

ASOCIAȚIA ECONOMIE, MANAGEMENT
ȘI PSIHOLOGIE ÎN MEDICINĂ

THE ECONOMY, MANAGEMENT AND
PSYCHOLOGY ASSOCIATION IN MEDICINE

SĂNĂTATE PUBLICĂ,
ECONOMIE
ȘI MANAGEMENT ÎN MEDICINĂ

PUBLIC HEALTH,
ECONOMY AND MANAGEMENT
IN MEDICINE

revistă științifico-practică
fondată în anul 2003

scientific-practical review
founded in 2003

3(30)/2009

Revista a fost înregistrată la Ministerul de Justiție al Republicii Moldova la 18-07-2003.
Certificat de înregistrare nr. 145.

Prin hotărârile Prezidiului CSA (23.01.2004 și 3.03.2004), revista este inclusă în lista publicațiilor de profil pentru publicarea rezultatelor cercetărilor științifice din tezele de doctorat.
Articolele prezentate sunt recenzate de către specialiștii în domeniile respective.

Cofondatori:

Centrul Științifico-Practic *Sănătate Publică și Management Sanitar* al Ministerului Sănătății
Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă

Colegiul de redacție Editorial Board

Redactor-șef Editor in Chief

CONSTANTIN EȚCO

Membri Members

Dumitru Tintiuc – redactor-șef adjunct

**Oleg Beneș, Ion Mereuță,
Mihai Ciocanu, Mihai Moroșanu**

Secretar Secretary

Ludmila Goma

Consiliul de redacție

Editorial council

<i>Ion Ababii</i>	<i>Luminița Iancu (Iași)</i>	<i>Yousif Rahim (Italia)</i>
<i>Constantin Andriuța</i>	<i>Vladimir Hotineanu</i>	<i>Viorel Prisăcaru</i>
<i>Gheorghe Baciuc</i>	<i>Constantin Iavorschi</i>	<i>Andrei Roșca</i>
<i>Ion Bahnarel</i>	<i>Vladimir Kucerenko (Moscova)</i>	<i>Gheorghe Russu</i>
<i>Grigore Belostecinic</i>	<i>Iuri Lisițan (Moscova)</i>	<i>Victor Savin</i>
<i>Grigore Chetrari</i>	<i>Boris Melnic</i>	<i>Aurel Saulea</i>
<i>Dan Enăchescu (București)</i>	<i>Ion Motângă (Moscova)</i>	<i>Dumitru Sofroni</i>
<i>Ludmila Ețco</i>	<i>Oleg Lozan</i>	<i>Constantin Spânu</i>
<i>Grigore Friptuleac</i>	<i>Benoit Nautre (Franța)</i>	<i>Boris Topor</i>
<i>Gheorghe Ghidirim</i>	<i>Nicolai Opopol</i>	<i>Teodor Tulcinschi (Israel)</i>
<i>Victor Ghicavâi</i>	<i>Gheorghe Paladii</i>	<i>Georghe Țăbârnă</i>
<i>Boris Golovin</i>	<i>Valeriu Pantea</i>	<i>Teodor Țârdea</i>
<i>Eva Gudumac</i>	<i>Ștefan Plugaru</i>	<i>Brigitha Vlaicu (Timișoara)</i>
	<i>Mihai Popovici</i>	

Autorii poartă toată responsabilitatea pentru conținutul articolelor publicate.

Editura *Epigraf S.R.L.*
2012, str. București 60, of.11, Chișinău
tel./fax 22.85.87, e-mail: epigraf@mtc.md

Redactor literar – *Larisa Erșov*
Machetare computerizată – *Anatol Timotin*
Asistență computerizată – *Rodica Fărâmbă*
Coperta – *Iulian Grosu*

Conținutul revistei poate fi consultat pe adresa: www.public-health.md

Adresa redacției:

Bd. Ștefan cel Mare 194^a (blocul 4, et. 4)
MD-2004, Chișinău, Republica Moldova
Telefon: (3732) 22-63-56, 20-52-15. Fax: 24-23-44
E-mail: economiemanagement@yahoo.com

CUPRINS

SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT

MARINA ISRAFILOV

The analysis of disability indicators of the persons with mental and behavior disorders under the evolitional aspect during the years 2001-2006 4

GALINA BUTA

Libera alegere a instituției medicale și a medicului de familie – instrument eficient al calității serviciilor medicale 9

GHENADIE ROTARU

Aspectele psihosociale ale morbidității judecătorilor 13

STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

ADRIAN BELĂI

Disponibilitatea și accesibilitatea analgezicelor opioide pentru tratamentul durerii: identificarea problemelor și unele acțiuni pentru înlăturarea barierelor 17

IGIENĂ, EPIDEMIOLOGIE ȘI MICROBIOLOGIE

VITALIE SLOBOZIAN

Implementarea programelor de profilaxie a infecției HIV în rândurile consumatorilor de droguri injectabile în baza strategiei *Reducerea riscurilor asociate consumului de droguri injectabile în Moldova* 23

PETRU IAROVOI

Combaterea poliomielitei în Republica Moldova 28

ȘT. PLUGARU, SVETLANA PRUDNACIONOC,
AL. CALLANCEA, OLGA COTEȚ, ELENA ZARICIUC

Listeriile și listerioza 32

CĂTĂLINA CROITORU, GH. OSTROFEȚ, ELENA CIOBANU,
VERA POPOVICI, INNA CUCERENCO, NADEJDA RUSSU

Ergonomia locului de lucru al copilului la computer 36

REVISTA LITERATURII

DUMITRU ȘIȘCANU

Determinanții psiho-sociali ai sănătății la etapa îngrijirilor perinatale 39

IULIA ȘAPOVALOVA

Substratul sociopsihologic de formare a alcoolismului 50

НАТАЛЬЯ КАРАФИЗИ

Организация паллиативной помощи неизлечимым пациентам в различных странах 60

JUBILEE

Domnul ex-Ministru al Sănătății, academician, profesor universitar, Savant Emerit **Gheorghe Ghidirim** la 70 de ani 64

Academicianul, profesorul universitar, Savantul Emerit **Gheorghe Paladi**

la 80 de ani 67

CONTENTS

PUBLIC HEALTH AND MANAGEMENT

MARINA ISRAFILOV

The analysis of disability indicators of the persons with mental and behavior disorders under the evolitional aspect during the years 2001-2006 4

GALINA BUTA

The free choice of the medical institution and of the family doctor – an efficient instrument of the quality of the medical services 9

GHENADIE ROTARU

Psychosocial aspects of morbidity of the judges 13

CLINICAL RESEARCH STUDIES

ADRIAN BELĂI

Availability and accessibility of opioid analgesics for pain management: problems identification and an action plan to remove barriers 17

HYGIENE, EPIDEMIOLOGY AND MICROBIOLOGY

VITALIE SLOBOZIAN

Implementation of the HIV prevention programmes among injection drug users based on the harm reduction strategy in Moldova 23

PETRU IAROVOI

Liquidation of poliomyelitis in the Republic of Moldova 28

ȘT. PLUGARU, SVETLANA PRUDNACIONOC,
AL. CALLANCEA, OLGA COTEȚ, ELENA ZARICIUC

Listeriosis and Listeriose 32

CĂTĂLINA CROITORU, GH. OSTROFEȚ, ELENA CIOBANU,
VERA POPOVICI, INNA CUCERENCO, NADEJDA RUSSU

Computer workplace ergonomics for children 36

REVIEW OF LITERATURE

DUMITRU ȘIȘCANU

The psycho-social health determinants at perinatal care stage 39

IULIA ȘAPOVALOVA

Social and psychological underlying basis of the beginnings of alcoholism 50

NATALIA CARAFASI

Organisation of palliative care service for incurable patients in different countries 60

ANNIVERSARIES

Mr. Gheorghe Ghidirim, Ministry of Health, Academician, University Professor, and Honoured Scientist at his 70 anniversary 64

Mr. Gheorghe Paladi, Academician, University Professor, and Honoured Scientist

at his 80 anniversary 67

THE ANALYSIS
OF DISABILITY INDICATORS
IN PEOPLE WITH MENTAL
AND BEHAVIORAL DISORDERS UNDER
EVOLUTIONARY ASPECT DURING 2001-2006

Marina ISRAFILOV,
Republican Council
for Medical Expertise of Vitality

Adnotare

Analiza indicatorilor de dizabilitate la persoanele cu tulburări mintale și de comportament sub aspect evolutiv (anii 2001-2006)

Actualitatea temei este determinată de schimbarea condițiilor sociale și economice în Republica Moldova, ce au avut un impact profund și asupra persoanelor cu dizabilități. Pentru a răspunde acestei provocări, este necesară o direcționare eficientă a politicii sociale, capabilă să sprijine persoanele cu dizabilități pentru ca ele să poată beneficia de oportunitățile care apar ca urmare a acestor schimbări. Tulburările mintale și de comportament au devenit o problemă medico-socială majoră în Republica Moldova, constituind o sursă importantă de dizabilități și ocupând primele 5 poziții din cele 10 ale ierarhiei bolilor. Circa 50% din cei peste 60 mii de bolnavi psihici aflați la evidență dispensară beneficiază de grupă de invaliditate, constituind pătura cea mai vulnerabilă a societății.

Metodologie. Pentru realizarea scopului și a sarcinilor trasate în studiul nostru, au fost aplicate mai multe metode de cercetare a datelor: observația, anchetarea, transferul informației din documentația medicală (raport statistic F-27) și metode de prelucrare statistică a informației.

Rezultate. Studiul a inclus 3120 de persoane primar încadrate în grad de invaliditate, care suferă de o maladie psihică, din trei zone economico-geografice ale țării: ZEG Nord, municipiul Bălți; ZEG Centru, municipiul Chișinău; ZEG Sud, UTA Găgăuzia.

Concluzii. În urma studiului efectuat, am demonstrat necesitatea dezvăluirii mai detaliate a indicatorilor de invaliditate primară și, îndeosebi, a structurii interne a acestora, pentru a obține un tablou real al situației la moment și sub aspect evolutiv. Implementarea bonului statistic pentru fiecare pacient primar și repetat încadrat în grad de invaliditate și completarea avizului instituției medicale privind decizia CEMV (parte a F-088/e) reprezintă măsuri obligatorii pentru a evita neconcordanța indicatorilor statistici în diferite rapoarte.

Cuvinte-cheie: persoană cu dezabilitate, bolnav psihic, evidență de dispensar, grad de invaliditate, invaliditate primară.

Summary

The analysis of disability indicators in people with mental and behavioral disorders under evolutionary aspect during 2001-2006

The topicality of the subject is due to the changes in the social and economic conditions in Republic of Moldova, which have had a profound impact on people with disabilities. To answer this challenge, an effective supervision of the social policy is needed, which would be able to support people with disabilities, so that they can benefit from the opportunities that appear as a result of these changes. The mental and behavioral disorders have become a major social problem in Republic of Moldova, constituting an important source of disability and occupying the first 5 positions of the 10 in the disease hierarchy. Nearly 50% of those more than 60 000 psychic patients who are under dispensary observation have an invalidity group, constituting the most vulnerable part of the society.

Methodology. For the achievement of the goal and tasks outlined in our study, several methods for data research have been applied: observation, investigation, the transfer of information from medical documentation (statistical report F-27) and methods of statistical processing of information.

Results. Our study included 3120 people primarily framed in the invalidity group who suffer from a psychic disease from three economic-geographic zones of the country: the Northern EGZ, Balti city; the Central EGZ, Chisinau city; the Southern EGZ, TAU Gagauzia.

Conclusions. As a result of the performed study, it was proved the necessity of a more detailed disclosure of the primary invalidity indicators and, especially, of their internal structure, in order to obtain a real picture of the present situation under evolutionary aspect as well. Implementing the statistic tax for each primarily and repeatedly framed in an invalidity degree patient and filling in the medical institution's notification regarding the decision of the CMEV (part of F-088/e) are compulsory measures in order to avoid the inconsistency of the statistical indicators in different reports.

Key words: person with disability, mentally ill person, dispensary evidence, degree of invalidity, primary invalidity.

Introduction

Mental disorders are usually accompanied by psychic and behavioral modifications, which are diverse in their clinical structure and, at the same time, specific. According to the data provided by the World Health Organization, nowadays there are approximately 450 million people on the globe who suffer from psychic diseases. In each fourth family there is at least one member who suffers from mental disorders such as: depression, schizophrenia, bipolar affective disorder, mental and behavioral disorders that are due to the use of psychoactive substances, Alzheimer's disease, etc., all of which are recognized as part of those 13 basic causes of invalidity.

The state's economy has much to suffer as a result of these diseases which, in the majority of the cases, affect working-age people who permanently have to undergo a very expensive treatment so that its positive effects become visible. It happens frequently that the psychological climate in the family is disturbed. The state's allowances for medical pensions are also big. Invalidity due to mental and behavioral disorders occupies the sixth place in the primary invalidity structure (new case) in Republic of Moldova at the moment.

Table 1

Primary invalidity (new case) due to mental and behavioral disorders in Republic of Moldova during 2001-2006, according to the Scientific-Practical Center of Public Health and Sanitary Management

	2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Invalids (new case) by mental and behavior disorders	1385	9,8	1287	10,7	1057	9,8	1019	8,8	1079	8,1	1049	7,7

The analysis of the data obtained (Table 1) showed that primary invalids with mental disorders represent a relatively high percentage of the total number of patients primarily framed in a degree of invalidity. At the same time, it was determined that this report doesn't reveal the internal structure of this form of disability. If the internal structure was known, it would be possible to develop more concretely the methods and the recommendations for medical recovery and also for socio-professional integration. The things mentioned above allow us to conclude that the aim of the study is to evaluate the primary invalidity indicators and the peculiarities of expertise (re-expertise) in people with mental and behavioral disorders. The structure of primary invalidity due to mental disorders according to the residence area in 2006 (%) was the following: Republic of Moldova – 7,7; urban area – 7,5; rural area – 7,8.

Materials and Methods

For the achievement of the goal and tasks outlined in our study, several methods for data research have been applied: observation, investigation, the transfer of information from medical documentation and methods of statistical processing of information.

The performed study contains a large variety of medical, socio-economic, demographic and geographic subjects that would ease the analysis of primary invalidity degree for the population of the country.

The patients with mental and behavioral disorders primarily framed in a degree of invalidity represent the focus of the study.

The study has been conducted in several stages and included the period between 2001 and 2006.

Stage 1. The strategy for carrying out the study

- Defining the problem, the goal and the objectives of the study;
- Determining the volume of the sample and the selection methods;

Stage 2. Material gathering

- Designing the socio-statistic questionnaire for the primarily framed in invalidity degree patients;
- Collecting information from official documents about invalids' situation (the CMEV register, the invalids' personal pension files from the Territorial Social Insurance Houses);

Stage 3. Processing the information obtained

- Counting the qualitative and quantitative indicators and determining their precision;
- Grouping and systematizing the material in statistic tables;
- Graphical presentation of the results of the study;

Stage 4. Analyzing and evaluating the results obtained from the study

- Analyzing primary invalidity due to mental and behavioral disorders in three economic-geographic zones of the country;
- Evaluating the internal structure according to the nosological primary invalidity forms due to mental and behavioral disorders.

The selected localities have been chosen from the whole CMEV of the Republic – 21 (each

...serving a certain number of population) with the aim of counting "The Euclidean Distance".

Three cities from three different zones of the country were chosen for the study: 1) The Northern economic-geographic zone – CMEV Balti (the total number of the served population – 127561, the total number of people with mental disorders primarily framed in a degree of invalidity – 445); 2) The Central economic-geographic zone – CMEV Chisinau (the total number of the served population – 712218, the total number of people with mental disorders primarily framed in a degree of invalidity – 2316); 3) The Southern economic-geographic zone (TAU Gagauzia) – CMEV Ceadir-Lunga (the total number of the served population – 155646, the total number of people with mental disorders primarily framed in a degree of invalidity – 433).

Results and discussions

Table 2

Population's primary invalidity due to mental and behavioral disorders in three EGZ in the period 2001-2006 (abs. 10 000)

	Northern EGZ (Balti)	Southern EGZ (TAU Gagauzia)	Central EGZ (Chisinau)
Invalids (new case)	445	433	2316
M±m	74,2 ± 6,31	72,2 ± 6,75	386,0 ± 29,47
M±m per 10 000 people	5,8 ± 0,49	5,4 ± 0,44	5,4 ± 0,41

The analysis of the data from Table 2 showed that the primary invalidity rate between 2001 and 2006 per 10 000 people was relatively constant, with a non-significant growth for Balti city (5,8 ± 0,49).

Evaluating the spectrum of the diseases that have modulated the primary invalidity level in the period between 2001 and 2006 in the Northern EGZ (Balti), it was determined that *personality and behavioral disorders due to diseases, harms and cerebral dysfunctions* are at the top of the list – 37,8% of the people primarily framed in degrees of invalidity. The second place is occupied by *schizophrenia and schizotypal disorders* – 23,8% of the people. On the third place are found people with *epilepsy, personality and intellectual disorders* – 16,0%. The estimation of the nosological forms' weight in the Southern EGZ (TAU Gagauzia) emphasizes a higher rate of people with *schizophrenia and schizotypal disorders*, which constitute 29,3% and occupy the first place (Figure 1). The other 26.1% represent people with *mental retardation* and occupy the second place. On the third place are people who suffer from *epilepsy* and they constitute 21,7% of the total number.

Thus, the nosological structure of primary invalidity due to mental and behavioral disorders in the Southern EGZ is somehow different from the one identified in the Northern EGZ (Figure 1). In this region the weight of people with primary invalidity determined by *personality and behavioral disorders due to diseases, harms and cerebral dysfunctions* constitutes only 13,2% (a 2,9 times lower level than the one identified in Balti). At the same time, the percentage of those with *mental retardation* in TAU Gagauzia is twice the one established in Balti. Among the basic nosological forms that have seriously modified the primary invalidity indicators as a consequence of mental and behavioral disorders in the Central EGZ (Chisinau) can be mentioned *schizophrenia and schizotypal disorders* and *mental retardation*. The former diagnosis was established in 40,7% of the cases in people primarily framed in a degree of invalidity and the latter in 27,0% of the cases (Figure 1). The next two places are occupied by people with *personality and behavioral disorders due to diseases, harms and cerebral dysfunctions* – 14,5% of the cases and with *epilepsy, personality and intellectual disorders* – 12,6% of the total number of those with primary invalidity. Therefore, these four nosological forms enumerated above represent the causes of the framing in degrees of invalidity in the case of 94,8% of the people with primary invalidity in the Central EGZ.

The comparative assessment of the estimated situation in the three evaluated zones reflects a distribution of people with primary invalidity according to the nosological forms, which is almost similar to the one established between Chisinau and TAU Gagauzia (Figure 1), but the diagrams are not absolutely identical. The deviations registered in the Central EGZ and the Northern EGZ are more substantial.

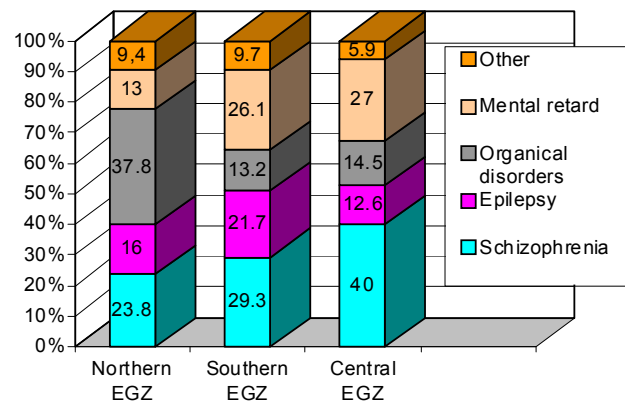


Figure 1. The primary invalidity structure according to the nosological form during 2001-2006, in those three economic-geographic zones of the country (%)

The distribution of people primarily framed in invalidity according to the degrees assessed doesn't differ much from one locality to another. Similar to the Northern and Southern zones, the majority of people from the Central EGZ (74,3%) have been framed in the second degree of invalidity (Figure 2). This rate is almost similar to the one established in TAU Gagauzia, but is at the same time 8,6% lower the percentage of people in Balti who have the same degree of invalidity. One difference that can be observed between the Northern and the Southern zone is the fact that the percentage of people with the first degree of invalidity is substantially lower in comparison with those with the third degree of invalidity. In the Central EGZ, the rates of these two groups were comparable and constituted 11,3% for those framed in the first degree of invalidity and 14,4% for those who were primarily attributed the third degree of invalidity.

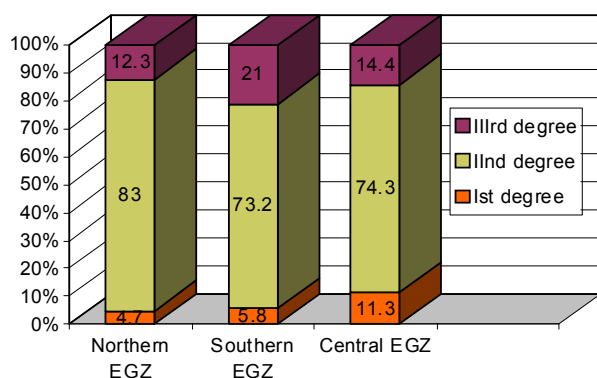


Figure 2. The distribution of primary invalids by the degree of invalidity attributed to them, 2001-2006 (%)

The distribution of people with degrees of invalidity primarily attributed in the evaluated period of time according to sex is represented in Figure 3. The percentage of women with primary invalidity as a consequence of mental and behavioral disorders is a little higher for all the three EGZ (52%) in comparison with men (48%).

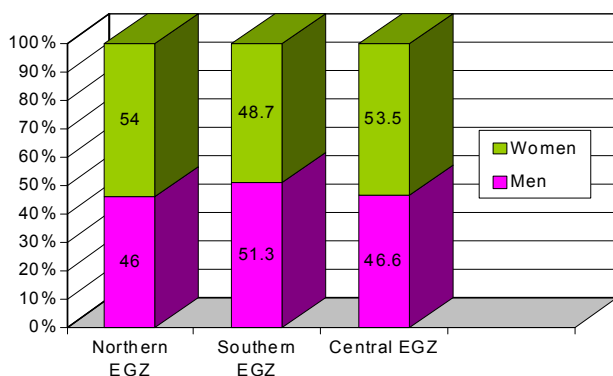


Figure 3. The percentage of people with primary invalidity, 2001-2006 (%)

Conclusions

1. The analysis performed showed that primary invalidity rate by mental and behavioral disorders for the segment of study 2001-2006 per 10 000 people was relatively constant with a non-significant growth for Balti city ($5,8 \pm 0,49$).

2. Speaking about the internal structure of primary invalidity in the **Northern EGZ (Balti city)**, the situation is as follows: the first place is occupied by personality and behavioral disorders due to diseases, harms and cerebral dysfunctions – $28,0 \pm 6,76$ (38%); on the second place are schizophrenia and schizotypal disorders – $17,7 \pm 2,77$ (24%); on the third place come epilepsy, personality and intellectual disorders – $11,8 \pm 1,48$ (16%). The picture is a little bit different in the **Southern EGZ (TAU Gagauzia)**: the first place is taken by schizophrenia and schizotypal disorders – $21,2 \pm 2,48$ (29%); on the second place is mental retardation – $18,8 \pm 5,57$ (26%); the third place is occupied by epilepsy – $15,7 \pm 2,00$ (22%). In the **Central EGZ (Chisinau city)**, we have the following situation: on the first place are schizophrenia and schizotypal disorders – $157,3 \pm 11,66$ (41%); the second place is occupied by mental retardation – $104,2 \pm 27,85$ (27%); on the third place come personality and behavioral disorders due to diseases, harms and cerebral dysfunctions – $57,5 \pm 7,80$ (15%).

3. It is necessary to mention that the internal structure of primary invalidity by mental and behavioral disorders according to sex did not show important deviations: 52% of the people in the studied segment were women and 48% were men.

4. As a result of the performed study, it was proved the necessity of a more detailed disclosure of the primary invalidity indicators and, especially, of their internal structure, in order to obtain a real picture of the present situation under evolutionary aspect as well. Implementing the statistic tax for each primarily and repeatedly framed in an invalidity degree patient and filling in the medical institution's notification regarding the decision of the CMEV (part of F-088/e) are compulsory measures in order to avoid the inconsistency of the statistical indicators in different reports.

Bibliography

1. The WHO (World Health Organization), European Conference Material at the Level of Ministers *The protection of psychic health. Problems and solutions*. Helsinki, Finland, 12/15 January 2005.

2. The International Conference Material *Social protection of people with disabilities: national and international dimensions*. Event organized at the initiative of the President of Republic of Moldova, V. Voronin. Chisinau, 2008, 52 p.
3. *The Statistical Report of the Republican Council for Medical Expertise of Vitality (RCMEV) (form 27)*.
4. *Public Health in Moldova. The Statistical Annuary, 2000-2006*. The Scienific-Practical Center of Public Health and Sanitary Management of the Ministry of Health, Chisinau.
5. Spinei L., *The characteristics of population's invalidity in Republic of Moldova*, In *Public Health, Economics and Management in Medicine*, no. 6, Chisinau, 2007, p. 109-111.
6. Zabieta A., *The analysis of the social protection of invalids in Republic of Moldova*, The Report of the World Bank, Chisinau, 2007, 134 p.

LIBERA ALEGERE
A INSTITUȚIEI MEDICALE ȘI
A MEDICULUI DE FAMILIE –
INSTRUMENT EFICIENT AL CALITĂȚII
SERVICIILOR MEDICALE

Galina BUTA

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu**Summary**

The free choice of the medical institution and of the family doctor – an efficient instrument of the quality of the medical services

In the last 18 years the Sanitary System of the Republic of Moldova passed some essential structural modifications and nowadays is in a process of continuous reforms.

The purpose of the reforms consists in the improvement of the extant structures of the healthy system from the territory and the growth of the quality level of the granted services.

The principle – the free choice – is an efficient instrument of climbing of the quality of the medical services. In this article are presented the results of a sociologist test of the physicians from the prime medical sector from Chisinau, as well as of the patients benefitting by prime medical assistance as for the free choice of the medical institution and of the family doctor.

In the study took part 1852 persons from which 1231 patients and 598 physicians. In the point of the beneficiaries of the prime medical assistance it was noticed an percentage balance as for the free choice of the public medical- sanitary institution and of the family doctor, the recorded figures being 88,7% and respectively 89,4%. There were found significant differences between the opinions of the managers, of the family doctors and of the physicians as for the achievement of the principle of the free choice of the family doctor and of the medical institution: the managers plead for the free choice in the proportion of 77,7%, the physicians – of 78,7% while the family doctors – of 86,7%.

Key-words: prime medical assistance, the management of the quality, basic values, attitude, free choice.

РЕЗЮМЕ

Свободный выбор медицинского учреждения и семейного врача – важный инструмент качества медицинских услуг

За последние 18 лет система здравоохранения Республики Молдова прошла через значительные структурные изменения и в настоящее время находится в процессе дальнейших реформ. Целью этих реформ является усовершенствование существующих структур системы здравоохранения и улучшение качества предоставляемых медицинских услуг.

Принцип свободного выбора медицинского учреждения и семейного врача является эффективным инструментом улучшения медицинских услуг. В настоящей работе представлены результаты опроса врачей, работающих в первичной медицинской службе, а также пациентов, которые обслуживаются в первичных медицинских учреждениях г. Кишинэу.

В исследовании участвовали 1852 человека, из которых 1231 пациент и 598 врачей. Согласно результатам опроса пациентов, был замечен баланс в выборе медицинского учреждения и семейного врача, соответственно 88,7%. Имеются разные мнения по данному вопросу у менеджеров, семейных врачей и врачей-специалистов: с принципом свободного выбора согласно 77,7% менеджеров, 78,7% врачей-специалистов и 86,7% семейных врачей.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, управление качеством, фундаментальные ценности, отношение, свободный выбор.

Introducere

Organizația Națiunilor Unite a declarat dreptul fundamental al omului la viață și sănătate. Acest drept se regăsește și în principiile **Sănătate pentru toți în secolul XXI** ale Organizației Mondiale a Sănătății. Conform principiilor respective, sănătatea este nu numai o problemă individuală, ci una care privește întreaga societate și determină în exclusivitate existența fizică a națiunii [6].

La cetățenii Republicii Moldova preocuparea pentru sistemul de îngrijire a sănătății poate fi estimată ca „puternică” – majoritatea lor plasează sistemul respectiv în topul dificultăților cu care se confruntă țara după situația economică și creșterea prețurilor/inflație. În opinia lor, ar trebui să se acorde prioritate serviciilor medicale de calitate [2, 5, 7].

Managerii sistemului de sănătate din majoritatea țărilor post-socialiste, atunci când vine vorba de calitatea serviciilor medicale, afirmă că sistemul este subfinanțat și niciodată nu s-au referit la calitatea serviciilor medicale oferite, calitate care ar trebui să fie exprimată în gradul de satisfacție a cetățeanului ca beneficiar. Majoritatea persoanelor care au apelat la serviciile medicale din sistemul public se declară mai degrabă nemulțumiți de modul în care au fost tratați, acest fapt decurgând nu numai din subfinanțarea sistemului, ci și din managementul inefficient [1, 2, 5, 7, 8].

În opinia autorilor Pendleton și King (2002), la etapa actuală instituțiile medicale se confruntă cu un șir de probleme cum ar fi: pierderea fostului statut al medicului și știrbirea imaginii lucrătorului medical; declinul moralei și al motivării; declinul altruismului și

entuziasmului de altădată. În plus la acestea putem menționa: lipsa acută de cadre medicale în unele sectoare și domenii din cauza părăsirii locurilor de muncă și deprofesionalizării, asociate cu nedorința tinerilor specialiști de a se angaja în aceste sectoare; lipsa în instituții a unui sistem de valori acceptate și cunoscute de toți angajații; existența unor credințe și valori individuale conservatoare și contraproductive etc. [2].

În ultimii 18 ani, sistemul sanitar al Republicii Moldova a fost supus unor modificări structurale esențiale și actualmente se află în proces de reformare continuă. Acest proces, direcționat spre decentralizarea și sporirea rolului sectorului medical primar, urmărește scopul perfecționării structurilor existente ale sistemului de sănătate din teritoriu și creșterea nivelului calității serviciilor din asistența medicală primară [1, 5].

La moment, dezvoltarea sistemului sănătății publice din Republica Moldova are la bază premise și particularități care s-au creat atât la nivel internațional, cât și național [6, 7, 8, 9, 10]. Experiența internațională în domeniul asigurărilor medicale a servit drept temei pentru implementarea sistemului dat în Moldova, avându-se în vedere particularitățile naționale și cele economice.

Odată cu implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, populația Republicii Moldova a beneficiat de un anumit nivel de apărare a intereselor în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, în baza primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate. Sistemul creat al asigurărilor obligatorii de asistență medicală are avantaje și dezavantaje. Foarte multe probleme diametral opuse, antagoniste sunt în proces de discuție și rezolvare.

Dezvoltarea asistenței medicale primare (AMP), cu aspectul ei de ambulatoriu, asigurată de medicii de familie s-a dovedit economic și teoretic profitabilă prin costul mult mai redus și caracterul predominant preventiv, comparativ cu asistența medicală specializată, foarte actuală și necesară, dar mult prea costisitoare [2, 5]. Actualmente în Republica Moldova se impune optimizarea și perfecționarea continuă a serviciului AMP, care va soluționa multiplele probleme acumulate în sistemul de sănătate. Serviciul medical primar poate fi îmbunătățit în baza experienței deja acumulate [2].

Majoritatea savanților din domeniul managementului sanitar menționează libera alegere și accesul la asistența medicală ca fiind instrumente eficiente de ridicare a calității serviciilor medicale. În articolul de față ne-am propus drept scop evaluarea

acestor instrumente în instituțiile medico-sanitare publice din mun. Chișinău.

Materiale și metode

În scopul determinării atitudinii medicilor angajați la instituțiile medico-sanitare din municipiul Chișinău și a pacienților vizavi de libera alegere în sistemul medicinei primare, am utilizat metoda anchetării prin chestionar (Grosbraș J.M., 1997), obținând astfel un studiu extensiv desfășurat cu caracter static. În acest sens am elaborat un chestionar cu ajutorul căruia am încercat să cunoaștem opiniile celor implicați despre locul și rolul liberei alegeri în formarea calității serviciilor medicale acordate.

Chestionarele elaborate au conținut întrebări închise („da”, „nu”, „nu știu”, „parțial”) și libere, respectând exigențele formulate în literatura sociologică. Conform propunerilor lui A. Gugiuman (1991), chestionarele au cuprins o scurtă introducere prin care am explicat clar ce anume urmărim prin cercetarea inițiată. Vârsta, sexul, vechimea în muncă, specialitatea, categoria profesională, denumirea instituției medicale primare ne-au interesat în mod deosebit, mai puțin numele.

Rezultate și discuții

Identificarea opiniei medicilor din IMSP ale mun. Chișinău și cetățenilor-beneficiari de asistență medicală referitor la libera alegere și accesibilitatea îngrijirilor medicale a fost efectuată în baza răspunsurilor date la 2 întrebări. Majoritatea celor care au răspuns – 67,3% (1231 persoane) – sunt cetățeni-beneficiari de asistență medicală primară. Cota medicilor care au participat în interviu constituie 32,7% (598 persoane). Astfel am apreciat situația generală la capitolul respectiv, urmărindu-se totodată diferențele înregistrate la itemii analizați.

În ceea ce privește beneficiarii de asistență medicală primară, am remarcat un echilibru procentual legat de libera alegere a instituției medico-sanitare publice și a medicului de familie, cifrele înregistrate fiind de 88,7 % și 89,4% respectiv. Din punctul de vedere al medicilor, libera alegere a instituției medico-sanitare publice se realizează în proporție de 80,9%, iar libera alegere a medicului de familie – în 83,6% cazuri.

Se constată unele fluctuații în opiniile medicilor intervievați în ceea ce privește libera alegere a instituției medicale în funcție de Asociația medicală teritorială (AMT). Medicii din AMT Buiucani remarcă libera alegere a instituției medicale în proporție de 93,2%. Procentul imediat următor (86,6%) este obținut de cei din AMT Râșcani. Cel mai mic procent (62,5%) a fost înregistrat la lucrătorii Clinicii Universitare de Asistență Medicală Primară (figura 1).

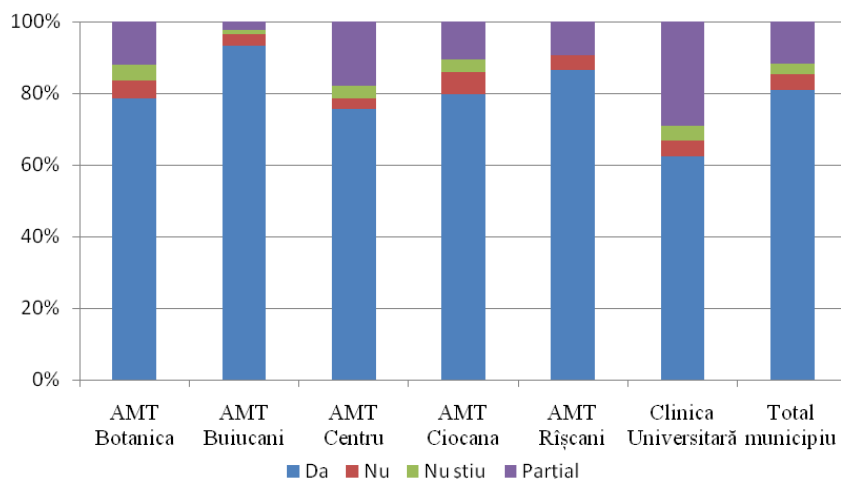


Fig. 1. Opinia medicilor din mun. Chișinău vizavi de libera alegere a instituției medicale.

Imposibilitatea alegerii instituției medicale este remarcată de 3,4%-6,0% din respondenți, cel mai frecvent fiind menționată de către medicii din AMT Ciocana.

Realizarea parțială a principiului liberei alegeri a instituției medicale manifestă fluctuații în limitele de la 2,3% în AMT Buiucani până la 29,2% în Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară.

