze X și raze gamma în parte, pentru că recunoaște că această formă de radiații poate cauza cancer.

Clasificarea cancerigenilor. Agenția Internațională pentru Cercetare în Domeniul Cancerului (IARC), agenție interguvernamentală înființată în 1965 cu sediul în Lyon, Franța, în anul 1971 a publicat o serie de monografii privind evaluarea riscurilor de carcinogenitate la om, care au fost extrem de influente în clasificarea posibiloilor cancerigeni. Conform datelor acestei Agenții se disting următoarele grupe de cancerigeni:

- Grupa 1: agentul (amestecul) este cu siguranță cancerigen pentru om. Împrejurările expunerii presupune influența factorilor cancerigeni pentru om.
- Grupa 2 A: agentul (amestecul) este probabil cancerigen la om. Circumstanțele expunerii presupune influența factorilor care sunt probabil cancerigeni pentru om.
- Grupa 2 B: agent (amestecul) este posibil cancerigen pentru oameni. Împrejurarea expunerii presupune influența factorilor care sunt posibil carcinogeni pentru om.
- Grupa 3: agentul (amestec sau circumstanța de expunere) nu poate fi clasificat ca având efect cancerigen pentru oameni.
- Grupa 4: agentul (amestec) nu este probabil cancerigen la om.

Sistemul Global de Armonizare a Clasificării și Etichetării Substanțelor Chimice (GHS) este o inițiativă a Națiunilor Unite de încercare pentru armonizarea diferitor sisteme de evaluare a riscului chimic care existau pe plan mondial (până în martie 2009). Cancerigenii se clasifică în două categorii, dintre care prima poate fi împărțită în subcategorii:

- Categoria 1: cunoscuți sau presupuși (prezumați) a avea potențial cancerigen pentru oameni;
- Categoria 1 A: evaluarea se bazează în principal pe dovezi din populația umană;
- Categoria 1 B: evaluarea se bazează în principal pe dovezi obținute pe animale;
- Categoria 2: suspectate cancerigene umane.

Programul Național de Toxicologie (PNT) a Departamentului de Sănătate și Servicii Umane este mandatat să elaboreze un raport biennial

despre cancerigene. În iunie 2011, cea mai recentă ediție a fost raportul 12 (2011). PNT clasifică cancerigenii în două grupuri:

- Cunoscut a fi un agent cancerigen uman;
- Rezonabil anticipat de a fi un cancerigen uman.

Conferința Guvernamentală Americană a Igieniştilor Industriali (ACGIH) este o organizație privată, cunoscută cel mai bine pentru publicarea listelor de valori limită de prag (TLVs) pentru expunerea profesională și a monografiilor privind pericolele chimice la locul de muncă. Ea evaluează cancerigenitatea ca parte componentă a unei evaluări largi a riscurilor profesionale exercitate de produsele chimice.

- Grupa A 1: confirmat cancerigen uman
- Grupa A 2: potențial cancerigen uman
- Grupa A 3: cancerigen animal confirmat cu relevanță necunoscută la om

- Grupa A 4: nu poate fi clasificat ca un cancerigen uman
- Grupa A 5: nu sunt suspectate ca un cancerigen uman.

Există și alte clasificări în care sunt luate în considerare aceleași principii. Astfel, clasificarea UE se compune din 3 categorii:

- Categoria 1: substanțe cunoscute a fi cancerigene pentru om.
- Categoria 2: substanțe care ar trebui să fie considerate ca cancerigene pentru om.

• Categoria 3: substanțe care produc îngrijorare pentru oameni, din cauza unor posibile efecte cancerigene, însă informațiile disponibile nu sunt adecvate pentru a face o evaluare satisfăcătoare.

Agenția Australiană de Securitate în Muncă, cunoscută anterior sub numele NOHSC, clasifică cancerigenii în trei categorii:

- Categoria 1: substanțe cunoscute a fi cancerigene pentru om.
- Categoria 2: substanțe care ar trebui să fie considerate ca cancerigene pentru om.

• Categoria 3: substanțele care au posibile efecte cancerigene la om, dar despre care nu există informații suficiente pentru a face o evaluare.

Echivalențe aproximative dintre schemele de clasificare a factorilor cancerigeni sunt prezentate pe *fig. 10*.

IARC	GHS	NTP	ACGIH	EU
Grupa 1	Categoria 1A	Cunoscuți cancerigeni pentru om	Grupa A1	Categoria 1
Grupa 2A	Categoria 1B	Suspectați rezonabil de a fi cancerigeni la om	Grupa A2	Categoria 2
Grupa 2B			Categoria 3	
Grupa 3	Grupa A3			
Grupa 4	Grupa A4			

Fig. 10. Echivalențele dintre schemele de clasificare a factorilor cancerigeni

Factorii de risc cancerigeni. Pentru promovarea sănătății și educația pentru sănătate privind prevenirea cancerului este foarte important de a cunoaște în primul rând factorii de risc.

Anumiți factori de risc sunt cunoscuți pentru creșterea probabilității de a dezvolta cancer. Categoriile celor mai frecvenți factorilor de risc sunt enumerate mai jos:

1. **Îmbătrânirea.** Cel mai important factor de risc pentru cancer este îmbătrânirea. Cele mai multe tipuri de cancer apar la persoane cu vârsta de peste 65 de ani.

2. **Tabagismul.** Utilizarea tutunului sau expunerea pasivă la fumul de tutun crește riscul pentru cancer. Fumătorii sunt la un risc mai mare de a dezvolta cancerul pulmonar, de laringe (coardele vocale), gură, esofag, vezica urinară, rinichi, gât, stomac, pancreas și de col uterin. Persoanele respective au mai multe șanse și de a dezvolta leucemie acută mieloidă. Pe lângă țigări, alte produse din tutun fără fum (tutunul de mestecat și de mirosit) sunt, de asemenea, cunoscute ca factori care sporesc riscul pentru cancer.

Încă în anul 1982 Raportul Chirurgie Generală din SUA declara că "Fumatul este unica cauză majoră de morbiditate și mortalitate de can-

cer în Statele Unite”. Această afirmație este la fel de adevărată și astăzi. Consumul de tutun este responsabil de 1 din 5 decese în Statele Unite. Deci, fumatul este cauza cea mai prevenibilă a deceselor în societatea noastră, deoarece fumatul și consumul de tutun sunt activități pe care oamenii le aleg să le facă.

Conform datelor OMS, fumatul reprezintă cel puțin 30% din totalul deceselor de cancer și 87% din decesele prin cancer pulmonar la bărbați și 70% la femei. Cancerul pulmonar este principala cauză de deces prin cancer la bărbați și femei, și una dintre cele mai grave forme de cancer pentru tratament. Reiese că cancerul pulmonar poate fi în mare parte prevenit dacă se refuză la fumat. Unele grupuri religioase, care promovează non-fumatul ca parte a religiei lor, cum ar fi Mormonii și adventiștii de ziua a șaptea, au rate mult mai mici de cancer pulmonar și alte tipuri de cancer legate de fumat.

În caseta ce urmează prezentăm fișa cancerelor legate de consumul de tutun, care reprezintă o totalizare a datelor publicate în literatura de specialitate relevantă.

Caseta 1. Fișa cancerelor legate de consumul de tutun

- Cancerul pulmonar este principala cauză de deces prin cancer în Statele Unite pentru bărbați și femei.
- Cancerul pulmonar este forma cea mai prevenibilă de deces prin cancer în lume.

Estimările de cancer pulmonar pentru anul 2014:

- Cazuri noi de cancer pulmonar: total – 224210, bărbați – 116000; femei – 108210.
- Decese cauzate de cancer pulmonar: total – 159260, bărbați – 86930; femei – 72,330.
- Femeile fumătoare au de 25,7 ori mai multe șanse versus femeile care nu au fumat niciodată de a dezvolta cancer pulmonar. Pentru bărbații fumători, riscul este de 25 de ori mai mare comparativ cu cei care nu au fumat niciodată.
- În afară de cancerul pulmonar, consumul de tutun, de asemenea, crește riscul de cancer al cavității bucale, buzelor, nasului și sinusurilor, laringelui (coardelor vocale), faringelui, esofagului, stomacului, pancreasului, rinichilor, vezicii urinare, uterului, colului uterin, colon/rect, ovarului și leucemii acute mieloide.

- În Statele Unite, consumul de tutun este responsabil de aproape 1 din 5 decese; ceea ce este egal aproximativ cu 480 000 decese timpurii anual.

- Consumul de tutun este responsabil de cel puțin 30% din totalul deceselor provocate de cancer, de 87% din decesele prin cancer pulmonar la bărbați și 70% din decesele prin cancer pulmonar la femei.

- Consumul de țigăre a scăzut dramatic de la lansarea primului Raport al SUA de Chirurgie Generală privind fumatul și Sănătatea în 1964. Chiar și așa, aproximativ 20,5% dintre bărbați și 15,8% dintre femei încă fumau țigăre în 2012, circa 78% dintre aceste persoane fumau zilnic.

- Fumatul în rândul adulților, cu vârste de 18 ani și mai în vârstă care au fumat mai mult de 30 țigări pe zi a scăzut în mod semnificativ de la 12,6% în 2005 până la 7,0% în 2012. Totuși, mai mult de 42 de milioane de adulți americani fumează țigări.

- Trabucul conține aceleași substanțe cancerigene găsite în țigări. În perioada 2000-2011 vânzările de trabucuri mici au scăzut cu 65%, în timp ce vânzările de trabucuri mari au crescut cu 233%. (Notă: definiția trabuc mare s-a schimbat în 2009, astfel încât multe trabucuri mici sunt definite actualmente ca „trabucuri mari”). Trabucul fumat cauzează cancerul de plămân, gură, gât, laringe (coarde vocale), esofag și, probabil, pancreas.

- Trabucurile mici sunt de aproximativ aceeași mărime și formă ca țigările și vin în cutii a câte 20 bucăți. Spre deosebire de țigări, ele pot fi aromatizate cu arome de bomboane sau fructe. În cele mai multe state ele costă mult mai puțin decât țigărele, ceea ce le face mult mai accesibile – în special pentru tineri. Un studiu efectuat de CDC în anul 2012 a constatat că liceeni au fumat, în ultimele 30 de zile, mai mult trabucuri (16,7%), decât țigări (16,3%). Aproximativ 8% din liceeni au fumat un trabuc în ultima lună.

- Printre utilizatorii de tutun, aproape 2,7 milioane pentru prima dată au fumat trabucuri, în timp ce 2,3 milioane au fumat țigări.

- În 1997 aproape jumătate (48%) din liceeni și mai mult de o treime (36%) din liceene au raportat folosirea în ultima lună a unei forme de tutun-țigări, trabucuri sau tutun fără fum. Acest lucru a scăzut cu 23% la elevii de sex masculin și cu 18% la elevii de sex feminin în 2012, dar au inclus țigări electronice, snus (un tip de tutun fără fum), tutun dizolvabil și alte tipuri noi, care nu existau în 1997, împreună cu trabucuri, țigări și tipuri mai vechi de tutun.

▪ În fiecare an, aproximativ 3400 adulți mor de cancer pulmonar ca urmare a fumatului pasiv. În fiecare an, fumatul pasiv provoacă circa 42 000 de decese prin boli de inimă la persoanele care nu sunt fumători curenți.

▪ În rândul adulților de 18 ani și aproximativ 20% dintre bărbați și 3% dintre femei au utilizat măcar o dată tutun fără fum. La nivel național, în 2012, aproximativ 11% dintre liceenii din SUA și aproximativ 2% din liceene au folosit tutun de mestecat, prizat sau baie.

▪ Produsele din tutun fără fum sunt o sursă majoră de cancer, iar nitrozaminele – o cauză cunoscută a cancerului uman. Ele cresc riscul de a dezvolta cancer de gură și gât, esofag și pancreas. Eleucid mai puțini oameni decât tutunul fumat, dar utilizarea oricărei forme de tutun dăunează sănătății și poate provoca moartea.

▪ Între anii 2009-2012 costurile economice atribuite fumatului au fost de 289 și 332.5 respectiv miliarde dolari anual în SUA, inclusiv de la 132.5 până la 175,9 trilioane dolari pentru îngrijiri medicale directe la adulți.

3. *Expunerea la lumina soarelui și alte radiații ionizante.* Ultravioletele (UV), radiațiile de la soare, lămpile solare și cabinele de bronzare pot spori riscul pentru cancerul de piele. Radiațiile ionizante provin nu doar din radiografii, de la soare și spațiul cosmic, dar și din precipitații radioactive, gaz radon și alte surse. Oamenii, expuși emanațiilor radioactive, ar putea avea un risc crescut de cancer. Persoanele, care lucrează în mine, pot fi expuse la radon, un alt factor de risc. Expunerea la radiații cu raze X și radioterapie poate crește riscul de cancer, deși expunerea este, de obicei, monitorizată în practica medicală.

