

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
CENTRUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Cu titlu de manuscris

C.Z.U.: 616-084+614.2

SERBULENCO ALIONA

OPTIMIZAREA ACTIVITĂȚILOR DE PROFILAXIE A
MALADIILOR ȘI PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII LA NIVELUL
ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

331.02 – IGIENĂ

Teză de doctor în științe medicale

Conducător științific:

BAHNAREL Ion, dr.hab.șt.med.,
prof. univ., Om Emerit

Consultant științific:

EȚCO Constantin,
dr.hab.șt.med., prof. univ.

Autor:

SERBULENCO Aliona

CHIȘINĂU, 2017

©Serbulenco Aliona, 2017

CUPRINS

ADNOTARE (LIMBA ROMÂNĂ, ENGLEZĂ, RUSĂ)	5
ABREVIERI	8
INTRODUCERE	9
1. EVOLUȚIA VOLUMULUI ACTIVITĂȚILOR MEDICULUI DE FAMILIE ÎN DOMENIUL PROFILAXIEI MALADIILOR ȘI PROMOVĂRII SĂNĂTĂȚII	17
1.1 Conceptul de sănătate. Rolul medicului de familie în profilaxia maladiilor	17
1.2 Factorii de risc și bolile netransmisibile. Impactul maladiilor cardiovasculare	21
1.3 Clasificarea și managementul factorilor de risc cardiovasculari	26
1.4 Promovarea sănătății. Rolul colaborării intersectoriale	34
1.5 Concluzii la capitolul 1	39
2. MATERIAL ȘI METODE DE CERCETARE	41
2.1 Caracteristica generală a cercetării și proiectarea eșantioanelor	41
2.2 Metode de cercetare și de acumulare a datelor primare	43
2.3 Prelucrarea matematico-statistică a materialului	44
2.4 Concluzii la capitolul 2	45
3. CUNOȘTINȚE, ABILITĂȚI ȘI APTITUDINI IGIENICE ALE LUCRĂTORILOR MEDICALI DIN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ ȘI ALE POPULAȚIEI ÎN DOMENIUL PROFILAXIEI MALADIILOR ȘI PROMOVĂRII SĂNĂTĂȚII	47
3.1 Cunoștințe, abilități și aptitudini igienice ale medicului de familie în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor	47
3.2 Cunoștințe, abilități și aptitudini igienice ale asistenților medicali de familie în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor	63
3.3 Cunoștințe, abilități și aptitudini igienice ale populației în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor	75
3.4 Rezultatele screening-ului pentru identificarea factorilor de risc ce provoacă bolile cardiovasculare	92
3.5 Concluzii la capitolul 3	97
4. ORGANIZAREA PRESTĂRII ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE POPULAȚIEI ȘI ELABORAREA UNUI ALGORITM, LA COMPARTIMENTUL PROFILAXIEI MALADIILOR ȘI PROMOVĂRII SĂNĂTĂȚII, ÎN CONDIȚIILE SOCIO-ECONOMICE NOI	100
4.1 Analiza comparativă a eșantioanelor de studiu în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor	100
4.2 Rezultatele studiilor STEPS și MICS-IV în Republica Moldova privind implicarea asistenței medicale primare în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății	108
4.3 Expertizarea timpului necesar medicului de familie pentru activitățile, prevăzute de legislația în vigoare, în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor	120

4.4 Optimizarea și unificarea activității medicului de familie (echipei de asistență medicală primară) în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății în comunitate	121
4.5 Elaborarea Algoritmului de activitate a medicului de familie (echipei lui) în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.....	123
4.6 Concluzii la capitolul 4.....	125
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI PRACTICE.....	128
BIBLIOGRAFIE	133
ANEXE.....	149
Anexa 1. Principalele acte normative, în practica Medicului de familie privind profilaxia maladiilor și promovarea sănătății.....	149
Anexa 2. Fișa de expert	172
Anexa 3. Principalele acte normative, în practica Medicului de familie privind profilaxia Maladiilor și promovarea sănătății, și timpul (ore/lună) de realizare a acestora	173
Anexa 4. Chestionar de evaluare a cunoștințelor și aptitudinilor pacienților în domeniul profilaxiei maladiilor și a modului sănătos de viață și a deprinderilor lor	206
Anexa 5. Chestionar de evaluare a cunoștințelor și aptitudinilor lucrătorilor medicali din asistența medicală primară în domeniul profilaxiei maladiilor și a modului sănătos de viață și a deprinderilor lor	216
Anexa 6. Fișa de evaluare.....	227
Anexa 7. Implementarea rezultatelor	229
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII.....	248
CURRICULUM VITAE	249

ADNOTARE

Serbulenco Aliona. **"Optimizarea activităților de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății la nivelul asistenței medicale primare"**. Teză de doctor în științe medicale. Chișinău, 2017. Structura tezei: introducere, 4 capitole, concluzii generale și recomandări practice, bibliografie 188 surse, 148 pagini conținut de bază, 35 figuri, 10 tabele și 7 anexe. Rezultatele studiului au fost publicate în 12 lucrări.

Cuvinte-cheie: asistența medicală primară, medicul de familie, profilaxia maladiilor, promovarea sănătății.

Domeniul de studiu: Medicină.

Scopul lucrării: Estimarea activității medicului de familie în profilaxia maladiilor și promovarea sănătății populației din RM, argumentarea științifică a unui algoritm de management în domeniu.

Obiectivele lucrării: Estimarea cadrului legislativ, normativ și metodic existent în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor în asistența medicală primară din RM; evaluarea răspândirii principalilor factori comportamentali de risc; determinarea cunoștințelor, abilităților și aptitudinilor igienice ale medicului de familie și ale pacienților în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor; evaluarea aspectelor manageriale în promovarea sănătății și profilaxia maladiilor în condițiile socio-economice noi; argumentarea științifică a unui algoritm de promovare a sănătății și profilaxie a maladiilor în asistența medicală primară.

Noutatea și originalitatea științifică: Rezultatele studiului reprezintă o realizare în premieră a determinării în complex a cunoștințelor, abilităților și aptitudinilor medicului de familie, în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății. A fost argumentat și elaborat un algoritm de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății în asistența medicală primară.

Problema științifică soluționată în teză constă în argumentarea științifică și elaborarea algoritmului optim de activitate pentru AMP, stabilirea sarcinei reale (prescrisă medicului de familie și asistentelor medicului de familie), în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății, și elaborarea măsurilor de corecție.

Semnificația teoretică și aplicativă: Efectuarea studiului a permis stabilirea unei metodologii originale de cercetare în domeniul vizat, care poate fi utilizată și în alte cercetări în profilaxia maladiilor și promovarea sănătății. Au fost evidențiate principii teoretice importante pentru AMP privind profilaxia maladiilor și promovarea sănătății. Rezultatele studiului pot completa bazele teoretice în problemă și ale programelor de instruire ale serviciului de AMP. Argumentarea și elaborarea unui algoritm de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății în AMP poate servi ca bază pentru emiterea unui set de acte directive, normative și metodice de către MS în domeniu. Rezultatele cercetării, concluziile și recomandările practice pot servi atât pentru planificarea activităților echipelor de AMP, cât și pentru optimizarea acestor activități.

Implementarea rezultatelor studiului: Rezultatele cercetării vor fi utilizate la elaborarea ghidului practic privind PM și PS în AMP din RM și au fost implementate în 7 instituții: MS, USMF „Nicolae Testemițanu”, CNAM, CNSP, IMSP Centre de Sănătate a rlui Căușeni, Centrul Municipal de Sănătate Publică, Societatea medicilor de familie.

РЕЗЮМЕ

Сербуленко Алена. **«Оптимизация деятельности по профилактике заболеваний и укреплению здоровья на уровне первичной медико-санитарной помощи»**. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Кишинэу, 2017. Структура диссертации: введение, 4 глав, выводы и рекомендации, библиографический список с 188 источниками, 148 страниц основного текста, 35 рисунков, 10 таблиц и 7 приложений. Полученные результаты опубликованы в 12 научных работах.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, семейный врач, профилактика болезней, пропаганда здорового образа жизни.

Область исследования: Медицина.

Цель исследования: Оценка деятельности семейного врача в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний в РМ, научное обоснование модели управления данной области.