Din punctul de vedere al managementului contemporan, răspunsul "nu știu" este estimat negativ, deoarece în cele mai frecvente cazuri dă dovadă de nivel inferior de conștientizare a importanței studiului efectuat sau de iresponsabilitate.

Medicii fără categorie profesională remarcă libera alegere a IMSP în 85,4% cazuri, cei cu categorie superioară – în 83,9%, cei cu prima categorie – în 78,9%, iar cei cu categoria a doua – în 77,0% cazuri.

În același timp, se constată diferențe statistice semnificative în Asociațiile medicale teritoriale (figura 2): în 3 AMT aflate sub observație, cu cât performanța profesională este mai joasă, cu atât libera alegere a instituției medicale este mai rar menționată.

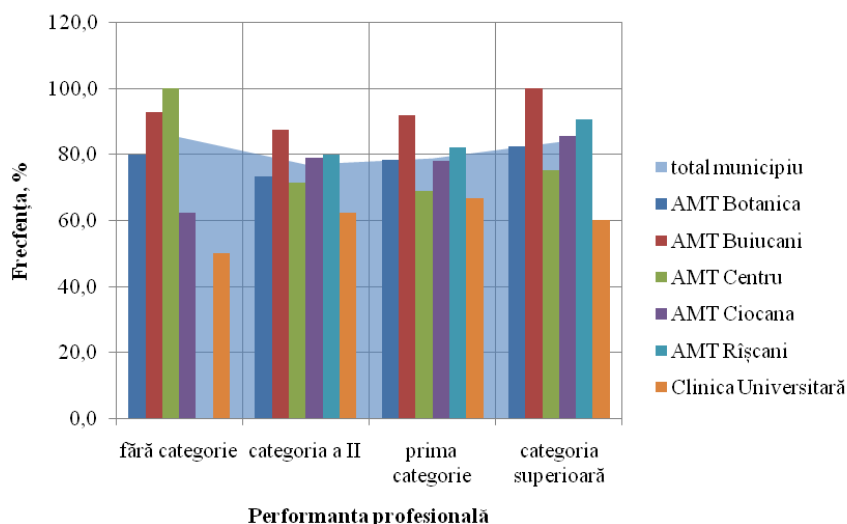


Fig. 2. Frecvența remarcării liberei alegeri a instituției medicale în funcție de AMT și performanța profesională.

În același timp, rezultatele obținute de la respondenții Clinicii Universitare practic nu se deosebesc de rezultatele generale pe municipiul, ceea ce dă dovadă de o organizare adecvată a activității.

Cel mai mic procent de răspunsuri afirmative privind libera alegere a instituției medicale a fost dat de medicii cu vechimea în muncă de până la 5 ani – 78,3%, cu fluctuații de la 60% obținute de la respondenții angajați în AMT Rîșcani până la 92,9% obținute de la cei din AMT Buiucani. Pe locul doi se plasează cotele înregistrate la medicii cu vechimea în muncă de 15 ani și mai mult – 79,9%. În acest grup de asemenea se constată oscilații semnificative – de la 50% înregistrate în Clinica Universitară până la 100% în AMT Buiucani. În celelalte categorii de vechime în muncă s-au obținut procentaje apropiate.

În continuare a fost important să estimăm atitudinea medicilor față de libera alegere a instituției medicale în funcție de specialitate. În această ordine de idei menționăm faptul că managerii pledează pentru libera alegere în proporție de 70%, medicii-specialiști – în 73,8%, iar medicii de familie – în 85,6% cazuri.

Totodată, managerii Clinicii Universitare, de exemplu, în 100% cazuri pledează pentru realizarea parțială a acestui principiu, cei de la AMT Rîșcani – în 100% cazuri pledează pentru libera alegere a instituției medicale, iar cei de la AMT Centru și Buiucani – numai în 50% cazuri. Rezultatele respective dau dovadă de o neuniformitate semnificativă și de faptul că părțile cu privire la această problemă sunt împărțite.

În figura 3 sunt relatate datele diferenței de opinie a medicilor de diferită specialitate în raport cu datele medii înregistrate pe municipiul Chișinău, care corespunde axei 0. Din diagramă foarte clar se observă controversile de opinie ale managerilor din diferite AMT, precum și ale medicilor-specialiști.

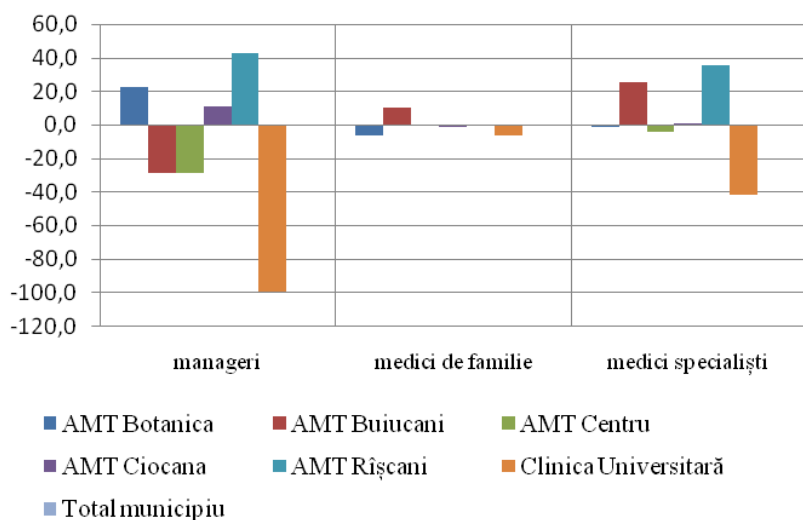


Fig. 3. Diferența de opinie privind libera alegere a instituției medicale.

În ceea ce privește opinia medicilor din sectorul medical primar din municipiul Chișinău față de libera alegere a medicului de familie, practic au fost depistate aceleași tendințe, cu unele diferențe de niveluri. Astfel, se constată o corelație directă pozitivă a respondenților care pledează pentru libera alegere a medicului de familie cu categoria de performanță profesională – medicii cu categorie superioară pledează pentru libera alegere a medicului de familie în 87,2% cazuri, încadrându-se în limitele de la 79,2% în AMT Centru până la 100% în Clinica Universitară și AMT Buiucani. În celelalte categorii profesionale cifrele obținute sunt foarte apropiate.

Managerii sectorului medical primar și medicii-specialiști pledează pentru libera alegere a medicului de familie în proporție de 77,7% și 78,7% corespunzător versus 86,7% din medicii de familie. Diferențele evidențiate sunt semnificative din punct de vedere statistic ($p < 0,05$). În această ordine de idei, menționăm diferențele de opinii a managerilor din AMT Botanica și AMT Râșcani, care remarcă în 100% cazuri libera alegere a medicului de familie față de 50% în AMT Buiucani și Clinica Universitară. Opiniile medicilor de familie și celor specialiști înregistrează diferențe proporționale nesemnificative vizavi de problema studiată.

Rezultatele studiului nostru impun necesitatea aprofundării cercetărilor, cu estimarea multifactorială a circumstanțelor care au determinat diferența de opinii înregistrată printre medicii din sectorul medical primar.

Concluzii

1. Cetățenii mun. Chișinău manifestă un mare interes față de organizarea asistenței medicale primare, fiind axați pe creșterea calității îngrijirilor medicale.

2. Opinia beneficiarilor de asistență medicală și a medicilor din sectorul medical primar în privința liberei alegeri a instituției medicale și a medicului de familie coincide.

3. Părerile managerilor sectorului medical primar atât față de libera alegere a instituției medicale, cât și a medicului de familie sunt cele mai controversate, înregistrând diferențe semnificative în funcție de AMT.

4. Se constată o corelație pozitivă între opiniile specialiștilor din sectorul medical primar, performanța profesională și vechimea în muncă.

Bibliografie

1. *Asigurarea medicală sau impozite: experiența țărilor străine privind finanțarea ocrotirii sănătății*. Ministerul Economiei și Comerțului al Republicii Moldova, Institutul Național de Economie și Informație, Chișinău, 2005, 22 p.
2. Ețco C., Malanciuc I., *Asigurările de sănătate și particularitățile expertizei medicale*, Chișinău, 2004, 240 p.
3. Grosbras J.M., *Méthodes statistiques des sondages*, Paris, Ed. Economica, 1997.
4. Guterman S., Dobson A., *Impact of the medicare prospective payment system for hospitals*, în *Health Care Financing Review*, 1986, nr. 7, p. 97-114.
5. Tintiu D., Savin V., Moraru C., Stadler L., *Managementul Asistenței Medicale primare în Republica Moldova*, Chișinău, 2005, 280 p.
6. Tulchinsky, Theodore H, Varaikova, Elena A., *Noua Sănătate Publică*, Chișinău, 2003, 722 p.
7. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, nr. 97, Европа.
8. Комаров Ю. М., *Медицинское страхование: Опыт зарубежного здравоохранения*, în *Вестник государственного социального страхования*, Москва, 2005. nr. 1, www.vgss.ru/portal/mediaty-pe/html/group.
9. Михеева Ю. Е., *Система здравоохранения в Японии*, www.ecoinform.ru.
10. *Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран*, în *Приложения к докладу «О развитии медицинского страхования в Российской Федерации»*, <http://www.kremlin.ru/text/stcdocs/2003/04/44254.shtml>.
11. Гаврилов Н. И., *Итоги научных исследований в области совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи населению*, în *Тез. докл. Всесоюзной научной конференции „Вопросы амбулаторно-поликлинической помощи населению”*.

Prezentat la 01.06.2009

ASPECTELE PSIHOsocIALE
ALE MORBIDITĂȚII JUDECĂTORILOR

Ghenadie ROTARU,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary**Psychosocial aspects of morbidity of the judges**

The state of psychosomatic health is one of the most important requirements of the position of magistrate, being influenced by harmful factors of professional activity - the volume of work in constant growth, lack of time, continuous reform legislation which requires increasing analytical capacity, the public nature of his activity, social isolation, etc.. Judges are part of the contingent with the highest level of exposure to occupational stress - the second place in the hierarchy of occupational disorder - representing the main factor of the judges activity, which causes the psychosomatic morbidity. This is less studied in the world and represents a special interest in Moldova, regarding to the justice reform, in particular, and social changes in general.

Key words: Judge, professional stress, psychosomatic morbidity, coping.

Резюме**Психосоциальные аспекты заболеваемости судей**

Состояние психосоматического здоровья является одним из наиболее важных требований должности судьи и напрямую зависит от влияния вредоносных факторов профессиональной деятельности – постоянно увеличивающийся объем работы, нехватка времени, реформирование законодательства, которое требует расширенные аналитические возможности, государственный характер деятельности, социальная изоляция и т.д. Судьи являются контингентом с высоким уровнем подверженности профессиональному стрессу – второе место в иерархии профессиональных заболеваний –, который является главным фактором в деятельности судей, вызывающим психосоматические расстройства. Эти аспекты деятельности судей мало изучались в мире и представляют особый интерес для Республики Молдова, исходя из судебной реформы и социальных изменений происходящих сегодня.

Ключевые слова: судья, профессиональный стресс, психосоматические заболевания, копинг.

Sistemul juridic din Republica Moldova se află în curs de reformare, scopul ei final fiind asigurarea cerinței fundamentale a procesului de justiție – rezolvarea corectă și imparțială a tuturor cazurilor particulare. Din această necesitate fundamentală a sistemului derivă cele mai importante cerințe față de funcția de magistrat, printre care un rol important îi revine stării de sănătate psihosomatică, inclusiv aspectelor psihoemoționale și sociale care influențează nivelul morbidității în rândurile acestui contingent [2, 12, 13].

Actualitatea problemei sănătății judecătorilor este determinată de [7]:

- cerințe înalte față de starea de sănătate a judecătorilor;
- importanța socială a acestui contingent, ca putere statală;
- posibilitatea influenței dereglărilor psihosomatice ale judecătorilor asupra calității procesului de judecată;
- absența unui sistem de profilaxie a maladiilor psihosomatice ale judecătorilor, îndreptat spre scăderea morbidității și creșterea eficacității procesului de justiție în general.

Necesitatea cercetării acestor aspecte este confirmată și de lipsa unui mecanism clar de evidență medicală a judecătorilor, care conform legii este realizată după locul de trai. Însă regimul de lucru supraîncărcat și specificul profesiei fac dificilă adresarea lor la medicul de familie. Sistemul actual de deservire medicală a judecătorilor nu rezolvă în volum deplin problemele legate de asigurarea sănătății magistraților, de aceea sunt necesare măsuri care vor asigura o abordare complexă a profilaxiei, diagnosticului și tratamentului maladiilor ce se dezvoltă la judecători în legătură cu activitatea lor profesională. Este necesar de a elabora bazele legislative pentru organizarea dispensarizării anuale a judecătorilor [17, 21]. Din punct de vedere economic, tratamentul maladiilor în stadiile timpurii necesită cheltuieli mult mai mici decât tratamentul în stadiile avansate.

Personalitatea judecătorului în exercitarea actului de justiție are o importanță deosebită. Profesiunea de judecător este una dintre cele mai complicate în jurisprudență. Profilul de personalitate a magistratului cuprinde calități mentale care permit persoanei să își dezvolte, conștient și intenționat, competențele sale și include: stabilitate emoțională, gândire critică, integritate cognitiv-morală, conștientizare socială, capacitate de a activa constructiv în condiții de suprasolicitare psihoemoțională permanentă etc. [1, 8, 22]. Judecătorul este împuternicit să aplice legea în numele Statului, ceea ce dezvoltă simțul responsabilității pentru urmările acțiunilor sale. Dosarele

examine sunt foarte variate după volum și caracter (penale, administrative, sociale). În timpul procesului de judecată este verificată foarte minuțios obiectivitatea informației obținute. Rezultatele activității judecătorești depind nu numai de eficacitatea muncii tuturor participanților la proces, ci și de calitățile individuale ale judecătorilor [13, 19].

Majoritatea studiilor din psihologia ocupațională au condus la concluzia că expunerea îndelungată la evenimente psihosociale disconfortante, legate de serviciu, poate avea consecințe negative în plan mental, fizic, comportamental și social [9, 11]. Cauzele stresului la locul de muncă pot fi grupate în trei categorii: de ordin contextual, personal și legate de rol. Stresul *contextual* ține de cantitatea însărcinărilor și caracteristicile structurale ale serviciului. Stresorii *personali* țin de manifestarea unor caracteristici personale, cum ar fi controlul, anxietatea, implicarea profesională. Stresul *legat de rol* este provocat de interacțiunea dintre unele aspecte ale forțelor și evenimentelor din mediul profesional, percepute ca amenințătoare pentru așteptările individului [3, 20]. Pentru judecători factorii stresogeni, care influențează negativ starea sănătății somatice și psihice, sunt volumul de lucru în creștere permanentă, insuficiența de timp, legislația în continuă reformare, ce necesită capacități analitice crescânde, caracterul public al activității, critica din partea presei și societății, atunci când trebuie să respecti normele eticii profesionale [10,22]. Totodată, profesiunea de judecător a devenit periculoasă nu numai pentru judecători, ci și pentru familie, apropiați. În Russia, printre judecători se înregistrează anual 2-4 cazuri de suicid [21].

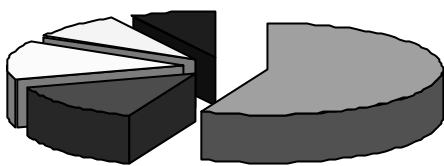


Fig. 1. Cauzele stresului la judecatori.

Unii cercetători consideră că ponderea cea mai mare în influența negativă a activității judecătorilor o are izolarea socială, problemă actuală pentru 70% din judecători [5, 18]. Sursele izolării sociale sunt volumul mare de lucru și respectarea normelor eticii judiciare. Majoritatea judecătorilor nu reușesc

să examineze toate dosarele în timpul de lucru (conform rapoartelor statistice, în RM sarcina lunară medie pentru un judecător depășește 55 de dosare, în unele cazuri ajungând la 90-95 de dosare lunar), fiind nevoiți să se rețina la serviciu câte 10-12 ore pe zi, deseori chiar și în zilele de odihnă. Timpul pentru familie, prieteni, odihnă este foarte limitat. Principiile eticii profesionale impun judecătorul să respecte o anumită distanță în relațiile cu cei din jur, formând astfel un stil de comunicare foarte retras. Odată cu avansarea în funcție, izolarea de prieteni și foștii colegi progresează; judecătorii mai greu pot găsi prieteni adeverați, mai ales printre juriștii din alte instituții, suspectându-i de nesinceritate și satisfacerea anumitor scopuri meschine. Judecătorul „simte că se află în mantia sa nu numai la judecătorie” [7, 16]. Trecerea de la activitatea de jurist la funcția de judecător este „o călătorie în singurătate” [8]. Mulți judecători au remarcat că odată cu numirea în funcție a scăzut numărul persoanelor cu care ar putea discuta diferite probleme personale și de serviciu [4]. Deseori apar senzații de nesiguranță, îndoieli în propriul succes profesional, ceea ce afectează echilibrul psihologic. Una dintre sursele încordării psihologice este insuficiența legăturii inverse: judecătorul nu poate aprecia eficacitatea propriei munci din punctul de vedere al altor participanți la proces, al colegilor. Judecătorii practic niciodată nu-și critică colegii. Singura modalitate de a-și aprecia calitatea propriei activități este raportul anual statistic, din care se poate afla numărul de dosare examinate timp de un an, numărul de decizii anulate etc. Aceste date statistice nu ne oferă informații despre personalitatea judecătorului, despre aptitudinile sale profesionale. Insuficiența legăturii inverse actualizează simțul singurătății, caracteristic în primii ani de activitate a judecătorilor [8].

Profesiunea de judecător niciodată nu a fost considerată periculoasă pentru viață și sănătatea fizică, nu a fost făcut nici un studiu al acestei probleme. Dar mai multe persoane implicate în actul justiției (procurori, judecători, avocați, executori) devin ținta unor acțiuni agresive, fie verbale, fie fizice [6, 17]. Aceste evenimente deseori nu sunt date publicității, datele statistice având caracter secret. Amenințările și agresiunile fizice la adresa judecătorilor deseori exprimă nerecunoașterea și dezamăgirea față de sistemul de justiție în general.

Următorii factori sociali, de asemenea, influențează deformarea personalității judecătorului:

- nerecunoașterea meritelor adevărate
- limitarea dreptului la libera alegere (alegerea stilului de viață, a direcției cercetării științifice etc.)

- necorespunderea cerințelor moral-etice ale profesiei, situației reale la locul de muncă (drept exemplu poate servi tema discutată deseori în mass-media despre dependența judecătorilor de puterea executivă, mită etc.)
- scăderea statutului social al profesiei
- problemele personale, familiale.

Pentru un judecător sunt necesare: finețea și agerimea senzorială, atenția bună, memoria multilaterală și sigură, gândirea clară, exactă (de unde rezultă și capacitatea de a explica și de a câștiga încrederea), nivelul înalt de inteligență, sociabilitatea, curajul [17, 21]. În ceea ce privește temperamentul, există un șir de solicitări: reacțiile senzorio-motoare trebuie să fie rapide, iar decizia – promptă; e nevoie de o mare flexibilitate, de prezență de spirit și de un grad pronunțat a ceea ce numea P. Janet „*tensiune psihică*” (de unde rezultă o integrare marcată a personalității, precum și simțul realității). În general, se poate vorbi de „*sănătate psihică generală evidentă, care se menține chiar și la eforturi durabile și persistente*”. Caracterul trebuie să fie unitar și stabil; conștiințozitatea, confidențialitatea, discreția, simțul etic puternic, conștiința datoriei, obiectivitatea, onestitatea, simțul de ordine sânt calități strict necesare. Se adaugă o capacitate înaltă de autoinstruire [2]. Observăm în această listă solicitări intense și extrem de diferite, care vorbesc despre prezența factorilor de personalitate cauzatori de „ardere” profesional-emoțională și despre climatul organizatoric. Toate aceste calități vorbesc despre solicitarea intensă socială cu care se confruntă judecătorii.

Factorii noxogeni psihoemoționali acționează prin mecanisme stresante asupra sistemului nervos central [11]. Efectul lor se repercutează asupra axei neuroendocrine – hipotalamus – hipofiză – corticosuprarenală –, care prin suprasolicitare în timp se poate dereglă, generând o patologie de epuizare, cuprinsă de unii autori în cadrul noxologic al bolilor psihosomatice [4, 15].

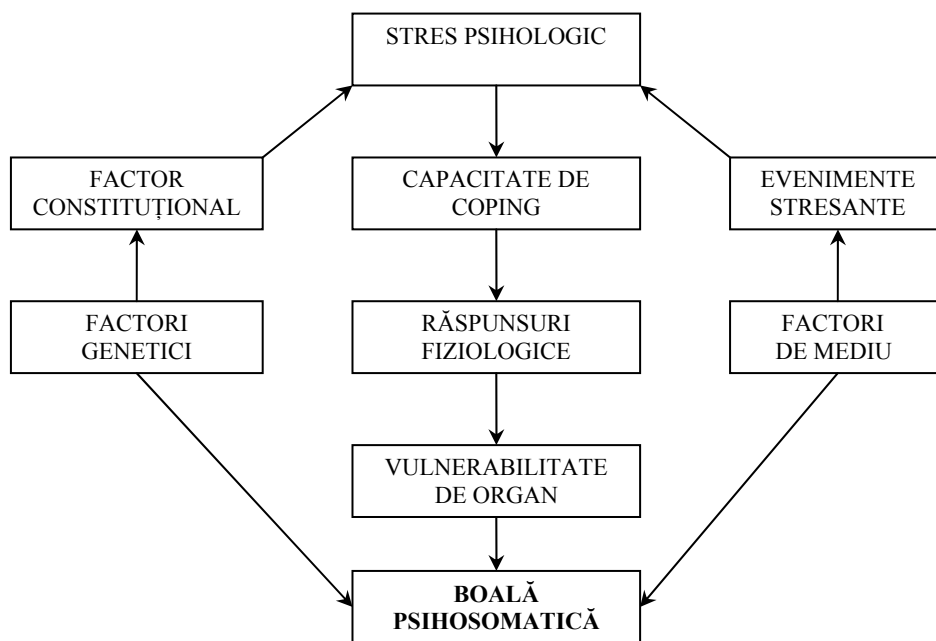


Fig. 2. Geneza bolii psihosomatice.

Răspândirea patologiilor psihosomatice la persoanele cu suprasolicitare psihoemoțională permanentă este bine cunoscută, apariția lor fiind determinată, în primul rând, de factorul de personalitate/stil de coping [9, 14].

Mecanismele de prevenire și adaptare la stres sunt cunoscute sub numele de *coping*. Copingul vizează toate modalitățile de control al stresului. Mecanismele

de coping pot fi grupate în trei mari categorii [6, 7, 19]: comportamentale, cognitive, biochimice. Finalitatea acestor mecanisme diferite este aceeași: reducerea stresului. Abordarea preventivă în domeniul stresului recurge la trei modalități principale:

- identificarea factorilor stresanți și a indivizilor vulnerabili la stres;
- reducerea vulnerabilității și mărirea rezistenței organismului;
- protecția prin evitarea și eliminarea agenților ambiențiali fizici sau psihosociali nocivi [3, 21].

În concluzie trebuie de menționat că pentru a obține rezultate semnificative în controlul stresului profesional la judecători trebuie de acționat atât la nivelul indivizilor, cât și la nivelul organizației:

- prin identificarea agenților-stresori la nivelul judecătorilor;
- prin dezvoltarea și elaborarea strategiilor de soluționare și de creștere a rezistenței la stres;
- prin dispensarizare cu asigurarea tratamentului necesar, cu aprecierea anuală a profilului de competență;
- prin asistență de specialitate (medic, psiholog în judecătorii).

Bibliografie

1. Ackerman P. L., Heggstad E. D., *Intelligence, personality and interests: Evidence for overlapping traits*, în *Psychological Bulletin*, 1997, nr. 121, p. 218-245.
2. Butoi T., *Psihologie judiciară*, Fund. România de Măine, 2001, 312 p.
3. Derevenco P., Băban A., Ion A., *Stresul în sănătate și boală*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1992, 136 p.
4. Dunareanu I. A., *Justiție, judecător, management*, București, 2005, p. 24-28.
5. Fahnstock K., *The loneliness of command - One perspective on judicial isolation*, în *Judges J.*, 1991, vol. 12, p. 30-32.
6. Franz Alexander, *Medicina psihosomatică*, Editura TREI, București, 2008, 336 p.
7. Kaplan S. M. and Winget C., *The occupational hazards of jury duty*, 1992, p. 92-95.
8. Kirby M. *Report by The Hon. Justice Michael Kirby AC CMG on Annual conference of the local courts of New South Wales*, 1995, p. 64-67.
9. Lazarus R. S., *Coping Theory and Research: Past, Present, and Future*, în *Psychosomatic Medicine*, nr. 55, 1993, p. 234-247.
10. Luban-Plozza B., Pöldinger W., Kröger F., *Boli psihosomatică în practica medicală*. Ediția a IV-a revăzută și adăugită, 2000, Editura Medicală, București, 235 p.
11. Miclea M., *Mecanisme psihice de autoreglare în condiții de stres*, Editura Polirom, Cluj- Napoca, 1997, 182 p.
12. Osoianu T., *Reforma judiciară și de drept în Republica Moldova – condiție necesară în vederea integrării europene*, 2004, 58 p.
13. Rogers J. M., Freeman S.J., *The Occupational Stress of Judges*, în *Canadian J. of psychiatry*, 1991, vol. 36, p. 317- 320.
14. Snyder C. R., *Coping: the psychology of what works*, în *Clarendon Press*, 2004, nr. 5, p. 3-20.
15. Vasilescu A. *De la concept la terapie în bolile psihosomatică*, 2008, 136 p.
16. Weiner N. A. et al., *Safe and Secure: Protecting Judicial Officials*, în *Court Review*, 2000, vol. 36, p. 26-33.
17. White B. R., *The special role of State judges*, în *Judges J.*, 1991, vol. 2, p. 6.
18. Zimmerman I. M., *Isolation in the Judicial Career*, 2000, p. 58-62.
19. Леонова А. Б., *Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции*, în *Психологический журнал*, 2004, vol. 25, nr. 2, p. 86-92.
20. Менеgetti А., *Психосоматика*, ННБФ Онтопсихология, 2005, 360 с.
21. Павловский В., Степанов О., *Судебной системе требуется психолог*, în *Российская юстиция*, 2004, nr. 1, p. 47-50.
22. Сумароков И., *Судебный стресс*, în *Российская юстиция*, 2003, nr. 12, p. 60-63.

Prezentat la 21.05.2009

DISPONIBILITATEA
ȘI ACESIBILITATEA ANALGEZICELOR
OPIOIDE PENTRU TRATAMENTUL DURERII:
IDENTIFICAREA PROBLEMELOR ȘI UNELE ACȚIUNI
PENTRU ÎNLĂTURAREA BARIERELOR

Adrian BELĂI,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Availability and accessibility of opioid analgetics for pain management: problems identification and an action plan to remove barriers (Part two: Appropriate terms and Legal stipulations)

In the article were addressed two aspects which contribute to the limitation of the accessibility and availability of opioid analgesics for pain relief: barriers from national legislative texts and the current used terms, considered improper for medical domain. Attention was focused, especially, on the MOH Order nr. 434 from the 28-th of November 2007, where were identified text formulations which could be qualified as „barriers” and for which were proposed explained reformulations. The INCB and WHO’ recommendations regarding necessity to remove legislative barriers from national legal frame were remembered and was presented examples of drug legislation modifications in different states, in order to facilitate patient access to opioid analgesics. There was signalled improper for medicine use of the terms „drugs” and „narcotics”, which come from juridical language, in stead of „opioid analgesic”.

Key-words: opioid analgesics, legal frame, barriers, pain management, appropriate terms.

Резюме

Наличие и доступность опиоидных анальгетиков для лечения боли: обсуждение проблемы и удаление барьеров из законодательных текстов. (Вторая часть. Терминология и законодательные барьеры).

В статье обсуждаются два аспекта, которые ограничивают наличие и доступность опиоидных анальгетиков для лечения боли: законодательные барьеры и неадаптированная терминология, использованная в ежедневной медицинской практике. В частности, в Приказе МЗ № 343 от 28-го ноября 2007 г., были выявлены формулировки, которые могут быть интерпретированы как законодательный барьер для адекватном использовании опиоидных анальгетиков для лечения боли и аргументировано предложены другие, более подходящие, на наш взгляд, формулировки. Представлены также некоторые рекомендации ВОЗ и Международного Комитета по Контролю Наркотиков (INCB) по улучшению законодательных текстов, даны примеры внесения изменений в других государствах.

Ключевые слова: законодательный барьер, опиоидный анальгетик, боль, терминология.

PARTEA II. TERMINOLOGIE ȘI ASPECTE LEGISLATIVE

Introducere

Motto: „Schimbarea este o lege a vieții, și cine se uită numai la trecut sau la prezent, cu iguranță își va pierde viitorul”.

Președintele SUA J. F. Kennedy

“Please, do not make us suffer any more...” – „Vă rog, nu ne mai faceți să suferim mai mult...”¹ Aceste cuvinte, pronunțate de o femeie suferindă, sleită de puteri, aflată în culmea deznădejzii, nu au mai putut avea intonația ce se exprimă prin semnul strigării la sfârșitul propoziției. Mai degrabă, era o rugă către Cer, căci a te ruga oame-nilor nu mai avea sens...

Anual, cel puțin 24000 de persoane din Republica Moldova trec prin aceleași chinuri infernale „beneficiind” de „posibilitățile” și „oferta generoasă” în a utiliza analgezicele opioide pentru tratamentul durerii, stipulate în legislația națională [1].

Dreptul de a nu fi supus torturii, tratamentului inuman, crud și degradant este unul fundamental Omului, recunoscut și promovat de toate asociațiile internaționale. Drepturile Fundamentale ale Omului obligă, de asemenea, statele să-și protejeze cetățenii și necetățenii de tratamente inumane. Una dintre aceste obligații este luarea de către guverne a măsurilor de protecție a populației contra durerii cauzate de alterarea stării sănătății. Continuarea unei suferințe zădarnice de durere severă, deseori persistentă, a zecilor de mii de oameni ridică întrebarea cât de adecvat îndeplinesc guvernele această obligație [2].

Barierile se ascund în textele legislative naționale referitoare la opioizi

Textele legislative naționale referitoare la stupefiante sunt „sediul” principalelor bariere pentru asigurarea disponibilității și accesibilității analgezicelor opioide pentru tratamentul durerii. Cel mai bine acest aspect este redat în broșura OMS *Atingerea echilibrului în politica națională de control al opioidelor*, din care vom cita câteva fragmente [3].

«INCB (Comitetul Internațional pentru Control asupra Drogurilor – n.n.) și OMS au atras atenția asupra

¹ Implorare adresată Secretarului General al OMS de către mama unei femei ce suferea de cancer cervical, care nu putea găsi morfina necesară pentru diminuarea suferinței. Această implorare oficială, calificată drept *secret de stat* în Columbia, a devenit mottoul Observatorului Drepturilor Omului (<http://www.hrw.org>).

tratamentului inadecvat al durerii și au conchis că aceasta se datorează, în parte, legilor și regulamentelor prea restrictive, care împiedică disponibilitatea adecvată și utilizarea medicală a opioidelor».

În anul 1986, participanții la Conferința OMS asupra Controlului Comprehensiv al Durerii Asociate Cancerului au recunoscut nevoia de a modifica sistemele naționale de reglementare a disponibilității medicamentelor opioide pentru acoperirea nevoilor medicale: „Sistemele legislative care reglementează distribuția și prescripția medicamentelor opioide au fost elaborate înainte de a fi recunoscută valoarea utilizării orale a medicamentelor opioide în controlul durerii asociate cancerului. Aceste sisteme au fost proiectate pentru a preveni utilizarea ilicită a opioidelor puternice; nu s-a intenționat împiedicarea utilizării opioidelor în tratarea durerii asociate cancerului”.

Începând cu 1989, INCB atenționează **anual** asupra reacției exagerate a unor guverne în privința problemei abuzului de medicamente [4]: „...Factorii legislatori stabilesc uneori legi care nu privesc numai traficul ilegal, dar și unele aspecte ale utilizării legale, fără a evalua în prealabil corect impactul noilor legi asupra acestor activități legale. Grijă crescută față de posibilitatea abuzului poate duce la adoptarea unor reguli mult prea restrictive. Problema poate apărea și ca rezultat al modului în care legile și regulamentele de control sunt interpretate sau implementate”.

Trei bariere majore în disponibilitatea și accesibilitatea analgezicelor opioide: cantitate maximală mică, durată de prescriere scurtă și absența formei orale de morfină

Trecând direct la subiect, aceste trei bariere majore și alte câteva minore se conțin în textele legislative ale Republicii Moldova. „Sediul” lor principal este Ordinul MS nr. 434 din 28 noiembrie 2007 *Cu privire la modul de prescriere și livrare a medicamentelor. Anexa nr. 2: Particularitățile prescrierii medicamentelor cu conținut de substanțe narcotice (stupefiante) și psihotrope* (tabelul 1).

În cele ce urmează, vom pune în discuție stipulările din ordinul menționat ce sunt percepute ca barieră, propunând (ca opinie personală) și o reformulare mai „permisivă” a textului. Totodată, am fi recunoscători să cunoaștem și opinia instituțiilor guvernamentale, nonguvernamentale implicate (interesate).

Tabelul 1

Barierele Ordinului MS 434 din 28 noiembrie 2007, Anexa 2

Ordinul MS 434 din 28 noiembrie 2007, Anexa 2, punctul 2

Textul original

„La prescriere se va ține cont de *Regulile generale de prescriere a medicamentelor*. Rețeta se prescrie nemijlocit

de medic, indicând numărul fișei medicale a bolnavului. Astfel de rețetă se semnează de către adjunctul medicului-șef și se legiferează obligatoriu cu ștampila rotundă a instituției medico-sanitare publice. Pe un formular de rețetă nr. 2 se prescrie o singură denumire de medicament”.

Reformulare propusă

„La prescriere se va ține cont de *Regulile generale de prescriere a medicamentelor*. Rețeta se prescrie nemijlocit de medic, indicând **codul personal de identificare al persoanei**. Rețeta se legiferează obligatoriu cu ștampila de securizare *Analgezice opioide*. Pe un formular de rețetă nr. 2 se pot prescrie până la trei analgezice opioide”.

Argumentare, opinii, comentarii, propuneri

1. Numărul fișei de observație nu este suficient de securizat. În schimb, Codul de Identificare Personal al cetățeanului este unic, securizat, poate stabili rapid identitatea și servi drept referință sau indicator de trasabilitate într-o eventuală baza de date comună a farmaciilor și medicilor prescriptori.
2. Adjunctul medicului-șef nu poate întotdeauna semna rețeta în momentul necesar, nu substituie decizia medicului prescriptor și nu reprezintă o măsură suplimentară de securitate, ci doar o barieră administrativă. Se târăgănează, astfel, substanțial obținerea rețetei de către un pacient în suferință, pentru care câteva ore sau chiar zile de așteptare în plus sunt infinite. Totodată, necesitatea semnăturii medicului-șef adjunct, în opinia noastră, este o reflectare a neîncrederii față de competența medicului prescriptor, ce favorizează *prezumpția vinovăției*, limitează autonomia și demnitatea lui profesională și pune la îndoială buna intenție terapeutică.
3. În majoritatea cazurilor, un singur analgezic opioid sau o singură formă medicamentoasă de opioid nu sunt suficiente pentru o calmare adecvată a durerii sau puseelor dureroase.
4. „Ștampila rotundă” se găsește doar la medicul-șef sau la cel adjunct, fie la secretare. Același nivel de securitate îl poate asigura ștampila *Analgezice Opioid*, care poate fi confecționată nominal, de exemplu, și care poate fi deținută nemijlocit de medicii *prescriptori*.