Cancerul de piele este una dintre cele mai frecvente forme de cancer, revenindu-i aproape jumătate din toate cazurile de cancer în Statele Unite, unde anual sunt diagnosticate mai mult de 3,5 milioane de cazuri de cancer non-melanomic (cu celule bazale și scuamoase) și mai mult de 76 000 cazuri de melanom (cel mai grav tip de cancer de piele).

Melanomul este un cancer care începe în melanocite – celulele care produc culoarea pielii sau pigmentul cunoscut sub numele de melanină care protejează straturile profunde ale pielii de efectele nocive ale soarelui.

Melanomul este aproape întotdeauna vindecabil când este depistat într-un stadiu foarte timpuriu. Deși melanomul reprezintă doar un procent mic din cancerul de piele, este mult mai agresiv decât alte tipuri de cancer de piele și provoacă cele mai multe decese de cancer de piele. Deși acesta afectează cel mai frecvent pielea (inclusiv sub unghii), poate începe în ochi, gură sau în zonele genitale sau anale.

Rata globală de supraviețuire de 5 ani pentru melanom este de 91%, pentru melanomul localizat – 98%; ratele de supraviețuire pentru cazurile depistate în stadiile precoce și cele tardive oscilează în limitele 62% și 16%, respectiv. Aproximativ 84% dintre melanoame sunt diagnosticate într-un stadiu localizat.

Alte tipuri de cancer de piele. Există câteva tipuri rare de cancer de piele cum ar fi cheratoacantoamele, carcinomul cu celule Merkel, limfomul pielii, sarcomul Kapoși, tumorile adnexale de piele și sarcoamele. Toate acestea tipuri sunt non-melanom.

Factorii de risc pentru tipurile non-melanom și melanom de cancer ale pielii includ:

- expunerea neprotejată și/sau excesivă la radiații ultraviolete (UV) (lumina soarelui sau bronzatul în solarii);
- pielea pală (ușor arsă de soare, care se bronzează foarte puțin sau chiar deloc, culoarea naturală a părului roșu sau blond);
- expunerea profesională, la locul de muncă, la gudron de cărbune, rășini, creozot, compuși ai arsenicului sau radiu;
- antecedente familiale de cancer cutanat;
- mai multe alunițe neobișnuite;
- arsuri solare severe în trecut.

Cancerul de piele poate fi depistat în stadiile precoce ale bolii, cu concursul responsabil atât al medicilor, cât și al pacienților. De aceea, populația trebuie informată că oricare dintre simptomele de mai jos necesită consultarea unui medic:

- orice modificare pe piele, cu precădere creșterea în dimensiune sau modificarea de culoare a alunițelor, creșterea sau proeminența deasupra pielii, sau noi creșteri (chiar dacă este incoloră);
- apariția modificărilor sub formă de scuame și cruste, maloașare, sângerare sau o schimbare sub formă de zmeură a unui cucui sau nodul;
- durere în leziuni care nu se vindecă;

- răspândirea pigmentației (culoare) dincolo de frontierele sale fiziologice, cum ar fi de colorația întunecată care se răspândește dincolo de marginea buzelor;
- o schimbare în senzație, cum ar fi prurit, sensibilitate sau durere.

Cele mai bune moduri de a reduce riscul de cancer de piele sunt evitarea expunerii prelungite la soare intens și practicarea bronzatului artificial sigur. Se poate beneficia cu succes de aflarea la aer liber în timp ce se utilizează cremele protectoare. Comportamentul corect pentru a fi în condiții de siguranță la soare include:

- evitarea expunerii directe la soare între orele 10 și 16;
- a învăța copiii legea umbrei: *dacă umbra ta este mai scurtă decât tine, razele soarelui au putere maximală*;
- căutarea umbrei, mai ales în mijlocul zilei, când razele soarelui sunt cele mai puternice;
- acoperirea corpului cu îmbrăcăminte pentru a proteja pielea de soare, de ales haine confortabile, din stoffe naturale, țesute bine;
- utilizarea cremelor de protecție solară și a balsamului de buze cu un factor de protecție solară (SPF) de 30 sau mai mare;
- acoperirea capului cu pălărie cu boruri mari;
- purtarea ochelarilor de soare cu 100% absorbție a UVA și UVB;
- evitarea altor surse de raze UV.

Oamenii pot fi expuși la X-raze și la razele gamma din 3 surse principale de iradiere:

- *radiația naturală de fond*, provenită de la razele cosmice din sistemul nostru solar și elementele radioactive prezente în mod normal în sol, este contribuția majoră la expunerea la radiații în întreaga lume;
- *radiațiile medicale*, folosite pentru radiografii, CT și alte teste precum și pentru radioterapie. Radioterapia este utilizată pentru a trata anumite tipuri de cancer și implică doze de multe mii de ori mai mari decât cele utilizate în investigații de diagnosticare;
- *radiațiile non-medicale*, utilizate în cantități mici la iradierea alimentelor, unor produse de larg consum, scanerile de securitate aeronautică în aeroporturi, defectoscopia utilajelor.

Expunerea omului la radiații se poate întâmpla la anumite locuri de muncă sau în comunități, ca urmare a testelor nucleare supraterane și a accidentelor nucleare.

Razele X și razele gamma sunt cunoscute drept factori cancerigeni umani. Dovezile în acest sens sunt parvenite din diferite surse, inclusiv din studiile efectuate pe supraviețuitorii atacurilor cu bombe atomice din Japonia, pe persoanele expuse în timpul accidentului nuclear de la Cernobâl, tratate cu doze mari de radiații în caz de cancer și alte condiții, expuse la niveluri ridicate de radiații la locul de muncă (minerii din minele de uraniu).

Riscul de cancer la expunerea la radiații ionizante crește odată cu creșterea dozei de iradiere.

Studiile efectuate pe supraviețuitorii atacurilor cu bombe atomice de la Nagasaki și Hiroshima au demonstrat că aceștia au avut risc sporit doar pentru unele tipuri de cancer: enumerate în continuare în ordine descrescândă:

1. Cele mai multe tipuri de leucemie (dar nu și leucemie limfocitară cronică);
2. mielomul multiplu;
3. cancerul tiroidian;
4. cancerul vezicii urinare;
5. cancerul mamar;
6. cancerul pulmonar;
7. cancerul ovarian;
8. cancerul de colon (nu și cancerul rectal);
9. cancerul esofagian;
10. cancerul stomacal;
11. cancerul de ficat;
12. limfomul.

Pentru cele mai multe dintre aceste tipuri de cancer riscul a fost mai mare pentru persoanele care au fost expuse în copilărie.

Copiii și adolescenții, care locuiau în apropierea centralei atomice de la Cernobâl, la momentul accidentului au avut un risc crescut de cancer tiroidian, legat de expunerea la iod radioactiv, îndeosebi în zonele iod-deficitare. Acest risc nu a fost crescut și în cazul adulților din zona respectivă.

Lucrătorii, angajați în operațiuni de lichidare a consecințelor accidentului de la Cernobâl în perioada anilor 1986-1990, au avut un risc crescut de leucemie (toate tipurile) deoarece au fost expuneri prelungite

la radiații mai mari versus populația care locuia după hotarele zonei de 30 km.

1. Unele substanțe și produse chimice. Persoanele antrenate în anumite locuri de muncă (de exemplu, pictorii, muncitorii din construcții, industria chimică), au un risc crescut de cancer. Expunerea la substanțele chimice utilizate în aceste industrii, cum ar fi azbestul, benzenul, benzidina, cadmiul, nichelul sau clorura de vinil sunt cunoscute pentru riscul crescut de cancer.

2. Unele virusuri și bacterii. Infecțiile cauzate de anumite virusuri sau bacterii pot crește riscul de cancer. Acestea includ *Papilloma* virusurile umane (HPV), virusurile hepatice B și C, virusul leucemiei Human T-cell/virusul limfomului (HTLV-1), virusul imunodeficienței umane (HIV), virusul Epstein-Barr (EBV), virusul herpetic uman 8 (HHV8) și *Helicobacter pylori*.

Papilloma virusurile umane (HPV) este cauza principală a cancerului de col uterin și un posibil factor de risc pentru alte tipuri de cancer.

Virusurile hepatice B și C pot dezvolta cancer la ficat după mai mulți ani de infecție cu hepatită B sau hepatita C.

Virusul leucemiei Human T-cell/virusul limfomului (HTLV-1). Infecția cu HTLV-1 crește riscul unei persoane de a face limfom și leucemie.

Virusul imunodeficienței umane (HIV) este virusul care provoacă SIDA. Oamenii, care au infecție cu HIV, au un risc mai mare de cancer, cum ar fi limfomul și o formă rară de cancer numit sarcomul Kaposi.

Virusul Epstein-Barr (EBV) – risc crescut de limfom.

Herpes virus uman 8 (HHV8) – factor de risc pentru sarcomului Kaposi.

Helicobacter pylori – poate provoca ulcere gastrice, cancerul de stomac și limfom în mucoasa stomacului.

Un risc în aceste sensuri prezintă sexul neprotejat – infecția cu HPV. Infectarea cu virusul hepatitei B, C sau HIV poate avea loc atât prin sex neprotejat, cât și prin schimbul de ace cu persoane infectate.

3. Anumiți hormoni. Terapia hormonală poate crește riscul de cancer mamar și a unui număr mare de alte complicații cardiovasculare.

Riscul de cancer de sân poate fi determinat de contraceptivele hormonale combinate, deși riscul absolut este mic, aproximativ un caz suplimentar la 1000 de femei pe an. În general, riscul de cancer de sân:

- este mai mare la femeile mai slabe, cu IMC <25;

- este asociat cu menopauza tardivă, menarhele precoce, nuliparitatea și obezitatea;
- este similar ca mărime cu băutul a 2-3 unități de alcool pe zi;
- revine la nivelul unui non-utilizator de contraceptive hormonale combinate în termen de cinci ani după încetarea utilizării lor.

Utilizarea contraceptivelor hormonale doar cu estrogen crește substanțial riscul de *cancer endometrial* la femeile cu uter.

4. Istoric familial de cancer. Unele mutații genetice, care cresc riscul pentru cancer, pot fi moștenite de la părinți. Anumite tipuri de cancer, inclusiv melanomul și cancerul de sân, ovar, prostată și colon, uneori, se înregistrează în familie. Cel mai frecvent, o genă moștenită crește riscul de a dezvolta cancer, iar în combinație cu acțiunea factorilor de mediu determină manifestarea cancerului la persoana respectivă. Prin urmare, cu toate că unele forme de cancer nu pot fi evitate, persoanele cu o istorie familiară de cancer se pot proteja adecvat prin eliminarea factorilor de risc de mediu pentru cancer și îngrijiri preventive.

Anumite caracteristici fac unele tipuri de cancer mai probabile într-o familie și sunt cauzate de *sindromul de cancer familial*, cum ar fi:

- multe cazuri de un tip mai puțin frecvent sau rar de cancer (cancerul de rinichi);
- apariția cancerului la vârste mai mici decât de obicei (cancer de colon la o persoană de 20 de ani);
- mai mult de un tip de cancer la o singură persoană (o femeie cu cancer mamar și cu cancer ovarian);
- apariția cancerului în ambele organe pare (ochi, rinichi, sân);
- cancer de copilărie la frați (sarcom la un frate și o soră);
- apariția cancerului specific persoanelor de un anumit sex, la persoanele de sex opus (cancerul de sân la bărbați).

5. Alcoolul poate crește riscul de cancer al cavității bucale, gâtului, esofagului, laringelui, ficatului și sânelui, dacă persoana consumă mai mult de două băuturi pe zi timp de mai mulți ani. Riscul crește odată cu cantitatea de alcool din băuturile alcoolice pe care persoana le consumă. Există o diferență de sex pentru cancerelor orale, otorinofaringiene, esofagiene și cancerelor hepatice (Rehm et al., 2004).

Persoanele, care consumă alcool, trebuie să limiteze aportul la nu mai mult de 2 băuturi pe zi pentru bărbați și 1 băutură pe zi pentru femei. O băutură de alcool este definită ca 12 uncii (360 ml) de bere, 5 uncii (150 ml) de vin sau 1½ uncii (45 ml) de băuturi spirtoase distilate

de 80 grade (lichior greu) sau 3 uncii (90 ml) de vodcă. În ceea ce privește riscul de cancer, el este determinat de cantitatea de alcool, dar nu de tipul de băutură alcoolică consumată.