Задачи исследования: Оценка законодательной, нормативной и методической базы в области пропаганды здорового образа жизни и профилактики болезней в первичной медицинской помощи в РМ; оценка распространения ключевых поведенческих факторов риска; определение уровня знаний, умений и навыков гигиены семейного врача и пациента в области пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний; оценка управленческой организации в области пропаганды здорового образа жизни и профилактики болезней в первичной медицинской помощи; научное обоснование модели системы профилактики болезней и пропаганды здорового образа жизни в первичной медицинской помощи.

Научная новизна и оригинальность исследования: Результаты исследования представляют собой комплексный подход определения знаний, умений и навыков гигиены семейного врача в профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни. Была утверждена и разработана модель профилактики заболеваний и укрепления здоровья в первичной медицинской помощи.

Решенная научная проблема состоит в научном обосновании и разработке оптимальной модели действия для первичной медицинской помощи (ПМП), установлении реальной нагрузки (предписанной семейному врачу и медсёстрам) в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья, и разработка корректирующих мер.

Теоретическая и практическая значимость: Исследование позволило разработать методику оригинальных исследований в этой области, которые могут быть использованы в других исследованиях по профилактике заболеваний и укреплению здоровья. Были выделены важные теоретические принципы для первичной медицинской помощи по профилактике заболеваний и укреплению здоровья. Результаты исследования могут дополнить теоретические основы проблемных и учебных программ для обучения ПМП. Обоснование и разработка модели профилактики заболеваний и укрепления здоровья в ПМП может служить основанием для разработки МЗ правовых, директив, нормативных и методических документов в данной области. Результаты исследования, выводы и рекомендации могут служить как для планирования деятельности ПМП, так и для оптимизации этих мероприятий.

Внедрение результатов: Результаты исследования будут использованы при разработке практических рекомендаций по профилактике заболеваний и укреплению здоровья в первичной медицинской помощи в РМ и были внедрены в 7 учреждениях: МЗ Медицинский Университет «Николае Тестемицану», НКМС, НЦОЗ, ПМСУ Центры Здоровья района Кэушень, муниципального центра общественного здравоохранения, Общество семейных врачей.

SUMMARY

Serbulenco Aliona. **“Optimization of disease prevention and health promotion activities at primary health care level”**. The thesis of doctor in medical sciences. Chisinau, 2017.

Thesis structure: introduction, 4 chapters, general conclusions, recommendations, bibliography of 188 titles, 148 pages of the main text, 35 figures, 10 tables, 7 annexes. The obtained results are published in 12 scientific works.

Keywords: primary health care, family doctor, disease prevention, health promotion.

Field of study: Medicine.

The aim of the study: Activity estimation of the family doctor in health promotion and disease prevention in the Republic of Moldova, scientific argumentation and developing a model of management in the field.

Objectives of research: Estimation of the legislative, regulatory and methodical existing framework on health promotion and disease prevention in primary care from Moldova; assessing the spread of the main factors of risk behavior impacting the health of the population; determining the knowledge, skills and aptitudes of hygienic and family doctors and of patient in promoting healthy lifestyles and disease prevention; evaluation of the managerial issues in the field of health promotion and disease prevention in new socioeconomic conditions; scientific argumentation of a model on health promotion and disease prevention in primary care service.

Scientific novelty and originality: The results of this study will be the first opening of determination in complex of hygiene knowledge, skills and abilities of the family doctor in disease prevention and promoting healthy lifestyles. It was argued and developed a model of disease prevention and health promotion in primary care.

Scientific problem solved consists in scientific argumentation and elaboration of the optimal model of activity for primary health care (PHC), establishing a real workload (prescribed for the family doctor and nurses), in the field of prevention of diseases and health promotion, and developing of corrective measures.

Theoretical and practical significance: The study allowed to establish an original research methodology in this field that can be used in other investigations on disease prevention and health promotion. Theoretical important principles were highlighted for primary care on disease prevention and health promotion. Results of the study can complement the theoretical foundations of the problem and training programs for physicians, nurses and family health education programs for the population. Rationale and design a model of disease prevention and health promotion in primary care service can serve as a basis for issuing a set of legal directives, normative and methodological acts by the Ministry of Health in this field. Research results, conclusions and recommendations can serve both for practical planning of family teams, physicians in disease prevention and health promotion, as well as to optimize these activities.

Implementation of scientific results: The research results will be use to compile practical guidelines on disease prevention and health promotion in primary care in Moldova and were implemented in 7 institutions: Ministry of Health, Medical University "Nicolae Testemițanu", NCME, NCPH, PHC of Causeni district, Municipal PHC, Society of family doctors.

ABREVIERI

a/m	asistent(a) medical(ă)
AM	asistent(a) medical(ă)
AMF	asistența medicală de familie
AMP	asistența medicală primară
AOAM	asigurările obligatorii de asistență medicală
BCG	vaccinul împotriva tuberculozei (Bacillus Calmette Guerin)
BCV	bolile cardiovasculare
BNS	Biroul Național de Statistică
BNT	vaccinul împotriva tuberculozei (Bacillus Calmette Guerin)
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNMS	Centrul Național de Management în Sănătate
CNSP	Centrul Național de Sănătate Publică
CS	Centrul de Sănătate
DALY	ani de viață ajustați în funcție de dizabilitate
ECG	electrocardiograma
EHHC	European Heart Health Charter
ERICA	European Risk and Incidence a Coordinated Analysis
ESC	Societatea europeană a cardiologilor
GBM	glicemie bazală modificată
HDL	hipoproteine de densitate înaltă
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virusul imunodeficienței umane)
HTA	hipertensiune arterială
ÎI	intervalul de încredere
IMC	indicele masei corporale
ITM	incapacitatea temporară de muncă
ITS	infecții cu transmitere sexuală
MF	Medic(i) de Familie
MICS	Studiul de Indicatori Multipli în Cuiburi
MS	Ministerul Sănătății
ODD	Obiectivele de dezvoltare durabilă
OMF	Oficiul medicului de familie
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
PCN	Protocolul Clinic Național
PM	Profilaxia Maladiilor
PN	Program Național
PNI	Program Național de Imunizări
PS	Protecția Sănătății
RM	Republica Moldova
SDS	Studiul Demografic și de Sănătate
SIDA	Sindromul imunodeficienței dobândite
SSSSP	Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice
STEPS	Abordarea supravegherii pe pași a OMS
TA	Tensiunea arterială (d – diastolică, s – sistolică)
TB	Tuberculoza
UE	Uniunea Europeană

INTRODUCERE

Actualitatea temei. Medicina de Familie, ca cea mai importantă verigă în ocrotirea sănătății populației țării, este implicată tot mai activ în realizarea acțiunilor și măsurilor de sănătate publică: profilaxia maladiilor transmisibile și nontransmisibile, protecția sănătății, promovarea sănătății, pregătirea răspusului și participarea la minimizarea urmărilor urgențelor de sănătate publică, etc. Astfel, se cer cunoștințe și eforturi suplimentare din partea sistemului Medicinii de Familie. Din momentul instituirii Asistenței Medicale Primare în Republica Moldova, în majoritatea actelor normative naționale, ordine, Hotărâri de Colegiu ale MS, îndrumări și recomandări, standarde, etc., în sarcina Medicinii de Familie au fost puse, alături de funcțiile de bază de diagnostic și tratament, o multitudine de sarcini din domeniul protecției sănătății, profilaxiei maladiilor transmisibile și nontransmisibile, promovării sănătății, pregătirii răspusului și participării la minimizarea urmărilor urgențelor de sănătate publică, etc. De rând cu actele normative naționale, un șir de politici, strategii și recomandări a documetelor internaționale și europene stabilesc, de asemenea, măsuri și activități noi pentru sistemul Medicinii de Familie. Astfel, avem un fenomen de suprasolicitare legală a capacităților medicilor de familie, atât pentru activitățile de bază cât și pentru activitățile din domeniul protecției sănătății, profilaxiei maladiilor transmisibile și nontransmisibile, promovării sănătății, pregătirii răspusului și participării la minimizarea urmărilor urgențelor de sănătate publică, etc. Situația se complică prin lipsa normativelor de timp pentru activitățile de bază și complementare a medicului de familie [35, 81, 82, 84, 85].

Strategia OMS "Sănătate 2020" prevede colaborarea dintre toate sectoarele sistemului economic (sănătatea în toate politicele), [136] adică în toate documentele strategice ale diferitor structuri statale să fie reflectate activități de protecție și promovare a sănătății.