Ordinul MS 434 din 28 noiembrie 2007, Anexa 2, punctul 4

Textul original

„Se interzice prescrierea și livrarea bolnavilor de ambulatoriu pe o singură rețetă a medicamentelor din tabela de mai jos în cantități ce vor depăși normele stabilite ca maxime (sub formă de tabel): Pentobarbital (Etaminal de sodiu) – 1,0 g, Etilmorfină Clorhidrat – 0,2 g, Codeină (Codeină fosfat) – 0,2 g, Efedrină clorhidrat – 0,6 g, Codterpin (comprimate) – 12 comprimate, Morfină clorhidrat, morfilong – 0,1 g, Omnopon – 0,1 g, Pentazonină – 0,3 g, Trimeperidin – 0,25 g”.

Reformulare propusă

„Dozele maxime de prescriere și livrare pentru formele orale, transdermice sau transmucozale de analgezice opioide sunt stabilite de către medicul prescriptor, în funcție de starea și necesitatea pacientului. Pentru formele injectabile de analgezice opioide, dozele maxime de prescriere și livrare sunt indicate în tabel: Sulfat de Morfină – 100 mg, Omnopon – 100 mg, Trimeperidină – 250 mg”.

Argumentare, opinii, comentarii, propuneri

1. Formele orale, transmucozale sau transdermice de analgezice opioide sunt indispensabile. Necesitățile zilnice de morfină variază, de la pacient la pacient, de la 20 până la 2000 mg/24 ore, de aceea nu este necesară stipularea în textul ordinului a dozei maxime de prescriere per rețetă. Regimul de dozare, de obicei, ține de recomandările societăților savante și cele de bună practică medicală.
2. Probabil, este necesară o limitare a dozei maxime de prescriere și livrare doar pentru formele injectabile, care sunt indicate pacienților în următoarele cazuri: calea orală nu mai este disponibilă; nu sunt la îndemână pentru moment formulările perorale de eliberare imediată pentru pusele dureroase; formulările orale nu calmează pusele dureroase; trecerea de la tratamentul parenteral la cel enteral (transmucozal sau transdermic) cu analgezice opioide este în derulare.
3. Pentazocina (Fortalul) a fost scoasă din arsenalul de medicamente din cauza efectelor psihoafective, hemodinamice și coronare rău tolerate de pacienți în majoritatea țărilor dezvoltate.

Ordinul MS 434 din 28 noiembrie 2007, Anexa 2, punctul 6**Textul original**

„Pentru bolnavii oncologici se permite prescrierea și livrarea medicamentelor cu conținut de substanțe narcotice (stupefiante) indicate în punctul 4 în cantități duble, iar pentru celelalte medicamente (Tabelul nr. 2, lista nr.1 și Tabelul nr.3, lista nr.1, aprobate prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1088 din 05.10.2004) în cantități necesare pentru un termen de tratament de până la 14 zile. În acest caz, printr-o dispoziție a medicului-șef al instituției medico-sanitare publice bolnavul este atașat spre deservire la farmacia după locul de trai”.

Reformulare propusă

De anulat punctul 6. Prevederile sunt deja stipulate în **Anexa 2, punctul 4** și **Anexa 2, punctul 8**

Argumentare, opinii, comentarii, propuneri

Această prevedere pare greu de îndeplinit practic. Dacă unui pacient oncologic i se „încredințează” utilizarea de analgezice opioide și alte grupe de preparate *cu regim special*, pot fi, automat, prescrise dozele considerate necesare, deoarece bolnavul și prescriptorul și așa sunt identificați deja, rețeta este securizată, iar trasabilitatea medicamentelor este asigurată de sistemul de evidență electronic unificat. Farmacia *de la locul de trai*, în special în localitățile rurale, nu distribuie analgezice opioide din diverse motive: criterii de securitate nesatisfăcute, nerentabilitate economică etc. Apoi, formularea *la locul de trai* limitează posibilitatea de deplasare a pacientului. *Dispoziția de atașare la farmacia după locul de trai* a pacientului este o formalitate pe care ar putea-o face și medicul prescriptor.

Ordinul MS 434 din 28 noiembrie 2007, Anexa 2, punctul 8**Textul original**

„Termenul de valabilitate a rețetelor cu conținut de medicamente cu substanțe narcotice (stupefiante) și psihotrope ce se prescriu pe formularul de rețetă nr. 2 este de 7 zile, al celor ce se prescriu pe formularul de rețetă nr. 1 este de 10 zile”.

Reformulare propusă

„Termenul de valabilitate a rețetelor (formular 2) cu prescripții de analgezice opioide este de 30 de zile, iar pentru rețetele (formular 2) cu prescripții de medicamente psihotrope – 10 zile”.

Argumentare, opinii, comentarii, propuneri

Procedura de obținere a rețetei este încă dificilă. Repetarea aceluiași „ciclu” de obținere a rețetei la fiecare 7 zile este obositoare atât pentru pacienți, cât și pentru medicii prescriptori. În contextul securizării rețetei, precum și evidenței electronice unificate a pacienților în farmacii (și, posibil, în rețele de tip prescriptor-pacient-farmacie), creșterea termenului de valabilitate nu va crea condiții suplimentare pentru diversie.

Exemplele schimbării

Convenția Unică nu stabilește vreo limită asupra cantităților de analgezice opioide ce pot fi prescrise sau eliberate și nici nu recomandă statelor să pună aceste limitări. Conștientizând indispensabilitatea analgezicelor opioide pentru tratamentul durerii, guvernele mai multor state au purces la modernizarea legislației. Unele exemple de schimbare, demne de urmat, sunt redată în *tabelul 2*.

Tabelul 2

Exemple de schimbare, demne de urmat: durata maximă de prescriere în legislația nouă față de cea veche

Politici vechi	Politici noi
Columbia: 10 zile	30 de zile
Franța: 7 zile	28 de zile
Germania: o zi	Nelimitat
Israel: 10 zile	30 de zile
Italia: 8 zile	O lună de zile (din 2001)
România: 3 zile	30 de zile (din 2007)

„Stupefiante”, „narcotice”, „droguri” sau, totuși, pentru sistemul medical – „analgezice opioide”?

„Substanță narcotică”, „drog” sau „stupefiant” sunt noțiuni din limbajul juridic, care includ compușii menționați în Convenția Unică cu Privire la Substanțele Narcotice din 1961 și în Protocolul de Amendament al Convenției din 1972 [5, 6].

Analgezice opioide (sau *opioizi*) este un termen științific care se referă la compușii de origine atât naturală, cât și sintetică, care interacționează cu receptori specifici și produc efecte biologice caracteristice. Toți opioizii sunt stipulați de Convenția și Amendamentul sus-numite. Totodată, în același timp

analgezicele opioide sunt (sau, mai bine zis, pot fi) și „narcotice”.

Care ar fi atunci deosebirea dintre „narcotic” și „analgezic opioid” și de ce se subliniază necesitatea utilizării în textele legislative, ce reglementează domeniul medical, a celui de al doilea termen („analgezic opioid”) în locul primilor („narcotic / drog / stupefiant”)?

Există, totuși, o deosebire importantă și principală: Convența și Amendamentul se referă la substanțele care, aflate în circuit ilegal, produc daune individuale, sociale ce pun în pericol securitatea unui stat și obligă guvernele la luarea măsurilor de prevenire a diversiei și abuzului lor, menționând, totodată, rolul indispensabil al opioizilor (și, în special, al morfinei) pentru tratamentul durerii.

În sistemul de sănătate, circulația acestor substanțe este perfect legală, strict controlată și este destinată utilizării în scopuri medicale sau științifice – calmarea durerii, realizarea anesteziei, ameliorarea calității vieții și confortului pacienților cu cancer sau alte maladii terminale –, deci prezintă un beneficiu net pentru individ și societate. În acest context, utilizarea termenilor de „drog”, „narcotic” sau „stupefiant” nu pare a fi corectă.

Diversia este termenul care se referă la punerea intenționată în circulație ilegală a substanțelor controlate din sistemul de distribuție licit în cel ilicit. Diversia poate surveni la orice nivel al sistemului de distribuție și este produsul unei acțiuni ilegale individuale. Scoaterea voluntară din circuitul legal (cel medical și științific) a analgezicelor opioide le transformă deja în „narcotice”, „stupefiante”, „droguri”.

Prin urmare, „analgezicele opioide” devin „narcotice / stupefiante / droguri” doar în urma unui act de diversie. Apoi, termenul *analgezic opioid* este mai bine acceptat de către medici și pacienți, le permite conștientizarea rolului pozitiv pe care-l îndeplinesc aceste medicamente și nu le creează temeri nefondate precum că „trebuie să vă pun pe narcotice” și, respectiv, „am ajuns să folosesc narcotice” etc.

Confuzii terminologice ce îndepărtează medicii și pacienții de la utilizarea analgezicelor opioide pentru tratamentul durerii

Informarea insuficientă a personalului medical, a farmaciștilor și a administratorilor sistemului sănătății despre utilizarea analgezicelor opioide (și, în particular, a morfinei) stă la originea aplicării unor concepte și semnificații învechite a termenilor „abuz”, „dependență”, „adicție” etc. fortificate, pe bună dreptate, de o lungă și vie istorie a luptei contra drogurilor.

Din punctul de vedere al legii, opioizii sunt raportați la „substanțe toxice” sau „substanțe periculoase” – stipulări ce nu pomenesc despre importanța

lor medicală. Încă din 1977, însă, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a desemnat morfina drept un medicament indispensabil calmării durerii și a recunoscut beneficiul utilizării ei medicale pentru sănătatea publică [7]. Din păcate, la noi încă persistă interpretarea incorectă a riscurilor și a beneficiului utilizării în scopuri medicale și științifice a analgezicelor opioide. Confuziile terminologice pot îndepărta atât medicii, cât și pacienții de la utilizarea opioidelor, chiar și atunci când există o indicație medicală pentru aceasta. Pot apare două confuzii interesociate, dar diferite: 1) confuzie între „abuz” (sau „utilizare ilicită”), în special, la utilizarea medicală pe termen lung a analgezicelor opioide, și 2) confuzie între „adicție” și „dependență”.

Cu privire la prima confuzie, obiectivul principal al Convenției din 1961 este de a preveni abuzul de narcotice, asigurând, în același timp, disponibilitatea lor pentru utilizare medicală. Este, deci, important să se facă o distincție clară între „abuz” (termen destinat narcoticelor) și utilizare medicală a analgezicelor opioide. Convenția din 1961 nu definește termenii „utilizare ilicită” sau „abuz”. Totuși, „abuz” este definit de Comitetul OMS de Experți asupra Dependentei Medicamentoase drept „utilizarea excesivă, persistentă sau sporadică a unui medicament, contrar sau neasociat cu practica medicală acceptabilă”. Din această definiție este clar că utilizarea medicală a preparatelor, pe termen lung sau scurt, indiferent dacă apar efecte adverse (inclusiv *sindrom de dependență*), nu este considerată „abuz” de medicamente.

Confuzia dintre *adicție* și *dependență* este mai dificil de clarificat, deoarece OMS nu mai folosește de mult termenul *adicție*. Tabelul 3 prezintă evoluția terminologiei OMS, utilizate din 1952 până în prezent.

Tabelul 3

Evoluția terminologiei OMS referitoare la „adicție”

1952	„Morfina va produce întotdeauna o dorință compulsivă, dependență și adicție oricărui individ [...] asemenea droguri cauzează daune individuale și sociale și trebuie controlate cu strictețe”.
1957	„Adicția este o dependență psihică și fizică, manifestată prin sindrom de abținere”.
1964	<i>Adicția și obișnuința</i> este înlocuită cu termenul <i>dependență medicamentoasă</i> , care este manifestată prin sindrom de abținere.
1969	<i>Dependența medicamentoasă</i> este redefinită pentru a include criteriile comportamentale de utilizare compulsivă și noțiunea de <i>daună</i> . <i>Dependența fizică/sindromul de abținere</i> nu mai sunt suficiente pentru a defini dependența de droguri.

1993	Este clarificată diferența dintre <i>dependența fizică</i> și <i>dependența medicamentoasă</i> . Sindromul de abținere este înlocuit cu termenul <i>dependență fizică</i> .
1998	<i>Dependența medicamentoasă</i> este substituită cu termenul <i>sindrom de dependență</i> . Nu sunt produse alte modificări în definiția din 1993. Termenii <i>sindrom de dependență</i> și <i>sindrom de abținere</i> fac parte din nomenclatura actuală de termeni a OMS.
2006	OMS clarifică faptul că o persoană care utilizează analgezice opioide în scopul calmării durerii și care manifestă fenomenul de toleranță și dependență fizică nu îndeplinește criteriile necesare pentru stabilirea <i>sindromului de dependență</i> .

În anii '60 ai sec. XX, Comitetul de Experți OMS asupra Medicamentelor care Produc Dependență (eng. *WHO Expert Committee on Addiction-Producing Drugs*) a încercat să clarifice diferența dintre "*adicție*" și "*obișnuință*", dar a abandonat în cele din urmă intenția și a propus, în schimb, folosirea termenului de "*dependență medicamentoasă*". În opinia unor experți de atunci, și acest termen se confunda cu "*adicția*" sau "*obișnuința*". Dar, după cum a subliniat Comitetul de Experți, termenul "*dependență*" nu avea nicio conotație referitoare la gradul de risc asupra sănătății publice. Aceasta era diferența majoră față de termenul "*adicție*", care purta o asemenea conotație. Același Comitet de Experți a fost împotriva unei diferențieri între "*dependența fizică*" și "*dependența psihică*", deoarece lăsa impresia că toate efectele medicamentelor sunt potențial înțelese în termeni biologici. În plus, Comitetul a notat faptul că "*dependența fizică*" crease confuzie în rândurile medicilor, deoarece manifestările sindromului de abținere fuseseră interpretate ca dovezi ale "*dependenței fizice*" și ale "*dependenței psihice*".

Definiția "**sindromului de dependență**" dat de Comitetul de Experți al OMS este: "*Un fenomen fiziologic, comportamental și cognitiv episodic, de intensitate variabilă, în care administrarea unui medicament/medicamente psiho-activ(e) devine principala prioritate. Caracteristicile descriptive necesare sunt preocuparea și dorința de a obține și administra medicamentul și comportament persistent de căutare a lui. Consecințele determinante și problematice ale dependenței de medicamente pot fi biologice, psihologice sau sociale și, de obicei, interacționează între ele*".

Criteriile clinice pentru diagnosticarea eficientă a "*sindromului de dependență*", trasate de OMS, cer ca cel puțin trei dintre următoarele caracteristici să fie manifestate de și identificate la persoană în anul curent:

1. Dorință puternică, nestăpânită, de a lua substanța;
2. Dificultatea în controlarea comportamentului înainte de administrarea substanței;
3. Continuarea utilizării substanței, în pofida dovezilor clare ale consecințelor ei nocive;
4. Neglijarea progresivă a altor surse de plăcere sau interes din cauza utilizării substanței date și acordarea din ce în ce mai mult timp pentru a o obține și administra sau de a se recupera din efectele ei;
5. Toleranța, astfel încât sunt necesare doze crescânde de substanță pentru a obține efectele originale, produse anterior de doze mai mici;
6. Sindromul de abținere, când scăderea dozei sau oprirea utilizării substanței provoacă semne caracteristice de lipsă, ce impune utilizarea aceleiași substanțe sau a uneia strâns înrudite, cu intenția de a reduce sau elimina simptomele;
7. Calitatea vieții în urma utilizării substanței nu se ameliorează;
8. Utilizatorul neagă folosirea substanței în cauză.

Este evident că un pacient cu cancer care necesită doze crescânde de analgezic opioid pentru controlul durerii și care dezvoltă simptome de abținere la întreruperea administrării lui poate prezenta doar două din criteriile necesare pentru diagnosticarea sindromului de dependență. În plus, criteriile de diagnostic menționate exclud din start pacienții care au fost tratați cu analgezice opioide în scopul de a le alina durerea. Iar Comitetul de Experți al OMS asupra Controlului Durerii Asociate Cancerului subliniază faptul că sindromul de dependență apare cu totul excepțional la pacienții cu cancer: „*Studiile au demonstrat că, deși apar simptome de abținere și toleranță la pacienții care primesc opioide o perioadă îndelungată, dependența (de medicament) este extrem de rară. Ca urmare, riscul dependenței (medicamentose) nu trebuie să fie un factor în decizia de a utiliza sau nu analgezicele opioide în tratarea durerii asociate cancerului*”.

Rapoartele Centrului Colaborator al OMS pentru Monitorizarea Internațională a Efectelor Adverse ale Medicamentelor din Uppsala, Suedia, sprijină această observație. Din anul 1999, 56 de țări participă în acest program internațional. Cele peste două milioane de rapoarte indică faptul că doar puține cazuri de dependență au fost atribuite analgezicelor opioide și că ea a fost prezentă și în cazul multor altor preparate, aflate sau nu sub regim de control.

Fenomenul de **toleranță** se referă la diminuarea efectului analgezic al unui opioid datorită adaptării fiziologice a organismului la el. Toleranța la analgezicele opioide nu este inevitabilă, ea se

instalează la multe persoane ce primesc acest tratament. Dozele prescrise de analgezic opioid trebuie crescute pentru a depăși fenomenul de toleranță; creșterea dozei, la necesitate, poate fi limitată doar de capacitatea persoanei de a suporta efectele lui adverse. Fenomenul de toleranță nu trebuie confundat cu necesitatea de a crește doza din cauza creșterii intensității durerii.

Consumul se referă la cantitatea de analgezice opioide distribuite legal în țară în scopuri medicale de acele instituții sau programe care sunt licențiate (sau au dreptul) de a le prescrie sau administra pacienților. În terminologia internațională referitoare la controlul asupra drogurilor, termenul de *consum* nu se atribuie la dozele administrate sau prescrise pacienților, ci la cantitatea care circulă la nivelul distribuitorilor.

Pseudoadicția se referă la un sindrom iatrogen, provocat de personalul medical care nu a interpretat corect comportamentul pacientului suferind de durere, aflat în căutare disperată de soluții pentru a o diminua, calificându-l, pe nedrept, „*toxicoman*”. În consecință, pacientul este nevoit să caute ajutor la mai mulți medici sau farmacii.

Dependența fizică se referă la consecințele administrării repetate a unor preparate, întreruperea cărora poate crește în intensitate comportamentul de căutare a lor în scopul evitării sau calmării disconfortului de sevraj sau/și care produc schimbări fiziologice suficient de severe, încât să necesite instituirea unui tratament medical. Pacienții care utilizează de mai mult timp analgezice opioide pentru calmarea durerii vor dezvolta, probabil, un sindrom de abstenență atunci când tratamentul le este brusc oprit, când doza le este redusă abrupt sau le este administrat un medicament antagonist. Prin urmare, acest sindrom poate fi evitat prin reducerea treptată și în timp a dozei, când obiectivul terapeutic a fost atins.

Încă în 1990, Comitetul de Experti asupra Controlului Durerii Asociate Cancerului al OMS a recomandat ca guvernele naționale să asigure *“reevaluarea sistemelor de control al utilizării opioidelor, cu scopul simplificării sale, pentru ca medicamentele să fie disponibile în cantitățile necesare scopurilor legale...”*.

În anul 1995, Comitetul Internațional de Control Asupra Drogurilor a evaluat toate guvernele pentru a determina dacă au răspuns la recomandările date. În rezultat, o serie de concluzii și recomandări au fost reamintite: *“Guvernele care nu au făcut-o încă, ar trebui să determine dacă nu există restricții inutile*

în legile referitoare la narcotice, reguli sau politici administrative care împiedică prescrierea, administrarea sau tratarea pacienților cu analgezice opioide, sau în disponibilitatea și accesibilitatea lor în scopuri medicale, și ar trebui să facă modificările necesare”.

Concluzii

1. Este necesară înlocuirea termenilor „*narcotic*”, „*drog*”, „*stupefiant*” cu cel de „*analgezice opioide*” în textele legislative și documentele din domeniul medical, fapt ce va contribui la destigmatizarea acestei grupe de medicamente esențiale și va permite o percepere corectă a rolului lor în tratamentul durerii la persoanele cu indicații.

2. Este recomandată evitarea utilizării scrise sau orale a termenilor de „*abuz*”, „*adicție*”, „*dependență*” în cazul utilizării medicale a analgezicelor opioide pentru calmarea durerii pacienților, la îngrijirile paliative sau în cadrul altor indicații terapeutice.

Bibliografie

1. Moșoiu D., *Palliative Care Needs Assessment in Republic of Moldova*, Soros Foundation, Chișinău, 2006.
2. Human Right Watch. *“Please, do not make us suffer any more...”*. Access to Pain Treatment as a Human Right, SUA, 2009.
3. Organizația Mondială a Sănătății. *Medicamente narcotice & psihotropice. Atingerea echilibrului în politica națională de control al opioidelor. Instrucțiuni de evaluare*. Referința WHO/EDM/QSM/2000.4 (www.who.org).
4. International Narcotics Control Board. *Demand for and supply of opiates for medical and scientific needs, în Report of the International Narcotics Control Board for 1989*, New York, NY: UN, 1989 (www.incb.org).
5. Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 (as amended by the 1972 Protocol), New York, United Nations, 1977.
6. *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*. New York, United Nations, 1973.
7. *Achieving Balance in National Opioids Control Policy. Guidelines for Assessment*, World Health Organization, 2000.

Pentru corespondență:

Adrian Belâi, dr. în med., conf. univ.
Catedra Anesteziologie și Reanimatologie nr. 1;
Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență
str. Toma Ciorbă, 1, cod MD 2004, Chișinău
tel: 21-21-11, e-mail: adrian_belai@hotmail.com

Prezentat la 08.04.2009

IMPLEMENTAREA
PROGRAMELOR DE PROFILAXIE A INFECȚIEI HIV
ÎN RÂNDURILE CONSUMATORILOR DE DROGURI
INJECTABILE ÎN BAZA STRATEGIEI REDUCEREA RISCURILOR
ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI INJECTABILE ÎN MOLDOVA

Vitalie SLOBOZIAN,
Fundatia Soros-Moldova

Summary

Implementation of the hiv prevention programmes among injection drug users based on the harm reduction strategy in Moldova

The HIV/AIDS infection continues to be a priority problem in the public health system of the Republic of Moldova. From 1987 to 2007, 4131 new cases of the infection have been diagnosed. Until the year 2000 the epidemic process was determined by infection spread among IDU's. In the last years infection among IDU's has decreased from 72.8% in 2001 to 30.37% in 2007. The number of those infected sexually has increased from 20.3% in 2001 to 68.67% in 2007.

The provision of access to sterile injection equipment for injecting drug users and the encouragement of its use are essential components of HIV/AIDS prevention programmes, and should be seen as a part of overall comprehensive strategies to reduce the demand for illicit drugs.

A network of NGO's that actively work on HIV prophylaxis based on harm reduction strategy is established in the country. 15 NGOs are being implemented Harm Reduction projects for IDU's in 21 localities of RM. The following services are available for IDUs: syringe exchange, condom distribution, distribution of informational materials, voluntary counseling and testing, referral system for the necessary medical assistance. Information and education of target groups and their immediate social contacts, focused on avoiding high-risk behavior are available. Former drug users and peers are well involved in this process.

Key words: HIV prevention programmes, drug users, sterile injecting equipment, reducing the risk of infection.

Резюме

Внедрение программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, основанных на стратегии «Снижение рисков связанных с потреблением инъекционных наркотиков в Молдове»

Эпидемия ВИЧ/СПИД-инфекции является одной из приоритетных проблем в системе общественного здравоохранения Республики Молдова. С 1987 по 2007 год, были диагностированы 4131 новых инфицированных. До 2000 года эпидемический процесс был обусловлен распространением инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИИ). В последние годы уровень инфекции среди ПИИ снизился с 72,8% в 2001 году до 30,37% в 2007 году. Число лиц, инфицированных половым путем, увеличилось с 20,3% в 2001 году до 68,67% в 2007 году.

Обеспечение доступа к стерильным инструментам для потребителей инъекционных наркотиков и поощрение их использования являются важными компонентами программ профилактики ВИЧ/СПИДа и их следует рассматривать как часть общей всеобъемлющей стратегии по сокращению спроса на незаконные наркотики.

НПО, которые активно работают в области профилактики ВИЧ инфекций, основываются на стратегии «Снижение рисков связанных с потреблением инъекционных наркотиков в Молдове». 15 НПО в настоящее время осуществляют проекты снижения рисков для ПИИ в 21 населенных пунктах РМ. Для ПИИ доступны следующие услуги: обмен шприцов, раздача презервативов, распространение информационных материалов, добровольное консультирование и тестирование, справочная система на необходимую медицинскую помощь. Предоставляется информирование и обучение целевых групп и их непосредственного социального окружения, сосредоточенные на недопущении высокого риска. Бывшие наркоманы активно участвуют в этом процессе.

Ключевые слова: программа профилактики ВИЧ-инфекции, потребители наркотиков, стерильные инъекционные материалы, снижение рисков инфицирования.

Introducere

Accesul la echipamentele sterile de injectare pentru consumatorii de droguri injectabile (CDI) și încurajarea folosirii acestora sunt componente esențiale ale programelor de prevenire a infecției HIV/SIDA și ar trebui privite ca parte a strategiilor complexe, comprehensive de reducere a cererii de droguri ilicite. Echipamentul steril poate fi oferit printr-o largă varietate de metode, generic numite *Programe de schimb de ace și seringi* sau *Programe de reducere a riscurilor*, scopul lor final fiind asigurarea consumatorilor de droguri cu propriul echipament de injectare, pentru a evita utilizarea în comun cu alții; reducerea timpului în care seringile și acele folosite circulă, iar echipamentele folosite să fie recuperate, micșorându-se în acest mod transmiterea infecției HIV în cadrul acestui grup vulnerabil.

Primele programe de schimb de seringi au apărut ca reacție la răspândirea rapidă a infecției HIV printre consumatorii de droguri injectabile. Aceste programe au fost concepute în anii '70 ai secolului trecut la Universitatea din San Francisco, ca răspuns la valul de hepatite și abcese diagnosticate la CDI din San Francisco, și se rezumau doar la distribuire de seringi.

Odată cu apariția infecției HIV, cercetările efectuate de Des Jarlais și Friedman în orașul New York la mijlocul anilor '80 arată că pericolul infectării cu HIV este o problemă pentru CDI din această regiune din cauza accesului dificil la echipamentele de injectare sterile.

În anul 1984 un grup de activiști-consumatori de droguri – *Amsterdam Junkiebond* – inițiază primul program de schimb de seringi din Olanda, realizat cu suportul direcției municipale de sănătate. Anume acest grup este considerat fondatorul conceptului de *reducere a riscurilor asociate consumului de droguri injectabile* prin acordarea CDI a unor servicii suplimentare distribuirii de seringi, cum ar fi informarea despre riscurile pentru sănătate, distribuire de prezervative, activități privind schimbarea comportamentului, modul sănătos de viață, organizarea în grupuri de suport reciproc etc.

În SUA activitățile de reducere a riscurilor au fost implementate cu dificultate, acestea funcționând semilegal în diferite localități. În 1988 au fost inițiate 2 programe de schimb de seringi: 1) în San Francisco, activitatea căruia a fost „tolerată” îndelung de către autorități și care a fost legalizat printr-o decizie a autorităților publice locale la 12 martie 1993, ceea ce a permis finanțarea lui din surse publice, și 2) în New York, acesta fiind un program-pilot al departamentului local al sănătății.

În Canada programele de reducere a riscurilor au fost inițiate în 1989 sub influența datelor despre răspândirea rapidă a infecției HIV printre CDI din Edinburgh (Scoția) și New York (SUA), prezentate la Conferința SIDA din 1988 din Stockholm (Betsy MacKenzie, comunicare personală, 1992). Guvernul Federal al Canadei a finanțat pilotarea programelor în 5 provincii (Ontario, British Columbia, Quebec, Alberta și Manitoba), iar în Toronto, Vancouver și Montreal acestea au fost finanțate din resurse municipale.

În anul 1995 a fost înființat *Programul Internațional de Reducere a Riscurilor (IHRD) al Institutului pentru o Societate Deschisă (OSI)*, acesta având drept scop dezvoltarea politicilor privind reducerea infecției HIV și a altor riscuri asociate consumului de droguri, reducerea stigmatizării CDI și protecția drepturilor acestora la nivel global. Programul a susținut peste 200 de proiecte în Europa Centrală și de Est, în Asia.

În prezent Programele de schimb de seringi activează în practic toate țările Comunității Europene, susținerea acestei abordări realizându-se în baza mai multor acte normative comunitare (*Abordarea integrată și coordonarea combaterii HIV/SIDA în cadrul UE și în țările din vecinătate*, Bruxelles, 2004; *Planul de acțiune privind drogurile*, 2005).

Totuși, implementarea programelor de schimb de seringi rămâne încă o problemă controversată în diverse țări, inclusiv SUA și Rusia.

Materiale și metode

A fost analizată activitatea proiectelor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri din R. Moldova pe parcursul perioadei 2004-2005. Au fost utilizate metodele de cercetare biostatistică obișnuite. Majoritatea datelor au fost acumulate în baza rapoartelor Programului *Reducerea Riscurilor* al Fundației *Soros-Moldova* și organizațiilor care implementează activități de profilaxie HIV în rândurile CDI.

Caracteristica programelor de profilaxie a infecției HIV în rândurile CDI în baza Strategiei Reducerea riscurilor asociate consumului de droguri injectabile în Republica Moldova

Noțiunea *reducere a riscurilor* este definită de Asociația Internațională de Reducere a Riscurilor drept „*politici și programe care sunt orientate în primul rând la reducerea consecințelor asupra sănătății, sociale și economice ale substanțelor psihotrope asupra utilizatorilor de droguri, asupra familiilor acestora și comunității, fără a pretinde la reducerea consumului de droguri*”, definiție acceptată și în R. Moldova.

Programele de schimb de seringi din Moldova au funcționat și funcționează în baza unor acte nor-

mative, printre care: HG RM nr. 1173 din 07.12.1998 *Cu privire la măsurile urgente de profilaxie a maladiei SIDA în rândurile consumatorilor de droguri intravenos*; HG RM nr. 948 din 05.09.2005 *Cu privire la Programul Național de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA și ITS pe anii 2006–2010*; Legea RM nr. 23-XVI din 20.04.2007 *Cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA*.

Implementarea programelor

Ținând cont de caracterul concentrat al epidemiei HIV în grupurile vulnerabile, în special în grupul CDI, în Republica Moldova una dintre strategiile *Programului Național de Profilaxie și Control al HIV/SIDA și ITS pentru perioada 2006-2010* este Strategia de reducere a riscurilor în rândurile grupurilor vulnerabile. R. Moldova este cunoscută drept un exemplu de bună practică în implementarea acestei Strategii atât în privința calității serviciilor, cât și acoperirii cu acestea. Convențional, implementarea activităților respective în Moldova poate fi divizată în 3 faze succesive.

Faza I. Implementarea activităților bazate pe *Strategia de reducere a riscurilor în Republica Moldova* începe de la strategia dezvoltată în anul 1997 și cuprinde perioada 1997–1999, având drept obiectiv lansarea proiectelor-pilot. Primele două proiecte-pilot – unul în sectorul civil în orașul Soroca și altul în sectorul penitenciar (penitenciarul nr. 18) de la Brănești – aveau drept activități de bază schimbul de seringi, distribuția de prezervative și materiale informaționale. Rezultatele acestor proiecte urmau a fi folosite pentru ajustarea activităților și extinderea geografică a acestora.

Faza II. A început în anul 2000, odată cu lansarea proiectului comun al ONU-SIDA (UNAIDS) și Fundației *Soros-Moldova* și a durat până în 2002 inclusiv. În această perioadă, cu suportul proiectului comun, programele existente au fost evaluate în planul necesităților, echipamentului și personalului instruit. În anul 2000, ca urmare a extinderii geografice a implementării activităților de reducere a riscurilor, adițional celor 2 proiecte menționate au mai fost lansate 4: în Orhei, Fălești, Bălți și Chișinău. Astfel, în anul 2000, pe teritoriul Republicii Moldova funcționau 6 proiecte bazate pe *Strategia de reducere a riscurilor* în unitățile administrative cu cea mai mare prevalență a consumului de droguri și HIV. În 2002 a fost lansat următorul proiect în penitenciarul nr. 4 din orașelul Cricova.

Faza III. Începând cu anul 2003, activitățile de reducere a riscurilor în Republica Moldova au intrat într-o nouă etapă de implementare. *Programul Na-*

țional de Profilaxie și Control al HIV/SIDA și ITS pentru anii 2004–2005, Strategia de reducere a riscurilor fiind parte componentă a acestuia, a stat la baza aplicației țării la runda I de granturi a Fondului Global de Combatere SIDA, Tuberculozei și Malariei (GFATM). Grantul GFATM pentru perioada 2003-2008 în prezent constituie sursa principală de finanțare a activităților de reducere a riscurilor. În 2003 a fost semnat acordul dintre Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, reprezentat prin UCIMP (Unitatea de Coordonare, Implementare și Monitorizare a Proiectului TB/SIDA din grantul Fondului Global de Combatere SIDA, Tuberculozei și Malariei în Republica Moldova), și Fundația *Soros-Moldova*, conform căruia Fundația *Soros-Moldova* dezvoltă o rețea de ONG-uri și instituții publice ce implementează acțiuni de prevenire a răspândirii HIV/SIDA în grupurile cu risc sporit și a serviciilor de îngrijire la domiciliu și comunitare pentru persoanele cu HIV/SIDA în sectoarele civil și penitenciar, inclusiv pe malul stâng al râului Nistru. ONG-urile aplică propuneri pentru finanțare din granturile Fundației *Soros-Moldova*, *Sida/Suedia*, Băncii Mondiale și GFATM, operate de Fundația *Soros-Moldova*.

Ca urmare a apariției noilor surse de finanțare, faza III de implementare se caracterizează prin creșterea acoperirii geografice cu proiecte de reducere a riscurilor. Astfel, în anul 2003, pe teritoriul țării erau active 13 locații de implementare (sectorul civil și cel penitenciar), comparativ cu 7 locații în anul 2002. Până în anul 2004 inclusiv, activitățile au fost concentrate mai mult în localitățile urbane, după 2004 a început extinderea acestora și în mediul rural. Toate proiectele menționate sunt implementate de ONG-uri în colaborare cu instituțiile publice.

În anul 2007, în 21 de teritorii administrative (cu extinderea și în mediul rural) și în 6 instituții penitenciare se declanșau proiecte de reducere a riscurilor, asociate consumului injectabil de droguri, cu puncte consultative și de schimb de seringi.

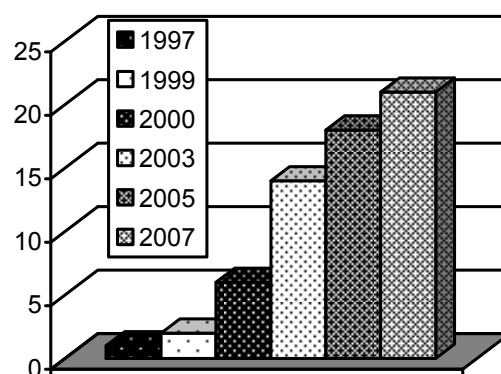


Fig. 1. *Evoluția numărului proiectelor de reducere a riscurilor în Moldova (1997-2007).*

Descrierea intervențiilor și rezultatele obținute

În timpul implementării activităților de reducere a riscurilor au fost desfășurate activități de informare /educare/outreach, schimb de seringi, reorientarea către serviciile medicale și sociale și tratamentul de substituție cu metadonă. Majoritatea acestor activități în sectoarele civil și penitenciar sunt finanțate din granturile operate de Fundația Soros–Moldova.

Pentru CDI din sectorul civil, componentele de bază ale *Strategiei de reducere a riscurilor în Republica Moldova* sunt următoarele:

- informarea/educarea/outreach, inclusiv „de la egal la egal”, privind infecția HIV, reducerea riscurilor asociate consumului de droguri, prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală, distribuția de materiale informaționale, seminare de educare și informare;
- consiliere, consultații psihologice;
- schimb de seringi;
- distribuirea și promovarea utilizării prezervativelor;
- referirea la serviciile medicale și sociale;
- tratamentul de substituție cu metadonă.

Tratamentul de substituție cu metadonă a debutat în sectorul civil în anul 2004, fiind acum disponibil în municipiile Chișinău și Bălți, precum și în 4 penitenciare.