6. Dieta săracă, lipsa de activitate fizică și supraponderalitatea sunt factori de risc pentru cancer.

Modificarea dietei este o abordare importantă pentru controlul cancerului. Există o legătură între excesul de greutate, obezitatea și mai multe tipuri de cancer – de esofag, colorectum, sân, endometru și rinichi. Dietele bogate în fructe și legume au un efect protector împotriva multor tipuri de cancer. Consumul excesiv de carne roșie și conservată poate fi asociată cu un risc crescut de cancer colorectal. Obiceiurile alimentare sănătoase, contribuie, de asemenea, la scăderea riscului de boli cardiovasculare.

Pentru a reduce considerabil riscul de cancer este necesară activitatea fizică regulată și menținerea unei mase corporale sănătoase, împreună cu o dietă sănătoasă. Politicile și programele naționale ar trebui să fie puse în aplicare pentru a sensibiliza și a reduce expunerea la factorii de risc cancerigeni, precum și pentru a se convinge că oamenii sunt asigurați cu informațiile și sprijinul de care au nevoie pentru a adopta un stil de viață sănătos.

Dovezile pentru acest lucru sunt puternice: în fiecare an, aproximativ 585720 de americani mor de cancer; aproximativ o treime din aceste decese sunt legate de dieta săracă, lipsa de activitate fizică și masa corporală excesivă.

Noțiunile de bază ale promovării sănătății stipulează că masa corporală sănătoasă este importantă pentru a reduce riscul de cancer și alte boli cronice, cum ar fi bolile de inimă și diabet.

La persoanele supraponderale riscul de cancer poate crește în mai multe moduri. Una dintre principalele mecanisme incriminate este că excesul de masă corporală determină organismul să producă mai mult estrogeni și insulină, hormoni care pot stimula creșterea cancerului.

Una dintre cele mai bune recomandări relevante este de a verifica și menține indicele de masă corporală (IMC) sub 25. În acest scop, principiile promovării sănătății recomandă limitarea alimentelor bogate în calorii, grăsimi și zaharuri și a băuturilor carbogazoase.

Pentru persoanele supraponderale sau obeze, pierderea moderată a unei cantități mici de greutate are beneficii pentru sănătate și este un stimul pentru a continua această tendință.

Activitatea fizică ajută și la reducerea riscului de cancer, boli cardiovasculare și diabet, la îmbunătățirea nivelului de hormoni și la funcționarea favorabilă a sistemului imunitar.

Cele mai recente recomandări ale OMS pentru adulți este practicarea activității fizice de intensitate moderată timp de cel puțin 150 de min sau 75 de min de activitate de intensitate viguroasă în fiecare săptămână, sau o combinație echivalentă, de preferință, răspândită pe tot parcursul săptămânii. Aceste activități trebuie făcute suplimentar la activitățile zilnice obișnuite, cum ar fi folosirea scârilor în loc de lift, activitățile de muncă sau gospodărie. Pentru copii, recomandarea este de cel puțin 60 de min de activitate de intensitate moderată în fiecare zi, cu o activitate de intensitate viguroasă cel puțin 3 zile în fiecare săptămână.

Activitățile moderate includ mersul pe jos, ciclismul, chiar și me-najul, grădinaritul. Activitățile viguroase necesită funcționarea grupelor musculare mari, intensifică bătăile inimii și respirația, induc transpirația.

Medicii în general, îndeosebi medicii de familie, medicii CSP, trebuie să promoveze limitarea consumului de carne roșie și carne proce-sată, consumul zilnic al legumelor și fructelor (cel puțin 2,5 cești), limi-tarea utilizării sosurilor cremoase și sosurilor de fructe și legume, con-sumul de pâine integrală, cerealelor integrale (orz, ovăz, orez brun) în loc de cereale rafinate și limitarea consumului de glucide rafinate, inclu-siv produse de patiserie, bomboane, produse îndulcite cu zahăr, cereale pentru micul dejun și alte alimente bogate în zahăr.

Unii dintre acești factori de risc pot fi evitați, alții - nu. Reducerea expunerii la factorii de risc poate contribui la protecție împotriva cance-rului.

Lucrare practică

Scopul: conștientizarea factorilor de risc în formarea morbidității oncologice, familiarizarea cu principiile de promovare a sănătății în contextul prevenirii cancerului.

Sarcinile lucrării:

1. Extinderea cunoștințelor și înțelegerea rolului educației pentru sănătate și promovării sănătății în prevenirea cancerului.
2. Recunoașterea rolului tuturor actorilor (participanților) în activi-tăți de educație pentru sănătate într-o rețea de cooperare multisectorială și de intervenții integrate de prevenție a cancerului.

3. Listarea și expunerea succintă a teoriilor recunoscute de carcinogeneză și factorilor de risc cancerigeni.

4. Însușirea conținutului Programului național de control al cancerului pentru anii 2016-2025.

Obiective de formare. După realizarea activităților practice studenții trebuie:

1. Să cunoască principiile teorii ale cancerogenezei;

2. Să înțeleagă problemele curente ce țin de răspândirea factorilor de risc cancerigen și locul patologiei oncologice în structura contemporană a morbidității și mortalității populației;

3. Să identifice problemele majore cu care se confruntă societatea, inclusiv cea medicală în promovarea sănătății și profilaxia cancerului;

4. Să înțeleagă pe deplin prevederile actelor legislative în domeniul promovării sănătății și să argumenteze necesitatea elaborării planurilor de promovarea sănătății și de prevenție a cancerului;

5. Să reflecte poziția și perspectivele proprii vizavi de cancer în contextul de promovare a sănătății.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Teoriile cancerogenezei.

2. Factorii etiologici exogeni și endogeni în carcinogeneză. Clasificarea cancerigenilor din mediul înconjurător.

3. Epidemiologia cancerului. Particularitățile promovării sănătății și prevenirea morbidității (incidenței și prevalenței) și mortalității prin cancer la nivel internațional și național.

4. Măsurile de PSES pentru prevenirea acțiunii nocive a factorilor de risc cancerigen.

Activitatea practică:

1. Lectura materialului informativ referitor la situația cancerului la nivel european și național.

2. Familiarizarea cu amendamentele Programului național de combatere a cancerului.

3. Discuții în focus-grupuri.

4. Studii de caz.

5. Sarcină individuală – evaluarea situației cancerului într-un teritoriu definit (centru regional de performanță, localitatea (raionul) de baștină și elaborarea activităților de promovarea sănătății pentru prevenirea cancerului.

Dexterități practice:

1. Calcularea incidenței și prevalenței morbidității populației prin tumori maligne și evaluarea gradului de afectare a populației RM prin tipurile de cancer prevenibile din modificarea comportamentului, evidențierea deficiențelor în promovarea sănătății.

2. Estimarea răspândirii factorilor de risc cancerigeni exogeni și conexiunea lor cu ratele mortalității prin cancer.

3. Schițarea unor măsuri generale de combatere a factorilor cancerigeni.

4. Elaborarea unor programe de promovarea sănătății și prevenție a tipurilor prevenibile de cancer prin schimbarea modului și stilului de viață.

Dotarea lucrării practice:

1. Sală computerizată.

2. Echipament: 1 computer la 2 studenți, videoproiector, conexiune la Internet.

1. Programul național de control al cancerului pentru anii 2016-2025.

2. Probleme de situație sub formă de Profilul de Sănătate al populației RM sau a unui teritoriu administrativ.

3. Teste pentru verificarea cunoștințelor.

Desfășurarea activității practice

1. Studenții prezintă schematic teoriile cancerogenezei recunoscute astăzi. Reieșind din aceste teorii se determină factorii, care pot fi cauza dezvoltării tumorilor maligne.

Studenții își notează în caietele de lucrări practice:

a. schema teoriilor recunoscute ale cancerogenezei;

b. clasificarea factorilor de risc cancerigeni.

Discuții în focus-grup. Participanții se împart în 5 grupuri. Fiecare grup trebuie să evidențieze avantajele și dezavantajele teoriilor contemporane ale cancerogenezei. Fiecare grup răspunde separat la sarcinile propuse spre rezolvare. Discută între ei. Notează rezultatele în caietul de lucrări practice.

2. În baza datelor privind numărul absolut de cazuri de tumori dintr-un teritoriu prezente în Anuarul Statistic al RM sau accesate din baza de date a CNMS, studenții apreciază incidența și prevalența prin

aceste maladii în teritoriul cercetat. Evidențierea posibilelor deficiențe în promovarea sănătății.

Studentii își notează în caietele de lucrări practice:

- teritoriile administrative (raioanele) după gradul de răspândire a formelor prevenibile de cancer (pulmonar, colorectal, mamar, col uterin), apreciat după chintile sau gradația ratelor înregistrate.

3. În baza profilului sănătății teritoriilor definite, studenții elaborează măsuri de promovarea sănătății privind prevenirea diferitor tipuri de cancer în rândurile populației.

Probleme de situație

Elaborați un plan teritorial de acțiuni de promovare a sănătății și prevenție a cancerului din teritoriul definit cu considerarea particularităților profilului de sănătate și prevederilor Programului național de promovarea sănătății, Programului național de control al bolilor netransmisibile și Programul național de control al cancerului.

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Selectați care regiune a OMS prezintă cel mai înalt nivel de răspândire a cancerului, atât după numărul de cazuri noi înregistrate, cât și după numărul de decese:
 - a. Africa;
 - b. America;
 - c. Asia;
 - d. Europa;
 - e. Oceania.
2. Cât de mult s-a schimbat lista celor mai frecvente tipuri de cancer în ultimii 40 de ani în opinia oncologilor britanici:
 - a. nu s-a schimbat;
 - b. s-a schimbat mult;
 - c. s-a schimbat puțin;
 - d. s-a schimbat foarte mult;
 - e. date lipsesc.
3. Selectați organizația internațională lider în cercetarea factorilor de risc cancerigen:
 - a. Sistemul Global de Armonizare a Clasificării și Etichetării Substanțelor Chimice (GHS);

- b. Agenția Internațională pentru Cercetare în Domeniul Cancerului (IARC);
 - c. Programul Național de Toxicologie (NTP);
 - d. Conferința Guvernamentală Americană a Igieniștilor Industriali (ACGIH);
 - e. Agenția Australiană de Securitate în Muncă.
4. Selectați factorul de risc cancerigen cu cea mai mare valoare a riscului atribuabil:
- a. radiațiile;
 - b. istoricul familial;
 - c. tabagismul;
 - d. alimentația precară;
 - e. condițiile ocupaționale.
5. În ce proporție din totalul deceselor de cancer, conform OMS, este responsabil fumatul:
- a. cel puțin 30%;
 - b. cel puțin 25%;
 - c. 15-20%
 - d. 10-15%
 - e. până în 5%.

Indicați răspunsurile corecte

6. Selectați factorii etiologici externi ai cancerului:
- a. produse chimice;
 - b. radiații;
 - c. virusuri;
 - d. lipsa activității fizice;
 - e. nutriția precară.
7. Selectați factorii care pot cauza cancerul și țin de stilul de viață:
- a. consumul de tutun;
 - b. consumul de alcool;
 - c. expunerea neprotejată la soare;
 - d. istoricul familiei;
 - e. starea imună generală.
8. Enumerați țările din Regiunea Europa a OMS care intră în topul celor 5 țări cu cel mai mare număr de bolnavi cu cancer:
- a. Olanda;
 - b. Danemarca;
 - c. Germania;

- d. Franța;
 - e. Norvegia.
9. Selectați factorii de risc cancerigen modificabili:
- a. condițiile habituale;
 - b. condițiile ocupaționale;
 - c. vârsta;
 - d. etnia;
 - e. iradierea în copilărie.
10. Care tipuri de cancer sunt considerate prevenibile prin modificarea stilului de viață:
- a. cancerul pulmonar;
 - b. cancerul colorectal;
 - c. cancerul mamar;
 - d. cancerul de col uterin;
 - e. hemoblastozele.

Capitolul 14. PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ȘI EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE ÎN INSTITUȚIILE PREȘCOLARE ȘI PREUNIVERSITARE

Instituțiile de învățământ sunt cele care împreună cu părinții pun baza pentru promovarea sănătății la copii. La acest nivel deja trebuie să se înțeleagă că sănătatea depinde în mod crucial de stilul de viață, cultura și condițiile economice. Înrautățirea condițiilor de învățământ și de trai pentru majoritatea copiilor, lipsa de stabilitate în societate, prezența unor obiceiuri nesanogene și nivelul general scăzut de cultură generează o speranță de viață redusă, deteriorarea sănătății copiilor în aproape toate grupele de vârstă.

Actualmente o pondere sporită a copiilor au stilul de viață departe de a fi sănătos – au înlocuit mișcarea fizică, sportul, cu TV-ul, computerul și telefonul mobil, practică fumatul și consumul de alcool de la vârste din ce în ce mai fragede. Consecințele sunt numărul tot mai mare al copiilor diagnosticați cu obezitate, maladii cronice. Mai mult de un sfert dintre adolescenți sunt nemulțumiți de aspectul lor fizic și sunt dispuși să recurgă la măsuri extreme, de tipul înfometării sau pastilelor de slăbit etc.