Educația pentru sănătate este unul din elementele de bază ale promovării modului sănătos de viață (și un compartiment esențial al activității medicinii de familie), reglementat prin: Legea X [70], Strategia Națională de sănătate Publică [62], Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova 2007-2021 [57], Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 [61], Programul Național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008 – 2015 [65], Ordinul MS al RM nr.400 din 23.10.2008 "Cu privire la optimizarea măsurilor de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015" [86] și alte ordine și dispoziții ale Ministerului Sănătății [82, 83, 84, 85, 87].

Ordinul MS al RM nr.400 din 23.10.2008 (p.6.2. și p.6.3.) prevede expres includerea în planurile de activitate anuală a instituțiilor medico-sanitare lucrul de promovare a sănătății și de a prevedea pentru efectuarea acestei activități nu mai puțin de 6 ore lunar, în limitele timpului de lucru al fiecărui lucrător medical. Timpul acordat activităților de educație pentru sănătate se

estimează de la 30 min. (convorbire în grup), până la 4 ore (pregătirea olimpiadelor, victorinelor, etc.).

Medicul de familie este împuternicit (prin diferite ordine și dispoziții ale Ministerului Sănătății, conform zilelor internaționale ale calendarului aprobat de OMS, privind profilaxia și combaterea maladiilor) să se includă activ în organizarea săptămânalelor, lunarelor și zilelor consacrate: profilaxiei cancerului, tuberculozei, hepatitelor virale, HIV/SIDA, maladiilor cardiace, diabetului zaharat, maladiilor ioddificitate, promovării alăptării la sîn, a alimentației sănătoase, etc., prin mai multe mijloace educativ-sanitare (convorbiri, lecții în grup, seminare, conferințe, serate, mese rotunde, inclusiv prin intermediul mass-media).

Guvernul Republicii Moldova continuă să reformeze sistemul sănătății, ca acesta din urmă să abordeze un șir de probleme primordiale, cum ar fi, de exemplu: complexitatea organizațională, infrastructura și resursele umane excesive, insuficiența financiară și inechitatea de alocare a finanțelor, ineficiența prestării serviciilor medicale, bazate pe tratamentul maladiilor și nu pe profilaxia lor și promovarea sănătății, puține stimulente de remunerare a muncii lucrătorilor medicali [56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66]. Respectiv, reforma AMP devine un imperativ al timpului.

Pe de altă parte, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) încă în a.1978, la Conferința de la Alma-Ata (Kazahstan) a atenționat asupra problemelor medicinei primare, stabilind că anume guvernele sunt responsabile de elaborarea strategiilor corespunzătoare pentru asigurarea dreptului fundamental al omului la sănătate [129].

În multe țări sunt susținute reformele sistemelor de sănătate orientate pe asistența medicală primară, iar calitatea serviciilor primare de sănătate și satisfacția pacienților depind, în mare măsură, de managementul acestor servicii [1, 2, 6, 8, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 91, 120].

În pofida tuturor obstacolelor și resurselor limitate, Republica Moldova reușește să realizeze pași semnificativi în reformarea sistemului de asistență medicală primară: sunt elaborate și aprobate un șir de acte legislative și normative fundamentale pentru crearea și dezvoltarea eficientă a asistenței medicale primare (Legea cu privire la Ocrotirea Sănătății, 1995 [69]; Strategia Sectorului Sănătății pentru a. 1997-2003 [62]), prin care medicina de familie este recunoscută ca specialitate; are loc centralizarea serviciilor de asistență medicală primară, prin comasarea sistemului trivalent al asistenței pediatrie, sănătății femeii și policlinicilor pentru adulți; utilizatorilor serviciilor medicale li s-a oferit posibilitatea alegerii medicului de familie; s-a optimizat sectorul spitalicesc; asistența medicală primară primește autonomie financiară, cu finanțare a 35% din cheltuielile publice pentru sănătate.

Mai târziu au fost introduse asigurările obligatorii de asistență medicală, unde medicina de familie preia rolul de "gatekeeper" - portar.

Pe măsura reformării asistenței medicale primare, apare suprasolicitarea medicinei de familie, a devenit extrem de actuală cuantificarea activităților ”impuse” medicului de familie prin acte normative. Astfel, s-au elaborat mai multe acte normative, menite să sporească statutul de specialist în domeniul medicinei de familie și să-l facă (pe medicul de familie) figura-cheie în sistemul de sănătate [85].

O importanță majoră la această etapă o are managementul serviciilor de asistență medicală primară, care a constituit tematica principală de abordare a cercetărilor științifice, efectuate încă în anii '70 de către ilustrul savant Nicolae Testemițanu.

Studiile efectuate recent în asistența medicală primară de cercetătorii autohtoni [10, 13, 16, 17, 91, 120] au demonstrat, că sporirea accesibilității la serviciile primare de sănătate, cât și creșterea calității lor, depinde în cea mai mare măsură de modul de organizare a acestora [17]. Accelerarea implementării noilor forme de management [1, 6, 8, 10, 26, 35, 78] poate asigura durabilitatea și stabilitatea reformelor și progreselor înregistrate în ultimii ani în dezvoltarea asistenței medicale primare, iar cercetările științifice în acest domeniu sunt destul de actuale, în legătură cu faptul, că situația la acest capitol este incertă, iar, uneori, confuză.

Odată cu debutul activității asistenței medicale primare, marea majoritate a specialiștilor din asistența medicală specializată de ambulator (cardiolog, endocrinolog, ftiziopneumolog, oncolog, ORL, ginecolog, etc.) au încercat să transmită medicului de familie un șir întreg de funcții specifice, în special, funcțiile antiepidemice și de profilaxie a maladiilor, atât infecțioase cât și nontransmisibile. Pe de altă parte, autoritățile administrației publice locale i-au dat medicului de familie funcții, care nu-i sunt caracteristice, funcții medico-sociale și sociale, necunoscute de acesta.

Funcțiile medicului de familie sunt reglementate prin acte normative (Anexa 1). Astfel, medicul de familie este implicat la moment în realizarea a peste 43 de legi, 59 Hotărâri de Guvern, 16 Programe Naționale, aprobate de Guvernul Republicii Moldova, 315 ordine ale Ministerului Sănătății, inclusiv 11 ordine comune cu Compania Națională de asigurări în Medicină (CNAM), șirul actelor normative îl completează ordinele și dispozițiile structurilor republicane- Centrul Național de Sănătate Publică (CNSP), Centrul Național de Management în Sănătate (CNMS), Institutul Mamei și Copilului (IMC), Institutul Oncologic (IO), Institutul de Ftiziopneumologie (IFP) ”Chiril Draganiuc”, Institutul de Cardiologie (IC), ș.a.) și ordinele interne ale structurilor medico-sanitare.

Medicul de familie mai este obligat, conform actelor normative în vigoare, să ducă evidența, să analizeze și să raporteze datele statistice ale activității, conform formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală (AOAM) [82]. În pofida faptului, că au fost reduse numărul rapoartelor și dărilor de

seamă ale activității medicinei de familie (MF), numărul Registrelor și formularelor de evidență, rapoartelor și dărilor de seamă rămâne a fi impunător (circa 46 de formulare de evidență medicală primară)[84].

Pentru a implementa prevederile Programelor Naționale și teritoriale, medicul de familie, în practica sa de zi cu zi, trebuie să îndeplinească activități de combatere a tabagismului, consumului nociv de alcool, combaterea și profilaxia sedentarismului, educația alimentației sănătoase, educarea regimului igienic, să facă consiliere, inclusiv și de psihoterapie.

Nu există un act normativ concret, care ar stipula ponderea măsurilor profilactice și prioritizarea acestor măsuri în activitatea medicului de familie, atât după conținut, volum, cât și după timpul acordat de acesta la compartimentul respectiv.

Deși este unanim acceptat rolul prevenției în practica clinică, deseori se omite această activitate sau se practică insuficient. Există o varietate de factori, care limitează aceasta activitate: timpul redus, pe care îl are medicul pentru consultația pacientului; rambursarea nesatisfăcătoare a serviciilor preventive; fragmentarea activităților serviciilor preventive de sănătate; existența unui anumit scepticism manifestat, în primul rând, de către bolnav și, uneori, chiar de către medic, în privința eficienței acestor servicii preventive; existența mai multor recomandări medicale, uneori contradictorii între ele, care pun medicul în dificultate de a decide care dintre aceste servicii preventive sunt cele mai importante, etc.

Scopul cercetării: Estimarea activității medicului de familie în profilaxia maladiilor și promovarea sănătății populației din RM, argumentarea științifică a unui algoritm de management în domeniu.