La finele anului 2007, pe malul drept al râului Nistru numărul de beneficiari înregistrați ai Programelor bazate pe *Strategia de reducere a riscurilor* (8264) depășea numărul CDI din baza de date a IMSP Dispensarul Republican de Narcologie (4426). Diferența este importantă. Nu toți CDI beneficiari ai Programelor bazate pe *Strategia de reducere a riscurilor* figurează în registrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie și viceversa. Serviciile oferite de aceste Programe respectă condiția de anonimitate, ceea ce sporește accesul CDI.

Tabelul 1

CDI înregistrați de IMSP Dispensarul Republican de Narcologie și Programele bazate pe Strategia de reducere a riscurilor, distribuția după sex, 2004-2007

	CDI înregistrați de IMSP Dispensarul Republican de Narcologie			CDI beneficiari ai PRR*		
	Total	M %	F %	Ttotal	M %	F %
2004	3133	87,4%	12,6%	5293	82%	18%
2005	3388	87,5%	12,5%	5757	81%	19%
2006	3210	87,6%	12,4%	7847	81%	19%
2007	4426	87,5%	12,5%	8264	83%	17%

* CDI beneficiari ai Programelor de Reducere a Riscurilor de pe malul stâng al râului Nistru nu au fost luați în calcul.

Analiza structurii după sexul beneficiarilor proiectelor de reducere a riscurilor a arătat în medie o majoritate a persoanelor de sex masculin, pentru toate teritoriile administrative în care sunt oferite servicii de informare/educare/outreach și schimb de seringi. Ponderea beneficiarilor de sex masculin variază de la un teritoriu administrativ la altul, dar întotdeauna sunt în majoritate.

Majoritatea activităților de reducere a riscurilor au fost și rămân a fi implementate de organizațiile nonguvernamentale din regiunile cu o prevalență ridicată a HIV și a consumului de droguri. ONG-urile implicate în extinderea activităților bazate pe *Strategia de reducere a riscurilor* au activat anterior în domeniul prevenirii HIV și aveau drept grup-țintă tinerii din școli și universități și persoanele cu maladii HIV/SIDA, inclusiv CDI.

Din lipsa unor estimări fiabile despre răspândirea consumului de droguri injectabile, este prematură evaluarea acoperirii CDI și acest fapt încetinește extinderea acoperirii teritoriale cu intervenții ale *Strategiei de reducere a riscurilor*.

Concluzii

Deși în ultimii ani se observă o creștere semnificativă a ponderii căii sexuale de transmitere a infecției HIV în RM (1998 – 13,24%, 2002 – 29,15%, 2005 – 55,53%, 2007 – 68,67%), totuși ponderea transmiterii pe cale injectabilă rămâne a fi înaltă (30,37% în 2007), ceea ce justifică implementarea măsurilor de reducere a riscurilor în rândurile consumatorilor de droguri injectabile. Acestea trebuie să ofere educație în sensul reducerii riscurilor, tratamentul dependenței de droguri și tratarea abceselor, să promoveze folosirea prezervativului, consilierea și testarea HIV, să ofere consiliere și sprijin persoanelor infectate cu HIV.

Programele urmează a fi implementate pe scară largă, astfel încât să oprească răspândirea epidemiei HIV/SIDA în rândurile CDI. Modalitățile exacte de desfășurare a programelor de schimb de seringi, precum și implementarea acestor servicii trebuie să fie adaptate la condițiile specifice fiecărei localități.

Programele care au drept scop oferirea echipamentelor sterile de injectare ar trebui dezvoltate astfel încât să vină în întâmpinarea nevoilor grupurilor de consumatori de droguri cu care lucrează: femeii, deținuți, femeii care practică sexul comercial etc.

Tabelul 2

Rezultatele implementării și acoperirea cu servicii de schimb de seringi, Republica Moldova, 2004-2007

Acoperire geografică	Instituții implementatoare	Număr de beneficiari CDI, perioada 2004-2007			
		2004	2005	2006	2007
Bălți	ONG <i>Tinerii pentru dreptul la viață</i>	2,510	3,071	3,322	3447
Ungheni	ONG <i>Vis Vitalis</i>	251	438	487	520
Chișinău	Centrul SIDA, ONG <i>ARS-SIDA</i>	1,752	2,131	2,325	2427
Orhei	ONG <i>Adolescentul</i>	266	265	291	302
Fălești, Glodeni	ONG <i>Împreună să salvăm viitorul</i>	322	332	417	465
Rezina, Șoldănești	ONG <i>Viitorul nostru</i>	92	112	150	173
Soroca, Drochia, Florești	ONG <i>CEAN</i>	267	557	626	665
Căușeni	ONG <i>Cu gândul la viitor</i>	37	57	67	70
Edineț, Lipcani, Briceni, Râșcani	ONG <i>Sănătatea</i>	35	47	68	80
Dondușeni, Otaci, Ocnîța	ONG <i>Tinerele femei Cernoleuca</i>	39	91	94	115
Tiraspol, Slobozia	ONG <i>Generația viitorului</i> , Centrul de Igienă și Epidemiologie	88	454	632	678

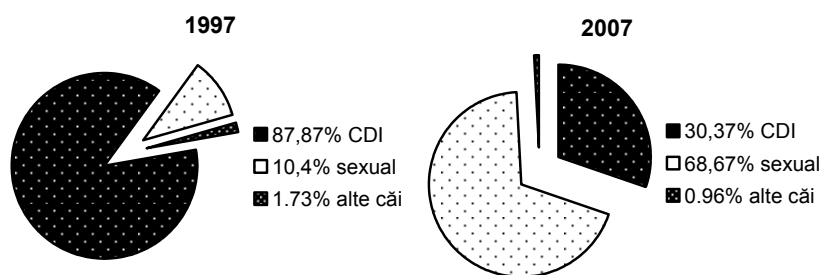


Fig 2. Incidența HIV în R. Moldova în funcție de calea de transmitere a infecției, anii 1997 și 2007.

Bibliografie selectivă

1. Health Outcomes International. *Return on investment in needle and syringe programs in Australia*. Canberra, Commonwealth Department of Health and Ageing, 2002. Disponibil: <http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/roireport.pdf>

2. General Accounting Office. *Needle exchange programs: research suggests promise as an AIDS prevention strategy*. Washington DC, US Government Printing office, 1993.

3. National Commission on AIDS. *The twin epidemics of substance use and HIV*. Washington DC, National Commission on AIDS, 1991.

4. Lurie P., Reingold A. L. editors. *The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad*, vol 1. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1993.

5. Hurley S. F., Jollez D. J., Kaldor J. M., *Effectiveness of needle-exchange programs for prevention of HIV infection*, în *Lancet*, 1997, nr. 349 (9068), p. 1797-1800.

6. *Policy brief: Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission*, 2004, WHO, UNAIDS.

7. <http://www.ihra.net/Whatis-harmreduction>

8. Bivol S., *Supraveghere epidemiologică HIV/SIDA, Moldova, 2004. Utilizatorii de droguri injectabile, lucrătoarele sexului comercial, deținuții*, Chișinău, 2004.

9. Scutelnicuic O., *Consumul și traficul ilicit de droguri*, Republica Moldova, Raportat anual, 2007.

10. Gheorghită Ș., Dobreanschi V., Dmitrienco V., *Supravegherea epidemiologică a infecției HIV/SIDA*. Standard, 2006.

11. Chicu V., *Stabilirea priorităților în supravegherea și controlul bolilor infecțioase*. In: *Optimizarea supravegherii epidemiologice*. Materialele conferinței științifice sub red. prof. V. Prisacari, Chișinău, 2006, p.30-39.

12. Chicu V., Dobreanschi V., Gheorghită Ș., *Supravegherea și controlul infecției HIV/SIDA la etapa actuală în Republica Moldova*, în *Curierul Medical*, 2006, nr. 2, p. 59-65.

Prezentat la 18.12.2008

COMBATEREA POLIOMIELITEI
ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Petru IAROVOI,
Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Preventivă

Summary

Liquidation of poliomyelitis in the Republic of Moldova

The article presented from the historical point of view the morbidity of poliomyelitis in the Republic of Moldova in the XX century and undertaking social and medical efforts to liquidation this infection beginning with 1958 year. There are mentioned the possibilities of eradication this infection.

Key words: Poliomyelitis, pathogen agent, source, infection ways, children morbidity, vaccination

Резюме

Ликвидация полиомелита в Республике Молдова

В статье приводятся данные о заболеваемости полиомелитом в Республике Молдова в XX столетии и принятые социальные и медицинские меры по ликвидации этой инфекции начиная с 1958 года. Представлено мнение о возможном импорте и эрадикации данной инфекции.

Ключевые слова: полиомелит, возбудитель инфекции, источник, пути заражения, заболеваемость детей, вакцинация.

Poliomielita este o boală infecțioasă acută, care afectează în special copiii, fiind însoțită adesea de lezarea sistemului nervos central, de paralizii flasce ale membrilor, provocând, de regulă, complicații grave.

Poliomielita este provocată de trei serotipuri de poliovirusuri, cu antegenitate distinctă, patogenitate diferită, cu risc de infectare naturală variabil, în funcție de arealul geografic, și care fac parte din genul *Enterovirus*, familia *Picornaviride*:

- tipul 1, cunoscut inițial sub numele *Brunhilde* (după numele persoanei de la care a fost izolată prima tulpină de acest tip), este serotipul cu cea mai mare răspândire în lume;
- tipul 2, la fel de răspândit, cu forme clinice mult mai puțin grave, prima tulpină izolată a fost denumită *Lansing*;
- tipul 3, are circulație mai restrânsă, iar tulpina izolată a primit, la fel, numele persoanei de la care a fost izolat – *Leon*.

Virusurile poliomielitei sunt patogene pentru om în mediul natural, unde rezistența este diferită, în funcție de condițiile întâlnite. Astfel, virusul rezistă mai bine la frig și în apele poluate, dar este sensibil la căldură și raze ultraviolete. Dintre alimente rezistă bine în laptele nefiert și în preparatele lactate, dar este distrus prin pasteurizare sau încălzire timp de 30 min. la 60°. Clorinarea apei de conductă distruge virusurile poliomielitice. Dezinfectantele uzuale se dovedesc eficiente (sublimat, soluții oxidante, clorhexidină etc.).

Rezervorul de virus este strict uman (bolnavi cu forme clinice manifeste, dar mai ales cei cu infecții inaparente care reprezintă marea majoritate a cazurilor). Aceștia elimină virusul în urma replicării active intestinale, chiar de la începutul bolii, pe o perioadă de 2-4 săptămâni (uneori mai mult), prin fecale. S-a demonstrat prezența virusului și în secrețiile respiratorii – la fel ca și celelalte enterovirusuri – pentru o durată mai scurtă, de cca 10 zile, cu posibilități de transmitere prin contact direct, prin picături de secreții respiratorii. Nu există excretori și nici surse de virus extraumane. Indicele de contagiozitate era apreciat ca mare (în jur de 90%, fiind luate în calcul toate tipurile de infecție aparente și mai ales inaparente).

Calea de transmitere principală este fecal-orală, prin contact direct, dar de cele mai multe ori indirect, prin vehicularea la distanță a virusurilor prin praf, apă și alimente expuse accesului liber al vectorului. S-a demonstrat că aceasta este calea dominantă în țările cu grad scăzut de sanitație, în timp ce cazurile prin contact apropiat caracterizează focarele din țările dezvoltate [2].

Receptivitatea până în perioada vaccinării era considerată generală, cu posibilitatea transmiterii transplacentare și prin alăptare a unor anticorpi materni de care beneficiau sugarii până la vârsta de 4-6 luni. Cei mai mulți bolnavi sunt la vârsta copilăriei, adulții având probabil un grad de imunitate câștigat prin infecții latente [2].

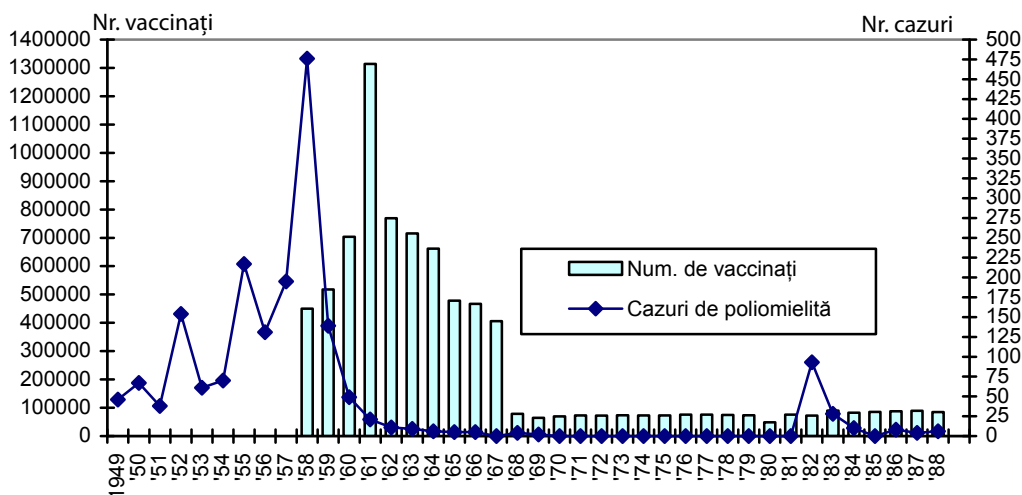
În plan istoric se cunoaște că boala avea o răspândire încă din timpurile vechi. Săpăturile arheologice denotă că, probabil, a afectat populația țărilor Orientului Vechi. Încă Hipocrate a descris o erupție de maladie asemănătoare poliomielitei paralizante. Prima descriere științifică din secolul XIX aparține medicului-ortoped german Heine (1840), pediaterul suedez Medin (de unde și altă denumire – boala *Heine-Medin*) a descris în 1890 o mare epidemie a acestei maladii în Stohgholm, iar Landchteiner și Popper în 1908 au demonstrat originea virotică a ei [6].

Epidemii de proporții au avut loc la sfârșitul secolului XIX și în prima jumătate a secolului XX în SUA, Anglia, în mai multe țări europene, inclusiv în Republica Moldova.

Deși în multe țări erau cunoscute și implementate vaccinurile *Solk* și *Sabin*, omenirea cunoaște numeroase epidemii de proporții ale acestei boli infecțioase. În 1988, în lume au fost înregistrate 35 mii cazuri de poliomielită cu consecințe grave și în același an Organizația Mondială a Sănătății aprobă rezoluția de lichidare a poliomielitei în lume către anul 2000.

Referitor la Republica Moldova, primele date statistice cu privire la cazuri de poliomielită țin de anul 1948, când au fost înregistrate 46 de cazuri sau 2,2 la 100 mii de locuitori (vezi tabelul 1). În anii următori, numărul de bolnavi de poliomielită crește și în 1955 se înregistrează 217 cazuri, iar în 1958 – 476 sau 17 la 100 mii locuitori. Acesta a fost cel mai înalt nivel al morbidității prin poliomielită în perioada de până la începutul campaniei de vaccinare antipoliomielitică [7].

Morbiditatea prin poliomielită atacă în principal copiii de fragedă copilărie, mulți din ei decedând. Într-un document al arhivei CNȘPMP (nr. 01-8 din 1982) găsim informație zguduitoare, tragică pentru părinți și societate, care denotă că din cei 92 de bolnavi de poliomielită 67 (circa 73%) erau copii până la 14 ani, inclusiv copii până la 2 ani 76,3% [5].



Evoluția procesului epidemic al poliomielitei în funcție de numărul de vaccinați.

Abia în anul 1958 în practica combaterii poliomielitei este introdusă vaccinarea cu vaccinul format *Solk*, iar din 1960 a căpătat aplicare largă vaccinul viu atenuat *Sabin* administrat pe cale orală, având o acțiune mai eficientă.

Conform datelor de care dispunem, declanșarea vaccinării copiilor de vârstă de la 2 luni și până la 3 ani a avut loc chiar în anul 1958, fiind vaccinați 450139 și revaccinați 67250, iar pe parcursul anului 1959 au fost vaccinați 517654 și revaccinați 103645 copii. Mai apoi, din an în an numărul celor vaccinați crește și în 1961 atinge numărul de 1314279, ceea ce a contribuit la reducerea morbidității până la cazuri unice și neînregistrarea lor începând cu anul 1970 (vezi diagrama).

Vaccinarea în masă contra poliomielitei a contribuit la formarea unei imunități stabile față de această boală infecțioasă la majoritatea populației, indiferent de vârstă. Astfel, în serul sangvin recoltat la sfârșitul anului 1970 – începutul anului 1971 de la persoane de vârstă de la 1 an până la 50 de ani au fost determinați anticorpi pentru primul tip de agenți patogeni ai poliomielitei în 87,9% din cazuri, pentru cel de al doilea – în 98,5% din cazuri și pentru cel de al treilea – în 93,9% din cazuri [3].

Poliomielita: numărul de cazuri, vaccinări și revaccinări în perioada 1949-2008

Anul	Num. cazuri abs.	Num. vaccinări	Num. revaccinări
1949	46	0	0
1950	67	0	0
1951	38	0	0
1952	154	0	0
1953	61	0	0
1954	70	0	0
1955	217	0	0

1956	131	0	0
1957	195	0	0
1958	476	450139	67250
1959	139	517654	103675
1960	49	703688	0
1961	21	1314279	0
1962	11	769146	0
1963	9	715348	0
1964	6	661763	0
1965	5	478024	469201
1966	5	466623	0
1967	0	405759	138414
1968	4	78379	324279
1969	2	64291	240668
1970	0	69376	398482
1971	0	72848	481165
1972	0	72264	339396
1973	0	73264	339995
1974	0	72731	342437
1975	0	72838	342347
1976	0	75587	337177
1977	0	75533	346703
1978	0	74604	331052
1979	0	73416	271970
1980	0	48459	274643
1981	0	75826	261000
1982	93	72319	271400
1983	28	89997	475643
1984	10	82474	290559
1985	0	85493	289584
1986	8	87589	285402
1987	4	89187	281034
1988	6	84867	306325
1989	1	79003	301618
1990	0	75103	315465
1991	0	70983	355899
1992	1	62933	270105
1993	0	65100	274610
1994	0	59966	145366
1995	0	69474	145141
1996	2	57732	140761
1997	0	49963	130706
1998	1	43464	116270
1999	0	65135	244752
2000	0	61646	204942
2001	0	46424	61392
2002	0	40466	91230
2003	0	40646	90957
2004	0	40287	84946
2005	0	34932	83218
2006	0	40756	82112
2007	0	40922	84762
2008	0	41128	73811

Cercetările întreprinse în anii ce au urmat au scos la iveală un nivel tot atât de înalt al imunității față de poliomielită: pentru primul tip serologic au

fost determinați anticorpi la 80,2% din numărul total de persoane examinate, pentru cel de al doilea – la 97,9%, și pentru cel de al treilea tip serologic – 92,2% din totalul de persoane examinate [4].

Subsemnatul a fost antrenat direct, la nivel republican, ca responsabil de vaccinarea copiilor contra poliomielitei prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 67 din 26 martie 1964 *Об иммунизации детского населения республики против полиомиелита*, care prevedea vaccinarea copiilor până la 8 ani. Numai în 9 luni ale anului 1964 au fost vaccinați 661763 de copii. În anii ce au urmat (1968-1979) numărul celor vaccinați se menține la nivelul copiilor nou-născuți (circa 70-75 mii), ceea ce a contribuit practic la neînregistrarea cazurilor de poliomielită (*vezi diagrama, tabelul*). Apoi, probabil, rezultatele obținute ne-au jucat festa: pe parcursul anilor 1970-1981 nu a fost înregistrat nici un caz de poliomielită și numărul vaccinărilor se reduce în anul 1980 până la 48459 și a celor revaccinați până la 274643, în comparație cu peste 73-75 mii și 330-346 mii respectiv în anii precedenți (*vezi tabelul*).

Această situație, probabil, a contribuit la creșterea ponderii copiilor neimuni și la erupția de poliomielită, în anul 1982 înregistrându-se 93 de cazuri. În anii ce au urmat se intensifică vaccinarea copiilor până la circa 90 mii și revaccinarea până la 475,6 mii în anul 1983, menținându-se la acest nivel în perioada următoare. Aceste măsuri au contribuit la reducerea morbidității până la cazuri unice în anii 1989-1998 (5 cazuri) și la neînregistrarea acestui flagel pe parcursul ultimilor 10 ani.

Cercetările efectuate în anii 2007-2008 au demonstrat că în grupul copiilor de vârstă 1-10 ani anticorpii la tipul 1 au fost depistați la 78,8%, la tipul 2 – 80,8%, la tipul 3 – 71,7%, iar la cei de vârstă 11-18 ani respectiv la 64,8%, 66,5% și 46,0%, nivele semnificativ mai joase decât la primul grup. E îngrijorător faptul că în grupul de 11-18 ani la 29,5% lipsesc anticorpii la toate cele 3 tipuri, iar 28,4% au anticorpi la unu sau două serotipuri [1].

Așadar, lichidarea poliomielitei în republică a fost posibilă datorită efectuării profilaxiei specifice în rândurile contingentelor de populație care reprezintă un real pericol din punct de vedere epidemiologic. Dar pericolul de înregistrare a cazurilor noi mai persistă din două motive. Primul este de ordin biologic. Astăzi mai rămâne în vigoare concepția că pot fi cazuri accidentale în urma vaccinării cu vaccin viu atenuat (poliomielita postvaccinală). Al doilea este de ordin social-epidemiologic. Deși în anul 1988,

la a 41-a sesiune a OMS a fost aprobată rezoluția privind eradicarea poliomielitei în lume către anul 2000, astăzi mai rămân endemice Pakistanul, India, Nigeria și Afganistanul, în alte 5 țări (Niger, Ciad, Congo, Sudan și Angola) se înregistrează izbucniri de poliomielită. Deci poliomielita poate fi importată și poate afecta persoanele neimune. Pentru a evita complicațiile epidemiologice, se recomandă acoperirea cu vaccinare a peste 95% din populația eligibilă. În Republica Moldova, pe parcursul mai multor ani acest indice depășește 95%, situație destul de bună care a contribuit la lipsa cazurilor de poliomielită pe parcursul ultimilor 10-12 ani și a servit ca argument OMS pentru a ne certifica în anul 2000 ca țară lipsită de poliomielită alături de toate țările europene apreciate libere de poliomielită în anul 2002. Perspectivele lichidării acestui flagel în lume sunt promițătoare. Conform directorului Programului de lichidare a poliomielitei Bruce Ayward, acest scop poate fi atins în anul 2009.

Bibliografie

1. Apostol M., Ghidirim V., Melnic A., Spănu C., *Imunitatea la poliomielită evaluată în anii 2007-2008*, în *Epidemiologia și microbiologia. Materialele congresului VI al igieniștilor, epidemiologilor și microbiologilor din Republica Moldova*, Chișinău, 2008, p. 206-208.
2. Chiotan Mircea, *Boli infecțioase*, București, Editura Națională, 2002, p. 286-297.
3. Гидирим В. Н., Анина-Радченко Н. Д., Ворошилова М. К., *Иммуноструктура к полиомиелиту у отдельных групп населения Кишинева и части районов МССР*, în *Актуальные вопросы гигиены и эпидемиологии*, Кишинев, 1972, 200 p.
4. Гидирим В. Н., Яровой П. И., *Состояние иммунитета к полиомиелиту у некоторых районов МССР*, în *Здравоохранение*, Кишинев, 1976, № 4, p. 41.
5. Марин С. В., Гидирим В. Н., *Эпидемиологическая характеристика заболеваемости полиомиелитом в республике в 1982-1985 годы*, în *Проблемы эпидемиологии, микробиологии и паразитологии*, Кишинев, 1987, с. 150-151.
6. Шувалова Е. П., *Инфекционные болезни*, Москва, 2005, с. 148-153.
7. Яровой П., *Боль ынвинсе*, Кишинэу, 1980, п. 216.

Prezentat la 22.06.2009

Ștefan PLUGARU¹, Svetlana PRUDNICIONOC²,
Alexandru CALANCEA¹,
Olga COTEȚ², Elena ZARICIUC²

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
N. Testemițanu,

²Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Preventivă

LISTERIILE ȘI LISTERIOZA

Summary

Listerias and listeriosis (general aspects)

Listerias and its adjacent sicknesses are widely spread. In order to find listerias, in the republic of Moldova, laboratory researches are not conducted and the epidemiology and the role of the listerias within the marginal pathology are not studied. The majority of the specialists are not enough informed about the biology of the listerias, their role, in the infectious pathology and about contemporan microbiological methods of the diagnosis of the listerioses.

In this work-research we provide the contemporan classification of listerias we describe their morphobiological properties, including the morphology, their cultural and biochemical properties, their antigen structure, the factors of pathogen, the stability towards environment factors, we describe the sources of infection and the tools of transmission, the pathogenesis and the clinical forms.

In the section of microbiological diagnosis we give a research – list of the samples from, the environment and from the sick persons, we indicate the methods of the laboratory diagnosis, and we present the main tests for determining the gender and for making the difference between the forms. In conclusion its a description of actual situation in Republic of Moldova.

Key words: *marginal pathology, classification of listerias, factors of pathogen, sources of infection, clinical forms.*

Резюме

Листерии и листериоз

Листерии и вызываемые ими заболевания имеют повсеместное распространение. В Республике Молдова лабораторные исследования на выявление листерий не проводятся, эпидемиология и роль листерий в краевой патологии не изучены. Основная масса специалистов недостаточно информированы относительно биологии листерий, их роли в инфекционной патологии и в вопросах современных микробиологических методов диагностики листериозов.

В настоящей работе дана современная классификация листерий, описаны их морфобиологические свойства, включая морфологию, культуральные, биохимические свойства, антигенная структура, факторы патогенности, устойчивость к факторам внешней среды, описаны источники инфекции и механизмы передачи, патогенез и клинические формы.

В разделе микробиологической диагностики перечислены материалы исследуемые из внешней среды и от больного, указаны методы лабораторной диагностики, представлены основные тесты для определения рода и дифференциации видов. Описывается ситуация по данной проблеме в Республике Молдова.

Ключевые слова: *листерии, краевая патология, факторы патогенности, источники инфекции, патогенез, клинические формы.*

Introducere

Listeriile reprezintă microorganisme condiționat patogene, care pot cauza infecții grave la persoanele receptive. Germenii au fost descriși pentru prima dată în anul 1926 de către E.S. Murray, R. Webb, M. Swann, fiind izolați din sângele cobailor și a iepurilor infectați în timpul unei epizootii care a avut loc în crescătoria Universității din Cambridge (Anglia). Agentul izolat a fost numit *Bacterium monocytogenes*, din cauză că determina o monocitoză în sângele periferic.

În 1927 J. H. Pirie a izolat același agent de la unele rozătoare, în special de la popândăi, în Africa de Sud. Agentul care afecta grav ficatul a fost numit *Listerella hepatolytica*, în cinstea renumitului chirurg J. Lister. În 1940 este propusă denumirea speciei *Listeria monocytogenes*, care se păstrează și în prezent.

Agentul a fost izolat de la om pentru prima dată de către A. Nyfeldt în anul 1929, în cazul unei angine monocitare. Boala cauzată de acest agent se numește *listerioză*. A.F. Bilibin în 1949 descrie *listerioza* la om în Rusia, în cazul unei meningoencefalite cauzate de listerii. În 1950 *listerioza* este depistată în România de către V. Volintir, C. Ungureanu, V. Roșca la animale, iar în 1959 listeriile sunt izolate de la om în cazuri de angine, meningite, encefalite.

Clasificarea listeriilor

Conform determinantului Bergey's manual of systematic bacteriology, 2001, listeriile sunt apreciate în clasa *Bacilli*; ordinul *Bacillales*, familia *Listeriaceae*, genul *Listeria*, care reunește specii cu rol în patologia umană: *L. monocytogenes* (specia-tip) și *L. ivanovii*, precum și specii saprofite: *L. innocua*, *L. welshmeri*, *L. seeligeri*, *L. grayi*, *L. murrayi*, *L. denitrificans*.

L. monocytogenes se diferențiază în 16 serovariante și 8 fagovaruri. Sero-

varurile 1, 3, 4 se divizează în subvariante. 90% din toate cazurile de listerioză la om sunt cauzate de serovariantele 1 și 4. În Europa de Est se depistează subvariantele 1/2a, 1/2b. În Europa Occidentală și SUA – 4a și 4b.

Caracteristica morfobiologică a listeriilor

Listeriile reprezintă bastonașe scurte, uneori cocobacterii (în culturi vechi – filamente), dispuse în lanțuri scurte (câte 3-5 exemplare din colonii R) sau sub aspect de palisadă, solitar, litere latine V, Y (din colonii S). Sunt mobili (peritrihi în culturi crescute la 18-22°C) și imobili (la 37°C și 4°C). Nu formează spori, capsulă. Se colorează gram pozitiv.

Sunt anaerobi facultativi, mezofili, însă se multiplică și la temperaturi joase, inclusiv în frigider. Se cultivă și pe medii uzuale, dar se multiplică lent. Creșterea este favorizată în medii de cultură artificiale solide, suplimentate cu glucoză, glicerină, extract de drojdii, ser, țesut hepatic.

Pentru inhibarea microflorei asociate sunt recomandate medii speciale selective cu antibiotice, coloranți, clorură de litiu, feniletanol ș.a. Aceleași suplimente se utilizează și în medii lichide pentru acumularea listeriilor, care se realizează la 30°C timp de 24-48 de ore. Acumulările la temperatura frigiderului și la 37°C necesită timp îndelungat (până la 7-10 zile și mai mult).

În prezent, diferite firme, inclusiv *Hi Media*, propun 13 variante de medii utilizate pentru cultivare, acumulare și diferențiere a listeriilor. Sunt recomandate mediile:

- agarul nutritiv și bulionul nutritiv cu 1% glucoză;
- geloză-tripton cu soie și extract din drojdii, hidrolizat de cazeină, glucoză (TSYEA) sau bulion cu aceeași ingrediente (TSYEB);
- bulionul Freizer – mediul selectiv care conține hidrolizat de cazeină, peptonă, extract apos din carne, extract de drojdii, esculină, componenți selectivi – acid nalidixic, acriflavină, hidroxid de sodiu pentru îmbogățirea primară, iar în concentrație dublă – pentru acumularea ulterioară a culturii pure;
- PALCAM – agar (polimixină – acriflavină – clorură de litiu – ceftazidimă – esculină – manitol – agar) – mediu selectiv, diferențial diagnostic pentru izolarea listeriilor;
- Oxford – agar, care conține peptonă de origine animalieră, amidon din porumb, clorid de sodiu, esculină, clorid de litiu, citrat feric amoniacal, glucoză agar. Componentele selective sunt acriflavina, plomixina B, ceftazidima. Este un mediu selectiv, diferențial diagnostic pentru izolarea listeriilor;

- mediu pentru determinarea lecitinazei – conține cărbune activat, suspensie de gălbenuș de ou;
- geloză sânge (cu sânge defibrinat de ovine) pentru determinarea hemolizei.

Listeriile formează colonii forma S sau R. Pe agarul Oxford coloniile sunt negre, iar pe mediul PALCAM coloniile au diametrul de 2 mm, de culoare verde-surie, cu centrul negru concav și halou negru pe fondul roșu al mediului. Înnegrirea coloniilor pe aceste medii se explică prin capacitatea listeriilor de a hidroliza esculina până la esculină care, reacționând cu sarea de fier, formează un sediment negru.

Pe geloză sânge listeriile formează o zonă îngustă de hemoliză completă (β).

Pe geloză semilichidă (0,2-0,4%) listeriile cresc sub aspectul unei „umbre inversate”.

În bulionul glucozat sau triptonizat culturile de listerii formează un sediment floconos, iar la o incubare prelungită se determină un depozit dens și aderent, care la agitare se ridică sub formă de tirbușon.

Listeriile sunt **biochimic** destul de active față de multiple glucide și alcooli poliatomici. Fermentează până la acid (fără gaz) glucoza, maltoza, ramnoza, levuloza, esculina, salicina; numai o parte din tulpinile izolate fermentează lent zaharoza, glicerina și lactoza.

Nu produc indol, nu coagulează laptele, hidrogen sulfurat se formează numai în medii care conțin aminoacizi cu sulf. Sunt catalazopozitive și oxidazonegative.

La listerii au fost puse în evidență 14 antigene somatice (O) termorezistente și 5 antigene flagelare termolabile, combinația dintre care face posibilă diferențierea lor în 16 serovariante și în subserovaruri descrise mai sus.

Factorii de patogenitate sunt prezentați la listerii prin **internalină** – o proteină membranară care facilitează pătrunderea bacteriilor în macrofagi și endoteliocite; **listeriolizina O** – o hemolizină, factorul principal de virulență; **fosfolipaze** cu rol în adeziune și invazie (penetrează peretele celular și pătrund în celule fiind protejate de acțiunea anticorpilor); generațiile descendente prin mecanisme speciale dereglează mobilitatea macrofagilor, determinând acumularea lor în sângele periferic.

Listeriile au o răspândire cosmopolită, fiind rezistente în mediul extern. Persistă 1-2 ani în stare uscată în sol (bălegar) și circa 3 ani la temperatura camerei. În apă rezistă până la un an. Suportă ușor temperaturile joase și se multiplică la temperaturi de refrigerare.

Sunt rezistente la mulți agenți chimici folosiți ca substanțe inhibitoare pentru microflora asociată

în procesul de izolare a listeriilor. Ele posedă o rezistență stabilă la acidul nalidixic și polimixina B.

Listerioza este o boală infecțioasă zoantropoză, determinată de listerii și caracterizată printr-un variat polimorfism al manifestărilor clinice și o mortalitate crescută printre nou-născuți și persoanele imunocompromise.

Agentul cauzal al listeriozei a fost izolat de la peste 90 de specii de animale sălbatice și domestice:

- de la multiple specii de rozătoare (șoareci de câmp, chițcani, șoareci de casă, șobolani cenușii ș.a.);
- de la iepuri, vulpi, nurci, veverițe, enoți, cerbi, mistreți;
- de la animale domestice (porci, bovine, oi, capre, cai, câini, pisici);
- de la păsări (gâște, găini, rațe, curci, porumbei, papagali, canari);
- de la pești și nevertebrate;
- din diferite substraturi naturale (sol, noroi, ape de canal, furaje; din alimente – lapte, ouă, carne și alte produse obținute de la animale bolnave).

Sursa infecției o constituie animalele bolnave și cele purtătoare de listerii, care elimină agentul cu urina, excrementele, secretul nazal, laptele și lichidul amniotic. Animalele se infectează pe cale alimentară și transmisivă prin intermediul artropodelor hematofage și în special a căpușelor.

Căile și condițiile principale de contaminare a omului cu listerii sunt diferite:

- *alimentară* – prin utilizarea produselor contaminate, insuficient prelucrate termic sau fără prelucrare termică (carne, produse din carne, produse lactate, pește, produse marine, legume, înghețată ș.a.);
- *contact direct* prin tegumente și membrane mucoase în rezultatul nerespectării regulilor de igienă personală în timpul îngrijirii animalelor și păsărilor bolnave, la contactul direct cu carnea crudă, prin intermediul produselor lactate contaminate în perioada fabricării și în condiții casnice;
- *aerogenă* – în timpul lucrului cu nutrețurile contaminate;
- *transmisivă* – prin mușcăturile căpușelor și altor insecte hematofage infectate;
- *transplacentală* – de la mame bolnave sau în timpul nașterii.

Listeriile pătrund în organismul omului prin membranele mucoase ale cavității bucale, căilor respiratorii, prin tegumentele lezate. Pe cale limfogenă listeriile diseminează la început în ganglionii limfatici, apoi în organele parenhimatoase (amigdale, ficat,

splină, suprarenale, creier), în care se dezvoltă granulome – listeriome cu necroză în centru. Intoxicarea și răspândirea limfogenă determină formele clinice și generalizarea posibilă a procesului infecțios.

Sunt descrise diferite forme clinice: anginozo-septică; oculoglandulară; septico-tifoidă; forme nervoase (meningite, encefalite, meningoencefalite); listerioza cutanată, caracteristică lucrătorilor din veterinarie. Primele trei forme au o evoluție benignă. Formele nervoase, în lipsa tratamentului adecvat, determină o letalitate de 50-70%. În listerioza gravidelor în 80% din cazuri se nasc copii morți.