Problema formării la tână generație a atitudinii pozitive față de sănătatea sa este una dintre cele mai importante valori, dar cu greu rezolvată de sistemul modern de învățământ din țară.

Accelerarea dezvoltării fizice, creșterea gradului de informare a copiilor nu întotdeauna corespunde atitudinii lor față de viață, iar copierea modelelor de comportament „caracteristic adulților“ frecvent este însoțită de asimilarea practicilor precare de sănătate.

Promovarea sănătății și educația pentru sănătate la nivelul grădiniței și școlii reprezintă una dintre principalele căi de promovare a cunoștințelor și deprinderilor corecte privind diferite aspecte ale sănătății și de formare a atitudinilor și deprinderilor indispensabile unui comportament responsabil și sănătos. În multe țări promovarea sănătății și educația pentru sănătate este obligatorie din grădiniță și până la finele liceului.

Pentru fiecare ciclu de dezvoltare se folosesc programe și materiale didactice adecvate vârstei.

Există un șir de argumente în favoarea realizării promovării sănătății și educației pentru sănătate în cadrul unităților de învățământ. În primul rând, unul dintre scopurile activităților din instituțiile de învățământ este informarea copiilor și adolescenților prin metode speciale în privința diferitor domenii ale culturii și științei, în paralel cu dezvoltarea de abilități practice. În acest sens, promovarea sănătății și educația pentru sănătate, ca parte a științelor medicale, vizează nu numai transmiterea elevilor unui bagaj informativ corect din punct de vedere științific, dar, îndeosebi, crearea unor comportamente individuale sănătoase, atitudinilor ce corespund cerințelor actuale.

Grădinița și școala sunt ideale pentru promovarea acestor cunoștințe în rândul maselor de copii și tineri, nici o altă instituție nu are abilitatea și capacitatea de a cuprinde și de a se adresa, în timp, unui număr atât de mare de populație.

Pentru formarea abilităților sanogene este necesară inițierea și realizarea programelor de promovare a sănătății și educație pentru sănătate la vârste cât mai tinere. Conduitele preventive formate la vârste fragede devin astfel un model de comportament care să edifice în timp dezvoltarea eficientă educativă. Asupra unei persoane deja formate, adulte, astfel de activități au un impact mult mai redus decât la vârste mai timpurii.

Una dintre cele mai importante aspecte ale relației dintre sănătate și educație în copilăria timpurie este capacitatea tinerilor pentru a face față provocărilor maladiilor. Sensul puternic al coerenței pare a fi unul dintre cei mai cu beneficiu în acest context.

Promovarea sănătății în grădinițe

Sensul de coerență și apartenență în promovarea sănătății și educația pentru sănătate trebuie să fie construit începând cu infanțitatea și copilăria. Experiențele obținute în comunitățile tipice copiilor, în familie, grădinițe și în instituțiile preuniversitare, joacă un rol deosebit în asigurarea obținerii de către tineri a unor abilități de a face față unor situații în supravegherea sănătății sale și altor provocări. Astfel, promovarea sănătății trebuie inclusă în programele de activitate a copiilor încă de la vârsta fragedă, inclusiv în grădinițe. Aici se face învățarea și utilizarea atitudinilor fundamentale pentru suportul sănătății prin introduce-

rea elementelor igienice de bază, abilităților de alimentație sănătoasă, activității fizice de bază.

Procesul de educație de asemenea servește pentru a transmite copiilor și dezvolta conceptele de identificare culturală, responsabilitate socială, democrație, echitate și împuternicire.

În grădinițe administrația, profesorii, părinții și copiii trebuie să fie parteneri care împreună implementează și evaluează programe pentru consolidarea valorilor de bază ale sănătății, promovarea modului și stilului de viață sănătos, preven accidentele și obțin abilități esențiale vieții.

Actualmente este necesar să se acorde o atenție sporită programelor educaționale „Sănătate pentru copii și adolescenți”. Identificarea problemelor prioritare de sănătate pentru copiii din grădinițe și a cerințelor de acțiune se bazează pe principiile fundamentale ale OMS expuse în 1986 în Carta de la Ottawa.

Cultivarea unui stil de viață, care promovează sănătatea, este cea mai eficientă la copiii cu vârste cuprinse între 3 și 6 ani prin organizarea unor „centre de zi pentru copii/grădinițe”. Pentru obținerea unor rezultate mai bune se recomandă o abordare integrală a promovării sănătății și includerea părinților ca mediatori centrali.

La grădiniță, educatorii instruesc copiii în prima etapă a sistemului educațional, în care există oportunități considerabile de promovare a sănătății. Cadrele didactice din grădinițe își rezervă un rol-cheie în acest domeniu legat de intensificarea educației pentru sănătate la copii. Personalul didactic calificat include deja în activitatea sa multe aspecte ale promovării sănătății.

Deci, grădinița are o importanță prioritară, pe lângă familie, în domeniul promovării sănătății. De aceea, este necesară voința părinților și profesorilor de a coopera asupra problemelor prioritare și asupra realizării aspectelor educației generale și educației pentru sănătate.

Programele educaționale implementate în grădinițe oferă oportunitatea de a preveni inițierea comportamentelor cu risc pentru sănătate în rândul copiilor.

Îngrijirea și educația copilului trebuie să fie orientate spre nevoile copiilor și familiilor acestora. Obiectivele educaționale ale copiilor corespund cu cerința dezvoltării comportamentului și acțiunilor care vor promova sănătatea. Aici trebuie să se includă: guvernul, parlamentul, administrația publică locală, reprezentanții serviciilor sociale, instituțiile

de învățământ guvernamentale și neguvernamentale, departamentele de sănătate publică, biserica.

În ceea ce privește starea de sănătate și comportamentul de risc pentru sănătate al copiilor au fost identificate mai multe priorități de acțiune în promovarea sănătății la vârsta preșcolară destinate părinților și grădiniței:

- educația în nutriția sănătoasă;
- promovarea activităților fizice;
- prevenirea stresului;
- prevenirea accidentelor;
- combaterea violenței;
- lupta pentru profilaxia dependenței de droguri;
- educația sexuală;
- conștientizarea necesității examinărilor diagnostice precoce periodice;
- promovarea convingerii necesității de vaccinare.

Pe baza informațiilor disponibile, promovarea sănătății la grădiniță trebuie realizată în moduri specifice. Scopul de bază al promovării sănătății la grădiniță constă în dezvoltarea sănătoasă a copilului. Un model de dezvoltare social-psihologică descrie următoarele dimensiuni-țintă, care sunt antrenate într-o abordare integrală și incluse în programul de activități:

- dezvoltarea fizică și psihologică cu modul în care aceasta este abordată;
- dezvoltarea abilităților motorii;
- dezvoltarea limbajului și cunoașterii;
- dezvoltarea comportamentului social;
- dezvoltarea unei identități determinate de copilul însuși;
- promovarea abilității de a face evaluări și judecăți.

În paralel cu aceste sarcini generale de dezvoltare, competența specială în domeniul sănătății trebuie promovată printre copii prin:

- transmiterea cunoștințelor legate de sănătate;
- motivația în ceea ce privește comportamentul care va promova sănătatea;
- practica comportamentului corect pentru asigurarea sănătății.

Din strategia de învățare socială fac parte măsurile care trebuie să ducă la comportamentul și acțiunile corecte pentru a asigura oportunită-

tea ofertei de sănătate și sprijin în ceea ce privește abilitățile proprii referitor la modul sănătos de viață.

Pentru formarea unui stil de viață sănătos trebuie, de la vârste cât mai mici, trebuie protejat copilul de obiceiuri nocive, lucrul care nu se poate realiza fără sprijin din partea educatorilor, cadrelor didactice, medicilor din centrele de zi pentru copii (grădinițe).

Metodele de formare a deprinderilor sănătoase la copii sunt diferite. Ele trebuie orientate spre vârsta și sexul acestuia. În primul rând trebuie alese temele discuțiilor, jocurilor, gâcitorilor, spectacolelor, situațiilor de caz, rolurilor prin care copilul conștient sau inconștient să dobândească abilități sanogene.

Drept exemplu pentru grădinițe pot fi selectate următoarele teme:

- De ce ne spălăm pe mâini?;
- Vin musafiri. Cum aranjăm masa?
- Cu ce ne spălăm pe dinți?
- Ce legume gustoase cunoaștem?
- Ce fructe gustoase cunoaștem?
- De ce mâncăm mere?

O artă magică este imitația unor activități efectuate de către copii prin jocurile de rol. Copilul reproduce o situație reală (personaje, fenomene, funcții, relații) într-un scenariu elaborat din timp. Aceste jocuri dezvoltă abilități importante, ajutând copilul să înțeleagă o mulțime de concepte și idei pe care în alt mod cu greu și le-ar putea explica. Jocul de rol este un instrument esențial al învățării. Prin experiență copilul învață devenind „actor” al vieții, acumulând soluții creative.

Exemple de jocuri de rol:

- De-a doctorul;
- Ne spălăm pe mâini;
- Facem gimnastică;
- Ne spălăm pe dinți.

Sunt propuse câteva elemente ale stilului sănătos de viață care ar contribui la fortificarea sănătății copiilor și adolescenților:

- educarea obiceiurilor și abilităților de sănătate din frageda copilărie;
- formarea unui mediu înconjurător sigur și favorabil pentru trai, educarea cunoștințelor despre influența factorilor de mediu asupra sănătății;
- evitarea obiceiurilor nefavorabile: droguri, alcool, tutun;

- alimentare moderată, care corespunde caracteristicilor fiziologice ale unei anumite persoane, conștientizarea calității produselor utilizate;
- mișcare: o viață activă fizic, inclusiv exerciții speciale (de exemplu, gimnastica), ținând cont de vârsta și posibilitățile fiziologice;
- igiena corpului: respectarea regulilor de igienă personală;
- călire.

Promovarea sănătății în școală

În condițiile actuale un rol special revine sistemului de învățământ care trebuie să-și asume o parte semnificativă a eforturilor în pregătirea tinerilor pentru viața adultă, creând condiții pentru îmbunătățirea fizică, psihică, morală și culturală treptată a societății.

Promovarea sănătății în școală marchează necesitatea creării unei baze în care copiii, elevii, profesorii și părinții lucrează și trăiesc într-un mediu sănătos de viață. Activitățile de promovare a modului sănătos de viață în școli preiau educația copiilor și elevilor dintr-un nou punct de vedere, începând cu dezvoltarea simțului de bun respect față de sine și respect față de colegi, în baza securității, păcii, înțelegerii și activităților de suport. De asemenea se abordează comportamentul social și fizic cu menținerea unui mediu ambiant sănătos.

Începând cu anul 1950 școlile au devenit bază populară în promovarea sănătății și modului sănătos de viață. Primele proiecte de promovare a sănătății au fost orientate spre învățarea deprinderilor speciale ale modului sănătos de viață și determinantelor ei, ca ulterior să fie recunoscută importanța dezvoltării abilităților de evitare a stilului de viață nesănătos în rândul elevilor. Majoritatea programelor de studii în școli sunt orientate spre îmbunătățirea și familiarizarea elevilor cu provocările vieții.

Dezvoltarea programelor de promovare a sănătății au fost ghidate în mare măsură de către politicile de dezvoltare a promovării sănătății.

Este cert faptul că școală, împreună cu familia individului, a fost și este una din locurile de bază unde a început dezvoltarea cetățeanului și a societății în ansamblu. Școala, ca bază, trebuie să orienteze programele sale de la școală ce promovează sănătatea și educarea spre o școală care promovează modul sănătos de viață.

În anii 1990, mai multe țări din regiunea europeană a OMS au început să aplice schimbări radicale în sistemul său educațional și al sănătății. Aceste schimbări rapide, specifice pentru țările în curs de dezvoltare, au adus schimbări și noi oportunități, cu aplicarea a astfel de întrebări care necesită răspunsuri:

1. Cum, în baza școlii, se poate obține dezvoltarea unui stil de viață sănătos?

2. Cum școala contribuie la crearea și menținerea stării de sănătate a corpului didactic, elevilor, părinților și comunității în general?

3. Care procedee și împrejurări școlare necesită modificări pentru a face ca mediul social și natural să consolideze sănătatea?

În țările dezvoltate există școli de promovarea sănătății de la care trebuie preluate multe activități benefice pentru școlile din țara noastră.

Principiile și criteriile generale ale școlii de promovare a sănătății

Din vocabularul OMS, Promovarea Sănătății – „o școală ce promovează sănătatea poate fi caracterizată ca o școală care permanent își consolidează abilitățile în domeniul sănătății pentru viață, studii și muncă”.