Obiectivele cercetării:

1. Estimarea cadrului legislativ, normativ și metodic existent în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor în asistența medicală primară din Republica Moldova. Experiența internațională.
2. Evaluarea răspândirii principalilor factori comportamentali de risc, cu impact asupra stării sănătății populației.
3. Determinarea cunoștințelor, abilităților și aptitudinilor igienice ale medicului de familie, asistentelor medicale de familie și ale pacienților în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.
4. Evaluarea aspectelor manageriale în organizarea prestării asistenței medicale primare populației, la compartimentul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor, în condițiile socio-economice noi.
5. Argumentarea științifică și elaborarea unui algoritm (model) de promovare a sănătății și profilaxie a maladiilor în asistența medicală primară, propus pentru implementare.

Metodologia cercetării

Lucrarea a cuprins câteva etape metodologice: elaborarea conceptului de cercetare, definirea obiectivelor, selectarea metodelor de cercetare, determinarea eşantionului, estimarea cadrului legislativ, normativ şi metodic existent în domeniul promovării sănătăţii şi profilaxiei maladiilor în asistenţa medicală primară, evaluarea răspândirii principalilor factori comportamentali de risc, determinarea cunoştinţelor, abilităţilor şi aptitudinilor igienice ale medicului de familie, asistentelor medicale de familie şi ale pacienţilor în domeniul promovării modului sănătos de viaţă şi profilaxiei maladiilor, evaluarea aspectelor manageriale în organizarea prestării asistenţei medicale primare populaţiei la compartimentul promovării sănătăţii şi profilaxiei maladiilor, argumentarea ştiinţifică şi elaborarea unui model de promovare a sănătăţii şi profilaxie a maladiilor în asistenţa medicală primară, prelucrarea statistică a materialului, analiza corelativă a indicatorilor studiaţi, argumentarea şi elaborarea măsurilor de corecţie. Studiul a inclus cercetarea, intervievarea, analiza fişelor, în funcţie de unitatea de cercetare, a 291 medici de familie, 638 asistenţi ai medicului de familie, 1066 populaţie adultă.

La realizarea studiilor au fost utilizate metodele: istorică, de anchetare, descriptivă, comparativă, igienică, epidemiologică, analitică, a expertului şi statistică. În cercetare s-au utilizat metode antropometrice, clinice, igienice, de laborator. Prelucrarea statistică a datelor a fost efectuată prin intermediul programelor Microsoft Office, Epi Info-5, Statistica 6.

Noutatea şi originalitatea ştiinţifică a lucrării

Rezultatele acestui studiu reprezintă o realizare în premieră a determinării în complex a cunoştinţelor, abilităţilor şi aptitudinilor igienice ale medicului de familie, asistentelor medicale de familie şi ale populaţiei adulte în domeniul profilaxiei maladiilor şi promovării modului sănătos de viaţă. Metodele de studiu utilizate au permis a pune în evidenţă răspândirea principalilor factori comportamentali de risc în rândul populaţiei, sarcina reală prescrisă medicului de familie şi asistentelor medicului de familie în domeniul profilaxiei maladiilor şi promovării sănătăţii.

A fost argumentat şi elaborat un algoritm (model) de profilaxie a maladiilor şi promovare a sănătăţii în asistenţa medicală primară. S-au stabilit aspectele manageriale şi economice în organizarea prestării asistenţei medicale primare populaţiei la compartimentul profilaxiei maladiilor, promovării sănătăţii şi măsurile de corecţie.

Problema ştiinţifică soluţionată în teză constă în stabilirea sarcinei reale, prescrisă medicului de familie şi asistentelor medicului de familie, în domeniul profilaxiei maladiilor şi promovării sănătăţii, elaborarea măsurilor de corecţie şi a unui model optimal de activitate pentru asistenţa medicală primară.

Semnificația teoretică a lucrării

Efectuarea studiului a permis stabilirea unei metodologii originale de cercetare în domeniul vizat, care poate fi utilizată și în alte cercetări în profilaxia maladiilor și promovarea sănătății. Au fost evidențiate principii teoretice importante pentru AMP privind profilaxia maladiilor și promovarea sănătății. Rezultatele studiului pot completa bazele teoretice în problemă și ale programelor de instruire ale AMP. Argumentarea și elaborarea unui algoritm de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății în AMP poate servi ca bază pentru emiterea unui set de acte directive, normative și metodice de către MS în domeniu. Rezultatele cercetării, concluziile și recomandările practice pot servi atât pentru planificarea activităților echipelor de AMP, cât și pentru optimizarea acestor activități.

Valoarea aplicativă a lucrării

Rezultatele cercetării, concluziile și recomandările practice pot servi atât pentru planificarea activităților echipelor medicilor de familie în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății, cât și pentru optimizarea acestor activități vis-a-vis de factorii de risc existenți în teritoriul deservit.

Studiul poate servi ca bază pentru optimizarea activităților structurilor practice de asistență medicală primară în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății

Prezenta lucrare va servi drept suport științific pentru Ministerul Sănătății, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Societatea medicilor de familie din Republica Moldova, Centrele de Sănătate Publică, și va contribui la perfecționarea programelor de studii la compartimentele profilaxia maladiilor și promovarea sănătății în asistența medicală primară.

Implementarea rezultatelor studiului

Rezultatele cercetării vor fi utilizate la elaborarea ghidului practic privind PM și PS în AMP din RM și au fost implementate în 7 instituții: MS, USMF „Nicolae Testemițanu”, CNAM, CNSP, IMSP Centre de Sănătate a rului Căușeni, Centrul Municipal de Sănătate Publică, Societatea medicilor de familie.

Aprobarea rezultatelor cercetării

Studiul a fost efectuat în baza temei aprobate de Consiliul Științific al Centrului Național de Sănătate Publică (proces-verbal nr. 1 din 18 ianuarie 2011).

Rezultatele cercetării au fost prezentate la Conferința Internațională privind Știința, Sănătatea și Medicina (ICSHM), la Helsinki, Finlanda, martie 2017 – Poster ”STEPs approach in applying integrated management of diabetes, hypertension and cardiovascular risk factors at primary health care level in the Republic of Moldova”; la Conferința internațională ”Global

Effects of Smoking, Quitting, and of Taxing Tobacco” din Washington D. C., SUA, 2017, April 18th-19th; la Conferința științifico-practică Națională cu participare internațională ”Problemele actuale ale prevenirii și controlului bolilor netransmisibile”, Chișinău, 18-20 iunie 2015; la Conferința științifico-practică națională cu participare internațională ”Promovarea Sănătății – o prioritate a sănătății publice”, Orhei, 22-24 iunie 2016; la Simpozionul Național de Oncologie cu participare internațională ”Vigilența oncologică în activitatea medicală, depistarea precoce și tratamentul tumorilor”, Chișinău, 13 octombrie 2016.

Teza a fost examinată și aprobată la ședința Consiliul Științific al Centrului Național de Sănătate Publică (proces-verbal nr. 1 din 17 ianuarie 2017) și la ședința Seminarului științific de profil „Igienă” (proces-verbal nr 1 din 24 martie 2017).

Publicații la tema tezei

În baza rezultatelor cercetării efectuate au fost publicate 12 de lucrări științifice, inclusiv 7 articole în reviste naționale (categoria B – 5 articole, categoria C – 1 articol), 3 publicații fără coautori, 7 articole în culegeri (5 internaționale și 2 naționale), 2 teze ale comunicărilor științifice (la foruri internaționale).

Cuvinte-cheie: asistența medicală primară, medicul de familie, profilaxia maladiilor, promovarea sănătății.

Sumarul compartimentelor tezei

Teza este expusă în limba română, tehnoredactată la calculator, cu titlu de manuscris. Lucrarea are următoarea structură: introducere, patru capitole, concluzii generale și recomandări practice, bibliografie (188 de surse). Teza este prezentată pe 148 pagini – text de bază, ilustrată cu 10 tabele, 35 figuri, 7 anexe.

În **Introducere** este elucidată actualitatea și importanța temei, care argumentează actualitatea și necesitatea acestui studiu. Sunt formulate scopul și obiectivele studiului, noutatea, problema științifică soluționată, semnificația teoretică și aplicativă a studiului, și aprobarea rezultatelor.

Capitolul 1 include analiza publicațiilor de specialitate privind profilaxia maladiilor și măsurilor de ameliorare și obiectivele posibile pentru actualul studiu. Se descriu factorii de risc ce determină apariția și evoluția maladiilor netransmisibile. Reieșind din povara maladiilor cardiovasculare asupra societății și a sistemului de sănătate, impactul medical, socio-economic ale acestora, atât la nivel mondial, cât și la nivel de țară, sunt evidențiați factorii de risc cardiovasculari, precum și rolul medicului de familie în managementul acestora.