În funcție de evoluția formelor clinice de boală, se deosebesc forme acute, subacute, cronice.

Diagnosticul de laborator

Examenului microbiologic sunt supuse diverse obiecte ale mediului și biosubstrate:

- produse alimentare: de origine animalieră (carne și produse din carne, lactate, cașcavaluri, brânză, produse acidolactice, unt); de origine vegetală (legume, produse finite și semifabricate din legume);
- obiecte din mediu (solul, apele de suprafață, apele reziduale, cele din fântâni);
- lavaje de pe suprafața interioară a frigiderelor și utilajului din rețeaua de comerț;
- furaje;
- de la bolnavi se recoltează biosubstrate în funcție de forma clinică: sânge, lichid cefalorahidian, mucozități rinofaringiene, punctat din ganglionii limfatici, secret vaginal; de la nou-născuți – meconiu; de la decedați se examinează fragmente de țesuturi (creier, splină, ficat, ganglioni limfatici).

Metodele examenului microbiologic

Microscopia are o valoare secundară din cauza polimorfismului listeriilor. În cazul meningitei listerioase în frotiuri din lichid cefalorahidian listeriile se pot detecta în aproximativ 40% din cazuri. Microscopia este mult mai utilă pentru studierea organelor animalelor decedate sau a nou-născuților decedați de listerioză. Frotiurile-amprente se fixează prin metode chimice și se colorează Gram sau Giemse. Listeriile se evidențiază sub forma unor bastonașe scurte, groase, gram pozitive, uneori ca filamente aranjate solitar sau în grupuri.

Izolarea și identificarea culturii pure. Listeriile se izolează utilizând mediile de cultură descrise mai sus.

Testul CAMP (Christie, Atkins, Munch, Petersen) constă în capacitatea *L. monocytogenes* și *L. ivanovii* de a produce un factor difuzibil, care acționează

sinergic cu β -lizina stafilococică, determinând liza completă a hematiliilor de ovine sau bovine. Pentru *L. monocytogenes* se folosește *S. aureus*, iar pentru *L. ivanovii* – *Rhodococcus equi* din familia *Nocardiaceae*. Se pot utiliza discuri din hârtie de filtru, impregnate cu β -lizină stafilococică.

Identificarea serologică: cultura pură se testează în RA cu antiseruri ale serovariantelor 1 și 4 (mai frecvent izolate de la om). Tipizarea moleculară se realizează în PCR. Se utilizează test-sisteme care permit determinarea *L. monocytogenes* virulente în substrat biologice de la bolnavi, în lapte și alte produse alimentare.

Anticorpii la bolnavii cu listerioză pot fi detectați din a doua săptămână de boală în RFC cu antigen standard (titrul diagnostic 1:5 și mai mult).

În Republica Moldova morbiditatea printre animale nu este studiată. Nutrețurile, materia primă, produsele de proveniență vegetală și animală, alte obiecte ale mediului nu se supun controlului de laborator pentru depistarea listeriilor. Nu se efectuează nici supravegherea sanitaro-epidemiologică a infecției menționate.

Morbiditatea cu listerioză printre persoanele mature, copii și femei gravide la fel nu este studiată, diagnosticul de laborator nu este implementat în practica laboratoarelor bacteriologice.

În prezent, în laboratorul de microbiologie sanitară a Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă se efectuează cercetări microbiologice ale obiectelor mediului, inclusiv ale produselor alimentare în scopul depistării microorganismelor din genul *Listeria*. Rezultatele obținute vor permite argumentarea necesității introducerii în Standardul național a *L. monocytogenes* ca un indicator microbiologic de impurificare a produselor alimentare.

De asemenea, se presupune elaborarea unor recomandări metodice cu privire la depistarea agentului în cauză.

Tabelul 1

Teste pentru determinarea genului *Listeria*

Teste	Reacția
Mobilitatea la temperatura camerei	+
Catalaza	+
Hidrogen sulfurat	-
Acid din glucoză	+
Producerea indolului	-
Utilizarea citratului de sodiu	-
Ureaza	-
Voghes-Proskauer	+
Reacția cu roșu de metil	+

Legenda: „+” – reacție pozitivă; „-” – reacție negativă.

Tabelul 2

Teste pentru diferențierea speciilor

Specii	Caractere											
	Fermentare				CAMP		Hidroliza			Mobilitatea	Acetoina	Roșu de metil
	Manitol	Xiloza	Ramnoza	Hemoliza	<i>S. aureus</i>	<i>S. equi</i>	Catalaza	Esculina	Hipurat			
<i>L. monocytogenes</i>	-	-	+	+	+	V	+	+	+	+	+	+
<i>L. ivanovii</i>	-	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+
<i>L. seeligeri</i>	-	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+
<i>L. innocua</i>	-	-	V	-	-	-	+	+	+	+	+	+
<i>L. weshimeri</i>	-	+	V	-	-	-	+	+	+	+	+	+
<i>L. grayi</i>	+	-	V	-	-	-	+	+	+	+	+	+

Legendă: „+” – reacție pozitivă; „-” – reacție negativă; „V” – reacție variabilă.

Bibliografie

- Bălbău N. Pozsgj, *Bacteriologia medicală*, București, 1985, p. 593-600.
- Buiu Dumitru, Neguț Marian, *Tratat de microbiologie clinică*, București, 1999, p. 689-695.
- Catimet B., Rocourt J., *Listeria. Protocole des travaux pratiques.*, Inst. Pasteur, Paris, 1994, p. 1-32.
- Roșca V et al., *Unele aspecte ale listeriozei umane*, în *Viața medicală*, 1970, nr. 9, p. 403.
- Voiculescu Marin Gh., *Boli infecțioase*, vol.2, București, 1990.
- Volintir V., Ungureanu C., *Identificarea listeriozei la animale în RPR.*, în *An. IPIA*, 1950, nr. 2, p.162.
- Алешукина А. В., *Медицинская микробиология*, Ростов на Дону, 2003, с. 278-284.
- Воробьев А.А., Кривошеин Ю.С., Ширококов В.П., *Медицинская и санитарная микробиология*, Москва, 2003, с. 178-181.
- Москаленко В.Ф., *Биологические свойства и патогенный потенциал листерий, циркулирующих на Украине*, 2003.
- Поздеев О.К., *Медицинская микробиология*, Москва, 2001, с. 305-309.
- Тартаковский И.С., Малеев В.В., Ермолаева С.А., *Листерии: роль в инфекционной патологии человека и лабораторная диагностика*, Москва, 2002.

Prezentat la 19.05.2009

ERGONOMIA LOCULUI DE LUCRU
AL COPILULUI LA COMPUTER

Cătălina CROITORU^{1,2}, Gheorghe OSTROFEȚ^{1,2},
Elena CIOBANU¹, Vera POPOVICI³,
Inna CUCERENCO¹, Nadejda RUSSU¹

¹USMF Nicolae Testemițanu, ²Centrul Național
Științifico-Practic de Medicină Preventivă,

³Centrul de medicină preventivă Edineț

Summary

Computer workplace ergonomics for children

The massive new wave of information, advertising, use of computer technologies, computer games affect education, perception of the world and children's health.

The study includes the analysis of 552 questionnaires completed by 7th grade pupils from 10 schools in Chisinau. The study reveals that 76,4 percent of the computer workplaces are equipped with special tables for computers of which 92,4 percent have keyboard trays. It shows that 59,2 percent of pupils use functional chairs, 69,6 percent of which have armrests. Only half of the computer workplaces for pupils (49,5 percent) were placed near a natural source of light. Among these workplaces 31,3 have the natural source of light falling from the right side.

Thus, it has been established that a significant number of pupils work in ergonomically incorrect computer workplace set-ups.

Key words: computer, workplace ergonomics.

Резюме

Эргономия рабочего места ребенка за компьютером

Новый массивный поток информации, рекламы, использование компьютерных технологий, распространение компьютерных игр затрагивают образование и здоровье ребенка, а также восприятие им окружающего мира. Данное исследование содержит анализ 552 анкет, заполненных учениками VII-ых классов десяти школ г. Кишинэу. Было установлено, что специальными компьютерными столами оснащены 76,4% рабочих мест и 92,4% из них имеют поддержку для клавиатуры. Функциональный стул используют 59,2% учеников, 69,6% стульев имеют подлокотники. Всего у половины (49,5%) учеников компьютер расположен вблизи источника естественного освещения. Естественное освещение поступает с правой стороны у 31,3% детей. Таким образом было выявлено, что у значительного числа детей рабочее место организовано неправильно.

Ключевые слова: компьютер, эргономия рабочего места.

Introducere

Dezvoltarea intensă a tehnologiilor informaționale computerizate și implementarea lor în procesul de studii au un impact considerabil asupra personalității copilului contemporan. Fluxul informațional masiv, publicitatea, utilizarea tehnologiilor noi, răspândirea jocurilor pe calculator influențează educația, perceperea lumii înconjurătoare și sănătatea copilului [5, 6].

În plină revoluție tehnologică, „bombardați” de cantități imense de informații care ne depășesc capacitatea de asimilare, suntem nevoiți să ne petrecem foarte mult timp în fața computerului. Ar putea oare cineva să prevadă care vor fi implicațiile medicale ale acestor transformări într-un ritm atât de accelerat? Răspunsul la această întrebare, deși se întrevede, este destul de controversat.

Nu putem da vina numai pe monitoare sau celelalte echipamente ale computerului, pe care nu le putem exclude din viața noastră. Dar putem să ne schimbăm stilul de lucru sau să fim mai atenți la acele momente pe care până acum nu le-am considerat decât detalii fără importanță [3, 7, 8].

Material și metode

Studiul a cuprins chestionarea a 905 elevi din clasele a VII-a din 10 școli ale or. Chișinău. A fost aplicat un chestionar completat de elevi, ce cuprinde 21 de întrebări legate de utilizarea computerului. De fapt este vorba de 2 întrebări cu mai multe subîntrebări. Răspunsuri la aceste două întrebări au fost găsite în 552 de chestionare – au răspuns cei ce au computer la domiciliu. Prelucrarea statistică a rezultatelor a fost efectuată cu ajutorul procesorului tabelar *Microsoft Excel*.

Rezultate și discuții

Poziția incorectă poate cauza probleme ortopedice ca dureri dorsale, tensiune în regiunea occipitală și a umerilor, în regiunea articulațiilor cubitală, a mâinilor și coxofemurală. Ținuta corporală corectă presupune așa o poziție în care antebrațul și brațul formează un unghi de 90°, iar brațele ocupă o poziție naturală. Măinile trebuie să formeze o linie dreaptă cu antebrațul; antebrațul și mâna trebuie să fie sprijinite pe o suprafață orizontală. Coapsele trebuie să fie paralele solului, iar picioarele să stea drepte pe podea sau pe un suport special.

Aceste cerințe pot fi realizate când înălțimea mesei de lucru corespunde indicilor antropometrici ai persoanei ce lucrează la computer, masa de lucru posedă suport pentru claviatură, scaunul are suprafețe de sprijin pentru antebrațe

și este funcțional, adică înălțimea scaunului poate fi reglată în funcție de talia elevului.



Scaunul de lucru se consideră corespunzător cerințelor dacă are următoarele caracteristici: o bază formată din 5 picioare dispuse în formă de cerc; un șezut reglabil cu o înălțime de 42-51 cm., acoperit cu un material permeabil aerului, spatele scaunului trebuie să ofere o susținere lombară

reglabilă, să posede un susținător reglabil pentru coate (vezi imaginea) [1, 9].

Pentru a determina care dintre aceste condiții se respectă, în chestionar au fost incluse un șir de întrebări care se referă la ergonomia locului de lucru al elevului la computerul de la domiciliu și părerile subiective ale elevilor referitor la amenajarea locului de muncă. La aceste întrebări au răspuns cei 552 de elevi care au computer la domiciliu [2, 8].

Din numărul total de răspunsuri la compartimentul amenajării locului de muncă reiese că 76,4% locuri de muncă sunt amenajate cu masă pentru computer și 92,4% din aceste mese au suport pentru claviatură. 59,2% din elevi folosesc un scaun funcțional, adică înălțimea lui se reglează conform necesităților; 69,6% din scaune au suporturi pentru antebraț. Este uimitor faptul că nu toți elevii folosesc scaun cu spetează – 4,7% din ei au scaune fără spetează.

Dacă nu toți copiii au scaun funcțional la locul de lucru, atunci ei trebuie să folosească suport pentru picioare, astfel ca gamba și coapsa să fie sub un unghi de 90°, conform cerințelor fiziologice ale organismului. Din cei 195 de elevi ce nu folosesc scaun funcțional utilizează suport pentru picioare doar 130 (66,7%).

Conform recomandărilor igienice, lumina trebuie să cadă spre locul de muncă lateral, și nu din spatele sau fața monitorului, pentru a evita reflexiile suplimentare. Contrastul lumină/umbră trebuie să fie echilibrat, în zona de reflexie a monitorului nu trebuie să fie nici o suprafață luminoasă, geamul e bine să se afle în câmpul vizual [1, 2, 4, 9].

Numai la jumătate din elevi (273, adică 49,4%) masa de lucru la computer este aranjată în apropiere de sursa naturală de lumină, adică lângă geam; la 41,7% (230) elevi masa de lucru se află într-un colț

al camerei și la 8,9% (49) – la mijlocul camerei (figura 1). Lumina naturală cade din partea stângă la locul de lucru numai la 249 (45,1%) locuri de lucru, la 173 (31,3%) locuri – din partea dreaptă, la 67 (12,1%) – din spatele calculatorului, iar la 57 (10,3%) locuri de muncă lumina cade din spatele elevului, adică direct pe ecranul computerului, ceea ce este categoric contraindicat (figura 2). La 6 (1,1%) locuri de lucru din cele 552 computerul este amplasat într-o încăpere unde lipsește lumina naturală (antreu, încăpere auxiliară).

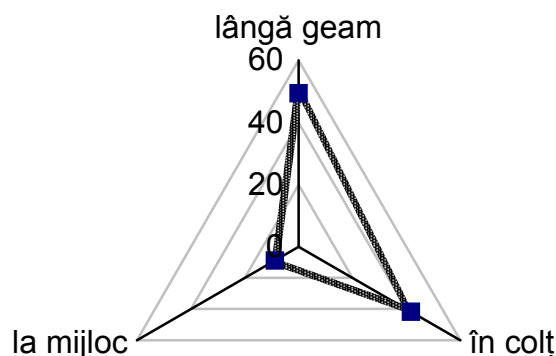


Fig. 1. Locul amplasării mesei de lucru pentru computer.

Conform cerințelor igienice, la locul de lucru cu utilizarea computerelor este importantă prezența luminii locale suplimentare [5, 8]. Din chestionarele cercetate am dedus că lampa de masă este prezentă numai la 55,8% (329 din 552) locuri de muncă.

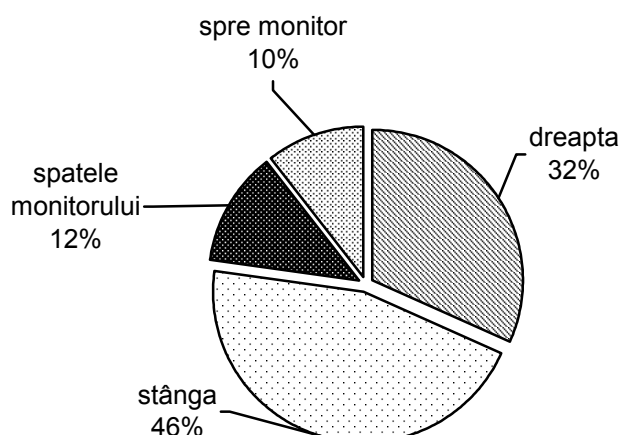


Fig. 2. Direcția de cădere a luminii naturale.

În cadrul studiului realizat a fost cercetată părerea subiectivă a elevilor despre distanța dintre ochi și ecranul monitorului de la care elevul deosebește clar literele, cifrele. Astfel, 1/3 din elevi (33%) consideră că distanța favorabilă de deosebire a textului este de 50 cm, încă 1/3 (27,6%) susțin că deosebesc scrisul de la 70 cm, 80 cm și chiar 1 m. În același timp, un număr considerabil de copii pot deosebi textul scris pe ecranul monitorului de la distanțe mai mici

decît normele admisibile, și anume 23,9% din ei elevi confirmă necesitatea urmării ecranului la o distanță de aproximativ 30 cm și 15,5% – la 40 cm.

La 13,95% din intervievați mijlocul ecranului monitorului este mai sus decât orizontala ochilor, ceea ce contravine cerințelor igienice (unghiul de înclinare este mai mic de 10-15 grade). Această încălcare poate fi cauzată de scaunul cu dimensiuni incorecte sau de faptul că masa are suport special pentru monitor ce se află mai sus de suprafața mesei.

Monitorul trebuie să fie plasat la așa o înălțime încât să permită de a ține gâtul drept. Conform cerințelor igienice, monitorul se plasează la o distanță de 50 (60-80 pentru adulți) cm de la utilizator. Unghiul de vedere trebuie să varieze între 10 și 15 grade (figura 3) [1, 9].

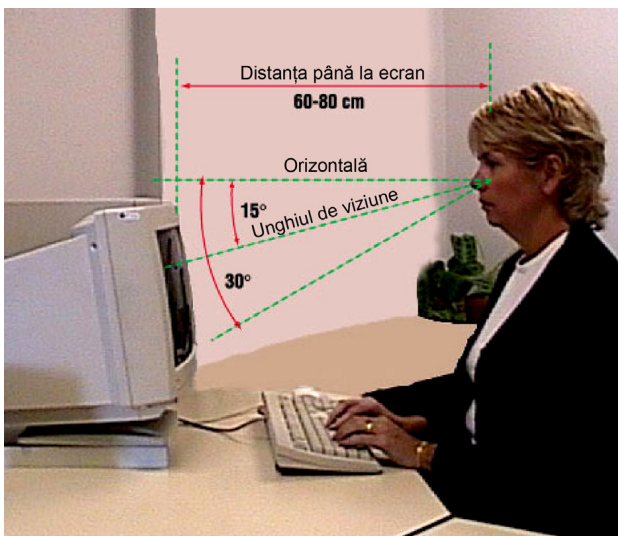


Fig. 3. Poziție corectă de lucru la calculator.

E bine de folosit un susținător de texte, care să fie situat la aceeași înălțime, sub același unghi și la aceeași distanță ca și monitorul. Spațiul de manipulare a șoricelului trebuie să permită mișcări ample, să nu stingherească poziția fiziologică a articulațiilor mâinii [3, 4, 5].

Concluzii

Evoluția tehnică modernă ne surprinde din ce în ce mai mult, creând cele mai diverse condiții ergonomice pentru un post de lucru computerizat și ajustat perfect la parametrii anatomici ai omului. Astfel se reduc până la minim efectele negative ale activității de lungă durată în fața computerului.

Poziția monitorului pe sistemul central (ochii sunt la nivelul mijlocului ecranului) nu permite ob-

ținerea unui unghi de vedere fiziologic, confortabil. Utilizatorul obosește repede ținând prea mult capul înclinat spre dreapta și puțin în sus. Lipsa susținătorului de texte și a spațiului larg de manipulare a șoricelului induce rapid o stare de oboseală prin suprasolicitarea aparatului locomotor al brațului și al regiunii cervicale.

Incomoditățile create de scaunul rigid și necorespunzător parametrilor anatomici creează disconfort în regiunea coloanei vertebrale, limitând durata lucrului la calculator.

Bibliografie

1. *Recomandări metodice cu privire la medicina muncii operatorilor la mașinile electronice de calcul*, Chișinău, 2008, 28.
2. *Автоматизированное рабочее место учащегося: эргономика и гигиена* (В. Бондаровская и др.), în *Информатика и образование*, 1988, nr. 4, p. 71-75.
3. Белозеров А.Е., *Офтальмоэргономика и изображение на мониторе*, în А.Е. Белозеров, *Актуальные вопросы офтальмологии: материалы конф.*, Москва, 2000, p.166-169.
4. ГОСТ Р 52324-2005 (ИСО 13406-2:2001) *Эргономические требования к работе с визуальными дисплеями, основанными на плоских панелях, часть 2. Эргономические требования к дисплеям с плоскими панелями*. Федер. агенство по техн. регулированию и метрологии. Введ. 2005-07-01, Москва, *Стандартинформ*, 2005, 105 с.
5. *Зрительные функции пользователей персональными компьютерами – офтальмоэргonomические аспекты* (Р.Р. Ахмадеев и др.), în *Вестник офтальмологии*, 2001, nr. 4., p. 52-54.
6. Куинджи Н. Н., Степанова М. И., *Современная технология обучения школьников и ее влияние на здоровье*, în *Гигиена и санитария*, 2000, nr. 1, p. 44-48.
7. Навакатикян А.О., *Гигиенические проблемы организации рабочих мест с использованием видеотерминалов ЭВМ* (А.О. Навакатисян, В.В. Кальниш, Т.Н. Григорьянц), în *Гигиена и санитария*, 1989, nr. 9, p. 60-63.
8. *О контроле за условиями труда работающих с персональными электронно-вычислительными машинами, видеодисплейными терминалами и копировально-множительной техникой* (Л.М. Фатхутдинова и др.), în *Казан. мед. журн.*, 2003, nr. 2, p. 144-147.
9. *Санитарные нормы и правила/Гигиенические требования к условиям труда, организации режимов труда и отдыха, работающих с видеодисплейными терминалами и персональными электронно-вычислительными машинами*, Кишинэу, 1999, 36 с.

Prezentat la 16.05.2009

DETERMINANȚII PSIHOSOCIALI
AI SĂNĂȚĂȚII LA ETAPA
ÎNGRIJIRILOR PERINATALE

Dumitru ȘIȘCANU,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Psycho-social determinants of health at the stage of perinatal care

Based on the experience accumulated in the frame of Perinatalogical Consultative Section of the Municipal Clinical Hospital nr. 1, and on the analysis of bibliographical sources, it was made a synthesis of the information regarding health psycho-social determinants at the stage of perinatal care, intended for health experts and social assistants, that offer services for families during pregnancy and after birth. Being proposed as a work tool in medical and psycho-social assistance given to women being in difficulty during pregnancy and after birth.

The systematized framework includes psycho-social determinants of pregnant women health, mothers and new born children. They are important, in the author's vision, for the specific of Republic of Moldova. The up named determinants are: the attitude towards pregnant women, the access to medical services of quality, social statute, behavior, nutrition, attitude of pregnant women towards perinatal care initiation, perinatal care quality, life conditions, psycho-emotional statute, labor, attitude of close persons/community towards pregnant women's needs. The knowledge of psycho-social health determinants of pregnant women and new born children, can offer adequate solutions to problems regarding access to perinatal care and its quality, as well as reduction of social and health risks for mother and child.

Key words: psycho-social health determinants, perinatal care, social factors, perinatal risk, systematized frame

Резюме

Психо-социальные детерминанты здоровья на этапе перинатального ухода

На основании накопленного опыта в Консультативном Отделении I-ой Городской Клинической Больницы г. Кишинэу, а также анализа литературных источников удалось осуществить синтез информации о психо-социальных детерминантах здоровья на этапе перинатального ухода в помощь специалистам из области здравоохранения и социальной защиты населения, вовлеченных в оказание услуг семьям во время беременности и после рождения ребенка.

Систематизированная таблица, предложенная как рабочий инструмент в выявлении основных немедицинских факторов, как благоприятствующих так и с риском для здоровья матери и ребенка, включает основные психо-социальные детерминанты здоровья беременных женщин, рожениц и новорожденных, важных с точки зрения автора для специфики Республики Молдова: отношение к беременности, доступ к качественным медицинским услугам, социальный статус, поведение, питание, отношение беременной к инициированию перинатального ухода, качество перинатальных услуг, жилищные условия, психо-эмоциональный статус, работа, отношение близких/общества к нуждам беременной женщины.

Знание психо-социальных детерминантов здоровья беременных женщин и новорожденных может предложить адекватное решение проблем, касающихся доступа к перинатальным услугам и их качества, а также снижения социальных и медицинских рисков для матери и ребенка.

Ключевые слова: психо-социальные детерминанты здоровья, перинатальный уход, социальные факторы, перинатальный риск, систематизированный подход.

Inegalitățile în accesul la serviciile de asistență medicală, inclusiv în timpul sarcinii și după nașterea copilului, sunt actuale practic pentru toate țările, indiferent de nivelul de dezvoltare social-economică. Chiar și în cele mai dezvoltate state oamenii cu venituri mici trăiesc semnificativ mai puțin și suferă de diferite boli mult mai frecvent decât cei bogați. Fiind o reflectare a nedreptății sociale inadmisibile, diferențele în starea sănătății au atras atenția savanților asupra unor factori sau determinanți care influențează nivelul sănătății în societatea contemporană. În particular, acești factori ne-au permis să înțelegem dependența discretă a stării sănătății de mediul social și de așa-numitele componente sau determinanți sociali ai sănătății [24].

Problema componentelor sociale ale sănătății populației este una dificilă și complexă, având legătură directă cu aspectele vieții oamenilor, condițiile de lucru și modul lor de viață, referindu-se totodată și la consecințele strategiilor economice și sociale din domeniul sănătății.

În trecut politicile din domeniul ocrotirii sănătății se refereau doar la acordarea asistenței medicale și finanțarea ei, componentele sociale fiind discutate doar în cercurile savanților. Actualmente deja în multe țări managementul sistemului de sănătate s-a conformat realităților: cu toate că asistența medicală poate prelungi viața oamenilor și ameliora pronosticul în cazul maladiilor grave, mult mai importante pentru sănătatea populației sunt condițiile social-economice, sub influența cărora oamenii se îmbolnăvesc și

devin dependenți de asistența medicală. În acest context, accesibilitatea asistenței medicale este, bineînțeles, cel mai important determinant social al sănătății [24].

Starea sănătății depinde în mare măsură de standardele de viață. Conform acestui concept, analiza venitului și a distribuției lui reprezintă o parte componentă a procesului de evaluare a stării de sănătate a populației [22].

Actualmente a crescut considerabil necesitatea în dovezi științifice, care ar servi ca bază pentru luarea de decizii strategice în sănătatea publică, inclusiv în perinatologie. În ultimii ani s-au efectuat numeroase cercetări sociologice, ce dezvăluie diverse aspecte ale vieții colective a populației. Prin cercetările unor sociologi, filosofi, economiști, psihologi și ale altor reprezentanți ai științelor sociale s-a demonstrat rolul muncii și altor condiții ale vieții colective asupra sănătății omului. S-au elucidat aspectele economic, profesional, moral, psihologic, etic și estetic ale factorilor sociali, influența acestora asupra natalității, mortalității generale și celei infantile etc. [20].

Evident, un interes deosebit îl prezintă studiul componentelor sociale ale sănătății mamei și copilului, în special în timpul sarcinii și după naștere, exprimate în primul rând prin accesul populației la asistența medicală perinatală de calitate, cu un impact semnificativ în aspect medical, psihosocial, economic, demografic, etico-moral etc.

Menționând importanța determinațiilor psihosociale în perinatologie, *Blustein D. și Rutledge C.M.* (1993) au constatat că conceptele privind îngrijirile prenatale sunt modificate de factori psihologici și sociali și pot predispune la tergiversarea adresării pentru îngrijiri medicale în timpul sarcinii, mai ales printre femeile dezavantajate [1].

Un determinant major al utilizării inadecvate a îngrijirilor prenatale, studiat insuficient, este sarcina neplanificată. *Miguel Delgado-Rodriguez et al.*, (1997) au stabilit că ponderea femeilor care utilizează inadecvat serviciile medicale în cadrul îngrijirilor perinatale este de circa 12 % printre gravidele cu sarcina dorită și 22% printre femeile care nu și-au dorit inițial sarcina. Utilizarea inefficientă a acestor servicii a fost atribuită reprezentanților claselor sociale inferioare, celor cu un nivel educațional inferior, multiparelor și femeilor-gospodine. Conform indicatorilor, sarcina neplanificată a devenit un factor de risc important în utilizarea îngrijirilor perinatale și a fost considerat un determinant independent în amânarea debutului îngrijirilor antenatale, precum și al unui număr mai mic de vizite la medic [4].

Într-un studiu realizat de *Wiemann C.M et al.* (1997) printre adolescentele însărcinate, au fost evi-

dențiați o serie de factorii de risc care au determinat apelarea cu întârziere la asistența medicală a tinerelor cu vârsta sub 18 ani. Necesitatea includerii lor în îngrijirile de sănătate trebuie adusă la cunoștința adolescentelor însărcinate cu prima ocazie, când ele intră în contact cu sistemul de sănătate, precum și în cadrul sistemului educațional școlar [23].

Stout A.E. (1997) menționează că femeile cu venit redus utilizează îngrijirile prenatale mai puțin decât populația feminină generală, percep mai multe bariere pentru îngrijiri, au un acces redus la asistența medicală. Aici stabilim, totodată, o asociere cu un nivel educațional mai redus, cu un mod mai puțin sănătos de viață [19]. Aceste femei nu prea țin cont de recomandările medicului. Studiul în cauză a evidențiat 3 probleme ale femeilor gravide cu venituri mici:

- ele au risc sporit de a naște copii cu greutate mică la naștere sau copii prematuri;
- un mod de viață nesănătos al viitoarei mame crește riscurile pentru sănătatea copilului, în special dacă el se naște cu GMN sau prematur;
- există bariere sociale ce se referă la stilul de viață, cărora femeile cu venituri mici nu le fac față.

Lia-Hoadberg B. et al. (1990) au stabilit că în Statele Unite femeile cu venituri mici care nu sunt de rasă albă au bariere determinate de factori psihosociale, structurali și sociodemografici, în timp ce conceptele mamei și suportul celorlalți sunt motivații importante. Pentru a înlătura aceste bariere, sunt necesare servicii și susținere multilaterale, coordonate și multidisciplinare [10].

În literatură sunt date despre analiza problemelor de acces la asistența medicală al gravidelor și femeilor cu venit mediu sau înalt. *Roberts R.O. et al.* (1998) au studiat factorii asociați cu inițierea întârziată a asistenței medicale prenatale în păturile medii și cele înalte ale comunității (statul Minnesota, SUA) [12]. Femeile din aceste categorii sociale au raportat o serie de bariere externe în accesul serviciilor medicale în timpul sarcinii:

- dificultatea de a aranja o vizită la medic,
- problema de a găsi îngrijiri pentru copil,
- lipsa transportului,
- conceptul „îngrijirile antenatale nu sunt importante”,
- venit anual scăzut,
- sarcină nedorită,
- vârsta peste 35 de ani.

În rezultatul studiului autorii au stabilit că perceperea rolului serviciilor de sănătate este foarte importantă în timpul sarcinii pentru femeile acestui grup decât este recunoscut în realitate. Merită atenție concluzia precum că femeile cu experiență

mai mare în sarcină acordă o importanță mai mică îngrijirilor prenatale.

În cadrul cercetărilor efectuate de *Oberg C.N. et al.* (1991) în SUA au fost evaluate barierele pentru femeile cu statut diferit privind asigurările de sănătate și factorii socioeconomici. Studiul a stabilit că femeile cu asigurări publice de sănătate *Medicaid* și cele fără asigurări medicale, în comparație cu gravidele care dețin polițe de asigurare privată așteaptă mai mult în timpul vizitelor antenatale și au o probabilitate mai mare de a avea discontinuitate de îngrijiri din partea prestatorului de servicii. Diverse măsuri, inclusiv extinderea eligibilității *Medicaid*, pot corecta aceste probleme [11].

Un determinant important pentru sănătatea mamei și copilului se referă la sistemul de îngrijiri de sănătate și problemele interpersonale. Barierele de acces ce implică familia și prietenii au ridicat semnificativ șansele de a primi îngrijiri inadecvate în timpul sarcinii, în particular dorința de a ține în secret sarcina și de a nu avea ajutor să ajungă la medic pentru consult [2].

Hogan D.P. și Park J.M. (2000), analizând cauzele nașterii copiilor cu masă mică a corpului, au constatat că sărăcia, dependența de asigurările sociale sau alte surse guvernamentale, comportamentul riscant și îngrijirile perinatale inadecvate sunt factori cu risc major de retarduri în dezvoltarea nou-născuților, disabilități și pierderi perinatale. În același timp, utilizarea îngrijirilor pentru copii, forma/costul acestor îngrijiri nu influențează aceste efecte. Rasa, proveniența etnică, sărăcia și structura familiei sunt factori fundamentali în dezvoltarea timpurie a copiilor. Astfel, statutul minoritar, sărăcia, întreținerea de către un singur părinte pot duce la comportamente riscante ale mamei (fumatul, utilizarea de alcool, droguri etc.), care în timpul sarcinii pot duce la îngrijiri prenatale inadecvate și pot avea un impact nefavorabil asupra dezvoltării timpurii a copilului [7].

Unii autori au analizat factorii maternali care influențează îngrijirile perinatale inadecvate, evidențiind unii dintre ei, cum ar fi: copii mici acasă, absența asigurării medicale (poliței), tristețea, depresia, ambivalența referitor la perspectiva sarcinii actuale [25].

Obstacolele care afectează îngrijirile antenatale sunt în mare parte identice în țările dezvoltate socioeconomic și în țările în curs de dezvoltare. Este evident faptul că în țările sărace determinanții principali ai sănătății materne și celei infantile sunt influențați mai ales de problemele economice.

Totodată, și în țările dezvoltate populația se confruntă cu o serie de factori care afectează îngrijirile antenatale: educația maternală și paternală, statutul

marital, disponibilitatea / costul întreținerii, serviciul femeii, complicații obstetricale în antecedente, tradiții culturale, atitudinea față de sarcină. Paritatea influențează negativ adresarea după servicii medicale. *Simkhada B. et al.*, (2008) consideră că în țările cu un nivel înalt de dezvoltare utilizarea adecvată a îngrijirilor antenatale nu poate fi atinsă doar prin crearea centrelor de sănătate, ci și prin satisfacerea nevoilor de statut (social, economic și politic) ale femeilor, considerate a fi primordiale [14].

Cercetătorul *Delvaux T.* a realizat în 2001 un studiu privind barierele în accesul la îngrijirile perinatale în Europa. Autorul a constatat că în țările europene există asemenea obstacole, având caracter personal, socioeconomic, organizațional și cultural. Femeile gravide, care utilizează inadecvat îngrijirile perinatale, prezintă următorii factori de risc [5].

- lipsa asigurărilor medicale,
- adolescente cu vârsta sub 20 de ani,
- mame cu mulți copii,
- femei-imigrante,
- sarcină neplanificată,
- nivel educațional redus,
- venit mic, neregulat,
- probleme în organizarea serviciului de îngrijiri perinatale,
- acces limitat la servicii de sănătate pentru copil.

În același timp, analiza surselor bibliografice a evidențiat date contradictorii privind determinanții psihosociali ai îngrijirilor perinatale. Astfel, *Rogers C. și Schiff M.* (1996) menționează că etnia, educația, venitul și vârsta nu influențează inițierea îngrijirilor perinatale, considerând ca factori ce constituie obstacole pentru femeile însărcinate de a apela la servicii medicale în timpul sarcinii următorii: problemele financiare, necunoașterea existenței sarcinii și lipsa satisfacției de a merge la medic pentru consult. Reieșind din cele constatate, autorii propun ca sistemul de sănătate publică să încurajeze femeile să caute îngrijiri prenatale cât mai devreme, în special gravidele care au motive pentru a le amâna sau a le ignora [13].

Este cunoscut faptul că printre femeile de culoare sunt mai puține persoane care beneficiază de asistență medicală antenatală, comparativ cu cele de rasă albă. Totodată, femeile de culoare sunt mai puțin dispuse să raporteze despre barierele de acces la serviciile de sănătate prenatală, fapt ce poate fi un rezultat al așteptărilor mai modeste de la sistemul de sănătate [21].