Școlile de promovare a sănătății sunt bazate pe modelul social al sănătății. Aceasta accentuează organizarea per ansamblu a școlii, focusându-se și pe fiecare individ în parte. Ținta modelului este persoana tânără care este supravegheată ca o individualitate aparte într-un mediu dinamic. O astfel de abordare creează un suport sigur ce influențează viziunile, percepțiile și activitățile fiecăruia care trăiește, lucrează și studiază în școli. Aceasta generează un climat pozitiv care influențează formarea relațiilor de prietenie în rândul tineretului, luarea deciziilor și dezvoltarea valorilor și atitudinilor. Tineretul bine educat și sănătos poate participa la reducerea inegalităților în societate, astfel contribuind la sănătatea și starea de bine a populației în întregime.

Promovarea sănătății în școli își consolidează constant capacitatea sa ca bază sănătoasă pentru trai, studii și muncă. Ea joacă un rol important în:

- întreținerea sănătății și studierea măsurilor disponibile și necesare;
- antrenarea oficialilor din instituțiile de sănătate și educație ca profesori, uniuni profesionale, studenți, părinți, promotori ai sănătății, lideri ai comunităților în eforturi pentru a face școala un promotor al sănătății;

- formarea bazei promovării sănătății;
- cultivarea străduinței în promovarea unui mediu sănătos, în educația pentru sănătate în școli, dezvoltarea serviciilor de sănătate în școli și a altor proiecte ale comunității și ale școlii;
- implementarea politicilor și practicilor care respectă bunăstarea și demnitatea indivizilor, promovarea multiplelor oportunități pentru succes, și însușirea intențiilor și eforturilor necesare abilităților personale;
- îmbunătățirea sănătății personalului școlii, familiilor și membrilor comunității, elevilor.

Principiile școlilor de promovare a sănătății sunt bazate pe Rezoluția Primei Conferințe a Rețelei Europene a Școlilor de Promovare a Sănătății care a avut loc la Atena în 1997. Aceste principii sunt:

- *Democrația* – școala pentru promovarea sănătății a fost fondată în baza principiilor democratice care favorizează promovarea studiilor, sănătății și dezvoltării personale și sociale.
- *Echitatea* – școlile de promovare a modului sănătos de viață asigură principiile de echitate consolidate pe parcursul experiențelor educaționale. Aceasta garantează că școlile sunt în afara asupririi, fricii și ridiculozității. Școlile asigură acces egal tuturor tinerilor la o gamă largă de oportunități educaționale. Scopul școlii de promovare a sănătății este de a susține dezvoltarea emoțională și socială a fiecărui individ pentru a-i permite să dobândească potențialul deplin, liber de discriminare.

Școlile de promovare a sănătății trebuie să fie competente, să formeze abilități elevilor în întreprinderea acțiunilor, generarea schimbărilor sănătoase. Împuternicirea tinerilor cu viziuni și idei favorabile îi fac capabili să influențeze condițiile lor de trai și viață. Aceste valori pot fi atinse doar prin practici și politici educaționale de calitate, inclusiv în activitățile școlii.

Una dintre cerințele de bază este *ambianța școlii* – crearea unui teritoriu al școlii care pune accentul pe mediul fizic și social ca factor crucial în promovarea și menținerea sănătății. Mediul ambiant devine o resursă primordială în eficacitatea promovării sănătății prin cultivarea practicilor și politicilor ce promovează bunăstarea.

- *Curriculumul școlilor* în problema promovării sănătății trebuie să conțină oportunități pentru tânăra generație în obținerea cunoștințelor, opiniilor proprii referitor la abilitățile esențiale de viață sănătoasă. Curriculum trebuie să fie relevant și să corespundă cerințelor tinerilor, în prezent și în viitor, să stimuleze creativitatea lor, să-i încurajeze pentru studii, asigurându-le abilitățile necesare. Curriculumul școlii este, de asemenea, o sursă de inspirație pentru profesori și alți angajați ai școlii. Aceasta prezintă și un stimulent în dezvoltarea lor profesională și personală.

În așa mod se obține și *creșterea profesională a profesorilor*, adică avansarea profesională a cadrului didactic, ceea ce este o investiție în sănătate și în educație. Legislația națională, pe lângă alte stimulente, trebuie să ghideze învățarea profesorilor utilizând conceptul cadru al școlii în domeniul promovării sănătății.

- *Evaluarea succesului școlii* în domeniul promovării sănătății include estimarea eficacității acțiunilor asupra școlii și comunității. Evaluarea succesului este văzută ca scop de suport, împuternicire și proces prin care principiile de promovare a sănătății pot fi aplicate cel mai eficient. Așadar, evaluarea și evoluția sunt parte integrală a planificării și instrucțiunilor.

O altă carență este *colaborarea*, responsabilități și colaborări apropiate între școli, părinți și comunități, necesitate primordială în planificarea strategică a școlilor de promovarea sănătății. Pentru toate părțile trebuie stabilite și clarificate rolurile și responsabilitățile.

Împuternicirile școlii includ și *comunitățile* – părinții și comunitatea școlii au rolul vital în a duce, menține și reîmputernici conceptul de școală de promovare a sănătății. Lucrând în parteneriat, școlile, părinții, ONG-le și comunitatea locală reprezintă o forță puternică pentru schimbări pozitive în promovarea sănătății. În comun, școala și comunitatea, vor avea un impact pozitiv în crearea anturajului fizic și social care favorizează o sănătate mai bună.

Activitățile școlii în promovarea sănătății depind de *durabilitate* – toate structurile guvernamentale trebuie să dispună permanent de resurse financiare și umane pentru promovarea sănătății. Această angajare va contribui pe termen lung la asigurarea dezvoltării și implementării programelor de promovare a sănătății.

Criterii de activitate a școlilor ce promovează sănătatea sunt mai multe:

1. Dezvoltarea relațiilor bune între administrație și elevi, între elevi în viața de zi cu zi.
2. Înțelegerea și evaluarea scopurilor în promovarea sănătății și educația pentru sănătate de către administrație și elevi.
3. Utilizarea celor mai favorabile metode pentru îmbunătățirea mediului fizic al școlii.
4. Dezvoltarea unei conexiuni sănătoase între școli, familie și comunitate.
5. Dezvoltarea conexiunilor sănătoase între elevii din clasele primare gimnaziale și liceale pentru realizarea curriculumului educațional standard.
6. Promovarea activă a sănătății și bunăstării administrației.
7. Considerarea rolului administrației ca exemplu excelent în probleme legate de sănătate.
8. Recunoașterea rolului complementar al alimentației echilibrate în școlile ce promovează sănătatea.
9. Realizarea potențialului serviciilor de personal în comunitate pentru consultarea și suportul educației modului sănătos de viață.
10. Dezvoltarea potențialului educațional a serviciului școlii de sănătate în afara screeningului de rutină spre a susține activ curriculumul.

Școală care promovează sănătatea

În rețeaua europeană de ȘPS (Școli de Promovare a Sănătății) o "școală de promovare a sănătății" este definită ca "o școală care pune în aplicare un plan structurat și sistematic pentru sănătatea și bunăstarea tuturor elevilor și a personalului didactic și non-didactic. Aceasta se caracterizează ca o abordare a școlii în întregime (sau "abordarea întregului sistem școlar"). În diferite țări europene se folosesc alți termeni, de exemplu "școli sănătoase", "școli bune și sănătoase", dar toate au același scop.

Abordarea integrală a promovării sănătății școlare poate fi clasificată în următoarele șase componente:

1. Politicile școlare sănătoase sunt documente bine formulate sau practici acceptate care au fost concepute pentru a promova sănătatea și bunăstarea. Aceste politici pot reglementa compoziția alimentelor ce pot fi servite la școală sau pot descrie metodologia de prevenire sau de com-

baterie a hărțuirii școlare. Politicile sunt parte componentă a curriculumului școlar.

2. Mediul școlar fizic favorabil pentru sănătate include clădirile, loturile școlii și terenurile din apropierea ei, construite și amenajate conform cerințelor igienice. De exemplu, un mediu fizic sănătos poate fi creat prin amenajarea terenurilor școlare într-un mod mai atrăgător pentru recreere și activitate fizică.

3. Mediul social al școlii se referă la calitatea relațiilor dintre membrii comunității școlare, de exemplu între elevii de diferită vârstă sau elevi și personalul școlii. Mediul social este influențat de relațiile cu părinții și cu comunitatea.

4. Abilitățile individuale în sănătate și competențele de acțiune pot fi promovate prin intermediul curriculumului prin educația pentru sănătatea școlară și prin activități care dezvoltă cunoștințe și competențe ce permit elevilor să-și construiască competențe și să ia măsuri legate de sănătate, bunăstare și rezultate educaționale.

5. Rețeaua comunitară reprezintă legătura dintre școală și familiile elevilor sau școală și indivizii din mediul de trai. Consultările și colaborarea cu părțile interesate din comunitate vor sprijini eforturile de promovare a sănătății școlare și vor susține comunitatea școlară în acțiunile lor de promovare a sănătății.

6. Serviciile de sănătate sunt serviciile de sănătate școlare locale sau regionale, sau serviciile legate de școală, responsabile de promovarea sănătății în general și de promovarea sănătății elevilor prin furnizarea de servicii directe pentru școlari. Aceasta include elevii cu nevoi speciale. Lucrătorii din domeniul serviciilor medicale pot colabora cu profesorii în probleme specifice, cum ar fi igiena și educația sexuală.

Școlile au intenția să ajute elevii să însușească cunoștințele și să dezvolte abilitățile de care au nevoie pentru a participa pe deplin la viața adultă.

În anul 1991, trei agenții internaționale din Europa – Comisia Comunităților Europene (CCE), Oficiul Regional pentru Europa al OMS și Consiliul Europei (CE) – au lansat un proiect inovator de combinare a promovării sănătății și educației pentru sănătate pentru a realiza potențialul ambelor componente. Împreună cu cele trei organizații, zeci de țări europene și sute de școli au format **Rețeaua Europeană a Școlilor de Promovare a Sănătății (REȘPS)** pentru a crea în incinta școlilor medii condiții favorabile pentru sănătate. Colaborând împreună aceste

școli vor contribui ca în ele să fie organizate locuri mai favorabile pentru studiile elevilor și pentru lucrul personalului școlar, iar măsurile aplicate vor fi în beneficiul sănătății lor fizice, mintale și sociale. Acest proces dezvoltă cunoștințe și abilități care îmbunătățesc rezultatele promovării sănătății și educației pentru sănătate. Deși educația în domeniul sănătății în școli a fost cunoscută de mai mult timp, ca parte a curriculumului este axată doar pe cauzele unice de sănătate cum ar fi fumatul, abuzul de alcool și consumul de droguri. De aceea, cele trei organizații diriguitoare au înaintat ideea integrării promovării sănătății în fiecare aspect al școlii, adresându-se tuturor persoanelor: elevilor, profesorilor, ceilalți membri ai personalului școlii, părinții și comunitatea în general. Pentru a permite școlilor să devină instituții mai sănătoase, REȘPS urmărește integrarea promovării sănătății în toate aspectele curriculumului, introducerea unor programe și practici sănătoase în rutina zilnică a școlilor, îmbunătățirea condițiilor de muncă și promovarea unor relații mai bune atât în cadrul școlilor, cât și între acestea și comunitățile locale.

Conferința din anul 1990 a pus bazele conceptului privind promovarea sănătății și educația pentru sănătate, a recomandat ca cele trei organizații să planifice și să gestioneze în comun REȘPS. Această activitate comună este în concordanță cu prioritățile actuale ale OMS în domeniul promovării sănătății.

Așa dar, CCE, CE și OMS conlucrează permanent pentru a crea școli de promovare a sănătății în întreaga Europă. Școala de promovare a sănătății are drept scop obținerea unui stil de viață sănătos pentru întreaga populație școlară.

O școală care promovează sănătatea trebuie să folosească structurile sale de conducere, relațiile interne și externe, stilurile sale de predare și învățare, metodele de stabilire a sinergiei cu mediul social pentru a crea mijloace pentru elevi, profesori și toți cei implicați în viața școlară cotidiană.

La acest capitol REȘPS necesită cooperare la toate nivelurile societății europene, regional și local, intraguvernamental și intrasectorial (în-deosebi educația și sănătatea). Esența REȘPS constă în activitățile școlilor pilot și de rețea, sprijinite de coordonatorii naționali prin activități în privința programelor de promovare a sănătății și educație pentru sănătate, ameliorarea mediilor fizice ale școlilor și programelor care abordează subiecte legate de sănătate.

În funcție de posibilități și resurse aceste programe pot fi realizate prin: construcția sau repararea anexelor sanitare (toaile și dușuri), terenurilor de joacă și asigurarea lor cu suplimente sportive; repararea sau redecorarea blocurilor școlare și a sălilor de clasă; asigurarea facilităților pentru cantină privind mesele îmbunătățite.