Capitolul 2 reflectă algoritmul studiului, caracteristica materialului și a metodelor utilizate în studiu. Pentru realizarea scopului și obiectivelor propuse au fost utilizate metodele: istorică, igienică, descriptivă, epidemiologică, analitică, metoda expertului și statistică, metode

antropometrice, clinice, de laborator. Au fost anchetați 291 de medici de familie, 638 asistente medicale de familie și 1066 pacienți (persoane adulte din populația generală). Materialul acumulat a fost prelucrat statistic, utilizând programele *Microsoft, Epi Info-5, Statistica 6*.

În **Capitolul 3** sunt analizate rezultatele studiului privind cunoștințele, abilitățile și aptitudinile populației, medicului de familie și asistenților medicali la compartimentul profilaxiei bolilor și promovării sănătății. Sunt prezentate rezultatele screening-ului pentru identificarea factorilor de risc care provoacă bolile cardiovasculare, în raionul Căușeni.

În **Capitolul 4** sunt evaluate rezultatele studiilor MICS-IV și STEPS în Republica Moldova privind implicarea asistenței medicale primare în domeniul profilaxiei bolilor și promovării sănătății. Este efectuată analiza comparativă a eșantioanelor de studiu în domeniul promovării sănătății și profilaxiei bolilor. Sunt elucidate rezultatele studiului prin metoda de expert privind timpul necesar medicului de familie pentru activitățile prevăzute de legislația în vigoare, propusă optimizarea și unificarea activității medicului de familie (echipei de asistență medicală primară) în domeniul profilaxiei bolilor și promovării sănătății populației în comunitate, stabilit un algoritm al activității medicului de familie (echipei de asistență medicală primară) în domeniul profilaxiei bolilor și promovării sănătății populației în comunitate.

Teza se finalizează cu **Concluzii generale și recomandări practice**. În acest compartiment sunt prezentate principalele rezultate ale tezei și propuneri pentru Ministerul Sănătății, Ministerul Educației, CNAM, USMF "Nicolae Testemițanu", Societatea medicilor de familie, la nivel de asistență medicală primară din Republica Moldova (medici de familie și asistenți medicali de familie).

Bibliografia constă din 188 titluri.

Compartimentul **Anexe** constă din 7 anexe cu material tabelar și grafic, acte de implementare în practică.

1. EVOLUȚIA VOLUMULUI ACTIVITĂȚILOR MEDICILUI DE FAMILIE ÎN DOMENIUL PROFILAXIEI MALADIILOR ȘI PROMOVĂRII SĂNĂTĂȚII

1.1 Conceptul de sănătate. Rolul medicului de familie în profilaxia maladiilor

Experții OMS au definit sănătatea individuală ca „stare de bine completă din punct de vedere fizic, mintal și nu numai absența unei boli sau a infirmității” [173]. Această definiție permite descrierea părților componente a sănătății: biologică, psihologică și socială. În a. 1981 OMS a elaborat strategia *Sănătatea pentru toți până în anul 2000* unde este stipulat, că sănătatea - nu este obiectivul vieții, dar este sursa de viață cotidiană [167].

Pentru prima dată în a.1991 de către Dahlgren G., și Whitehead M. au fost descrise determinantele sănătății cu divizarea lor în patru grupe: sociali, economici, fizici și comportamentali. Actualmente sunt cunoscuți cinci categorii de factori determinanți ai stării sănătății (Figura 1.1). [127, 162]

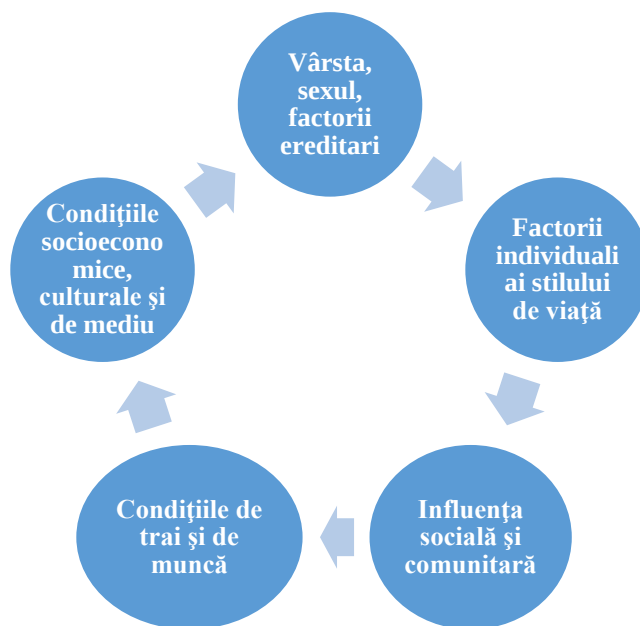


Fig.1.1. Categoriile de factori determinanți ai stării sănătății.

Cel mai frecvent asupra omului influențează nu un factor dar grupe de factori. Anume această combinație a diferitor factori are o importanță majoră în apariția și menținerea unor stări și evenimente în populație. Fumatul, consumul de alcool, activitatea fizică sunt factori individuali ai stilului de viață, impactul asupra cărora au și condițiile de trai și de muncă, și factorii sociali, și factorii comunitari [128].

Pentru prima dată în a. 1980 Black D., și alții au dovedit asocierea dintre condițiile nefavorabile de trai, sociale și economice (sărăcia, șomajul, izolarea socială) cu unele maladii [119].

Răspândirea determinantilor stării sănătății este neuniformă în diferite grupuri ale populației, în funcție de statutul social, nivelul de studii, ocupație, condițiile economice și geografice, etnie, sex. Anume asta și explică de ce unele persoane au o speranță de viață mai mică, au diferit nivel al calității vieții, etc. [168].

Dezvoltarea politicilor în domeniul sănătății, bazată pe acești determinanți ai stării sănătății poate duce la îmbunătățirea sănătății populației [162].

Starea sănătății bună a populației are o influență pozitivă asupra economiei țării și invers - starea sănătății nesatisfăcătoare influențează negativ [146, 177, 178].

Nivelul de studii și statutul social corelează direct cu nivelul sănătății. Prezintă interes unele date din cercetările științifice: nivelul mortalității este de 2 ori mai frecvent la populația fără studii în comparație cu populația cu nivelul de studii medii și superioare; în ultimii 20 de ani, în Europa, la persoanele cu studii superioare, speranța de viață la bărbați a crescut în mediu cu 5,5 ani și la femei cu 3,2 ani [122, 147, 177].

Nivelul diferit de sănătate al populației este în creștere în toată lumea și este influențată de mai mulți factori comportamentali (Figura 1.2) [170].

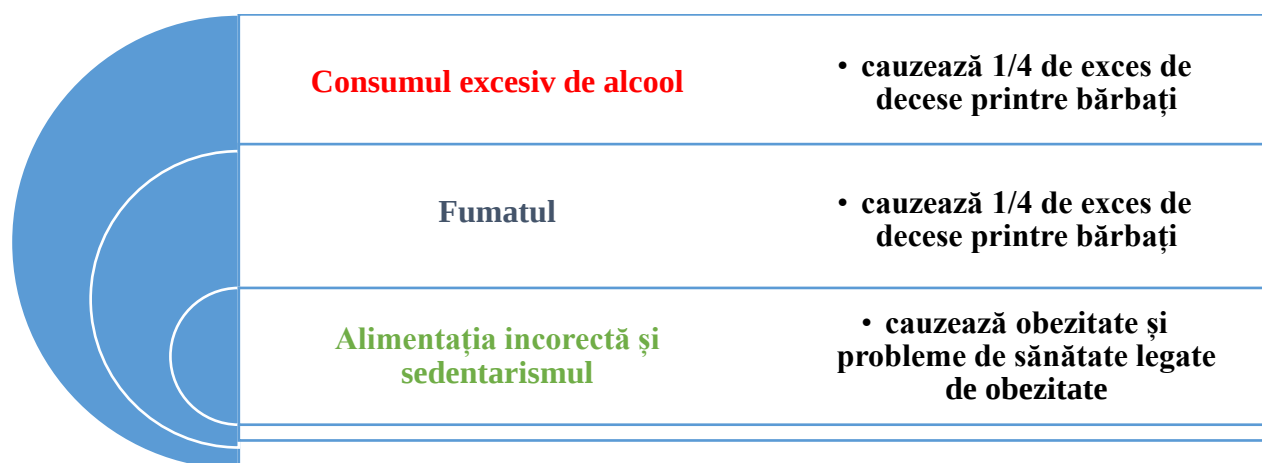


Fig.1.2. Categoriile de factori comportamentali.