Savanții *Harvey S.M. și Faber K.S.* (1993) menționează ca obstacole pentru îngrijirile perinatale barierele financiare, personale și organizaționale, în special imposibilitatea de a achita costul serviciilor

medicale – 70% din cazuri, dificultăți în obținerea unei asigurări de sănătate – 55%, ambivalența sau teama de sarcină – 46%, probleme cu transportul – 42%. Un aspect important al accesului la asistența medicală în timpul sarcinii și la naștere, studiat de autori, se referă la barierele care pot avea **semnificație predictorie** privind probabilitatea unor îngrijiri perinatale inadecvate: lipsa cunoștințelor despre sarcină și îngrijirile pentru sănătate, dificultatea de a programa o vizită la medic, stresul excesiv fizic sau psihologic, necunoașterea instituției ce oferă îngrijiri [6].

Kalmuss D. și Fennelly K. (1990), studiind barierele pentru îngrijirile perinatale, au schițat 2 modele predictorii [9]:

- lipsa asigurării de sănătate este cel mai important factor pentru inoportunitatea îngrijirilor perinatale;
- abuzul de substanțe, de asemenea, este important pentru oportunitatea îngrijirilor perinatale.

Un factor decisiv pentru evoluția și finalul sarcinii este inițierea timpurie a îngrijirilor medicale antenatale. Inițierea tardivă este un factor de risc, fapt menționat de mulți cercetători. De aceea identificarea barierelor care pot împiedica inițierea precoce a îngrijirilor este de o importanță majoră, în special în cazul familiilor social dezavantajate.

Comparativ cu inițierea tardivă a îngrijirilor perinatale, începerea lor la timp este benefică dacă femeile gravide au atitudini pozitive față de sarcină, au fost informate despre semnele și simptomele gravidității. Unele dintre gravidele care au apelat târziu la îngrijirile perinatale, în special cele multipare, percep personalul medical ca fiind insuficient de atent și sensibil [3].

Johnson A. A. et al. (2003) au evidențiat o serie de determinanți ai inițierii tardive a îngrijirilor perinatale printre femeile afroamericane: vârsta de 20-29 de ani, șomajul, avorturi anterioare, orientarea la întreruperea actualei sarcini, lipsa banilor pentru a plăti îngrijirile, lipsa unei motivații de a învăța cum să-și protejeze sănătatea. Barierele psihosociale sunt mai importante decât cele structurale, iar printre cele psihosociale pe prim-plan se plasează orientarea spre avort și experiența avorturilor efectuate anterior [8].

În Republica Moldova, până nu demult tema inegalității în menținerea sănătății, inclusiv în timpul sarcinii, precum și obstacolele în accesul la îngrijirile perinatale era închisă pentru cercetări, din cauza politizării sistemului public de sănătate. În anul 2006, în municipiul Chișinău a fost realizat *Studiul determinanților medico-sociali ai accesibilității îngrijirilor antenatale* (IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 1), care

a demonstrat că indicatorul privind evidența precoce a gravidelor la medicul de familie sau la obstetricianul-ginecolog ține nu numai de responsabilitatea lucrătorilor medicali, ci, în mare măsură, și de atitudinea femeii față de sănătatea proprie și a viitorului ei copil, precum și de o serie de circumstanțe cu caracter psihosocial [16].

Conform studiului în cauză:

- circa 47,3% din femeile gravide din mun. Chișinău s-au confruntat cu diferite circumstanțe psihosociale pe parcursul sarcinii. Problemele cele mai importante, în conformitate cu indicatorul sintetic, sunt: venitul insuficient – 9,4%, alimentația deficitară – 6,4%, situații de stres în familie și la serviciu – 5,3%, lipsa domiciliului – 2,0%;
- circa 41,5 la sută din femeile gravide au menționat unele obstacole de acces la deservirea medicală antenatală, cum ar fi lipsa cadrelor medicale calificate – 40,4%, distanța mare până la instituția medicală – 20,5%, lipsa drumurilor – 11,5%, lipsa legăturii telefonice – 5,0% etc;
- circa 14% din femeile intervievate au relatat că nu au loc de muncă, fără a indica, însă, că sunt șomeri. În același timp, doar 59% din respondente au posedat polița de asigurare medicală până la sarcină. Restul, circa 40% din femeile gravide, în special cele cu probleme sociale, nu erau oficial încadrate în câmpul muncii, și în consecință, nu puteau beneficia de suportul social după naștere, comparativ cu respondentele care beneficiau de asigurări sociale.

Centrul perinatologic al IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 1 din Chișinău este prima instituție medicală cu profil obstetrical din țară. Începând cu anul 2001, în baza Secției consultative de perinatologie, având ca partener Asociația obștească *Progres prin alternativă*, a implementat servicii psihosociale în cadrul îngrijirilor perinatale, inițial colaborând cu asistenți sociali și cu un psiholog voluntar, iar mai târziu – încadrând acești specialiști în schema de personal a instituției [15].

Experiența proiectelor realizate în clinica nominalizată, luând în considerație analiza surselor bibliografice, a permis ca informația privind determinanții psihosociale ai sănătății la etapa îngrijirilor perinatale să fie sistematizată (*vezi tabelul*), astfel încât să fie utilă pentru specialiștii în domeniul sănătății și asistenței sociale în identificarea atât a factorilor nemedicali facilitanți, cât și a celor de risc perinatal și matern.

În tabel sunt incluși următorii determinanți ai sănătății femeilor gravide, mamelor și nou-născuților, importanți în viziunea autorului pentru specificul Republicii Moldova:

Cadrul sistematizat privind unii determinanți sociali perinatali și impactul lor probabil asupra sănătății femeilor gravide, mamelor și nou-născuților

Determinanții sociali ai sănătății femeii gravide, mamei și nou-născuților	Factori sociali cu risc perinatal și obstetrical	Circumstanțele psihosociale	Unele asociații mai frecvente cu alți factori sociali	Situații medico-sociale generate	Riscul de sănătate (relativ)	Riscuri sociale (relativ)
Atitudinea față de graviditate	Sarcina nedorită	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe ce țin de lipsa dominantei atașamentului pentru viitorul nou-născut: - sarcina în principiu este dorită, însă a survenit nu la timpul potrivit - sarcina este planificată, însă este necesară pentru altceva, ce nu se referă la copil - sarcina este nedorită și continuarea ei este imposibilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Lipsa suportului psihosocial - Comportament asocial (riscant) - Abuz de substanțe - Sărăcie - Excluziune socială - Acces limitat la serviciile medicale de calitate - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate 	<ul style="list-style-type: none"> - Întrerupere a sarcinii în condiții nesigure - Naștere prematură - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Depresie - Naștere extraspitalicească - Hemoragie obstetricală - Traumatism obstetrical 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate maternă și infantilă - Mortalitate maternă, perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane - Infertilitate în cuplu
Accesul la serviciile medicale de calitate	Acces limitat la serviciile medicale perinatale de calitate	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe legate de managementul serviciilor de sănătate: - lipsa instituțiilor medicale specializate în asistența perinatală - lipsa cadrelor medicale calificate - utilizarea tehnologiilor medicale învechite, neargumentate de medicina bazată pe dovezi - baza tehnico-materlă nesatisfăcătoare a instituției medicale specializate - cost inacceptabil al serviciilor medicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate - Lipsa suportului psihosocial - Sărăcie - Excluziune socială 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Întreruperea sarcinii la cerere - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate infantilă, maternă - Mortalitate perinatală, infantilă, maternă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil
		<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe privind specificul localității / domiciliul în zone geografice greu accesibile: - lipsa drumurilor - lipsa legăturii telefonice - lipsa transportului de urgență - distanță relativ mare până la instituția medicală - consecințe după calamități naturale 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate - Sărăcie - Excluziune socială - Lipsa suportului psihosocial 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Depresie - Naștere extraspitalicească 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate maternă și infantilă - Mortalitate maternă, perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil
	Acces limitat la serviciile medicale de calitate pentru copii	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțele sunt practic identice cu cele ce caracterizează accesul limitat la îngrijirile perinatale, cu referință, însă, la îngrijirile de sănătate pentru copil 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Sarcină nedorită - Amânarea adresării pentru îngrijiri perinatale - Sărăcie - Excluziune socială - Lipsa suportului psihosocial 	<ul style="list-style-type: none"> - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate infantilă - Mortalitate perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului

Statutul social	Familii dezorganizate	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe ce țin de specificul familiei: - celibatară - familie incompletă - minore (adolescente) - forme de văduvie, divorț, separare 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Sărăcie - Excluziune socială - Acces limitat la serviciile medicale de calitate - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate - Lipsa suportului psihosocial - Sarcină nedorită 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate infantilă - Mortalitate perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane
	Multiparitatea	<ul style="list-style-type: none"> - familii numeroase (mai mult de 4 copii) 	<ul style="list-style-type: none"> - Îngrijiri perinatale inadecvate - Lipsa suportului psihosocial - Sarcină nedorită 			
	Sărăcia	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe de ordin economic: - lipsa surselor de venit - mijloace insuficiente pentru minimul de existență - dependența de indemnizațiile și serviciile sociale - lipsa accesului la serviciile de protecție socială - posibilități limitate pentru achitarea serviciilor medicale • Circumstanțe de ordin psihosocial: - buget dezechilibrat - cheltuieli inadecvate neargumentate - probleme de sănătate mintală 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Excluziune socială - Acces limitat la serviciile medicale de calitate - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate - Abuz de substanțe - Lipsa suportului psihosocial - Sarcină nedorită 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Greutate mică la naștere - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Asociere de infecții în sarcină - Naștere extraspitalicească - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate maternă și infantilă - Mortalitate perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane
Excluziune socială	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe ce țin de marginalizarea socială a persoanei/familiei: - vulnerabilitatea socială - lipsa surselor pentru existență - delincvență juvenilă - inegalitatea șanselor - lipsa de drepturi (sociale, economice, politice, culturale) - lipsa accesului la participare în viața comunității • Circumstanțe care se referă la alte aspecte ale statutului social al familiei: - refugiați - familie de imigranți - apartenența la etnii care migrează. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Acces limitat la serviciile medicale de calitate - Sărăcie - Comportament asocial (riscant) - Abuz de substanțe - Lipsa suportului psihosocial - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Greutate mică la naștere - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Asociere de infecții în sarcină - Naștere extraspitalicească - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate maternă și infantilă - Mortalitate perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane 	
	Comportamentul	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe legate de integrare în ansamblul relațiilor sociale: - vagabondajul - cerșetoria - prostituția - delincvența - bigamia - concubinajul - imoralitatea - tulburări de comportament 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Subnutriție - Excluziune socială - Abuz de substanțe - Acces limitat la serviciile medicale de calitate - Sărăcie - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Greutate mică la naștere - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Asociere de infecții în sarcină - Naștere extraspitalicească 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate maternă și infantilă - Mortalitate perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane

	Abuz de substanțe	<ul style="list-style-type: none"> - narcomanie - alcoolism - tabagism - consum exagerat de alte substanțe de ex., tentativă de suicid 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Subnutriție - Excluziune socială - Acces limitat la serviciile medicale de calitate - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate - Sărăcia - Lipsa suportului psihosocial 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Greutate mică la naștere - Asociere de infecții în sarcină - Naștere extraspitalicească 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate infantilă, maternă - Mortalitate perinatală, infantilă, maternă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane
Nutriția	Subalimentare	<ul style="list-style-type: none"> - alimentația deficitară - utilizarea produselor alimentare necalitative - foamete 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Sărăcie - Excluziune socială - Stare de imunodeficiență - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate - Lipsa suportului psihosocial 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Greutate mică la naștere - Asociere de infecții în sarcină - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate infantilă, maternă - Mortalitate perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane
Atitudinea femeii gravide față de inițierea îngrijirilor perinatale (în condițiile existenței accesului la serviciile de sănătate)	Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe ce țin de specificul sistemului de sănătate: - servicii medicale neatractive - sistem de educație sanitară a populației ineficient - autoritate joasă a lucrătorului medical 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Sarcină nedorită - Îngrijiri perinatale inadecvate - Comportament asocial (riscant) - Excluziune socială - Lipsa suportului psihosocial 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Naștere extraspitalicească 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate maternă și infantilă - Mortalitate maternă, perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane
		<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe care se referă la comportamentul femeii gravide: - vulnerabilitate socială - cultura generală și sanitară joasă a populației - probleme în sănătatea mintală a gravidei / tulburări de comportament 		<ul style="list-style-type: none"> - Întreruperea sarcinii în condiții nesigure - Naștere prematură - Greutate mică la naștere a nou-născutului - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Naștere extraspitalicească - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate maternă și infantilă - Mortalitate maternă, perinatală, infantilă 	
Calitatea îngrijirilor perinatale	Îngrijiri perinatale inadecvate	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe ce țin de specificul sistemului de sănătate: - lipsa serviciilor medicale perinatale de calitate - lipsa posibilității de a programa o vizită la medic - autoritate joasă a lucrătorului medical - sistem de educație sanitară a populației ineficient - alte bariere în accesul la serviciile medicale perinatale 	<ul style="list-style-type: none"> - Acces limitat la serviciile medicale perinatale de calitate - Sarcina nedorită - Lipsa suportului psihosocial 	<ul style="list-style-type: none"> - Întreruperea sarcinii în condiții nesigure - Naștere prematură - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Naștere extraspitalicească - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate maternă și infantilă - Mortalitate maternă, perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil

		<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe care se referă la comportamentul femeii gravide: - nerespectarea indicațiilor medicului / moașei - cultura sanitară joasă - probleme în sănătatea mintală a gravidei / tulburări de comportament 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportament asocial (riscant) - Stres psihosocial cronic - Sarcină nedorită - Excluziune socială - Sărăcie - Lipsa suportului psihosocial 	<ul style="list-style-type: none"> - Întreruperea sarcinii în condiții nesigure - Naștere prematură - Greutate mică la naștere a nou-născutului - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Naștere extraspitalicească - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate maternă și infantilă - Mortalitate maternă, perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane
Condițiile de trai	Condiții de trai nocive	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe legate de specificul condițiilor de trai: - lipsa domiciliului / oameni ai străzii - condiții locative precare (lipsa căldurii, apei potabile, electricității) - locuință insalubrită 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Excluziune socială - Acces limitat la serviciile medicale de calitate - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate - Sărăcie - Lipsa suportului psihosocial 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Greutate mică la naștere a nou-născutului - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Maladii infecțioase - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate infantilă, maternă - Mortalitate perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane
Statutul psihemoțional	Stres psihosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe ce țin de unele aspecte ale relațiilor în familie: - tensiune psihemoțională în familie - neînțelegeri - maltratare - alte forme de violență - antecedente de carențe afective și educaționale - soțul aflat în detenție 	<ul style="list-style-type: none"> - Acces limitat la serviciile medicale de calitate - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate - Sarcină nedorită - Lipsa suportului psihosocial 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Depresie - Decolare de placenta 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate maternă și infantilă - Mortalitate maternă, perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane
		<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe legate de ansamblul relațiilor sociale: - probleme de reintegrare în comunitate - aflare în detenție (penitenciar) - femei traficate, inclusiv în timpul sarcinii 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Sarcină nedorită - Excluziune socială - Comportament asocial (riscant) - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate - Sărăcie - Lipsa suportului psihosocial 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Naștere extraspitalicească - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate infantilă, maternă - Mortalitate perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane
		<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe legate de nivelul educațional / profesional - nivel educațional redus - analfabetism - bariere în obținerea studiilor - lipsa calificării profesionale - calificare incompletă 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Comportament asocial (riscant) - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Sărăcie - Excluziune socială - Lipsa suportului psihosocial - Sarcină nedorită 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Naștere extraspitalicească - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate infantilă, maternă - Mortalitate perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane

		<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe legate de unele probleme de sănătate ale membrilor familiei gravidei: <ul style="list-style-type: none"> - persoane lipsite de anumite facultăți fizice sau psihice, - bolnavi de alcoolism, narcomanie, tuberculoză, HIV-SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate - Sărăcie - Excluziune socială - Lipsa suportului psihosocial - Sarcină nedorită 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Asociere de infecții în sarcină - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate maternă și infantilă - Mortalitate maternă, perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane
		<ul style="list-style-type: none"> • Alte circumstanțe: <ul style="list-style-type: none"> - consecințe după calamități naturale 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Acces limitat la serviciile medicale de calitate - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Naștere extraspitalicească - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate infantilă, maternă - Mortalitate perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil
Munca	Stres psihosocial cronic	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe legate de specificul activității de muncă: <ul style="list-style-type: none"> - lipsa calificării profesionale - calificare incompletă - instabilitatea încadrării în câmpul muncii - tensiune psihoemoțională la serviciu - șomaj - acces limitat pentru angajare în câmpul muncii, cauzat de prezența gravidității - instabilitatea încadrării în câmpul muncii - șantaj administrativ în legătură cu sarcina - lipsa timpului liber pentru a se prezenta la medic (este ocupată la serviciu) 	<ul style="list-style-type: none"> - Acces limitat la serviciile medicale perinatale de calitate - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Excluziune socială - Îngrijiri perinatale inadecvate - Lipsa suportului psihosocial - Sarcină nedorită 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Greutate mică la naștere a nou-născutului - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate infantilă, maternă - Mortalitate perinatală, infantilă, maternă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil
	Nocivitatea condițiilor de muncă	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe legate de specificul condițiilor de muncă: <ul style="list-style-type: none"> - condiții de lucru nesatisfăcătoare, determinate de prezența factorilor nocivi - nerespectarea de către patronat a legislației privind protecția socială a femeilor gravide angajate în câmpul muncii 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Greutate mică la naștere a nou-născutului - Asociere de infecții în sarcină 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate infantilă, maternă - Mortalitate perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil
	Comportament inadecvat al femeii gravide	<ul style="list-style-type: none"> • Circumstanțe caracterizate prin dependența nivelului de vulnerabilitate socială de activitatea la locul de muncă: <ul style="list-style-type: none"> - refuzul femeii gravide de a schimba locul de muncă care prezintă condiții nocive - nerespectarea de către femeile gravide angajate în serviciu a programului de vizite la medic - refuzul femeii gravide de a beneficia de concediul de maternitate (oferit antenatal) 	<ul style="list-style-type: none"> - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate 	<ul style="list-style-type: none"> - Naștere prematură - Greutate mică la naștere a nou-născutului - Asociere de infecții în sarcină 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate infantilă, maternă - Mortalitate perinatală, infantilă, maternă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Instituționalizarea copilului
Atitudinea persoanelor apropiate / comunității față de nevoile gravidei	Lipsa suportului psihosocial	<ul style="list-style-type: none"> - lipsa suportului psihosocial din partea soțului, partenerului, - persoanelor apropiate - obstacole în obținerea serviciilor de protecție socială - servicii inadecvate de asistență socială - sistem de prestații sociale inefficient 	<ul style="list-style-type: none"> - Stres psihosocial cronic - Comportament asocial (riscant) - Sarcină nedorită - Acces limitat la serviciile medicale perinatale de calitate - Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale - Îngrijiri perinatale inadecvate 	<ul style="list-style-type: none"> - Întreruperea sarcinii în condiții nesigure - Naștere prematură - Întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor medico-sociale - Greutate mică la naștere a nou-născutului - Depresie 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbiditate maternă și infantilă - Mortalitate maternă, perinatală, infantilă 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicap infantil - Abandon infantil - Instituționalizarea copilului - Trafic de persoane

- Atitudinea față de graviditate
- Accesul la serviciile medicale de calitate
- Statutul social
- Comportamentul
- Nutriția
- Atitudinea femeii gravide față de inițierea îngrijirilor perinatale
- Calitatea îngrijirilor perinatale
- Condițiile de trai
- Statutul psihoemoțional
- Munca
- Atitudinea persoanelor apropiate/comunității față de nevoile gravidei.

Fiind admise asocierile diferiților factori sociali cu risc perinatal și matern, au fost evidențiați cei mai frecvenți dintre ei:

- Stres psihosocial cronic
- Acces limitat la serviciile medicale de calitate
- Amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale
- Îngrijiri perinatale inadecvate
- Excluziunea socială
- Lipsa suportului psihosocial
- Sărăcia
- Sarcina nedorită
- Depresia.

Acțiunea factorilor de risc menționați poate genera o serie de situații medico-sociale, inclusiv nașterea prematură, greutatea mică la naștere, întreruperea sarcinii nedorite în condiții nesigure, întreruperea sarcinii la cerere sau conform indicațiilor, asociere de infecții în sarcină, naștere extraspitalicească, starea de depresie a gravidei sau a mamei etc.

De regulă, factorii psihosociale de risc perinatal își manifestă acțiunea în asociere cu alți factori de risc, atât medicali, cât și nemedicali. Ca excepție, circumstanțele psihosociale, pentru un caz concret, pot prezenta în sine deja un factor de risc perinatal (de exemplu, sarcina nu este planificată și continuarea ei este imposibilă). În majoritatea cazurilor, circumstanțele psihosociale ar putea fi numite markeri ai riscului perinatal care, de sine stătător, nu pot prezenta careva riscuri pentru evoluția sarcinii, sănătatea mamei și a copilului. De exemplu, în cazul unei femei gravide celibatate sau divorțate poate fi vorba doar de circumstanțe psihosociale concrete, care de sine stătător nu prezintă risc pentru evoluția sarcinii, sănătatea viitoarei mame și a nou-născutului. În asociere, însă, cu alte circumstanțe / factori de risc, cum ar fi lipsa suportului psihosocial, sarcina nedorită sau lipsa de venituri, faptul că femeia este celibatară sau divorțată poate agrava situația ei în timpul sarcinii sau după naștere.

Ca rezultat, se pot realiza unele riscuri pentru sănătatea mamei și a nou-născutului, care se referă la morbiditatea infantilă și maternă, precum și la mortalitatea perinatală, infantilă și maternă. Tabelul sistematizat conține și un compartiment privind riscurile sociale, ca impact al determinantilor psihosociale ai sănătății materne și neonatale, cele mai frecvente fiind handicapul infantil, abandonul nou-născutului, instituționalizarea copilului, traficul de persoane ș.a.

Cunoașterea determinantilor psihosociale ai sănătății femeilor gravide și a nou-născuților poate oferi soluții adecvate pentru problemele ce țin de accesul la îngrijirile perinatale, precum și de calitatea acestora. Investigațiile referitoare la barierele pentru îngrijiri în timpul sarcinii sunt importante, ele ducând la înțelegerea pașilor ce trebuie făcuți pentru ca fiecare femeie gravidă să aibă acces la asemenea servicii [20]. Unii cercetători au menționat rolul lucrătorilor medicali, care au „*posibilități ideale de a ajuta femeile să elimine barierele de acces la îngrijiri în timpul sarcinii*”, în special prin inițierea suportului psihosocial și instruirea persoanelor apropiate viitoarei mame [2].

Datele literaturii analizate privind determinanții psihosociale ai sănătății materne și infantile, fiind aplicate la specificul Republicii Moldova, impun necesitatea unei abordări mai complexe a problemei, cu realizarea intervențiilor de mobilizare a întregii societăți civile în soluționarea problemelor de ordin socioeconomic, medical, psihologic, etico-moral, juridic etc., cu care se confruntă familiile pe parcursul sarcinii.

Prevenirea unor probleme de ordin medico-social în cadrul asistenței perinatale, în special pentru femeile gravide aflate în dificultate, se poate realiza prin perfecționarea programelor de suport psihoemoțional și social în timpul sarcinii, cu dezvoltarea serviciilor oferite de asistentul social și de psiholog, inclusiv la nivelul sectorului medical primar [17,18], iar politicile de sănătate în mod obligatoriu trebuie să fie orientate spre ameliorarea componentelor social-economice ale sănătății [24].

Bibliografie

1. Bluestein D., Rutledge C. M., *Psychosocial determinants of late prenatal care: the Health Belief Model. Fam. Med.* 1993, Apr. nr. 25(4), p. 269-72.
2. Cook C. A., Selig K. L., Wedge B. J., Gohn-Baube E. A., *Access barriers and the use of prenatal care by low-income, inner-city women*, în *Soc. Work*, 1999, Mar. nr. 44(2), p. 129-139.
3. Daniels P., Noe G. F., Mayberry R., *Barriers to prenatal care among Black women of low socioeconomic status*, în *Am. J. Health Behav*, 2006, Mar.-Apr. nr. 30(2), p.188-198.

4. Delgado-Rodríguez M., Gómez-Olmedo M., Bueno-Cavanillas A., Gálvez-Vargas R., *Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care*, în *Prev. Med.*, 1997, Nov.-Dec., nr. 26(6), p. 834-838.
5. Delvaux T., Buekens P., Godin I., Boutsen M., *Barriers to prenatal care in Europe*, în *Am. J. Prev. Med.*, 2001, Jul. nr. 21(1), p. 52-59.
6. Harvey S.M., Faber K.S., *Obstacles to prenatal care following implementation of a community-based program to reduce financial barriers*, în *Fam. Plann. Perspect.*, 1993, Jan.-Feb. nr. 25(1), p. 32-36.
7. Hogan D.P., Park J.M., *Family factors and social support in the developmental outcomes of very low-birth weight children*, în *Clin. Perinatol.*, 2000, June, nr. 27(2), p. 433-459.
8. Johnson A.A., El-Khorazaty M.N., Hatcher B.J., Wingrove B.K., Milligan R., Harris C., Richards L., *Determinants of late prenatal care initiation by African American women in Washington, DC*, în *Matern Child Health J.*, 2003, June, nr. 7(2), p. 103-114.
9. Kalmuss D., Fennelly K., *Barriers to prenatal care among low-income women in New York City*, în *Fam. Plann. Perspect.*, 1990, Sep.-Oct. nr. 22(5), p. 215-218, 231.
10. Lia-Hoagberg B., Rode P., Skovholt C.J., Oberg C.N., Berg C., Mullett S., Choi T., *Barriers and motivators to prenatal care among low-income women*, în *Soc. Sci. Med.*, 1990, nr. 30(4), p. 487-495.
11. Oberg C.N., Lia-Hoagberg B., Skovholt C., Hodkinson E., Vanman R. *Prenatal care use and health insurance status*, în *J. Health Care Poor Underserved*, 1991, nr. 2(2), p. 270-292.
12. Roberts R.O., Yawn B.P., Wickes S.L., Field C.S., Garretson M., Jacobsen S.J., *Barriers to prenatal care: factors associated with late initiation of care in a middle-class midwestern community*, în *J. Fam. Pract.*, 1998, Jul., nr. 47(1), p. 53-61.
13. Rogers C., Schiff M., *Early versus late prenatal care in New Mexico: barriers and motivators*, în *Birth.*, 1996, Mar. nr. 23(1), p. 26-30.
14. Simkhada B., Teijlingen E.R., Porter M., Simkhada P., *Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature*, în *J. Adv. Nurs.*, 2008, Feb. nr. 61(3), p. 244-260.
15. Şişcanu D., *Prevenirea abandonului infantil în cadrul îngrijirilor perinatale: aspecte medico-sociale*, în *Buletin de Perinatologie*, nr. 3, 2008, Chişinău, 80 p.
16. Şişcanu D., Eţco C., Cheianu D., Andrei I., Savin V., *Studiul determinanţilor medico-sociali ai accesibilităţii îngrijirilor antenatale*, 2007, Chişinău, 69 p.
17. Şişcanu D., Eţco C., *Le support psychosocial dans la périnatalogie: l'impact sur les risques sociaux et de santé*, în *materialele Congresului XVII al ALASS, Marseille*, 2007.
18. Stout A.E., *Prenatal care for low-income women and the health belief model: a new beginning*, în *J. Community Health Nurs.*, 1997, nr. 14(3), p. 169-180.
19. Tintiu D., Eţco C., Grosu Iu. Et al., *Sănătate publică și Management*, Chişinău, 2002, 698 p.
20. Tossounian S.A., Schoendorf K.C., Kiely J.L., *Racial differences in perceived barriers to prenatal care*, în *Matern Child Health J.*, 1997, Dec. nr. 1(4), p. 229-236.
21. Tulchinsky T., Varavicova E., *Noua Sănătate Publică*, 2003, Chişinău, p.132-133.
22. Wiemann C.M., Berenson A.B., Pino L.G., McCombs S.L., *Factors associated with adolescents' risk for late entry into prenatal care*, în *Fam. Plann. Perspect*, 1997, Nov.-Dec. nr. 29(6), p. 273-276.
23. Wilkinson R., Marmot M., *Social determinants of health: the solid facts*, WHO Library, 2nd edition, 2003.
24. York R., Williams P., Munro B.H., *Maternal factors that influence inadequate prenatal care*, în *Public Health Nurs*, 1993, Dec. nr. 10(4), p. 241-244.

Prezentat la 18.12.2008


 SUBSTRATUL SOCIOPSIHOLOGIC
DE FORMARE A ALCOOLISMULUI

 Iulia ȘAPOVALOVA,
Dispensarul Narcologic Republican
Summary**Social and Psychological underlying basis of the beginnings of alcoholism**

Multiple social-economic, psychological, financial factors, unemployment and social stress with contribution to the majority of persons affected by chronic alcoholism. According to the statistics, one European person of four consumes a perilous quantity of alcoholic drinks that provoke grave problems with health. In the Republic of Moldova the consumption of alcoholic drinks is one of the widespread phenomenon in population, including women.

In evolution of disease a great importance belongs to micro-sociological, biological factors, personality problems, individual-psychological peculiarities, abnormal behaviour in proportion to micro-social environment, all these determine characteristically pathological development.

Irrespective of the educational level, age, sex, ethnic group, they encounter the same problems, to they were effaced all individual differences in mode of life, activity motives, forms of emotional answer. According to the data of clinical - psychopathological research, in alcoholism are taking place some modifications in the sphere of motivational need, in emotional – volitional, intellectual and communicative spheres. In consequence of disturbances in emotional – volitional sphere are standing up and are forming the different pathological reactions of defence and even behavioural models, which inevitably lead to social alienation of personality. Abuse of alcohol creates premises for interpersonal conflict worsening that lead to failure of ordinary methods of psychological protection and search of its new forms, frequently much regressive than previous.

Alcohol besides the fact that promotes distortion and reconstruction of duty hierarchy, is coming one more way of escape from reality.

Key words: chronic alcoholism, micro-sociological factors, biological factors, personality problems, individual-psychological peculiarities, abnormal behavior.

Резюме**Социально-Психологический контекст формирования алкоголизма**

Росту заболеваемости хроническим алкоголизмом способствуют множество факторов социально-экономического, психологического, финансового характера, безработица, социальный стресс. Согласно данным статистики, один из четырех европейцев употребляет алкоголь в количествах, провоцирующих серьезный вред здоровью. В Республике Молдова употребление спиртных напитков широко распространенное в обществе явление, в том числе и среди женщин.

В развитии заболевания имеют значения микросоциальные, биологические факторы, личностные проблемы, индивидуально-психологические особенности, девиантное поведение в связи с микросоциальным окружением, приводящие к патохарактерологическому развитию.

Независимо от уровня образования, возраста, пола, этнической принадлежности, больные сталкиваются с одними и теми же проблемами, у них стираются индивидуальные различия в образе жизни, мотивах деятельности, формах эмоционального реагирования. По данным клинко-психопатологических исследований, при алкоголизме происходят изменения в мотивационно-потребностной, эмоционально-волевой, интеллектуальной, коммуникативной сферах. Вследствие расстройств эмоционально-волевой сферы возникают и формируются различные защитные патологические реакции и даже системы поведения – не критичный юмор, лживость, отмалчивание, стремление избежать нормальную микросреду, которые неуклонно ведут к социальному отчуждению личности. Алкоголь, извращая и перестраивая иерархию потребностей, в то же время становится средством ухода от реальности.

Ключевые слова: хронический алкоголизм, социально-экономический фактор, психологический фактор, биологический фактор, личностные проблемы, индивидуально-психологические особенности.

Consumul abuziv de alcool constituie un factor de risc major pentru populația din Republica Moldova. Aceasta este o problema destul de complicată, din motivul că țara noastră este una agrară, unde viticultura și vinificația sunt ramuri importante ale economiei [4, 7].

Multiplii factori social-economici, psihologici, financiari, șomajul, stresul social au contribuit la creșterea numărului de persoane afectate de alcoolism cronic cu afecțiuni hepatice, cardiovasculare, cerebrovasculare condiționate de consumul abuziv de alcool [4, 7]. Actualmente în Republica Moldova se înregistrează circa 48 000 de persoane afectate de acest flagel [6].

Pășind pe calea alcoolizării, individul se integrează în așa-numita „*subcultură alcoolică*”, în cadrul căreia stilul comportamental al fiecărui băutor se apropie de stereotipul descris în literatura străină și numit „*sindrom al problemelor alcoolice*” [6]. Multiple publicații științifice atestă rolul esențial al predispoziției personale în patogeneza dependenței de substanțe psihoactive. Totodată, tentativele de a face analiza, compararea și sinteza rezultatelor cercetărilor pe marginea acestei probleme adeseori au întâmpinat dificultăți serioase generate de discrepanțele existente atât în calificarea statutului personal al bolnavilor cu dereglări narcologice, cât și în localizarea anomaliilor premorbide de caracter în procesul evoluării alcoolismului și narcomaniilor. Din multitudinea dispersată de opinii pot fi relevate două concepții concurente, corelația dintre acestea fiind determinată de soluțiile diametral opuse în rezolvarea dilemei cunoscute privind factorii majori în formarea personalității și afecțiunii psihice: fie aceștia sunt de natură biologică și genetică, fie de natură psihologică și ambientantă [15, 27, 32, 29, 32, 38, 39, 40, 43, 46, 48, 50, 52, 58].

Cauzele care determină consumul individual și colectiv de alcool sunt abordate din punctul de vedere al structurii faptei, în aspectul relației dintre situație, motivație și adoptarea unei decizii. Fiind incontestabil elemente caracteristice culturii epocii, faptele legate de consumul de vin, în funcție de viziunile dominante în societatea respectivă, pot fi tratate ca fenomene anticulturale sau, dimpotrivă, ca fenomene social acceptabile [35].

În ultimii ani, prin multe cercetări genetice a fost confirmată influența patologiilor narcologice asupra urmașilor [26, 28]. Conform datelor OMS, Republica Moldova face parte din categoria statelor cu un consum crescut de alcool. Potrivit datelor oficiale, actualmente în Moldova se înregistrează o tendință de creștere a nivelului morbidității prin alcoolism cronic, se atestă o creștere a morbidității prin psihoze alcoolice, inclusiv în forme grave. Cercetările clinice,

biologice, genetice denotă faptul că dezvoltarea dependenței de etanol este însoțită de tulburări de sistem cu caracter neurofiziologic și neurochimic, care stau la baza deviațiilor în procesele psihice [3, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 57].

N.S. Kurek consideră că unul dintre factorii de creștere a nivelului consumului masiv de substanțe psihoactive poate fi influența conștiinței hedonistice asupra tineretului [36].

Studierea mai aprofundată a alcoolismului ca afecțiune specifică a început la sfârșitul secolului XX – începutul secolului XXI. Problemele alcoolismului i-au preocupat pe mulți oameni de știință, printre care se numără I.M. Secenov, S.S. Korsakov, E. Krepelin [17]. În lucrările din acea perioadă o deosebită atenție se acorda particularităților de personalitate ale bolnavilor. Miezul tulburărilor de personalitate și caracteristica de bază a alcoolismului erau considerate voința slabă a bolnavilor, lipsa unor „*inhibiții de ordin etic și moral*”, precum și slăbiciunea intelectuală a acestora. În anii '30, S.G. Jislin a descris sindromul alcoolic de abțință. În anii '40, Ellinek a descris simptomul „*pierderii controlului asupra cantității de alcool consumate*”. În concepțiile psihanalitice alcoolismul este abordat ca simptom nevrotic. În opinia lui Freud, la baza alcoolismului stau conflictele din cea mai fragedă copilărie. Potrivit lui Adler, psihologia alcoolicului este determinată de tendința de a-și depăși sentimentul de inferioritate. În concepția psihodinamică alcoolismul este abordat drept consecință a conflictelor intrapersonale [17, 54, 55].