REȘPS au ca scop sporirea gradului de independență și libertate a elevilor, crearea unor relații egale între elevi și personalul școlii. Elevii capătă abilități în exprimarea opiniilor, învățarea activă, ajutorul reciproc în probleme comune.

Schimbările programului școlii variază de la prelungirea perioadelor de pauză (astfel încât elevii să aibă timp suficient pentru a lua prânzul) până la combaterea agresivității și schimbarea relațiilor elevilor cu cadrele didactice și managementul școlii.

Prioritățile *REȘPS* constau în facilitarea schimbărilor vitale în cadrul școlilor. În special ele au câștigat o reputație bună prin investiția serioasă pentru promovarea sănătății și siguranța tinerilor, au elaborat metodologia selectării cadrului adecvat din cadrele didactice și non-didactice pentru abordarea necesităților de promovare a sănătății. Totodată *REȘPS* a contribuit la un stil mai democratic de conducere și predare în școli, a inspirat profesorii să găsească noi metode de predare, a contribuit la crearea unui consens și a unei cooperări la nivel european, generând un sentiment important de unitate, a depus eforturi pentru elaborarea agendei privind promovarea sănătății.

Conceptul de școală de promovare a sănătății constă nu doar în dezvoltarea curriculumului, dar și în promovarea unui mediu social și fizic pentru îmbunătățirea sănătății în comunitate. Școlile trebuie să acționeze ca un catalizator pentru a reuni o gamă largă de organizații într-o abordare coordonată a sănătății comunității.

Pentru a dezvolta rețele eficiente de școli care promovează sănătatea, unele țări au nevoie de sprijin financiar și tehnic. În scopul obținerii acestui sprijin țara respectivă trebuie să ofere exemple concrete în privința modalităților de implementare a conceptului de școală de promovare a sănătății, să consolideze și să încurajeze sectorul educațional în colaborare cu sectorul sanitar și alte sectoare, să evedențieze procesele de cercetare și evaluare privind eficacitatea programelor școlare care promovează sănătatea la nivel național, regional și local.

Țara trebuie să-și revadă politicile și sistemele de management la nivel național și local pentru a menține relevanța pe parcursul tuturor

etapelor de dezvoltare și implementare a programelor de promovare a sănătății, să intensifice instruirile în elaborarea și realizarea curriculumului, punând accent pe managementul schimbărilor și gestionarea programelor.

REȘPS are scopul să extindă implementarea și difuzarea conceptului de școală de promovare a sănătății pentru stabilirea bunelor practici în cadrul politicilor educaționale și școlare din întreaga Europă. În realizarea acestor obiective, trebuie utilizate tehnici moderne de promovare a sănătății cu diversificarea metodelor de comunicare în masă.

Aceste obiective pot fi atinse dacă *REȘPS* îi ajută pe coordonatorii naționali să pregătească, să pună în aplicare, să disemineze și să evalueze inițiativele de promovare a sănătății în școli, să se consulte cu țările membre și să elaboreze strategii naționale pentru susținerea și vizibilitatea programului, să documenteze implementarea programului, identificând beneficiile clare pentru școli, să genereze o vizibilitate mai mare pentru *REȘPS* prin noile tehnologii ale informației, inclusiv pe Internet și pe World Wide Web, să analizeze rezultatele studiului comportamentului sănătos în rândul copiilor de vârstă școlară și să informeze membrii *REȘPS*.

Guvernele țărilor trebuie să respecte cerința de cooperare strânsă și de sprijin din partea sectoarelor sănătății și educației. Este esențial ca CCE, CE și OMS să continue contribuțiile lor pentru a oferi fiecărui copil din Europa șansa de a învăța într-o școală care promovează sănătatea.

Luând în considerare recomandările CEC, CE și OMS, în Republica Moldova au fost elaborate Programul Național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020, aprobat prin HG nr. 1000 din 23.08.16 (Monitorul oficial nr. 277-287, art. 1086).

La capitolul promovării sănătății în instituțiile de învățământ, Programul prevede modificarea atitudinii și îmbunătățirea cunoștințelor în domeniul promovării sănătății la adolescenți și tineri cu cel puțin 50% către anul 2020; elaborarea către anul 2017 a suportului metodologic privind crearea unor medii favorabile promovării modului sănătos de viață în instituțiile de educație.

În acest scop sunt prevăzute următoarele acțiuni:

- realizarea campaniilor de comunicare și de schimbare a comportamentelor, strategic planificate, adaptate vârstei, pentru reducerea poverii evitabile a bolilor prioritare cu accent pe grupurile vulnerabile și tineri;

- reevaluarea disciplinelor școlare care conțin modulul „Promovarea modului sănătos de viață”, la toate nivelele învățământului obligatoriu, ajustat pe vârste și sexe;
- asigurarea informării și consilierii tinerilor cu privire la comportamentele sănătoase prin intermediul centrelor de sănătate prietenoase tinerilor;
- susținerea derulării emisiunilor săptămânale la posturile TV și radio cu acoperire națională în aspect de promovare a modului sănătos de viață.

Este prevăzută către anul 2020 consolidarea capacităților de până la 80% a specialiștilor din sectorul sănătății și până la 50% a specialiștilor din sectorul educației privind planificarea și implementarea acțiunilor de promovare a sănătății la nivel național și local: actualizarea curriculumului de instruire și educație continuă a specialiștilor din sănătate și educație în promovarea sănătății și comunicarea riscurilor.

Către anul 2017 se stipulează elaborarea suportului privind crearea unor medii favorabile promovării modului sănătos de viață în instituțiile de educație, elaborarea ghidurilor metodologice și inițierea rețelei naționale de „Școli care promovează sănătatea” conform criteriilor rețelei europene.

În contextual celor expuse, în perioada anilor 2016-2018 se prevede elaborarea suportului metodologic și inițierea implementării inițiativelor OMS cu privire la „Școli care promovează sănătatea”.

Ca rezultat vor fi inițiate și extinse în cel puțin 50% din instituțiile preuniversitare Rețeaua Europeană de Școli „Școli care promovează sănătatea”, vor fi elaborate recomandările privind implementarea inițiativelor OMS cu privire la „Școli care promovează sănătatea”, îmbunătățite programele de instruire în promovarea sănătății la nivel preșcolar, preuniversitar, universitar și postuniversitar.

Programul conține planul de acțiuni privind implementarea Programului național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020. În el sunt prevăzute măsuri în vederea elaborării strategiilor de comunicare și de schimbare a comportamentului, adaptate vârstei, pentru reducerea poverii evitabile a bolilor prioritare și realizarea campaniilor naționale de comunicare, inclusiv:

- promovarea alimentației sănătoase și activității fizice;
- reducerea consumului de tutun, alcool;

- prevenirea bolilor condiționate de nerespectarea regulilor de igienă;
- prevenirea traumatismelor, inclusiv la copii.

Se menționează necesitatea reevaluării disciplinelor școlare care conțin modulul "Promovarea modului sănătos de viață" la toate nivelele învățământului obligatoriu, ajustat pe vârste și sexe, informarea și consilierea tinerilor cu privire la comportamentele sănătoase prin intermediul centrelor de sănătate prietenoase tinerilor.

Planul de acțiune include de asemenea:

- consilierea în cadrul centrelor de sănătate prietenoase tinerilor și elaborarea suportului instructiv-metodic privind activitățile de comunicare;
- realizarea acțiunilor de mobilitate și informare/educare a tinerilor privind modul sănătos de viață în vederea prevenirii consumului nociv de alcool și tutun;
- actualizarea curriculumului de instruire și educație continuă a specialiștilor cu studii superioare și medii din domeniul sănătății și educației în promovarea sănătății și comunicarea riscurilor;
- fortificarea capacităților Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice în vederea coordonării activităților, colaborării intersectoriale și responsabilizării referitor la activitățile de promovare a sănătății;
- dezvoltarea programelor de instruire și formare în domeniul promovării sănătății și prevenirii bolilor pentru părinți, tineri, educatori, jurnaliști, autorități publice locale, organizații obștești;
- inițierea rețelei naționale de „Școli care promovează sănătatea” conform criteriilor rețelei europene;
- elaborarea suportului metodologic și instruirea partenerilor;
- implementarea inițiativei în școli.

Cuprinsul curriculumului școlar diferă pentru diferite etape de învățământ: primar, gimnazial, liceal. În linii generale se recomandă pentru clasele primare includerea de teme mai puțin teoretice și mai mult practice ca:

- sănătatea e cea mai prețioasă;
- minte sănătoasă în corp sănătos;
- de ce merg la medic?
- cum îți protejezi sănătatea intimă?

- ce mănânc?
- rolul vitaminelor în alimentație;
- reguli pentru o viață sănătoasă;
- regimul sanogen al zilei.

Lucrare practică

Scopul lucrării: familiarizarea studenților cu problema promovării sănătății și educației pentru sănătate în instituțiile preșcolare și preuniversitare.

Sarcinile lucrării:

1. Familiarizarea cu metodele de promovare a sănătății și educație pentru sănătate în instituțiile preșcolare și preuniversitare.
2. Familiarizarea cu rețeaua de Școli de Promovarea Sănătății.
3. Familiarizarea cu Programul Național de promovare a sănătății la capitolul promovarea sănătății și educația pentru sănătate în instituțiile preșcolare și preuniversitare de învățământ.

Obiective de formare

Studenții trebuie să:

1. Însușească metodele de promovare a sănătății și educație pentru sănătate în instituțiile preșcolare și preuniversitare.
2. Cunoască rețeaua de Școli de Promovarea Sănătății.
3. Cunoască conținutul Programului Național de promovare a sănătății la capitolul promovarea sănătății și educația pentru sănătate în instituțiile preșcolare și preuniversitare de învățământ.

Subiecte pentru verificarea cunoștințelor:

1. Importanța promovării sănătății în instituțiile preșcolare și preuniversitare pentru îmbunătățirea sănătății copiilor.
2. Activitățile de promovare a sănătății în instituțiile preșcolare.
3. Activitățile de promovare a sănătății în instituțiile preuniversitare.
4. Definiția de școală de promovarea sănătății și istoria dezvoltării ei.
5. Diferențierea educației sănătoase și promovării sănătății în școli de promovare a sănătății.
6. Rețeaua Europeană a Școlilor de Promovare a Sănătății.
7. Rolul și activitățile medicului din instituțiile de învățământ în educația pentru sănătate.

Activitatea practică:

1. Cercetarea conținutului Programului Național de Promovare a Sănătății.

2. Elaborarea unui program de modul în promovarea sănătății și educației pentru sănătate pentru grădinițe.
3. Elaborarea unui program de modul în promovarea sănătății și educației pentru sănătate pentru elevi.
4. Rezolvarea problemelor de situație.

Dexterități practice:

1. Cunoașterea activităților de promovare a sănătății în instituțiile preșcolare și preuniversitare.
2. Abilitate de cunoaștere în elaborarea unui program de modul în promovarea sănătății și educația pentru sănătate pentru preșcolari și elevi.

Dotarea lucrării practice:

1. Probleme de situație.
2. Hotărârea Guvernului RM nr. 1000 din 23 august 2016 "Cu privire la Programul național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020". 2016.

Desfășurarea lucrării practice

Studentii se vor împărți în 2 subgrupe care vor primi probleme de situație. Problema va fi soluționată în grup după care va fi discutată și comunicată colegilor.

Problemă de situație

Prezentați un exemplu de școală de promovare a sănătății din comunitatea din care faceți parte.

Problemă de situație

Identificați cele mai importante elemente ale programului Grădinițe Sănătoase și argumentați rolul lor în implementarea și dezvoltarea programelor de promovare a sănătății și educație pentru sănătate în grădiniță.

Problemă de situație

Prezentați exemple de jocuri de rol în PSES pentru grădinițe.