Reieșind din prezența acestor factori, în populația contemporană a lumii în strategia OMS „Sănătate pentru toți până în anul 2000” și „Sănătatea secolului XXI” combaterea cu inegalitatea în sănătate - ca idee principală a secolului XXI [170].

Sănătatea nu este un lucru câștigat odată pentru totdeauna. Hipocrates spunea, că ”sănătatea trebuie să se câștige în fiecare zi”.

În funcție de factorii de mediu, condițiile igienice, economice, culturale, în dependență de cunoștințele medicale fiecare epocă istorică a avut patologia ei. În epocile primitive predominau bolile traumatiche, bolile carentiale și infecțioase, în evul mediu – ciuma, holera și variola au decimat populația Europei. În anii 1900 vârsta medie constituia 50 ani, iar principala cauză de

deces era tuberculoza [14, 66]. Odată cu îmbunătățirea condițiilor de mediu, condițiilor de igienă, creșterea economică și a nivelului cunoștințelor medicale, implementarea vaccinărilor conra unor boli infecțioase, sănătatea populației s-a îmbunătățit esențial și locul maladiilor infecțioase, preponderent, le-au ocupat epidemiile moderne (bolile cronice degenerative, maladiile cardiovasculare, maladiile psihice, metabolice) care sunt foarte greu de combătut. [90, 117, 125, 131, 132]. Progresul științific a permis descoperirea unor metode cost-eficiente de profilaxie a maladiilor. Implicarea statului, prin politici de sănătate, a permis aplicarea organizată și sistemică a măsurilor de profilaxie, cu impact robust asupra morbidității și mortalității populației [122, 144, 147].

Medicul de familie, prin activitatea medicala continuă, pe care o desfășoară, este cel care asigură o asistență medicală atât a omului bolnav, cât și a omului sănătos, prin urmare, el este acela care trebuie să acorde profilaxiei bolilor o importanță, cel puțin, la fel de mare ca și laturii curative.

Datorită faptului, că cei mai mulți medici din alte specialități pun accentul mai mult pe latura curativă decât pe cea preventivă, devine necesar ca asistența medicală primară, desfășurată de MF, să includă prevenția ca principala măsură de menținere a stării de sănătate. Intervențiile preventive recomandate în practica clinică sunt: imunizarea, consilierea, testele screening și chimioprofilaxia, metode care pot preveni peste 80 de boli [1, 3, 4, 5, 8, 10, 17, 19, 29, 89].

Intervenția preventivă primară este aceea, care permite abordarea eficientă și precoce în stadiile presimptomatice ale bolii. De exemplu, unele boli infecțioase cum ar fi poliomielita, care în anii '50 evalua în epidemii, cuprinzând zeci de mii de cazuri anual, este în prezent extrem de rară, datorită imunizării. Același lucru se poate afirma și despre alte afecțiuni cum ar fi difteria, tetanosul, tusea convulsivă și rujeola, frecvente în copilărie și care au scăzut dramatic (ca frecvență), ca urmare a vaccinării sistematice.

O altă modalitate de scădere a morbidității și mortalității o reprezintă testele screening. Astfel, implementarea programului screening, folosind testul Papanicolau de depistare a displaziei cervicale, a dus la scăderea incidenței cancerului cervical invaziv, iar depistarea precoce și tratamentul hipertensiunii arteriale a dus la scăderea cu 50% a deceselor prin accidente cerebrovasculare (AVC (stroke)) [118, 144]. Un alt exemplu, care evidențiază valoarea deosebită a screening-ului ca măsură preventivă, o reprezintă depistarea unor boli metabolice sau endocrine, cum ar fi: fenilketonuria și hipotiroidismul congenital, care asociază un retard psihic sever al copiilor afectați. De aceea, introducerea screening-ului neonatal și a tratamentului pentru depistarea acestor afecțiuni permite o dezvoltare normală a funcțiilor cognitive.

Una din modalitățile frecvent folosite în medicina de familie, în prevenirea unor boli, o reprezintă activitatea de consiliere. Aceasta constă în sfătuirea pacientului de a aborda un stil de viață sănătos și, în felul acesta, de a preîntâmpina apariția stării de boală. Importanța acestei laturi eficiente a activității preventive a devenit evidentă odată cu analiza în literatură a cauzelor de deces prin boli cardiovasculare, cerebrovasculare, cancer pulmonar, infecție HIV/SIDA ș.a..

Prin Legea nr.10-XVI din 03.02.09 privind supravegherea de Stat a Sănătății Publice au fost trasate trei căi fundamentale ale Sănătății Publice: prevenirea maladiilor, protecția și promovarea sănătății [70].

Spre deosebire de bolile infecțioase, bolile contemporane (hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, bolile degenerative, cancerul, schizofrenia ș.a.) nu au o cauzalitate bine cunoscută, de aceea se face remitere la factorii de risc, care le determină. Iar majoritatea factorilor de risc depind de stilul de viață al individului. Iată de ce MF atunci când acționează asupra individului începe cu modificarea stilului de viață, care presupune evitarea factorilor de risc și a celor patogeni și cultivarea unor factori sanogenetici, care să asigure nevoile optime ale organismului.

Pentru a promova sănătatea, medicul de familie trebuie să lupte cu multitudinea de factori de mediu, sociali și individuali, cu viciile, prejudecățile, moravurile, etc. În aceste condiții, este foarte dificil de a promova sănătatea și de a obține rezultatul scontat imediat. Unii factori de risc depind de stilul de viață (fumatul, consumul excesiv de alcool, consumul de droguri, sedentarismul, alimentația nesănătoasă, etc.). Stilul de viață determină apariția maladiilor în 51% cazuri, adică majoritatea bolilor cu care se confruntă azi omul contemporan. Respectiv, stilul de viață nu este numai un factor de risc dar și un factor patogen [3, 4, 5, 9, 41, 44, 49, 81, 101, 126].

Promovarea sănătății a devenit o necesitate imperativă de conștientizare a pericolelor stilului de viață necorespunzător, de modificare și îmbunătățire a condițiilor de mediu. În condițiile când marea majoritate a populației se confruntă cu multe probleme de sănătate, boli cronice și factori de risc răspândiți, care provoacă apariția stărilor morbide, este nevoie nu numai de a preveni bolile, dar și de a educa modificarea stilului de viață, prin înțelegerea profundă a scopurilor, nevoilor, valorilor vieții, pentru ca individul să accepte noul comportament.

Aproximativ jumătate din decese se datorează unor factori dobândiți, care implică fumatul, consumul de alcool, droguri, sedentarism, excese alimentare, accidente auto, situații ce pot fi prevenite printr-o schimbare a stilului de viață, în sensul orientării spre practici sănătoase [11, 13, 18, 95, 163, 164, 168, 175, 187, 188]. Numai fumatul singur contribuie la unul din cinci decese de adult. Sedentarismul și factorii alimentari proatogeni contribuie la ateroscleroză coronariană, diabet, cancer, osteoporoză. Prin urmare, activitatea de consiliere, alături de

imunizare si testele screening, reprezintă unul din cele mai promițătoare modalități de prevenție în practica medicului de familie.

1.2 Factorii de risc și bolile netransmisibile. Impactul maladiilor cardiovasculare

Actualmente bolile netransmisibile, în special maladiile cardiovasculare, au devenit cauzele principale ale creșterii prevalenței și mortalității generale și speciale. În majoritatea țărilor dezvoltate 3 din 4 decese sunt cauzate de bolile cardiovasculare, cancer, accidente și alte traumatisme. În structura morbidității rolul prioritar îl ocupă diabetul, HTA, bolile cronice respiratorii, osteoporoza și alte patologii cronice necontagioase. Cauzele epidemiei bolilor cronice netransmisibile sunt consecințele schimbării rapide în dietă, reducerii activității fizice și sporirii consumului de tutun. Aceste schimbări sunt dictate de urbanizare, influența globală și modificări în activitate, riscurile acumulându-se în grupurile social-economice vulnerabile [14, 137, 138, 151, 161].

Aceste patologii afectează o proporție mare a populației, ducând la deces prematur și pierdere a vieții sănătoase, care ulterior are ca consecință o productivitate mai mică a societăților și reducerea dezvoltării socio-economice. Atât incidența, cât și prevalența acestor boli crește cu vârsta, transformându-se într-o provocare în ascensiune pentru următoarele decenii.