În cazul alcoolismului cronic au loc modificări în sfera motivațională, care conduc la schimbarea pozițiilor, intereselor, valorilor personalității. Una dintre componentele principale ale structurii personalității este orientarea. Această calitate poate fi tratată ca un factor generator de sistem, ce determină psihicul personalității. O mare parte din psihologi consideră că, fiind o caracteristică fundamentală a personalității, orientarea are la bază următoarele trei componente: cerințe, obiective vitale și capacități [20, 22, 45]. În alcoolism au loc modificări dramatice atât în sistemul orientărilor valorice, cât și în orientarea generală a personalității: fiind format premorbid sistemul orientărilor valorice, care cu predilecție este rezultatul unui stil de viață sănătos, este pervertit. Ierarhia acestuia se transformă astfel încât pe prim-plan sunt poziționate valori care, mai mult sau mai puțin, sunt condiționate de pasiunea pentru alcool și de scopurile și interesele aferente acestuia. Drept urmare, are loc excluderea reală a persoanei din mediul social normal. De aceea nu este întâmplător faptul că printre tulburările afective la majoritatea covârșitoare a alcoolicilor predomină trăirile de singurătate și inutilitate socială [30].

În alcoolism sunt de asemenea constatate denaturări grave în autoevaluare, care este una dintre componentele importante ale sistemului de orientări valorice umane. Frecvent crește în mod neadecvat și nivelul pretențiilor, se dezvoltă comportamentul manipulativ [17, 18].

Y. Semke și coaut. [48] au descris portretul psihologic generalizator al persoanelor supuse investigațiilor, care redă un caracter șovăitor, anxios, cu sentiment avansat de vinovăție, axat pe insuccesele și dezamăgirile sale, prezentând o subapreciere totală a posibilităților sale în realizarea proiectelor concepute, cu o poziție socială pasivă, cu dificultăți enorme de adaptare.

În aspectul clinic aceste particularități caracterologice formează două variante de evoluție a maladiei. Pentru prima este tipică începerea prematură a consumului sistematic de alcool, urmată de dezvoltarea timpurie a maladiei. Ca urmare a trăsăturilor individuale enumerate, asemenea persoane recurg prea devreme la consumul de băuturi alcoolice, folosind efectul tranchilizant și defrustrant al alcoolului. În plan social îi caracterizează situația familială instabilă, desfacerea prematură a mariajului. A doua variantă de evoluție a alcoolismului este caracterizată prin vechime mare a maladiei cu o perioadă lungă de prediagnostic, integritate socială. Particularitățile personale psihastenice și depresiv-anxioase premorbide exercită o influență moderatoare benefică (frică de a-și pierde controlul asupra alcoolului, temeri de regenerare a neplăcerilor precedente), fapt care și determină în acest caz curabilitatea eficientă, precum și remiterea spontană [8], acestea fiind indirect dovedite prin perioada prediagnostică de lungă durată.

Ca urmare a tulburărilor în sfera emoțional-volitivă, apar și se formează diverse reacții patologice de protecție și chiar sisteme comportamentale – umor necritic, falsitate, evitarea răspunsului prin tăcere, tendința de a evita microambianța normală, care inevitabil conduc spre înstrăinarea socială a personalității. Denaturând și restructurând ierarhia trebuințelor, alcoolul în același timp devine un mijloc de evadare din realitate [47]. În viziunea lui V. A. Reazanțev, dacă un bolnav de alcoolism își conștientizează pe deplin pasiunea sa patologică, atunci acesta se poziționează în societate și familie ca un membru inferior. Sub influența necesității permanente sau periodice de alcool acesta își creează o imagine despre eul său, imagine de sine în ansamblu ca o persoană slabă, fără voință, dependentă de multiple circumstanțe și de cei din jur.

Înțelegându-și inferioritatea, el se închide în „carapacea” propriilor trăiri, găsindu-și unica consolă în starea de beție. Modificarea propriului eu, pierderea încrederii în propriile forțe, lupta interioară

continuă „*sa beau sau să nu beau*” bolnavul de alcoolism le compensează psihologic fie prin comportament demonstrativ, exteriorizat independent, fie prin docilitate și servilism, suferind un acut sentiment de inferioritate.

V. F. Matveev și coaut. [39] au studiat posibilitatea descrierii personalității premorbide, predispuse la alcoolizare. În practica narcologică medicul și psihologul frecvent se confruntă cu slăbiciunea intelectuală, neglijarea sociopedagogică, infantilismul psihic al pacienților, care le complică autoevaluarea și nu le permite acestora să descrie adecvat cercul de frustrări și probleme ce-i fac să se alcoolizeze.

N. S. Kurek [36], menționând rolul concepției hedonistice în formarea alcoolismului, indică asupra faptului că tendința spre satisfacții și totodată spre evitarea insatisfacției este forța motrice a conduitei umane în general. Satisfacția, plăcerea sunt temelia tuturor sentimentelor. Încă F. Nietzsche, în opera sa „*Uman... mult prea uman*” („*Human, All Too Human*”), sublinia că satisfacția din obișnuit și din interrelații cu alți oameni este o sursă a eticii [28]. Însă principiul satisfacției nu este unicul căruia viața umană urmează a fi supusă. S. Freud considera că acesta domină în copilărie și în sfera sexuală a adultului, însă în majoritatea domeniilor de comportament al persoanelor mature acesta va ceda locul principiilor realității. Principiul realității este de asemenea obținerea de satisfacție, dar amânată, care presupune suferință generată de așteptare, în consecință aceasta fiind diminuată [54]. Tendința spre satisfacerea tuturor doleanțelor „*aici și în clipa de față*” pentru un individ matur normal era considerată de Freud drept o manifestare patologică a regresiei. Concepția hedonistică se fundamentează pe o serie de mecanisme psihofiziologice de sprijinire și accentuare a trăirii satisfacției, care pot conduce la formarea dependenței în cazul consumului de droguri, în condițiile acțiunii altor factori. Două astfel de mecanisme au fost descrise de psihologul I. Iu. Borisov în cadrul analizei mișcărilor tineretului [16].

Primul mecanism este „*riscul hedonistic*”: actualizarea trebuinței pe baza creării pericolului față de satisfacerea acesteia. Al doilea mecanism e „*refuzul hedonistic*”: intensificarea trebuinței și sentimentului de plăcere în urma satisfacerii lor prin „*refuz imaginar*”. Individul dispune de obiectul trebuinței, însă în gând permanent ezită în luarea deciziei – să consume sau să nu consume? Mai întâi, spre exemplu, se decide: „*Nu beau, nu mă droghez*”. Dar ulterior, după o luptă interioară epuizantă, decide absolut invers. Toate acestea doar amplifică plăcerea.

De menționat că adeseori gustul propriu-zis al substanțelor psihoactive este neplăcut, cum de altfel al alcoolului și al fumului de țigări pentru cei din

preajmă – acestea la fel sunt exemple ale *contrastului hedonistic*. Și, în final, poate fi identificat al patrulea mecanism ipotetic – *contaminare hedonistică*: accentuarea trăirii plăcerii datorită satisfacerii în grup a unei anumite trebuințe.

Mecanismele accentuării plăcerii, de regulă, sunt actualizate în situații de monotonie, plictiseală, saturație, rutină, în special la persoanele predispuse la lenevie, apatie, anhedonie, hipocondrie, depresie. Omul care și-a propus drept scop al vieții dobândirea plăcerii cu ajutorul substanțelor psihoactive observă rapid că această plăcere este în descendență în procesul consumului, devenind tot mai nesemnificativă față de cele așteptate. În acest caz demarează mecanismele de accentuare hedonistică descrise mai sus. „*Satisfacerea trebuințelor aici și în clipa de față*” poartă un caracter infantil-regresiv. Acesta împiedică socializarea, maturizarea, separarea adolescenților de părinți, iar în unele cazuri favorizează substanțial inițierea abuzului de substanțe psihoactive.

Autorii menționează că în cazul studierii factorilor ce contribuie la alcoolizarea prematură a adolescenților este absolut necesar de luat în calcul un întreg complex de condiții biologice și microsociale nefaste cu impact asupra acestora, precum și particularitățile psihologice individuale aferente ale celor examinați și diverse probleme de personalitate generate de acestea. Indiferent de abandonarea de către tatăl-alcoolic a familiei sau de plasarea în orfelinat a unui copil din familie cu unul sau ambii părinți alcoolici, acesta la etapele timpurii ale ontogenezei imită comportamentul părinților, cum ar fi consumul de alcool, și acest fapt în mod incontestabil este un factor decisiv în formarea directivelor motivaționale ulterioare ale copilului față de consumul băuturilor alcoolice. Frustrarea adițională generată de destrămarea familiei contribuie la accentuarea acestei motivații. La adolescenții predispuși la alcool din familii prospere s-au constatat unele particularități de personalitate care, într-o anumită măsură, explică aderarea prematură a acestora la subcultura grupărilor de adolescenți cu forme comportamentale deviate. În grupările de adolescenți studiate, inițial familiarizarea cu alcoolul, de regulă, a fost provocată de dorința de a încerca acțiunea acestuia asupra lor, de a-și satisface curiozitatea. Pentru toți cei investigați consumul mai mult sau mai puțin sistematic de băuturi alcoolice începea în cercul de amici, sub influența directă a găștii. În majoritatea covârșitoare a cazurilor părinții nu știau despre adevărata amploare și frecvență a consumului de alcool din partea copiilor săi.

La toți cei investigați predispoziția față de consumul de băuturi alcoolice se manifesta pe un fundal de deviații comportamentale deja existente, care

adeseori se manifestau prin abandonarea orelor de clasă, evadare din casă, falsitate, fire de bătaș etc. Cea mai mare parte dintre adolescenți nu aveau pasiuni permanente. Aceștia la primul obstacol săreau foarte ușor de la o pasiune la alta, o parte substanțială din timp o petreceau în gașca de adolescenți la fel ca ei. Se caracterizau prin primitivismul rațiunii, orizonturi meschine, atitudine frivolă față de viitorul lor, predispoziție la reacții de opoziție, emancipare și grupare cu tinerii de aceeași vârstă. Fiind caracterizați printr-un grad înalt de conformism în raport cu grupa de referință, acești adolescenți ignorau sfaturile și observațiile părinților și pedagogilor sau în mod deschis manifestau o atitudine negativă față de ei.

În același timp, I.V. Belokrâlov [15], în urma cercetării ipotezei existenței unor parametri specifici de predispunere personală la dependența de substanțe psihoactive, presupune că există posibilitatea de a descrie și califica o personalitate „*predictivă*”, însă aceasta se determină la un alt nivel în raport cu tipologia clasică a caracterelor deviate. Factorii personalizați ai predispoziției la maladiile narcologice sunt unificați și încadrați în spectrul diagnostic al noțiunii psihodinamice de „*tulburare a personalității de nivel limitrof*”. Însă acest spectru este foarte vast și noțiunea de personalitate „*predictivă*” se impune a fi diferențiată de celelalte diversități ale patologiei de personalitate aferente cercului limitrof, înregistrate în alte tulburări psihice.

Căutarea de parametri mai specifici ai statutului de personalitate premorbidă a bolnavilor cu dependență de substanțe psihoactive a rezultat cu separarea și înscrierea într-un registru a variantelor „marginale” ale dereglărilor caracterologic-patologice, care figurau în lucrările narcologilor. În calitate de criterii de bază pentru diferențierea și definirea terminologică a acestora au servit diverse sfere de realizare a conduitei deviate: motivațional-volitivă, emoțională, socială etc. Este vorba despre tulburări „*labile*”, „*sintone*”, „*distimice*” și de alte tipuri ale personalității (accentuări). Conform rezultatelor cercetărilor unor autori care au studiat sondajele reprezentative ale pacienților narcologici [32, 33, 44], deviațiile de caracter enumerate constituie o majoritate relativă (până la 70%); cealaltă parte din materialul cazuistic este destul de uniform repartizată conform apartenenței la tulburări caracterologic-patologice „*prototipice*”. Aceste date confirmă ideea că parametrii predispoziției personalității pentru majoritatea cazurilor de patologie narcologică urmează a fi găsiți în afara limitelor diagnostice ale tipurilor „clasice” de psihopatii și accentuări de caracter.

Presupunerea menționată este confirmată indirect prin alte materiale obținute în cadrul cercetărilor psihopatologice în narcologie. Astfel, la

etapa premorbidă a alcoolismului și narcomaniei cu caracteristici clinico-dinamice similare se înregistrează (și de fapt se „grupează”) unele și aceleași tipuri de deviații de personalitate. În special, cel mai înalt ritm de progrediență a alcoolismului se manifestă la bolnavii cu trăsături de caracter isteric-impulsiv și schizo-astenică. O imagine comparabilă se urmărește și printre cazurile mai puțin complicate, cu o evoluție mai lentă ale maladiei alcoolice: în spectrul profilurilor premorbide de personalitate se dezvăluie cu precădere calități psihastenice sau „stenice” [31, 43, 52]. Aceste date indică insistent asupra existenței unor calități speciale, care unifică anomalii de personalitate premorbide tipologic eterogene ale bolnavilor narcologici.

Moskalenko V.D., Novikov A.V., Tatatrinskaia E.V. [40], studiind posibilitatea prezicerii maladiei, au cercetat particularitățile personal-psihologice ale copiilor din familii cu bolnavi de alcoolism cronic. Autorii au constatat: ca grup copiii părinților bolnavi de alcoolism cronic după toate caracteristicile personal-psihologice studiate se caracterizează prin trăsături care generează un comportament insuficient controlabil (impulsivitate, agresivitate). Rezultatele existente dovedesc tulburări în starea sferei cognitive, constând în agravarea atât a elementelor verbale, cât și a celor nonverbale ale gândirii abstract-conceptuale la copiii părinților bolnavi de alcoolism.

T.N. Dmitrieva, V.A. Sucikov [27] relevă rolul comportamentului deviant în legătură cu influențele microsocioambiente nefavorabile, care favorizează evoluțiile caracterologic-patologice psihogene [19, 23, 24, 41, 50, 57], adeseori combinate cu alcoolizare sau narcotizare timpurie.

În grupul investigat trebuința de autoactualizare era destul de accentuată, însă realizată inadecvat. Autorealizarea nu se făcea într-o activitate pozitivă concretă, care ar fi condus spre creșterea personalității. Adolescenții, orientându-se spre valori sociale și etice distorsionate adoptate în gruparea de referință, se automanifestau potrivit acestora. Alcoolizarea deseori este percepută de ei ca o modalitate de dobândire a unor calități de personalitate specifice celor maturi, deși în realitate aceasta este o regresivitate social-personală profundă. Drept consecință a imperfecțiunii funcțiilor psihologice descrise a fost dereglarea funcției integrante a personalității, care în final conducea la dezadaptarea socială pronunțată a adolescenților.

Specificul mecanismelor de formare a directivelor morale supreme și orientării personalității îl constituie ambivalența directivelor părintești în perioada prepubertară.

Componenta trăirii insatisfacției suprimate sau neconștientizate, manifestată la nivel comportamen-

tal în modul cel mai expresiv, este sentimentul de furie adresat părinților, școlii, adeseori necunoscuților, mai ales în stare de ebrietate. Ele se manifestă în acte de agresiune și infracțiuni descrise anterior. Alcoolizarea nu diminuează, ci, dimpotrivă, crește agresivitatea, o fac mult mai „dură”. Un potențial agresiv personal care deja inițial este înalt în grup se intensifică multiplu.

Nivelul înalt al anxietății, care deja se manifestă într-un mod pregnant în perioada pubertară, îi determină pe adolescenți să găsească în grup protecție și satisfacție a trebuințelor în siguranță. Totuși, mediul microsocioal ales nu devine o formă deplină de protecție. În grup nu sunt eliminate în totalitate frustrarea și anxietatea, nu sunt suprimate furia și agresivitatea. În final, aceasta îi determină să recurgă la alcoolizare ca la „o evadare socială prin diverse forme de amețire” [37].

Trebuie de subliniat că la adolescenții investigați erau foarte pronunțate trebuințele narcisiste, în special actualizate în stare de ebrietate. Adolescenții atât din grupul de referință, cât și în afara acestuia permanent își accentuau superioritatea, manifestau față de cei care îi înconjoară o atitudine de pe poziția „Eu +, iar voi -”, („Eu – bun, voi – răi”), potrivit lui E. Bern. Ei își negau carențele evidente, inclusiv alcoolizarea (cu excepția adolescenților cu trăsături isterice de caracter), erau dispuși să atribuie ambianței în mod nejustificat trăsături negative, tindeau să-și impună lideratul, ceea ce a contribuit la crearea unor situații conflictuale. Aducând la intensificarea tendințelor narcisiste și eliberarea sentimentului de furie, alcoolizarea i-a unit pe adolescenți și, într-o oarecare măsură, a format o nouă calitate psihologică de grup, care le și determina comportamentul.

Cercetarea sferei intelectuale a dezvăluit lipsa dereglării funcției gândirii și un potențial intelectual primordial înalt. În plus, s-a relevat o distorsionare pronunțată a funcției de realitate, mediul fiind perceput prin prisma aspirațiilor narcisiste, ceea ce a format poziția personală respectivă atât față de propria persoană, cât și față de cei din preajmă.

Funcția comunicativă este substanțial dereglată. Comunicarea este caracterizată prin superficialitatea legăturii cu oamenii – inconsistență ca urmare a accentuării însușirilor narcisiste ale personalității. Adolescenții nu formează cu grupul de referință un întreg, păstrându-și autonomia și manifestând tendința de a-și impune lideratul chiar în cadrul comunicării de grup. Inconsistența comunicării frecvent conducea la plecarea din grup și formarea noilor grupări. Privitor la relațiile reciproce în familie și la școală, acestea poartă un caracter deseori distorsionat, conflictual, dezvoltându-se pe bază de proiecție.

T.N. Dmitrieva, V.A. Sucikov [27] reliefează următoarele motivații majore ale alcoolizării la adolescenții din grupul respectiv: 1) căutarea confortului psihologic, evitarea situațiilor de frustrare, eliminarea îngrijorării și a tensionării; 2) satisfacerea trebuinței de autoactualizare, atinsă prin accentuarea manifestărilor narcisiste; 3) satisfacerea necesității de comunicare. Astfel de motive, cum ar fi modul de structurare a timpului și comportamentul ritual, în acest caz nu sunt stimulente de bază pentru inițierea consumului de alcool.

În cadrul investigațiilor experimentale Fominenkova N.A. [53] a confirmat presupunerea existenței unor abateri în sfera motivațională a studenților-consumatori de alcool. S-au remarcat următoarele particularități:

1. Tema motivațională „*patimi nefaste (beția)*”, drept motiv al căreia este consumul de băuturi alcoolice, are o intensitate majoră.

2. Caracteristică este creșterea simțitoare a nivelului global al motivelor de susținere (asigurarea necesităților vitale, confortul, staturul social) în raport cu cele de dezvoltare (activitate generală, activitate creativă, utilitate publică).

3. Este ridicat gradul de atașament față de pasiunea alcoolului, este crescut nivelul motivației consumului de băuturi alcoolice datorită trebuințelor personale, care se realizează prin intermediul alcoolului, datorită așteptărilor persoanei de a obține efecte psihologice substanțiale de ebrietate.

În alcoolismul cronic sunt atestate tulburări afective. O investigație psihologică specială a tulburărilor afective la bolnavii cu alcoolism în stare de abținere demonstrat că pasiunea scade paralel cu diminuarea anxietății [49], iar componenta anxioasă a sindromului de abținere este mult mai labil și instabil în raport cu cea depresivă.

D.M. Tabeeva și coaut. [51] a realizat un studiu complex al tulburărilor afective în perioada abținere. Sintetizând rezultatele obținute, cercetătorii au tras concluzia că analiza psihologică (psihometrică) complexă a stării bolnavilor de alcoolism în ansamblu relevă semne distincte ale tensiunii emoționale, care se manifestă în cazul existenței atât a tulburărilor psihopatice, cât și a celor nevrotice, combinate cu simptomele reducerii activității și manifestări astenice.

Într-un studiu clinic-psihopatologic, realizat de către Belocrâlov I.V. [15] pe un eșantion de 642 de bolnavi ce suferă de alcoolism sau dependență de opiu, s-a constatat că în diversitatea totală de manifestări caracterologice-patologice prevalează substanțial tipurile deviațiilor de personalitate: instabil (37%), narcisist (29%) și dependent (23%). La 11% din cei investigați au fost observate simptome

ale următoarelor tulburări de personalitate: schizoidă, paranoică, isterică, anancastică și anxioasă cu tendință de eschivare (psihastenică).

Dereglările afective la pacienții cu tulburare emoțional-instabilă a personalității la nivel clinic se manifestă prin predispoziție pentru dezvoltarea unor stări fazice speciale. La aceștia mai des în calitate de mecanisme-trigger se manifestă momentele psihogene: tulburările afective evoluează atât ca urmare a unor evenimente dramatice, cât și a celor de bucurie, având o importanță individuală a unei „*trăiri-cheie*” [14]. Se înregistrează de asemenea și alți factori de „provocare” exogenă – sezonieri-climaterici, somatici (boli, surmenaj). Specificul manifestărilor emoționale propriu-zise ale acestor faze adeseori este determinat de amfitimie (duplicitate afectivă), care se manifestă fie prin simptome de afect mixt (spre exemplu, hipotimie pe fondul excitației verbo-motorii), fie potrivit tipului „*ciclurilor rapide*” cu schimbări frecvente brusc opuse ale stării de spirit. În comparație cu psihopații paranoici la persoanele emoțional instabile formațiunile supravaloase sunt volatile, iar conținutul acestora este ușor schimbabil și în strânsă dependență de natura statutului afectiv.

Relațiile interpersonale actuale ale pacienților din grupul respectiv au fost definite, conform rezultatelor prezentei lucrări, „*dependente ambivalent*”. Acest termen reflectă polaritatea sentimentelor pe care le au persoanele emoțional-instabile față de obiectele cu o semnificație individuală majoră. Specificul „axial”, invariabil al acestei forme de relații constă în manipularea obiectului de dependență (codependență) ambivalentă – chiar și la etapele accentuării tendințelor de „devalorizare” se fac tentative de a-l păstra alături, de a-și menține autoritatea asupra acestuia. Ulterior, pe măsură ce se formează sindroamele principale ale maladiei narcologice, aceste obiecte devin „intermediari” involuntari în relațiile dintre bolnav și alcool sau drog, căpătând în imaginațiile subiective ale acestuia trăsături contradictorii suplimentare de „*uzurpator*”- „*salvator*”. Fenomenul dedublării în structura comportamentului interactiv al persoanelor cu caracter emoțional instabil de asemenea influențează în mod serios variabilitatea proporției dintre „hipersociabilitatea” și individualismul acestora.

Parametrul de bază ce determină specificul următorului tip de tulburări de personalitate – narcisistă, spre deosebire de cea emoțional instabilă, se referă la sfera conștiinței și constă în dominarea sentimentului propriei importanțe, exclusivității, care deseori atinge gradul „*eului grandios*”. La el se pot constata unele analogii cu anomaliile de tipul „istericilor schizoizi”, care îmbină în comportamentul lor bravada, predilecția pentru pseudologie și tea-

tralizm cu manifestări de individualism accentuat, înstrăinare, „răceală” emoțională, tradițional aferente caracteristicilor schizoizilor expansivi. Trebuie luată în seamă frecvența conversațiilor cu alți indivizi axate pe persoana lui, trebuința exagerată de a fi iubit și admirat de cei din preajmă. În același timp, în spațele fațadei imaginii „umflate” a propriei persoane este mascat și periodic actualizat sentimentul de inferioritate și neîncredere în sine. Posibilitatea menținerii „conservării” exclusivismului său și depășirea insatisfacției personale generate periodic determină, în fanal, gradul de compensare a personalității narcisiste, în mod special față de starea emoțională și calitatea relațiilor interpersonale.

Comunicarea personalităților narcisiste în general se desfășoară altfel decât la pacienții emoțional-instabili. La „narciși” se formează un stil al comportamentului interactiv de înstrăinare și independență, pasiv sau dușmănos opoziționist. La astfel de indivizi este redusă substanțial capacitatea de a stabili relații empatice cu cei din jur, ei pot elogia și stima doar pe acei ce acționează cu servilitate pentru a le satisface trebuințele lor egoiste, pur și simplu ignorându-i sau disprețuindu-i pe cei de la care nu se pot aștepta la nimic bun. Acest „conflict narcisist” major afectează și relațiile cu figuranții „de reper” din ambianța cea mai apropiată, făcând imposibilă situația în care se poate conta pe cineva, atragerea acestuia de partea sa, stabilirea unor relații de prietenie, paritate. Adeseori acești indivizi devin „exploatare” ai apropiaților, folosind totodată o mască cu caracter fascinant și manifestare a interesului. Un alt atribut caracteristic al legăturilor interpersonale este invidia; pentru ei sentimentul de atașament adevărat, sincer lor le este străin.

Sucesiunea însușirilor de personalitate apropiate fenomenologic, menționată anterior, impune diferențierea tulburării narcisiste de cea isterică: aceasta în primul rând este demonstrativitatea. Trebuie de ținut cont că această trăsătură a personalităților narcisiste nu urmărește obiectivul stabilirii unor raporturi speciale, epatare a celor din jur, așa cum se observă la cei „isterici”, dar mai curând poartă un caracter „de fațadă” și se manifestă secundar față de complexul exclusivității personale. „Narcișii” simt insuficiența de „eleganță” isterică, vivacitatea comunicării, senzualitate, lor le lipsește „erotizarea conduitei” care este dominantă pentru tipul isteric, tendința spre seducție, flirt. La personalitățile isterice autoevaluarea, chiar dacă e ridicată, se prezintă mult mai realist pe fondul „grandomaniei” narcisiste. La rândul său, pentru delimitarea unei personalități narcisiste de una schizoidă, se impune a lua în considerație trăsăturile autiste, introverte ale ultimei categorii; „narcișilor” – chiar dacă au trăsături de înstrăinare

emoțională – le este caracteristică extravertirea cu un interes accentuat față de opinia publică, iar poziția „separatistă” a acestora are o nuanță hipertrofică, preconcepută.

În opoziție față de poziția socială „independență” a personalităților narcisiste și de cea ambivalentă a personalităților emoțional-instabile, indivizii schizoizi manifestă semnele dependenței (codependenței) simbiotice față de una sau mai multe persoane din mediul apropiat. Acest mediu (cel mai frecvent acest rol îl joacă cineva din părinți, soți; mai rar – frații, surorile), de regulă, este dotat cu o caracteristică de indispensabilitate exclusivă și constituie o condiție vitală decisivă, în timp ce legăturile interpersonale cu alți indivizi poartă un caracter secundar, puțin important. „Dependenții” absolut nu suportă singurătatea, manifestă incapacitate de a-și purta singuri de grijă, prezintă inconsistența de a lua noi decizii în viața de zi cu zi și în activitatea lor, evită orice responsabilitate și tind să o treacă pe seama altora. Aceste calități, în mod obișnuit, sunt îmbinate cu pasivitatea, supunerea, sugestibilitatea, conformismul, fiind suplimentate cu semne de infantilism psihic. Spre deosebire de comportamentul exploatare sau de chirie al „narcișilor”, care în mod inevitabil întâmpină opunere și conflicte, persoanele dependente ocupă în familie și în societate o poziție nepretențioasă, pasivă, de supunere sau „parazitară”, în condiții de toleranță și chiar de încurajare din partea subiecților de codependență.

În cazul existenței unor legături stabile „sigure” cu subiectul de codependență, starea emoțională a persoanelor dependente are un caracter stabil. Totodată, acești indivizi prezintă capacitatea de a desfășura o activitate „stenică”, sporită, chiar dacă este de profil restrâns, mai mult ca atât ei demonstrează unele calități hipertimice. Totuși, o analiză mai minuțioasă a funcționării egopsihice dovedește că la aceștia predomină o autoevaluare scăzută – cu neîncredere profundă în sine, în posibilitățile sale, persistând tendința de dezvoltare a tulburărilor anxioase.

Anxietatea la persoanele cu profil caracterologic-patologic dependent are calitatea radicalului „bazic”. Însă, având în vedere că la o parte considerabilă a pacienților este prezentă alexitimia, aceasta se manifestă într-o formă clinică pronunțată cu precădere în structura formațiunilor reacționale. Materialele prezentului studiu sunt în concordanță cu datele obținute de o serie de autori și edifică faptul că forma cea mai specifică a psihogenezelor pentru persoanele cu tulburare de personalitate de tip dependent sunt reacțiile anxios-apatice de „refuz” și „capitulare” [34]. Acestea apar în situații în care există pericolul ruinării modului stabilit, obișnuit de viață

– spre exemplu, boala tutorelui, divorțul părinților, disponibilizări de personal la locul de muncă sau, dimpotrivă, avansare în post etc. Anxietatea, de regulă, poartă un caracter superficial, flotant și se manifestă prin surescitație, stare de tensiune și/sau prin stări echivalente somatizate ale acesteia. În plus, ea nu stimulează persoanele dependente să întreprindă acțiuni de depășire, cum se observă în cazul tipului nevrotic (anxios-fobic) de reacționare, ci, dimpotrivă, este însoțită de avansarea indiferenței cu sentimente de disperare, epuizare morală și fizică. În cadrul unor „reacții de refuz” mai grave uneori pot apărea manifestări de pseudodemență cu perplexitate, „neînțelegerea” sensului a ceea ce se întâmplă, până la negarea totală a realității.

Amintind despre dezvoltarea alcoolismului ca una dintre formele dependenței, este actuală cercetarea apărărilor psihologice folosite de către personalitate. Pentru prima dată termenul „apărare” („*defense*”) a fost utilizat de S. Freud la sfârșitul secolului XIX. Ulterior această noțiune a fost dezvoltată de autor într-o serie de lucrări, în care apărarea psihologică era descrisă ca o modalitate de luptă a eului cu ideile și afectele insuportabile și maladive [55, 56].

A.A. Nalchajan consideră că mecanismele de apărare sunt modalități de adaptare și dezvoltare a întregii personalități, pornind de la ideea că structura psihicului este structurată pe mai multe niveluri [42].

Se impune o analiză a problemei raporturilor dintre eul-concepție, eurile-ipostaze și mecanismele de apărare. La abordarea acestui aspect trebuie folosită drept reper teza potrivit căreia cel mai mult are nevoie de apărare psihologică eul-concepție al personalității, întrucât anume acesta este supus cel mai frecvent acțiunilor frustrante externe și interne. În esență, nu există nici un caz de frustrare a unei personalități cu conștiință dezvoltată, care nu ar fi atins asemenea componente importante ale eului-concepție, cum sunt autoevaluarea, respectul de sine, pretențiile etc. De aceea, se poate menționa că toate mecanismele de apărare servesc pentru păstrarea, accentuarea sau înnobilarea aspectelor conștiinței apreciate favorabil.

Unele mecanisme de apărare servesc mult mai direct eurile-ipostaze ale personalității. Acestea constituie, în primul rând, identificarea, proiecția și introiecția. Alte mecanisme de apărare aproape că nu contribuie la păstrarea și consolidarea eului-ipostază.

Mecanismele de apărare nu numai că servesc eul-concepție și eurile-ipostaze. Acestea pot deveni componentele lor funcțional-structurale. A.A.

Nalchajan consideră că în conținuturile verbale ale eului-concepție se pot regăsi raționalizări, proiecții și rezultatele acestora. De aceea, de fiecare dată când un individ își descrie personalitatea și își califică calitățile psihice și fizice, el simultan declanșează apărarea psihică.

N. Baranova, I.A. Belâi [12] menționează conflictul intrapersonal accentuat în cazul abuzului de alcool, care aduce la eșuarea modalităților obișnuite de apărare psihologică și căutarea unor noi forme de protecție, adeseori mult mai regresive decât cele anterioare. Mecanismele principale de protecție s-au dovedit a fi într-o anumită măsură refularea activă, proiecția, raționalizarea. Refulării a fost supusă cea mai mare parte din factorii frustranți asociați cu alcoolizarea, aceasta fiind cel mai primitiv mecanism de apărare. Aici pot fi încadrate toate cazurile de „uitări” variate a faptelor sale, parțial anozognozia. Elementele refulate se manifestau în multiple acțiuni eronate, în vise cu tematică alcoolică, în umor alcoolic etc. Raționalizarea, în general, a servit ca mijloc de „discreditare a obiectului inaccesibil”. Astfel, bolnavii își explicau sie și celor din jur refuzul de la fostul statut profesional, deseori mult mai prestigios, prin aceea, spre exemplu, că „*hamalii sunt mai bine plătiți, petrec mai mult timp în aer liber*” etc. Mai mult decât atât, cu ajutorul raționalizării se camuflau și se justificau motivele continuării alcoolizării. Proiectării asupra celor din ambianță se supuneau toate trăsăturile caracteristice ale bolnavilor, negative din punctul lor de vedere. Eficacitatea insuficientă a modalităților aplicate de apărare psihologică, la rândul său, conducea la diminuarea continuă a toleranței de frustrare.

T.N. Dmitrieva și V.A. Sucikov [27] au relatat despre astfel de mecanisme principale de apărare psihologică folosite de către adolescenții care fac abuz de alcool în situații conflictuale, cum ar fi negarea și proiecția. Mecanismul de negare era declanșat în diverse situații semnificative: adolescenții negau atmosfera nefavorabilă din familie, beția părinților, trăsăturile negative ale propriului caracter, acțiunile sale ilegale și alcoolizarea. În cadrul evoluției simptomatice alcoolismului mecanismul de negare se manifesta în formă de anozognozie alcoolică.

Mecanismul de apărare prin proiecție adeseori stă la baza acțiunilor agresive ale adolescenților și în multe cazuri este folosit de ei pentru a-și explica comportamentul. Inițial adolescenții atribuiă calitățile lor agresive celor din jur, mai frecvent profesorilor și angajaților organelor de drept, adresându-le sentimentul de furie și declarând că conflictele apar „*din cauza profesorilor și polițailor*”.

Acțiunea mecanismelor de apărare psihologică este orientată spre menținerea unui echilibru inte-

rior prin refularea din conștient a absolut tuturor amenințărilor grave pentru sistemul de valori al individului, sentimentului propriei demnități, integrității eului în condițiile conflictului motivațional [13, 25]. Alegerea metodei de apărare psihologică se revelează în trăirile personalității, care reprezintă o reflectare subiectivă, specială a ambianței din punctul de vedere al posibilităților de satisfacere a motivelor și nevoilor pe care le oferă ambianța [21]. Trăirile servesc obiectivele de adaptare în condițiile refuzului la ceea ce se dorește sau pierderea acestuia, imposibilității de a face o alegere între două obiecte dorite, în condițiile conflictului are loc organizarea echilibrului sufletească parțial și temporar.

Există opinia că adicția apare la persoanele cu echilibrul dintre nevoi și posibilități dereglat [22]; dependența psihică în acest caz este definită ca stare în care narcoticul generează sentimentul de satisfacție, echilibru psihic, limpezire sufletească, crește capacitatea de muncă, oferă vivacitate emoțională și eliberează de suferințe. Se poate presupune că tendința de administrare a substanțelor psihoactive constituie o metodă de apărare psihologică a personalității. Această tendință în condițiile administrării sistematice degenerează din mijloc de apărare în motiv rațional independent [40].

Astfel, indiferent de nivelul educațional, vârstă, sex, apartenență etnică, acești indivizi întâmpină aceleași probleme, la ei fiind șterse toate diferențele individuale în modul de viață, motivele activității, formele de răspuns emoțional. Conform datelor cercetărilor clinico-psihiopatologice, în alcoolism se produc modificări în sfera motivațională de trebuințe, sferele emoțional-volitivă, intelectuală, comunicativă. Drept consecință a tulburărilor în sfera emoțional-volitivă apar și se formează diverse reacții patologice de apărare și chiar modele comportamentale – umor necritic, falsitate, evitarea răspunsului prin tăcere, tendința de a evita microambianța normală, care inevitabil conduc spre înstrăinarea socială a personalității. Abuzul de alcool creează premise pentru accentuarea conflictului intrapersonal, care conduce la eșecul metodelor obișnuite de apărare psihologică și căutarea noilor forme ale acesteia, deseori mult regresive decât cele anterioare. Acest fapt a și determinat actualitatea cercetării metodelor de apărare psihologică.