TESTE

Indicați răspunsul corect

1. Numiți anul în care școlile au devenit bază pentru promovarea sănătății și modului sănătos de viață:
 - a. 1935
 - b. 1948

- c. 1950
 - d. 1990
 - e. 1997
2. Indicați rezumatele conferințelor pe care sunt bazate principiile școlilor de promovare a sănătății:
- a. Rețelei Mondiale a Școlilor de Promovare a Sănătății
 - b. Rețelei Europene a Școlilor de Sănătate Publică
 - c. Rețelei Mondiale a Sănătății și Bunăstării
 - d. Rețelei Europene a Școlilor de Promovare a Sănătății
 - e. Rețelei Europene a Școlilor de Igienă și Sănătate
3. Selectați trei agenții internaționale care, în 1991, au lansat un proiect inovator de combinare a educației pentru sănătate și a promovării sănătății:
- a. Comisia Europeană, CEDO și Consiliul Europei.
 - b. Comisia Comunităților Europene, Oficiul Regional pentru Europa al OMS și Consiliul Europei.
 - c. UNICEF, OMS și Consiliul Europei.
 - d. Comisia Comunităților Europene, Oficiul Regional pentru Europa al OMS și Consiliul Parlamentului.
 - e. Comisia Comunităților Europene, Oficiul Regional pentru Migrație al OMS și Consiliul Europei.
4. Numiți vârsta la care cultivarea unui stil de viață prin promovarea sănătății este cea mai eficientă:
- a. 1-3 ani
 - b. 3-6 ani
 - c. 6-9 ani
 - d. 9-12 ani
 - e. 12-15 ani
5. Indicați vârsta copiilor la care este cel mai bine de realizat un stil de viață care promovează sănătatea:
- a. între 1 și 5 ani
 - b. între 2 și 7 ani
 - c. între 0 și 3 ani
 - d. între 3 și 9 ani
 - e. între 3 și 6 ani

Indicați răspunsurile corecte

6. Numiți principiile școlilor de promovare a sănătății:
- a. Migrația

- b. Democrația
 - c. Echitate
 - d. Autocrația
 - e. Economia
7. Enumerați criteriile pentru o școală de promovare a sănătății:
- a. Înțelegerea și evaluarea scopurilor ȘPS de către administrație și elevi.
 - b. Utilizarea oricărei oportunități pentru îmbunătățirea mediului fizic al școlii.
 - c. Dezvoltarea unei conexiuni sănătoase între școli, familie și comunitate.
 - d. Promovarea activă a sănătății și bunăstării administrației.
 - e. Limitarea rolului administrației în probleme legate de sănătate.
8. Selectați rolurile REȘPS la facilitarea schimbărilor vitale în cadrul școlilor:
- a. a marginalizat rolul instituțiilor publice.
 - b. a dobândit o bună reputație ca o investiție solidă pentru protejarea și promovarea sănătății și siguranței tinerilor.
 - c. a prevăzut cadrul adecvat pentru abordarea nevoilor de promovare a sănătății de către cadrele didactice și non-didactice ale școlilor.
 - d. a dus la un stil mai democratic de conducere și predare în școli.
 - e. a inspirat profesorii să caute metode de predare care să reflecte acest nou spirit democratic.
9. Pentru a dezvolta rețele eficiente de școli care promovează sănătatea este necesar:
- a. a stimula sentimentul de identitate și mândrie în rândul coordonatorilor, școlilor, părinților și comunităților locale;
 - b. a evidenția procesele de cercetare și evaluare care demonstrează eficacitatea programelor școlare care promovează sănătatea la nivel național, regional și local;
 - c. să pregătească, să pună în aplicare, să disemineze și să evalueze inițiativele de promovare a sănătății în școli;
 - d. să se consulte cu țările membre și să elaboreze strategii naționale pentru a spori susținerea și vizibilitatea programului și pentru a-și încuraja sustenabilitatea;
 - e. a lansa o campanie de relații publice eficiente pentru a promova vizibilitatea și succesul programului.

10. Numiți dimensiunile țintă pe care se axează dezvoltarea sănătoasă a copilului:
- a. dezvoltarea fizică și psihologică și modul în care aceasta este abordată;
 - b. dezvoltare continuă cadrelor didactice;
 - c. dezvoltarea limbajului și cunoașterii;
 - d. dezvoltarea comportamentului social;
 - e. promovarea abilității de a face evaluări și judecăți.

BIBLIOGRAFIE

1. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988- Available from: URL;
2. Anuarele statistice al Republicii Moldova / Biroul Național de Statistică al Republica Moldova. Chișinău: Statistica, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015.
3. Aristotel Cocârlă. Medicina ocupațională. EMU "Iuliu Hațieganu". Cluj Napoca, 2009, vol. I, 868 p.
4. Artazcoz L, Rueda S. Social inequalities in health among the elderly. Editorial. *J Epidemiol Commun Health* 2007;61:466-7.
5. Barnekow Rasmussen, V. et al. The European Network of Health Promoting Schools – a joint WHO–EC–CE project. *World health*, March 1996.
6. Beninga S. Financial modelling, 3rd edition. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 2007.
7. Berger AH, Pandolfi PP. Cancer Susceptibility Syndromes. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 8th ed. 2011; 161–172.
8. Biroul Național de Statistică // Populație (www.statistica.md/category.php-?l=ro&idc=103, accesat la 10.01.17).
9. Bloch KE, Lynen F. Nobel Lectures 1964. Brown MS, Goldstein JL. Nobel Lectures 1985.
10. Bogdana Bursuc. Stil sănătos de viață profesională al angajaților, femei și bărbați. Despre programe de sănătate ocupațională. CPE 2006.
11. Bradshaw Jonathan (1972). Concepts of Need and Social Justice. (<https://www.healthknowledge.org.uk/.../concepts-need-sjusti...>, accesat 27.03.2017).
12. Braunwald E. Heart Diseases. Textbook of Cardiovascular Medicine, 7th edition. Philadelphia: Saunders; 2006.
13. Brent RJ. Cost-Benefit Analysis and Healthn Care Evaluation. Cheltenham: Edward Elger; 2004.
14. Brown TM, Fee E. Voices from the past: On Health Politics. *American Journal of Public Health* 2006; 96:13825.
15. Buchlinder M. History and Future of Device Development. The British Cardiovascular Intervention Society. BCIS: Lecture; 2007.
16. Camm JA, Lüscher TF, Serruys PW. ESC Textbook of cardiovascular medicine. Oxford: Blackwell; 2006.

17. Cancer Prevention & Early Detection Facts and Figures 2010.
18. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, 2005 www.who.int/healthpromotion/.../BCHP_es.pdf.
19. Catford J. Food security, climate change and health promotion: opening up the streams not just helping out downstream. *Health Promotion International* 2008; 23:105-108.
20. CDC, Consumption of Cigarettes and Combustible Tobacco – United States, 2000–2011, 2012.
21. CDC, Current cigarette smoking among adults – United States, 2005–2012, 201.
22. Chicu V., Curocichin Gh., Friptuleac Gr. Activități practice la cursul promovarea sănătății (ghid). Chișinău, CEP Medicina, 2006, 223 p.
23. Chicu V., Curocichin Gh., Friptuleac Gr. Promovarea sănătății (curs). Chișinău, CEP Medicina, 2006, 224 p.
24. Chicu V., Curocichin Gh., Nimerenco A. Comunicarea în promovarea sănătății, în situații de risc și de criză. Ghid pentru medicii de familie. Chișinău, 2009, 136 p.
25. Ciobanu V. Educația pentru sănătate factor important în promovarea sănătății www.medfam.ro/mf/mf/mf4/educ_san.html (accesat 23.09.16).
26. City action for health: review of the first phase of the Healthy Cities project: report on the seventh annual Healthy Cities symposium, Copenhagen, 9–12 June 1992. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (document EUR/ICP/HSC 621(7)).
27. Comisia Europeană. Cartea Albă. Adaptarea la schimbările climatice: către un cadru de acțiune la nivel european. Impactul schimbărilor climatice asupra sănătății oamenilor, a animalelor și a plantelor, 2009.
28. Consumul și abuzul de alcool în Republica Moldova: evaluarea situației și impactului. Studiu efectuat cu suportul Institutului pentru o Societate Deschisă (Budapesta) în cadrul proiectului "Promovarea unor politici economice eficiente și transparente în Republica Moldova" Document de Analiză a Politicilor 17/2008, Chișinău, 2008, 24 pag.
29. Convenția Cadru pentru Controlul Tutunului. Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, Elveția, 2003, 50 pag.
30. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Available from: <http://www.who.int/hpr/archive/>
31. Demmer H. Worksite health promotion: How to go about it. *European Health Promotion Series* Nr. 4, WHO/Europe, Copenhagen, Essen, 1995:9.
32. Detels R., Beaglehole R., Lansang MA, Gulliford M. *Oxford Textbook of Public Health*, 2009.

33. Directiva 2014/40/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 3 aprilie 2014 privind apropierea actelor cu putere de lege și a actelor administrative ale statelor membre în ceea ce privește fabricarea, prezentarea și vânzarea produselor din tutun și a produselor conexe și de abrogare a Directivei 2001/37/CE.
34. Donev D. Situation analysis on non-communicable diseases prevention and control in Macedonia. Ministry of Health of Macedonia, 2007. In press.
35. Doyal Len., Gough Ian. A theory of Human Need, 1991.
36. Duda Rene Corneliu. Sănătate publică și Management. Iași, 1996, p. 183-209;
37. Duma O. Sănătate Publică și Management. Ed. Venus, Iași, 2012.
38. Enăchescu D., Marcu M. Sănătate Publică și Management Sanitar: note de curs. București, All, 1994, 152 p.
39. Ețco C., Calmic V., Bahnarel I. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate, Chișinău, 2013.
40. European Charter on Alcohol. Adopted at the European Conference on Health, Society and Alcohol. Paris, 12 – 14 December 1995, 8 pag.
41. European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP, 1996. Available from: <http://www.enwhp.org/> (Accessed: August 12, 2007).
42. Fleming P, Harvey HD. Strategy development in dealing with violence against employees in the workplace. *J R Soc Health*. 2002;122 (4):226-32.
43. Franceschi C, Berzukov VH, Blanche L et al. Genetics of healthy aging in Europe. The EU-Integrated Project GEHA. *Ann NY Acad Sci* 2007; 1100:21-45.
44. Friptuleac Gr. Ecologie umană. Chișinău, CEP Medicina, 2006, 296 p.
45. Friptuleac Gr. Igiena mediului. Chișinău, CEP Medicina, 2012, 242 p.
46. Friptuleac Gr. și coaut. Ecologie umană (lucrări practice). Chișinău, CEP, Medicina, 2008, 320 p.
47. Gagauz O. Familia contemporană între tradițional și modern. Chișinău, 2011, 280 p. ccd.ucoz.com/_ld/0/4_CCD-monografia-pdf (accesat la 12.01.17).
48. Gavăt V. Sănătatea mediului și implicațiile sale în medicină. Iași, Editura „Gr. T. Popa”, 2007, 332 p.
49. Gaziano TA. Cardiovascular disease in the developing world, and its cost-effective management. *Circulation* 2005;112:3547-53.
50. Gaziano TA. Reducing the growing burden of cardiovascular disease in the developing world. *Health Affairs* 2007;26:13-24.
51. Genest J, Pedersen TR. Prevention of cardiovascular ischemic events: high risk and secondary prevention.
52. Geyman JP, Norris TE, Hart LG (editors). *Textbook of Rural Medicine*. New York: McGraw Hill; 2001.

53. Global Conferences on Health Promotion – Charters, Declarations and other documents: Ottawa 1986, Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, Mexico 2000 and Bangkok 2005. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>(Accessed on June 4th, 2006).
54. Global Status Report on Alcohol and Health, WHO, Geneva, 2014, 379 pag.
55. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.
56. Goldstein LB, Adams R, Alberts J et al. Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the AHA/American Stroke Council. *Circulation* 2006;113:e873–e923.
57. Gunnarsdottir S, Bjornsdottir K. Health promotion in the workplace: the perspective of unskilled workers in a hospital setting: *Scand J Caring Sci.* 2003 Mar; 17 (1):66-73.
58. Hanlon P., Carlise S. Do we face a third revolution in human history? If so, how will public health respond? *Journal of Public Health* 2008;30:355-361.
59. Health for all targets. The health policy for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 (European health for All Series, No. 4).
60. Health in prisons: health promotion in the prison setting : summary report on a WHO meeting, London, 15–17 October 1996. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document EUR/ICP/ADA 043(S)).
61. Health promoting hospitals. Project outline. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (URL: <http://www.who.dk/Hospitals/Welcome.htm>)
62. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization, 1998. WHO/HPR/HEP/98.1
63. Hisada M, Garber JE, Fung CY, Fraumeni JF Jr, Li FP. Multiple primary cancers in families with Li-Fraumeni syndrome. *J Natl Cancer Inst.* 1998 Apr 15; 90 (8):606-11.
64. Hotărârea Guvernului nr. 730 din 08 septembrie 2014, Cu privire la aprobarea Programului național în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014 – 2020.
65. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.1000 din 28.08.2016 cu privire la aprobarea Programului național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020.
66. Hotărârea Guvernului RM nr.487 din 19.06.2001 privind aprobarea Planului național de acțiune sănătatea în relație cu mediul.
67. http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/Anuar_Statistici/2015/24_Statistica_internationala.pdf.
68. International Union for Health Promotion and Education and Canadian Consortium for Health Promotion Research. Shaping the future of health promotion: Priorities for action, 2007.
69. John Ashnot, Howard Seymour. The new Public Health. Open University Press, 1988, 184 p.

70. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century, meeting in Jakarta from 21 to 25 July 1997. Available from: URL:
71. Jowett GS, O'Donnell V. Propaganda and Persuasion. Thousand Oaks, California: Sage Publ; 2006.
72. Koelen M, van den Ban AW. Health education and health promotion. Wageningen: Wageningen Academic Publishers, 2004.
73. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Canadian Minister of Supply and Services 1974.
74. Legea nr. 278 din 14.12.2007 privind controlul tutunului, (modificată prin Legea nr. 124 din 29.05.2015).
75. Legea nr. 124 din 29.05.2015 privind modificarea unor acte legislative.
76. Legea Republicii Moldova Nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice.
77. Levi R. Medical Journalism: Expousing Fact, Fiction, Fraud. Ames: Iowa State University Press; 2001.
78. Lindstrom B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promotion International 2006; 21: 238-44.
79. Luxemburg declaration on workplace health promotion in the European Union. Available from: <http://www.enwhp.org> (Accessed: August 15, 2005).
80. Mariana Graur Ghid pentru alimentația sănătoasă – sfaturi pentru populație, Editura Performantica Iași – 2006, 48 p.
81. Marmot M, Elliott P. Coronary heart disease: from aetiology to public health. 2nd. Edition. Oxford: Oxford University Press; 2005.
82. Mc Guire A., Fenn P., Mayhew K. (eds). Providing health care the economics of alternative systems of finance and delivery. Oxford: Oxford University Press; 1994.
83. Mc Michael AJ., Friel S., Nyong A., Corvalon C., Global environmental change and health: impact, inequalities and the health sector. BMJ, 2008, 336:191-4.
84. McMahan A, Kelleher CC, Helly G, Duffy E. Evaluation of a workplace cardiovascular health promotion programme in the Republic of Ireland. Health Promot Int. 2002; 17(4):297-308.
85. Medline Plus. National Library of Medicine (US). Multiple endocrine neoplasia (MEN) II. 3/14/2012. Accessed at <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000399.htm> on 3/7/2014.

86. Mensah G. Global and Domestic Health Priorities: Spotlight on Chronic Disease. National Business Group on Health Webinar. May 23, 2006. Available at: <http://www.businessgrouphealth.org/opportunities/webinar/052306chronicdiseases.pdf>.
87. Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health. Fifth Global Conference on Health Promotion, Health Promotion: Bridging the Equity Gap, Mexico City, June 5th, 2000. Available from: URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/statement/en/index.html>(accesat 06.11.2017).
88. Mittelmark MB, Perry MW, Wise M, Lamarre M, Jones CM. Enhancing the effectiveness of the International Union for Health Promotion and Education to move health promotion forward. *Promotion and Education* 2007; supplement 2:33-5.
89. N. Opopol, O. Cazanțeva, M. Mucila. Republica Moldova. Calitatea existenței umane (hartă). Chișinău, 2001.
90. National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Cancer Genetics Overview. 2/18/2014. Accessed at <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/genetics/overview/healthprofessional> on 3/7/2014.
91. National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Genetics of Breast and Ovarian Cancer. 2/20/2014. Accessed at <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/genetics/breast-and-ovarian/HealthProfessional> on 3/7/2014.
92. National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Genetics of Colorectal Cancer. 2/14/2014. Accessed at <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/genetics/colorectal/HealthProfessional> on 3/7/2014.
93. National Human Genome Research Institute. Chromosome Abnormalities Fact Sheet. 2/12/2014. Accessed at www.genome.gov/11508982 on March 20, 2014.
94. Nicolae Opopol Siguranța alimentelor și sănătatea populației., Akademos, nr. 3 (34), septembrie 2014, pag. 79-84.
95. Nicolae Opopol, Galina Obreja, Angela Ciobanu Nutriția în sănătatea publică, Chișinău, 2006, 180 p.
96. Opopol N., Russu R. Sănătatea mediului. Chișinău, 2006.
97. Ordinul MS nr. 869 din 27.12.2010, privind supravegherea și controlul bolilor netransmisibile prioritare în R Moldova
98. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1, WHO, Geneva, 1986.
99. Patrick R., Capetola T., Townsend M., Nuttman S. Health promotion and climate change: exploring the core competencies required for action. *Health Promotion International*, 2012, 27 (4): 475-485.

100. Perk J, Mathes P, Gohlke H, Monpère C, Hellemans I, McGee H, Sellier P, Saner H (editors). Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Berlin: Springer Verlag; 2007.
101. Planul European de acțiuni pentru reducerea consumului nociv de alcool, 2012-2020.
102. Pluemer KD. Healthy Public Policy. In: Readers for the ETC-PHHP program on Health Promotion. Zagreb: ETC-PHHP, 2006.
103. PNUD. Raportul Național de Dezvoltare Umană. Schimbările Climatice în Republica Moldova. Chișinău, 2009, p. 120-127.
104. Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova (HG RM nr. 886 din 06.08.2007).
105. Politica Organizației Mondiale a Sănătății Sănătate pentru toți în secolul 21 www.vitalitate.com/.../Strategia-OMS-Sanatate-
106. Popa M.I. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate. București, 2006.
107. Popovici Mihail, Uliana Jalbă, Victoria Ivanov – Alimentația echilibrată - factor benefic pentru sănătate, Chișinău, 2007.
108. Popovici Mihail, Uliana Jalbă, Victoria Ivanov – Ghidul alimentației sănătoase, Chișinău, 2001, 44 p.
109. Prevalența factorilor de risc pentru bolile netransmisibile în Republica Moldova. STEPS 2013, Biroul Regional pentru Europa al OMS, Copenhagen, 2014, 224 pag.
110. Programul național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat pentru anii 2011-2015, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 549 din 21 iulie 2011.
111. Programul Național de Promovare a Sănătății pentru anii 2016-2020 aprobat prin HG. Nr.1000 din 23.08.2016
112. Programul național pentru implementarea Protocolului privind Apa și Sănătatea în Republica Moldova pentru anii 2016-2025.
113. Programul Național privind controlul alcoolului pentru anii 2012-2020, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 360 din 06.06.2012.
114. Promovarea Sănătății la Locul de Muncă în comunitățile rurale. Ghid pentru gestionarea sănătății la locul de muncă. București, 2015, 198 p.
115. Promovarea Sănătății la Locul de Muncă: definiții, metode și tehnici. WHP – Trening. București, 2009, 522 p.
116. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate. București, Editura PUBLIC H PRESS, 2006, 242 p.
117. Prüss-Ustün A, Corvalán FC. Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease. Geneva: World Health Organization, 2006.
118. Recommendations for promoting Workplace health action. Healthy Employees in Healthy Organisations. ENWHP, 2001.

119. Regidor E. Measures of health inequalities. Part 1. *J Epidemiol Commun Health* 2004;58:858-61.
120. Regidor E. Measures of health inequalities. Part 2. *J Epidemiol Commun Health* 2004, 58: 900-903.
121. Report on Current Status of Workplace Health Promotion in Small and Medium-Sized Enterprises (SMEs). Small Healthy and Competitive. New strategies for improved Health in Small and Medium Sized Enterprises. Essen: ENWHP, 2001.
122. Resolution of the Council and of the Ministers of Education meeting within the Council of 23 November 1988 concerning health education in schools. Official journal of the European Community, C3: 1-3 (1989).
123. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen M, Potvin L, Springett J, Ziglio E. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No.92, 2001.
124. Sadikario S. Multifactorial Dynamic Analysis of the Clinical Variables and the Outcome of Diabetes and its Vascular Complications with Mathematical Models; PhD Thesis. Skopje: Faculty of Medicine; 1990.
125. Sala M, Janer G, Font C, Garau I, Sole MD, Corbella T, Partanen T, Kogevinas M. Employees attitudes to workplace health promotion programs for cancer prevention *Gac Sanit.* 2002 Nov-Dec; 16(6):521-5.
126. Schneider K, Zelle K, Nichols KE, Garber J. Li-Fraumeni Syndrome. 4/11/2013. In: GeneReviews™ [Internet]. Accessed at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1311/> on 3/7/2014.
127. Schrader KA, Sharaf R, Alanee S, Offit K. Genetic Factors: Hereditary Cancer Predisposition Syndromes. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2014; 169-187.
128. Schroer A, Sochert R. Health Promotion Circles at the Workplace. Essen: Federal Association of Company Health Insurance Funds, 2000.
129. Serbulenco A., Friptuleac Gr., et alți. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate – probleme de importanță majoră pentru Republica Moldova. Mat-le conf. Șt-practice” Promovarea sănătății – o prioritate a sănătății publice”. *Revista Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2016, nr. 3 (67), p. 9-12.
130. Shimizu T, Nagashima S, Mizoue T, Higashi T, Nagata S. A psychosocial-approached health promotion program at a Japanese worksite. *JUOEH*. 2003 Mar 1;25 (1):23-34.
131. Snelling AM. *Introduction to Health Promotion*. 1st Edition, 2014.
132. Sousa JR, Costa MA, Tuzcu EM et al. New frontiers in interventional cardiology. *Circulation* 2005; 111:671-81.

133. Strand BH, Kunst A. Childhood socioeconomic position and cause of specific mortality in early adulthood. *AmJ Epidemiol* 2007; 165:85-93.
134. Strategia în domeniul siguranței alimentelor pentru anii 2011-2015, aprobată prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova Nr. 747 din 03.10.2011 (Publicată la 14.10.2011 în Monitorul Oficial Nr. 170-175, art. Nr. 828).
135. Studiu KAP. Campania Națională de informare, orientată pe actualii și potențialii consumatori de tutun. MAGENTA Consulting, Mai 2014, 47 p.
136. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012 National Survey on Drug Use and Health, 2013.
137. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991. Available from: URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html>(accesat 06.11.2017).
138. Tarcea M., Moldovan H. Ghid practic de medicina mediului. Tirgu-Mureș, University Press, 2006, 118 p.
139. The Mount Hood 4 Modelling Group. Computer modelling of diabetes and its complications. A report on the Fourth Mount Hood Challenge Meeting. *Diabetes Care* 2007;30:1638-46.
140. Theodore H.Tulchinsky, Elena A.Varavikova "Noua Sănătate Publică", Chișinău, ULYSSE, 2001.
141. Thomas B, Stamler LL, Lafreniere KD, Delahunt TD. Breast health educational interventions. Changes in beliefs and practices of working women. *AAOHN J.* 2002; 50(10):460-7.
142. Tobacco Product Use Among Middle and High School Students – United States, 2011 and 2012, 2013.
143. Tones K. Health promotion, health education and the public health. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, eds. *Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health.* New York: Oxford University Press, 2002: 829-63.
144. UNDP. National Human Development Report, Social Exclusion and Human Insecurity in Macedonia, 2001. UNDP Office in Skopje, Macedonia, 2002.
145. Veniturile și cheltuielile populației în anul 2014 - Biroul Național de ...
146. Vișan Luiza Gabriela (2014) Cele 6 principii ale unui stil de viață sănătos – Ghidul de Sanatate www.ghiduldesanatate.ro/...sanatate/cele-6-principii-ale-unui...(accesat 12.01.17).
147. Ward L. Home therapy: fast, easy, affordable makeovers. New York: Putnam's Sons Publ; 2005.

148. Weeks WB. VA can improve older enrollees' outcomes by directing private sector care to high performance hospitals. The 135-th Annual Meeting & Exposition of APHA (Nov 3-7, 2007). Washington DC: APHA. Available from: URL: http://apha.confex.com/apha/135am/tech-program/paper_156103.htm (Accessed: September 15, 2007).
149. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Commun Health* 2007;61:473-8.
150. WHO Healthy Cities project phase III: 1998-2002. Requirements and designation process for WHO project cities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (URL: <http://www.who.dk/tech/hcp/phaseIII.htm>).
151. WHO Regional Office for Europe. *Gaining Health – The European Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2006:pp.38.
152. WHO-EURO. *Health Promotion Glossary*, 1989.
153. Wilkinson R, Marmot M, Eds. *Social Determinants of Health – The Solid Facts*, Second Edition. WHO/EURO 2003.
154. World Health Organization. *The atlas of heart diseases and stroke*. Geneva: WHO; 2004.
155. Войт Л.Н. Медико-социальные аспекты формирования здорового образа жизни. Благовещенск, 2008.
156. Капилевич Л.В., Андреев В.И. *Здоровье и здоровый образ жизни – учебное пособие*, Томск, 2008.
157. Н. Опополь, Р. Коробов. *Эколого-гигиенический мониторинг* Кишинев, 2001, 238 с.
158. Прохоров Б.Б. (ред.) – «*Экология человека*», Москва: Издательство МНЭПУ, 2001, стр. 124-125, 134-136, 139-144.