Circa 56 milioane de decese au fost înregistrate la nivel global în anul 2012. Dintre acestea, 38 de milioane au fost cauzate de bolile netransmisibile, în special de bolile cardiovasculare, cancer și bolile respiratorii cronice. Circa trei pătrimi dintre aceste decese (28 milioane) au avut loc în țările cu venit mic și mediu. Deși, conform estimărilor numărul anual de decese din cauza bolilor infecțioase se va reduce, numărul estimativ al deceselor din cauza bolilor netransmisibile va crește până la 52 milioane către 2030. Cauzele principale ale deceselor provocate de bolile netransmisibile în anul 2012 au fost: bolile cardiovasculare (17,5 milioane de decese sau 46,2% din decesele de bolile netransmisibile), cancerul (8,2 milioane sau 21,7% din decesele bolile netransmisibile), bolile respiratorii, inclusiv astmul bronșic și bronho pneumopatiile cronice obstructive (4 milioane sau 10,7% din decesele de bolile netransmisibile) și diabetul (1,5%) sau 4% din decesele de bolile netransmisibile). Astfel, aceste patru maladii majore au fost responsabile de 82% din decesele prin bolile netransmisibile [32, 80, 122, 151].

Conform studiului privind povara globală a bolilor, boala ischemică a inimii și accidentul vascular cerebral au omorât împreună 12,9 milioane de persoane în anul 2010,cauzând unul din patru decese la nivel global, în comparație cu unul din cinci în anul 1990. Boala ischemică a inimii și accidentul vascular cerebral au fost printre cauzele principale de deces și cauzele principale ale anilor de viață pierduți din cauza decesului prematur în a.2010, în creștere cu 17-

28% în comparație cu anul 1990 [122, 124, 125, 132, 135, 137, 139, 143, 144, 147, 149, 150, 185, 188].

Conform estimărilor OMS până în 2020, 1,5 miliarde de persoane, sau unul din trei adulți cu vârsta de peste 25 ani, va suferi de hipertensiune arterială, principalul factor de risc al BCV. Potrivit statisticilor, OMS, EHN la nivel global, la fiecare 3 minute se depistează o maladie cardiovasculară, iar la fiecare 15 minute – un pacient moare din cauza acestei boli [90, 117, 125, 126]. S-a estimat, că boala cardiovasculară determină pierderi în economia Uniunii Europene de aproximativ 169 miliarde de euro/an. Aceasta reprezintă un cost anual total de 372 euro pe cap de locuitor. Costurile variază între statele membre de la mai puțin de 50 euro/cap de locuitor în Malta, la peste 600 euro/cap de locuitor în Germania și Marea Britanie. Pierderile de productivitate, datorate mortalității și morbidității prin boli cardiovasculare, se ridică la peste 35 miliarde de euro în Uniunea Europeană (UE), reprezentând 21% din costurile totale alocate pentru prevenția acestor boli. Aproximativ 2/3 din aceste costuri se datorează deceselor (24,4 miliarde euro) și 1/3 se datorează invalidității prin boală (10,8 miliarde euro) în rândul persoanelor de vârstă mijlocie. În timp ce mortalitatea și incidența bolilor cardiovasculare sunt în scădere în țările din nordul, sudul și vestul Europei, în țările centrale și estice nu numai că nu sunt în scădere, dar în unele cazuri sunt chiar în creștere. Chiar dacă în UE rata de mortalitate prin afecțiuni cardiovasculare este în scădere, în prezent numărul de pacienți (bărbați și femei) cu boli cardiovasculare este în creștere. Acest paradox se datorează creșterii longevității și îmbunătățirii supraviețuirii la persoanele cu boli cardiovasculare. Boala cardiovasculară ucide mai mulți oameni decât toate formele de cancer la un loc, cu un procentaj mai crescut în rândul bărbaților (55% din decese), decât în rândul femeilor (43% din decese) și o mortalitate mai crescută în rândul pacienților cu o poziție economico-socială scăzută [14, 137, 138, 151, 162]. Mai mult decât atât, țările cu o dezvoltare economică precară au o rată mai crescută a bolilor cardiovasculare, conform statisticilor OMS circa 80% din decese prin BCV sunt înregistrate în țările cu venit mic [135]. Pe lângă impactul pe care îl au BCV asupra țărilor și populației (ca factori de deces), BCV constituie și o cauză majoră de handicap și afecțiuni cronice, reprezentând o povară considerabilă pentru sistemele medicale și economie. Pana în 2020, se estimează că BCV vor deveni principala cauză de handicap, devansând bolile infecțioase. Din cele circa 10 mln de oameni care supraviețuiesc anual unui accident vascular cerebral, peste 5 mln rămân cu dizabilități permanente, devenind o povară pentru familii și comunități. [90, 102, 117, 139, 150, 153, 155, 180].

Combaterea bolilor cardiovasculare reprezintă pentru Republica Moldova o problemă stringentă atât medicală, cât și socio-economică, întrucât acestea se plasează constant pe primul

loc printre cauzele de deces ale populației, deținând cca 55-58 % din mortalitatea totală pe parcursul ultimilor 10 ani. Numărul celor decedați s-a majorat de la 631,99 cazuri de deces la 100.000 populație în anul 2000 pînă la 700,2 cazuri în 2005, după care a urmat o tendință de scădere pînă la 641,6 cazuri în anul 2013. Cazurile de deces prin boli cardiovasculare constituie 24 – 26,5% din decesele premature în vîrsta aptă de muncă, acest indicator avînd o tendință de creștere – cu 34% pe parcursul ultimilor 10 ani (a.a. 2005) predominînd la populația de gen masculin. Mortalitatea în cazurile de infarct miocardic acut în aceeași perioadă s-a majorat cu 98%, iar în vîrsta aptă de muncă – cu 114,6%. Ponderea persoanelor cu maladii cardiovasculare, 471,8 mii de bolnavi în anul 2011, constituie 17,5% din numărul total de bolnavi înregistrați în Republica Moldova, 60,2 mii dintre aceștia fiind depistați primar. În 2013 numărul total de bolnavi înregistrați cu maladii cardiovasculare a fost 505.518 persoane. Povara principală o constituie cardiopatia ischemică forme acute și cronice (sindrom coronarian acut, infarct miocardic, tulburări de ritm, angor pectoral, insuficiență cardiacă) circa 99,1 mii bolnavi în 2011 și 106,0 mii în 2013, boala hipertensivă, 366,7 mii bolnavi în 2011 și 390,6 mii bolnavi în 2013, boala cerebrovasculară forme acute și cronice, 64,2 mii bolnavi înregistrați în anul 2011 și 70,5 mii bolnavi în 2013. Dizabilitatea cardiovasculară a persoanelor în vîrsta aptă de muncă (2.656 bolnavi) constituie 20,9 % din numărul total de 12670 persoane cu dizabilități pe cauză de boală în anul 2013 [32, 80].

Principalii factorii de risc declanșatori ai bolilor cardiovasculare sunt tensiunea arterială sistolică, fumatul, sedentarismul, nivelul ridicat de colesterol seric, supraponderalitatea și obezitatea - factori de risc prevenibili!

În contextul de decese atribuibile, principalul factor de risc este tensiunea arterială ridicată (căreia i se atribuie 13% decese la nivel global), urmată de consumul de tutun (9%), nivelul ridicat de glucoză (6%), inactivitatea fizică (6%) și supraponderabilitatea și obezitatea (5%) [144]. Reducerea sau controlul fiecăruia dintre factorii de risc reduce riscul apariției BCV. Majoritatea pacienților cu BCV au unul sau mai mulți factori de risc.

Hipertensiunea arterială este un factor de risc major pentru morbiditatea și mortalitatea prin BCV, mulți dintre pacienții cu HTA avînd patologii cardiovasculare comorbide. De asemenea, s-a stabilit că printre persoanele cu HTA riscul cardiovascular depinde atît de nivelul tensiunii arteriale, cît și de prezența altor factori de risc cardiovascular. Adițional și în conformitate cu studiul inimii Framingham, care s-a desfășurat pe durata a 40 de ani, factorii de risc cardiovascular au un efect aditiv asupra riscului apariției bolii coronariene a inimii.

Evaluarea și tratamentul pacienților cu HTA cuprinde managementul măsurătorilor HTA și tratamentul ei. Tensiunea arterială crește linear cu vîrsta, și aceste modificări se datorează

reducerii elastinei, colagenului și a funcției endoteliale. De aceea, este important ca tensiunea arterială să fie monitorizată cu regularitate.