Alcoolul, pe lângă faptul că duce la denaturarea și restructurarea ierarhiei trebuințelor, mai devine și un mijloc de evadare din realitate.

În evoluția maladiei o importanță majoră o au factorii microsociale, biologici, problemele de personalitate, particularitățile individual-psihologice, comportamentul deviant în raport cu ambianța

microsocială, toate acestea determinând dezvoltarea caracterologic-patologică.

Bibliografie

1. Eckardt M.J., Rawlings R.R., Graubard B.I. et al., *Neuropsychological performance and treatment outcome in male alcoholics*, în *Alcoholism*, 1988, vol. 12, nr. 1, p. 88-93.
2. Eckardt M.J., Stapleton J.M., Rawlings R.R. et al., *Neuropsychological functioning in detoxified alcoholics between 18 and 35 years of age*, în *Amer. J. Psychiatry*, 1995, vol. 152, nr. 1, p. 53-59.
3. Jones E., *Rationalization in everyday life*, în *J. of Abnorm. Psychol.*, 1908, nr. 3, p. 161-169.
4. Vasiliev T., *Problemele alcoolului și ale altor droguri în Republica Moldova*, Chișinău, 1995.
5. White R.W., *Motivation reconsidered: The concept of competence*, în *Psychol. Rev.*, 1959.
6. *Sănătatea Publică în Moldova, anii 2006, 2007*, MS, CNȘPMS, 2007, 2008.
7. *Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de alcool*. Protocol clinic național, Chișinău, 2008.
8. Александрова Н. В., *5-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов*, Москва, 1985, т. 2, с. 4-6.
9. Альшуллер В. Б., *Лекции по наркологии*, изд. третье, под ред. Н.Н. Иванца, Москва, изд-во Медпрактика, 2001.
10. Анохина И.П., *Патогенез, клиника и лечение алкоголизма*, Москва, изд-во Медицина, 1976.
11. Анохина И.П., Арзуманов Ю.Л., Веретинская А.Г. и др., *Диагностика генетической предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ*, în *Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании*, под ред. Иванца Н.Н., Анахарсис, 2001, 112 с.
12. Баранова В. Н., Белый И. А., *Особенности фрустрационных реакций у больных алкоголизмом*, în *Вопросы наркологии*, nr. 2, 1993, p. 71-75.
13. Балашова Т.Н., *Структура аффективных расстройств при алкоголизме*. Автореф. дисс канд. псих. Наук, Ленинград, 1987, 20 с.
14. Белокрылов И.В., Даренский И.Д., *Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ*, în *Руководство по наркологии*, под ред. Н.Н.Иванца, Москва, изд-во Медпрактика, 2002, vol. 1, p. 161-181.
15. Белокрылов И.В., *Расстройства личности у больных с зависимостью от психоактивных веществ (I): вопросы методологии исследования и систематики*, în *Вопросы наркологии*, nr. 5, 2004, p. 37-45.
16. Борисов И. Ю. *Психология — практике обучения и воспитания*, ч. 2; în *Материалы Всесоюзной научно-практической конференции*, Москва, 1990, p. 139-142.
17. Братусь Б.С., *Психологический анализ изменений личности при алкоголизме*, изд. Московского Университета, 1974.
18. Братусь Б.С., Сидоров П.И., *Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма*, изд. Московского Университета, 1984.
19. Буторина Н.Е., *Тезисы докл. VII Межд. симп. дет.*

- психиатров соц. стран, Москва, 1986., с. 13-14.
20. Васильев И.А., Магомед-Эминов М.М., *Мотивация и контроль за действием*, Москва, 1991
 21. Васильев Ф. Е., *Психология переживания*, Москва, 1984.
 22. Выготский Л.С., *Избранные психологические исследования*, Москва, 1956, с. 28- 40.
 23. Генайло С.П., *Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*, 1990, nr. 2, p. 42-47.
 24. Гиндикин В.Я., *Дети с отклонениями в поведении*, Москва, 1968, с.78-94.
 25. Горохов В.И., *Материалы IV Всероссийской конференции по неврологии. и психиатрии детского возраста*, Москва, 1978, с. 133-135.
 26. Двирский Л.Е., Кучер Ю. А., Моторный С. М., Власов Г. В., *Особенности функциональной асимметрии головного мозга при различных типах течения алкоголизма и алкогольном делирии*, in *Вопросы наркологии*, nr. 3, 1990, p. 45-46.
 27. Дмитриева, В. А. Сучков, *Особенности алкоголизации у подростков с психогенными патологическими формированиями личности аффективно-возбудимого типа*, in *Вопросы наркологии*, nr. 4, 1993, p. 17-21.
 28. Доброхотова Т. А., Брагина Н. Н., *Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга*, Москва, 1977.
 29. Завьялов В. Ю., *Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости*, Новосибирск, 1988.
 30. Зейгарник Б. В., *Патопсихология*, Москва, Издательство Московского Университета, 1986.
 31. Ибатов А. Н., Бажин А. А., *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*, 1991, № 2, с. 61-64.
 32. Иванец Н.Н., Винникова М.А., *Героиновая наркомания*, Москва, изд-во Медпрактика, 2001.
 33. Иванец Н. Н., Игонин А. Л., *Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии*, Москва, 1978, с. 21-28.
 34. Ильина Н.А., Иконников Д.В., *Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы)*, Томск, 2003, с. 148-150.
 35. Кирьяк В.А., Иванец Н.Н., *Алкоголь в истории цивилизации, (историко-психологический очерк)*, in *Вопросы наркологии*, nr. 1, 1999, с. 55-59.
 36. Курек Н.С., *Гедонистическое мировоззрение в молодежной субкультуре как фактор, способствующий вовлечению в потребление психоактивных веществ*, in *Вопросы наркологии*, nr. 2, 1996, p. 54-59.
 37. Лисицын Ю.П., Сидоров П. И., *Алкоголизм. Медико-социальные аспекты: руководство для врачей*, Москва, 1990.
 38. Личко А.Е., Битенский В.С., *Подростковая наркология. Руководство*, Ленинград, изд-во Медицина, 1991.
 39. Матвеев В.Ф., Данилин А.Г., Дмитриева Е.Д., *Социально-психологические особенности подростков, склонных к злоупотреблению алкоголем*, in *Вопросы наркологии*, nr. 3, 1990, p. 34-37.
 40. Москаленко В.Д., Новиков А.В., Татаринская Е.В., *Личностно-психологические особенности детей, родители которых больны алкоголизмом*, in *Вопросы наркологии*, nr. 4, 1993, p. 71-79.
 41. Мягков И.Ф., *Актуальные вопросы клинической диагностики, терапии и профилактики пограничных состояний*, Томск, 1987, с. 200-201.
 42. Налчаджян А.А., *Социально-психическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии)*, Издательство АН Армянской ССР, Ереван, 1988.
 43. Небаракова Т. П., *Клиника и лечение хронического алкоголизма у лиц с преморбидными чертами характера астенического круга*. Дисс. канд. мед. Наук, Москва, 1977, 182 с.
 44. Рохлина М.Л., Козлов А.А., *Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение*, Москва, изд-во Анахарсис, 2001, 208 с.
 45. Рубинштейн С. Л., *Основы общей психологии*, Москва, изд-во Педагогика, 1989, т. 2, с. 132.
 46. *Руководство по наркологии*, под ред. Н.Н.Иванца, Москва, изд-во Медпрактика, 2002, т. 1, с. 161-181.
 47. Рязанцев В.А., *Психотерапия и деонтология при алкоголизме*, Киев, изд-во Здоров'я, 1983.
 48. Семке Я., Галактионов О.К., Мандель А.И., Мещеряков Л.В., Ефимов В.М., *Клинико-социальные, психологические и антропогенетические характеристики патокинеза алкоголизма. взаимосвязь клинко-динамических и психологических факторов*, in *Вопросы наркологии*, nr. 2, 1988, p. 20-24.
 49. Соловьева В.М., Логинова С.В., *Патогенез, клиника, терапия алкоголизма и алкогольных психозов*, Москва, 1986, с. 149-152.
 50. Стаценко А.Н., *Патологические формы девиантного поведения у подростков (психиатрич. и наркологич. аспекты)*, Москва, изд-во Медицина, 1989, с. 19-23.
 51. Табеева Д.М., Вандыш В.В., Табеев И.Ф., *Особенности эмоционально-личностных нарушений в различные периоды абстиненции у больных алкоголизмом*, in *Вопросы наркологии*, nr. 4, 1996, p. 68-73.
 52. Трубочанинова О. Н., *Хронический алкоголизм у больных с преморбидными чертами характера стенического круга (клиника и терапия)*. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Москва, 1983, 43 с.
 53. Фоминенкова Н. А., *Особенности мотивационного и эмоционального профиля у лиц, склонных к наркоманиям*, in *интернет-журнал Ломоносов*.
 54. Фрейд З., *Леонардо да Винчи*, Москва, 1912.
 55. Фрейд З., *Я и Оно*, Ленинград, 1924.
 56. Фрейд З., *Психопатология обыденной жизни*, Москва, 1925.
 57. Шабанов П.Д., Калишевич С.Ю., *Биология алкоголизма*, Санкт-Петербург, 1998.
 58. Штырков А.Г., *Клинико-психологическое исследование женщин с эпилептоидным складом характера, страдающих алкоголизмом*, in *Вопросы наркологии*, nr. 4, 2003, p. 24-32.

Prezentat la 14.05.2009

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ
ПОМОЩИ НЕИЗЛЕЧИМЫМ ПАЦИЕНТАМ
В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ

Наталья КАРАФИЗИ,
Медико-социальный благотворительный
фонд Анжелус Молдова

Rezumat

Organizarea serviciului de îngrijiri paliative pentru pacienții incurabili în diferite țări

Îngrijirea paliativă este o abordare medico-socială relativ nouă care, fiind implementată cu succes în mai multe țări ale lumii, și-a demonstrat viabilitatea pe parcursul anilor. R. Moldova este una dintre țările europene care fac primii pași în dezvoltarea îngrijirii paliative. Fiecare țară trebuie să-și aleagă calea proprie de implementare a îngrijirilor paliative, folosind resursele interne. Articolul descrie diferite forme de organizare a acestor servicii și modelele posibile de implementare a lor, reieșind din evaluarea necesităților țării în domeniul dat. Conform datelor oficiale, în jur de 23 567 de pacienți din Moldova necesită îngrijiri paliative (a. 2004), care actualmente se acordă la nivel neguvernamental.

Cuvinte-cheie: îngrijire paliativă, îngrijiri paliative specializate/nespécializate, hospice de zi.

Summary

Organisation of palliative care service for incurable patients in different countries (review of literature)

Palliative care is a relatively new medico-social approach, which, being successfully implemented in a number of countries across the world, has proved its sustainability through the years. Moldova is one of European countries that takes its first steps in palliative care development. Each country should find its own way of palliative care development based on internal resources. The article describes different types of palliative care service organisation and possible models of their implementation derived from the palliative care needs assessment for the country. The estimated data show there are about 23,567 of patients in Moldova, who require palliative care (y. 2004), which actually is provided by non-governmental organisations.

Key words: palliative care, specialized / non-specialized palliative care, day care hospice

Паллиативная помощь (ПП) – это направление, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с трудностями уносящего жизнь заболевания, посредством предупреждения и облегчения их страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других проблем – физических, психосоциальных и духовных (ВОЗ, 2002).

В соответствии с определением ПП [1]:

- утверждает жизнь и рассматривает умирание как естественный закономерный процесс;
- не имеет намерения ни ускорить и ни отсрочить наступление смерти;
- предоставляет контроль боли и других беспокоящих симптомов;
- включает психологические и духовные аспекты ухода за пациентом;
- предоставляет систему поддержки, которая позволяет пациенту насколько возможно активно прожить последние дни;
- предлагает систему поддержки семье пациента во время его тяжелой болезни и психологическую поддержку в период тяжелой утраты;
- использует командный подход (КП) с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи, в том числе и психологическое консультирование в период тяжелой утраты, если это необходимо;
- улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение заболевания;
- при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения может продлить жизнь пациента;
- включает исследования, необходимые для лучшего понимания и купирования неприятных клинических осложнений.

Как видно из определения, ПП является всеобъемлющей областью, которая, кроме медицинских, включает в себя психологические, социальные, культурные и духовные аспекты. Это связано с тем, что неизлечимые заболевания по мере их прогрессирования, выходят за рамки чисто медицинских проблем, затрагивая остальные – немедицинские стороны жизни пациента.

В связи с этим, ПП не является помощью больным каким-то определенным заболеванием и охватывает период с момента постановки диагноза неизлечимого заболевания до конца периода тяжелой утраты; длительность этого периода может варьировать от нескольких лет до недель или (реже) дней [2]. Тем не менее, общепринято, что в ПП больше всего нуждаются пациенты, страдающие следующими заболеваниями или находящиеся в следующих медицинских состояниях: рак, ВИЧ/СПИД, застойная сердечная недостаточность, цере-

броваскулярные заболевания, нейродегенеративные нарушения, хроническая дыхательная недостаточность и заболевания пожилых людей [3].

Несмотря на то, что во многих странах большая часть бюджетов здравоохранения расходуется на оказание медицинской помощи людям в последние годы их жизни, они не всегда получают помощь, которая наилучшим образом соответствует их потребностям [2].

ПП не следует рассматривать как что-то существенно отличное от других форм медицинской помощи или областей здравоохранения. Многие из основополагающих аспектов ПП берут свое начало в лечебной медицине [2].

Современная паллиативная медицина (ПМ) должна быть интегрирована с официальной клинической медициной, поскольку она обеспечивает действенный и целостный подход, дополняющий специальное лечение основного заболевания. Приёмы ПМ могут использоваться другими медицинскими специалистами при терапии боли, других симптомов заболевания и особенно при учёте психологических аспектов лечения [4].

Успех и эффективность ПП в конечном счёте зависит от того, насколько хорошо она организована. При планировании службы ПП наиболее важными оказываются местные факторы. В разных странах, и даже внутри одной страны ситуация может сильно различаться. Международная Ассоциация хосписной и паллиативной помощи (ИАНРС) считает, что каждой стране необходимо разработать собственную модель ПП, взяв на вооружение опыт и знания, накопленные в развитых странах. Не существует единственно верной модели ПП. Её организация определяется потребностями, ресурсами, мнением руководителей здравоохранения и имеющимися местными учреждениями здравоохранения. Следует разрабатывать собственную модель, а не копировать схемы, пригодные для стран с развитой экономикой [4].

Наибольшее число служб паллиативной помощи имеется в Польше и России [2]. В Восточной Европе наиболее распространённым типом является организация ПП *на дому*; затем следует *стационарная* ПП; гораздо реже встречаются *команды в больницах, дневные стационары и отделения* ПП в домах для престарелых.

ПП может быть оказана в следующих формах [2]:

- на дому;
- в доме для престарелых и инвалидов;
- в доме для пожилых;
- в больнице;
- в хосписе.

До сих пор ПП оказывается преимущественно на дому. Даже те пациенты, которые в конечном счёте умирают в лечебных учреждениях, обычно находятся в течение длительного периода

времени дома, где и получают ПП. Считается, что некоторые учреждения, в задачи которых не входит оказание ПП, также будут обслуживать большее число неизлечимых больных [2].

Различают следующие виды организации ПП:

- специализированная;
 - неспециализированная (всеобщая).
- Службы *специализированной* ПП занимаются оказанием только этого вида помощи и обычно предоставляют помощь пациентам с более сложными и требующими больших затрат проблемами, и, соответственно, требуют большего уровня подготовки персонала, большего числа специалистов и других ресурсов [2].

Неспециализированная ПП описывает деятельность всех специалистов здравоохранения, которые не вовлечены непосредственно в процесс оказания ПП, но должны быть знакомы с её основными принципами и применять их в своей практике.

Специализированными службами ПП считаются учреждения, основным видом деятельности которых является оказание помощи неизлечимым и умирающим больным, располагающие специалистами с более высоким уровнем профессиональной подготовки и большим числом персонала в расчёте на одного больного. Такие службы должны быть доступны для всех медицинских и социальных учреждений. Они должны оказывать помощь пациентам вне зависимости от их места нахождения. Службы специализированной ПП должны оказывать консультативную помощь представителям других специальностей в оказании ПП в стационарных и амбулаторных учреждениях. Консультации, совет и поддержка специалистов ПП должны быть доступны при возникновении необходимости для всех работников здравоохранения [2].

Специализированная ПП может предоставляться как в стационаре, так и на дому [5]:

I. Стационарные учреждения (отделения) специализированной ПП:

1. Специализированные отделения:
 - палата (отделение в профильной больнице) общего профиля;
 - отдельно стоящее отделение ПП в составе больничного комплекса;
 - отдельно стоящее отделение, отдалённое от стационара (хоспис).

2. Команда ПП стационарного типа

II. Специализированные службы ПП на дому:

1. Команда, состоящая из специально обученного врача и медицинской сестры.
2. Команда, состоящая только из специально обученных медицинских сестёр.
3. Команда «быстрого реагирования», предоставляющая услуги неотложной ПП.
4. Команда «выходного дня», опосредованно предоставляющая услуги отдыха для членов семьи пациента, беря на себя уход за пациентом

в дневное или ночное время.

Такие команды могут быть прикреплены к специализированным отделениям ПП с койками или к самостоятельным – без коек. Многие команды предоставляют услуги ПП 24 часа в сутки или же 5 дней в неделю с 9:00 до 17:00.

III. Дневной центр (дневной хоспис) в основном предоставляет услуги психосоциального плана пациентам, которые получают ПП на дому.

IV. Амбулаторная консультативная служба ПП, которая обслуживает пациентов, получающих ПП на дому.

Термин «хоспис» имеет двойной смысл. Первый относится к философии хосписной помощи, которая, в сущности, представляет собой философию и принципы ПП. Второй относится к хосписной единице, которая обычно представляет собой отдельно расположенное отделение со стационарными условиями, предоставляющее ПП, придавая особое значение медицинским и психосоциальным аспектам ухода. Обычно врачи и медицинские сестры хосписа специально обучены в оказании ПП и купировании симптомов. От других учреждений хоспис отличается более высоким пропорциональным соотношением медицинских сестёр на одного пациента. Многие хосписы также предоставляют услуги дневного центра и службы ухода на дому. Некоторые – не предоставляют услуги стационарного ухода вообще.

Источниками финансирования хосписов могут быть как частные пожертвования, так и бюджет национальной системы здравоохранения, или сочетание этих двух вариантов [6].

Специализированные команды ПП могут быть нескольких видов:

- команда ПП стационарного типа;
- команда, предоставляющая ПП на дому;
- смешанная команда ПП.

Эти команды обычно имеют дело с узкой группой пациентов, направленных из других лечебных подразделений, для которых характерны наиболее сложные проблемы в плане контроля симптоматики, общения и координации помощи [7].

Команды ПП стационарного типа обычно работают в больницах общего профиля, руководствуясь принципами ПП, обычно предоставляя консультативную помощь в купировании симптомов и обеспечивая психологическую поддержку пациентам и медицинскому штату сотрудников, где находится консультируемый пациент. Кроме того, команда данного типа играет важную роль в обучении и консультировании всего стационара. Большинство команд состоит из двух и более специально обученных медицинских сестёр, врача, социального работника, священника и др [6].

Команды, предоставляющие ПП на дому, включают в себя специально обученный штат сотрудников, который предоставляет консульти-

рование и поддержку медицинским работникам первичного сектора здравоохранения. Основу команды обычно составляет специально обученная медицинская сестра, предоставляющая медицинскую и другую профессиональную помощь. Команда может быть прикреплена к профильной больнице (онкологический институт), больнице общего профиля со специализированным отделением, стационарному хоспису (отделению) ПП или учреждению амбулаторного профиля (поликлиника) [6].

Команды ПП, которые сочетают в себе элементы стационарного типа и элементы предоставляемой ПП на дому. Некоторые сотрудники таких команд могут работать в поликлинике, другие – в стационаре, либо, работая с некоторыми пациентами индивидуально, следовать за ними по месту его нахождения [6].

Наиболее распространенными являются специализированные стационарные подразделения, команды паллиативной помощи, расположенные на базе больниц и поликлиник, и стационары на дому [2].

Неспециализированные службы [2]:

- лица, обеспечивающие непосредственный уход, чаще всего родственники;
- добровольцы;
- участковые медицинские сестры;
- врачи общей практики или семейные врачи;
- медицинские специалисты, не имеющие специальной подготовки в ПП.

Все вышеизложенные виды служб и их взаимодействие могут быть схематично представлены следующим образом:

В соответствии с проведенной в 2006 году оценкой потребностей в ПП для Республики Молдова количество неизлечимых пациентов, нуждающихся в ПП, по предварительным оценкам за 2004 год составляет 23 567 человек в год, из которых 9 109 проживают в городах республики, а 14 457 – в сельской местности, что составляет 38,65 % и 61,35 % соответственно [7].

Принимая во внимание основные причины смертности в республике по данным 2004 года, пациенты, нуждающиеся в ПП, относятся к следующим нозологическим группам: сердечная и легочная недостаточность, рак, прогрессирующий цирроз печени, ВИЧ/СПИД [7].

Анализ данных 2004 года относительно места смерти пациентов, показывает: 83,9% случаев относятся к смертям на дому и 16,1% – в больнице. В республике не существует условий/учреждений для неизлечимых пациентов, находящихся в терминальной стадии заболевания. Эта категория пациентов не госпитализируется [7].

Услуги ПП в республике предоставляются на уровне неправительственного сектора. Государ-



Адаптировано из Руководства для Эффективных Программ по Паллиативной Помощи, ВОЗ, 2007.

ственные учреждения, предоставляющие услуги подобного рода, не отмечаются.

Исходя из рекомендаций ВОЗ для планирования организации службы ПП в условиях стационара и на дому, а также, принимая во внимание нормы и стандарты ПП, принятые в Румынии, для Молдовы за основу планирования могут быть взяты следующие нормативы [7].

Служба ПП на дому:

- 3 врача на 100 000 населения
- 12 медицинских сестёр на 100 000 населения
- 6 других штатных единиц

Служба хосписа:

- 8 коек на 100 000 населения
- 1,5 врача на 10 коек
- 13–18 медицинских сестёр и санитарок на 10 коек
- 4 другие штатные единицы на 10 коек.

По предварительным подсчётам, для покрытия услуг специализированной ПП по всей республике необходимо 143 врача и 684 медицинские сестры. Количество коек для специализированной службы ПП для покрытия республиканских нужд составляет 271 [7].

Выводы

1. Паллиативная помощь является новым видом медико-социальных услуг, которые долж-

ны быть неотъемлемой частью государственных программ здравоохранения.

2. Учитывая тот факт, что Молдова относится к странам с развивающейся экономикой, а развитие ПП на начальном этапе требует значительных денежных вложений, при организации данной службы необходимо в первую очередь уделить внимание поддержке служб на дому, которые считаются наиболее экономически выгодными формами предоставления услуг.

3. Для успешного внедрения и дальнейшего развития службы ПП в республике необходима слаженная координация работы существующих государственных структур и поставщиков услуг неправительственного сектора.

Библиография

1. World Health Organisation, *Cancer control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Palliative care*, 2007.
2. *Рекомендации (2003) Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи*, 2004.
3. Elizabeth Davies and Irene J Higginson, *The solid facts. Palliative care*, WHO Europe, 2004.
4. Новиков Г. А. и соавторы, *Практическое руководство по паллиативной помощи онкологическим больным*, Москва, 2004.
5. Derek Doyle, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2nd edition, Oxford University Press, 1998.
6. Andrew Stevens, James Raftery, *Health care needs assessment: the epidemiologically based needs assessment*, Radcliffe Publishing, 1996.
7. Elizabeth Davies and Irene J. Higginson, *Better palliative care for older people*, WHO Europe, 2005.
8. Daniela Moşoiu, *Evaluarea necesităţilor de îngrijiri palliative în Republica Moldova*, 2006.

Представлена 17.12.2008

DOMNUL EX-MINISTRU
AL SĂNĂTĂȚII, ACADEMICIAN,
PROFESOR UNIVERSITAR,
SAVANT EMERIT GHEORGHE GHIDIRIM

OMAGIU LA 70 DE ANI



S-a născut la 22 aprilie 1939, în a primăverii jumătate,
Când pământurile Basarabiei erau toate însămânțate
Barza în familia Ghidirim din Palanca istorică a adus un puișor
Pe care părinții l-au numit Ghițișor !

Frageda copilărie a petrecut-o în vremuri grele,
Ani de război, secetă, foamete, deportări și alte rele !
Mămica, la vârsta lui Gicu de 4 ani, a decedat,
El rămânând sub ocrotirea tatălui și a fraților, care l-au educat.

Cu toate acestea, la suferințele grele Gicu a rezistat
Și din ele, cu ajutorul Domnului, a scăpat !

În 1953 șapte clase în satul natal cu mențiune a finisat,
Apoi actele la școala de 10 clase din satul Tudora a înaintat.

Deoarece avea spre matematică o mare înclinație,
Visa să devină ofițer de aviație!

Însă cumnatul lui, profesor de limbă română, l-a îndrumat –
Actele la Colegiul de medicină din Tighina mai bine de înaintat,

Pentru a obține mai repede o specialitate,

Care-i va favoriza întreținerea de mai departe

Și a ajuta familia lor numeroasă, pe cât se poate,

Să iasă mai ușor din situațiile grele create

Gicu sfatul cumnătelului drag l-a ascultat

Și actele la Colegiul de medicină în 1953 le-a înaintat,

Pe care în 1956 cu mențiune l-a terminat,

Apoi în ambulatoriul din satul Tudora în calitate de felcer a activat

Peste un an, la ISM din Chișinău, Facultatea de Pediatrie, a intrat

Unde concursul cu brio l-a luat

Și la facultatea nominalizată conștiincios medicina a studiat,

Fiind totodată pe târâm obștesc un activist înflăcărat.

După ce ISM în 1963 cu mențiune a terminat,

Gh.Ghidirim ca asistent la Catedra Anatomie

Topografică și Chirurgie operatorie a fost angajat,

Unde disciplina respectivă a studiat și a predat,

Aprofundându-și cunoștințele în tehnologia de operat.

În anii de studenție pe Gică și eu l-am cunoscut, l-am admirat,

Era foarte ager, iute și îndrăzneț, pe „tatami” energic se lupta

Și deseori biruința de partea lui era.

Campion la spartachiada URSS din 1960 la „trântă liberă” a devenit,

Iar ulterior titlul de Campion al RM de multe ori a cucerit!

Apoi, când trânta liberă a abandonat,

De badminton cu scop de antrenament s-a apucat,

Pentru ca fizicul mereu să fie păstrat

Și să nu piardă capacitatea de operat!

Gicu încă din anii de studenție spre chirurgie s-a orientat,

Iar din anul 3 de studii până la finisare în cercul de chirurgie a activat.

Nu în zadar ilustrul chirurg, profesorul Anestiadi, ulterior l-a selectat
 Pentru doctoratură la catedra sa, chirurgia mai aprofundat de studiat !
 Ulterior s-a confirmat că domnul profesor nu s-a înșelat,
 Deoarece Gh. Ghidirim, după ce un an la Catedra de Anatomie Topografică a activat,
 Actele în doctoratură la Catedra de Chirurgie le-a înaintat,
 Unde în anii 1964-1966 detaliat a studiat „*Modificările tensiunii venoase și altor indici
 hemodinamici în afecțiunile chirurgicale ale pulmonului*”,
 Care în 1969 s-a finisat cu strălucita susținere a tezei de doctorat!

La doctoratură pe dnul Ghidirim l-am cunoscut mai detaliat,
 Deoarece și eu în aceiași ani în doctoratură la Catedra de Boli Infecțioase am studiat.
 Ne întâlneam la diferite adunări, întreceri sportive, sărbători și alte sindrofii
 De nu mai este posibil pe toate în memorie să le mai ții !
 Ba mai mult, împreună cu soții Ghidirim am fost nănași la a finilor cununie,
 Unde am aflat că dnul Gh.Ghidirim mai este și un bun om de veselie!

Dumnealui după doctoratură, în 1966-1969, a activat asistent la Catedra de Chirurgie,
 Iar în 1969-1978 – conferențiar la Catedra de Chirurgie a Facultății de Pediatrie,
 În 1978-1979 – șef de catedră pentru subordinatorii de chirurgie
 Și în 1979-1992 – șef Catedră Chirurgie Generală și Stomatologie.

Din 1992 până în prezent Catedra Chirurgie nr.1 *Nicolae Anestiadi* dirijează
 Și probleme majore în domeniul chirurgiei în plan republican și internațional soluționează.
 În 1983, la Moscova a susținut cu succes teza de doctor habilitat,
 După care gradul științific de doctor habilitat i s-a confirmat,
 Iar în 1986 și titlul științific de profesor universitar i s-a acordat!

Ca ministru al sănătății în anii 1990-1994 numeroase probleme a rezolvat,
 Cu participarea nemijlocită a Domniei Sale Secția medicală a AȘ din RM s-a fondat.
 Ca semn de recunoștință în 1993 titlul de academician al AȘ din RM i s-a acordat
 Și la postul de președinte al Secției medicale nou-formate a AȘ a fost nominalizat.

Domnia Sa școala de pancreatologie chirurgicală a fondat
 Și undă verde chirurgiei laparoscopice în practica medicală din republică a dat.
 De asemenea, o ramură nouă – chirurgia bariatrică – în RM a inaugurat,
 Care va da posibilitatea mai eficient persoanelor obeze de ajutat.

Împreună cu colaboratorii catedrei minuțios au studiat
 Cum cea mai gravă complicație în ulcer mai eficient chirurgical de tratat.
 Fiind ministru al sănătății din RM și al URSS deputat,
 Domnul academician Gh.Ghidirim considerabil a contribuit
 La reducerea mortalității prin maladiile abdominale ce s-au răspândit.

Ierarhic a avansat de la doctorand, asistent, doctor în medicină, conferențiar
 Până la doctor habilitat, șef Catedră Chirurgie, profesor universitar,
 Academician, președinte al Ligii Medicilor, președinte al Asociației de Chirurgie,
 Președinte al Comisiei de Atestare a specialiștilor în chirurgie,
 Președinte al Consiliului Științific pentru susținerea tezelor în chirurgie.
 A devenit membru al Societății Mondiale Chirurgicale în hepato-pancreatologie
 Și membru al Societății Mondiale de Chirurgie!

A publicat 450 de lucrări științifico-didactice,
 Inclusiv 2 manuale, 4 monografii, articole, invenții și recomandări metodice.
 Cu 14 teze de doctorat și 9 de doctor habilitat a dirijat
 Și încă 22 teze pentru susținerea gradului științific mai are de tutelat!
 Pentru eforturile depuse și meritele sale
 A fost menționat cu multiple diplome, insigne și medalie.
 Cu *Gloria Muncii* și *Ordinul Republicii* a fost decorat

Și în calitate de Membru de Onoare al Societății Române Chirurgicale
de Laparoscopie a fost înregistrat.

În 1994 Membru de Onoare al AȘM Române a devenit,
Iar în 1995 – titlul onorific de Savant Emerit al RM i-a fost conferit

Parcă ai făcut foarte multe de toate,
Îți mai trebuie și-un car de sănătate!
Fiindcă, știi bine, n-ai să pui
Bisturiul tău repede în cui!
Să-ți dea Domnul o trainică sănătate,
Discipoli deștepți, cu multă carte!
La mulți, mulți ani, dragă bădie,
Fii mereu cel mai strălucitor Luceafăr în chirurgie!

22.04.2009

Cu profund respect, prietenul și colegul
Constantin Andriuță, profesor universitar, Savant Emerit

ACADEMICIANUL,
PROFESORUL UNIVERSITAR,
SAVANTUL EMERIT GHEORGHE PALADI

OMAGIU LA 80 DE ANI



S-a născut în 1929, la 9 mai,
Când natura în Moldova înflorește, devenind un colț de rai.
Barza în familia Paladi din s. Buiucani, Chișinău, a adus un puîșor,
Cu numele de Ghișor.

Copilăria V-a trecut prin vremuri grele și mai bune,
Despre care și acum aveți nepoților ce spune.
Fizic binișor v-ați dezvoltat,
Neavând probleme în școală la studiat.

După școala primară și cea medie în Chișinău cu mențiune finisate,
Mamușca fratelui Mitruță v-a îndemnat să vă înscrieți la facultate
Și nu la orișicare, ci la cea de medicină,
Care tuturora sufletul le alină.

După ce ISM din Chișinău în 1951 cu mențiune ați terminat,
Un an ca șef al Ambulatoriului stației de cale ferată din
Ungheni ați activat.

În 1952-1954 în secundariatul clinic la Catedra Obstetrică
și Ginecologie a ISM ați studiat,

Fiind apoi în postul de asistent la aceeași catedră angajat.

În această funcție procesul de predare l-ați perfecționat și de știință V-ați ocupat,
Care în 1958 s-a-ncununat cu susținerea spectaculoasă a tezei de doctorat,
În legătură cu ce la postul de conferențiar ați fost avansat.

Peste un an în postul de Specialist Principal al MS RM
ați fost nominalizat,

În care 26 de ani energic ați activat,

Soluționând diverse probleme medicale stringente la nivel de Stat.

În 1966 ați susținut cu brio teza de doctor habilitat;

În 1967 vi s-a conferit titlul științific de profesor universitar la Catedra
Obstetrică și Ginecologie.

Timp de 34 de ani ați condus Catedra de Obstetrică și Ginecologie,

Iar în 1993 titlul de academician al AȘM vi s-a conferit,

Apoi, în 1994-1999 coordonator al Secției de științe medicale
a AȘ ați devenit.

În perioada 2001-2006 ca director al Centrului de Cercetări

Medicale și Sociodemografice ale Familiei în AȘ ați activat,

Iar din 2001 și până în prezent în calitate de șef Clinică la Catedra Obstetrică
și Ginecologie pentru Rezidențiat ați lucrat,

La care nivelul de activitate și de studii mult a avansat.

Pe parcursul activităților rodnice ale Domniei Tale

Ai studiat vreo șase direcții științifice prioritare:

Probleme de diagnostic, tratament medicamentos și chirurgical
în patologiile obstetricale și ginecologice,

Dar și studierea evoluției și pronosticului proceselor demografice,

Care în Republica Moldova rămân încă neîndemânatice!

Ați avansat de la clinic secundariat, asistent, doctor în medicină, conferențiar
Până la doctor habilitat, șef Catedră Obstetrică și Ginecologie, profesor universitar,
Academician și al Secției medicale a AȘ coordonator,
Mai devenind Membru de Onoare al Societății Române de Obstetrică și Ginecologie
și Membrul Societății Europene de Obstetrică și Ginecologie.

Ați publicat peste 500 de lucrări științifico-didactice,
Inclusiv 16 monografii, 5 manuale, 10 brevete de invenții și 45 lucrări metodicodidactice.

Ați pregătit 35 de doctori și doctori habilitați, de care mult sunteți stimat!

Mulți din ei au obținut titlul de profesor universitar și muncesc cu mult har.

Sunteți un specialist în obstetrică și ginecologie neîntrecut,

Chiar și în secolul XXI ce a început.

Posedați o energie de invidiat,

Pe care o transmiteți tineretului în știință avântat.

Vă dorim mult curaj și energie crescândă mai departe,

Să aveți și mai mulți urmași, entuziaști de a face carte !

Vă dorim ca știința în specialitatea Dumneavoastră să-nflorească,

Iar patologia obstetricală și ginecologică să o stârpească !

Pentru meritele îndelung acumulate,

Ați fost decorat cu Ordinul Republicii, Om Emerit, medalii și diplome bine meritate,

Iar în 2001 vi s-a mai dat

Titlul onorific de Laureat al Premiului de Stat!

La mulți ani, dragă bădie,

Cel mai eminent Patriarh în obstetrică și ginecologie!

Sănătate și mult har

Și-n actualul centenar!

Mult noroc și la mai mare

În ziua Dumneavoastră de sărbătoare!

Să ne bucurăm, să ne veselim

Și pe domnul academician Gheorghe Paladi să-l cinstim !

9.05.2009

Cu profund respect, fostul Dumneavoastră student,
prietenul și colegul de activitate, **Constantin Andriuță**,
profesor universitar, Savant Emerit