Într-un studiu de cohortă a mai mult de 120 mii de pacienți cu sindrom coronarian acut sau cu necesitatea unei intervenții coronariene percutante, cel puțin unul din patru factori de risc erau prezenți. Doar 10-15 % din pacienții acestei cohorte cu vârsta de până la 45 de ani nu aveau nici unul din cei patru factori de risc. HTA este factorul de risc mai frecvent printre femei, iar consumul de tutun - printre bărbați [11, 18, 99, 101, 110, 114, 118].

Consumul de tutun este un factor de risc puternic pentru BCV, riscul crescând linear numărului de țigări fumate. Renunțarea la fumat, chiar și după un infarct miocardic, reduce riscul ulterior. După doi ani de la renunțarea la fumat, riscul bolii coronariene a inimii se reduce substanțial, iar pe parcursul a 15 ani riscul BCV revine la cel al unui nefumător [114, 118, 144].

Prevalența diabetului, o consecință frecventă a obezității, este de asemenea un factor de risc major pentru BCV. Pacienții cu diabet fără BCV anterioare și pacienții ne diabetici, care au suferit un infarct miocardic, au un risc de 7 ani pentru infarctul miocardic sau de supraviețuire similar. La pacienții cu diabet și BCV, riscul pe termen scurt și lung este foarte înalt, doar 50% supraviețuiesc o perioadă de 7 ani [140, 144, 149, 153, 156, 179, 180]. Inactivitatea fizică sau sedentarismul, alimentația nesănătoasă, supraponderabilitatea și obezitatea, hipercolesterolemia de asemenea sunt niște factori „GREI” la creșterea valorii riscului cardiovascular.

Trialurile observaționale mari, cum ar fi studiul Framingham au arătat convingător, că nivelul ridicat de colesterol este un factor de risc pentru dezvoltarea BCV. Nivelul înalt de LDL și nivelul jos de HDL prezic de sine stătător riscul. De aceea, reducerea nivelului de colesterol este o componentă esențială a evaluării riscului cardiovascular global și terapiei ulterioare. Terapia cu statine reduce riscul BCV [114, 122, 125, 139, 179].

Suplimentar la factorii de risc redutabili, există și factori de risc care nu pot fi modificați, cum ar fi vârsta, gender și istoricul familial. Astfel, persoanele din aceste categorii cu risc înalt trebuie să fie supuse examenelor medicale regulate.

Riscul pentru BCV este mai mare la bărbați în comparație cu femeile în premenopauză, iar după menopauză riscul este egal la femei și bărbați, pe când riscul pentru AVC este egal la femei și bărbați, nefiind dependent de vîrstă. De asemenea, riscul pentru BCV este legat de istoricul familial. Dacă o rudă de sînge de gradul întâi a suferit o boală coronariană a inimii sau un AVC până la vârsta de 55 de ani (pentru o rudă bărbat) sau 65 de ani (pentru o rudă femeie), atunci riscul crește [125, 140, 179].

Studiul factorilor de risc pentru BNT efectuat în anul 2013 în Republica Moldova relevă, că HTA a fost depistată la 76% dintre adulți, fiecare al patrulea adult cu vârsta cuprinsă între 18

și 69 de ani fumează, iar unul din zece practică insuficient activitatea fizică, respectiv aproximativ 23% dintre adulți au fost diagnosticați cu obezitate, în timp ce aproape 56% sunt supraponderali. Astfel, ca urmare a cercetării factorilor de risc ce duc la BCV, s-a evidențiat că 23 la sută din populație cu vârsta de peste 18 ani prezintă un risc sporit de a suferi de boli cardiovasculare [150, 155, 156, 199].

Gradul de cunoștințe al populației privind combaterea factorilor de risc al BCV este nesatisfăcător, iar măsurile, programele, recomandările internaționale, politicile de sănătate, necesare pentru depistarea precoce și prevenția oportună a BCV, nu sunt valorificate la nivelul cuvenit. Drept urmare, se înregistrează o rată înaltă a complicațiilor vasculare și evenimentelor ischemice cardiace, care ar fi putut fi reduse prin identificarea screening a persoanelor cu risc mare și aplicarea măsurilor de prevenție [90, 92].

Aceste măsuri, cum demonstrează “bunele practice” ale unor state, economic sunt mai eficiente decât aplicarea metodelor sofisticate de diagnostic și tratament la cel puțin 56% dintre persoanele cu risc cardiovascular, cu valoarea riscului $5 \leq \text{Valoarea Riscului} \leq 10$ [9, 90, 117, 125].

Rezultatele studiului Urziceni 2001-2005, România au arătat o prevalență a factorilor de risc cardiovascular cu următoarea cotație: HTA de 41%, fumatul de 21,8%, sindrom metabolic de 11,2%, obezitate de 24% evaluată după indicele de masă corporal (IMC), hipercolesterolemie de 24% și diabet zaharat de 5% [9, 18, 90].

Un alt studiu, SEPHAR I, II desfășurat în a.2005 și a.2011 de prevalență a HTA și evaluare a riscului cardiovascular, a confirmat și cimentat, poziția HTA ca lider în topul factorilor de risc: HTA 40,1%, obezitate viscerală 37%, fumat 29%, dislipidemie mixtă 46%, hipercolesterolemie 24%, hipertrigliceridemie 23% și diabet zaharat 5% [117, 125, 131, 139].

Astfel, valoarea medie a riscului pe 10 ani de evenimente CV fatale, estimat conform sistemului SCORE, în populația adultă a României este de 3,5%, populația de sex masculin având un risc semnificativ mai mare comparativ cu cea de sex feminin. Aproximativ 1 din 5 subiecți intervievați în studiul SEPHAR are însă un risc înalt $\geq 5\%$. Scoruri de risc foarte înalt $\geq 15\%$ au fost consemnate doar la subiecți de sex masculin, reprezentând 4% din totalul celor intervievați.

În Republica Moldova nu au fost desfășurate astfel de studii populaționale ample. Au fost analizate doar datele statistice, rezultatele studiilor și ale screening-urilor ce au vizat bolile ne transmise în corelare cu nutriția și activitatea fizică ca determinante ale acestora - disponibile la nivel național, regional și internațional pentru perioada 1992-2011 [9, 18, 30, 75].

Morbiditatea prin bolile sistemului circulator în Republica Moldova este cea dominantă și a crescut de circa 1,5 ori în ultimii 10 ani. Peste 70% din cazurile de boli cardiovasculare se asociază cu HTA. BCV se plasează constant pe primul loc printre cauzele de deces, constituind circa 56-58% din mortalitatea totală pe parcursul ultimilor 10 ani. Alarmant este faptul că 25-26% din aceste decese survin la vârste socialmente productive. De altfel, dizabilitatea cardiovasculară a persoanelor în vârstă aptă de muncă constituie 19-20 % din totalul de persoane cu dizabilități prin maladii. O estimare a contribuției factorilor de risc la mortalitate arată, că din cei 10 factori de risc principali, ca și cauze ale poverii bolilor non transmisibile, pentru Republica Moldova, 6 sunt legați de obiceiurile alimentare nesănătoase și inactivitatea fizică [9, 41, 126, 132, 139, 180]. Astfel, factorul de risc principal este consumul de alcool, care se corelează cu bolile cardiovasculare, hepatitele cronice, cirozele, cancerul. Factor de risc este și HTA, care are afinități directe cu obezitatea și consumul de sare. Factor de risc - nivelul înalt al colesterolului seric - direct legat de aportul înalt de grăsimi saturate, de obiceiurile de consum a cărnii grase și a grăsimilor animale. Factor de risc nutrițional - supraponderabilitatea și obezitatea, care sunt legate de BCV, diabetul de tip II și unele tipuri de cancer. Circa 50% dintre persoanele adulte din Republica Moldova sunt supraponderale, inclusiv 15% sunt obeze. Factor de risc - consumul redus de fructe și legume, care se corelează pregnant cu BCV și cancerul. Factor de risc este și inactivitatea fizică, care se corelează fidel cu BCV, diabetul de tip II, cu unele tipuri de cancer, precum și cu supra greutatea și obezitatea. Peste 50% din populația cu vârsta de peste 25 de ani din Republica Moldova își petrece timpul liber în activități sedentare [67].

1.3 Clasificarea și managementul factorilor de risc cardiovasculari

Factorii de risc reprezintă variabile asociate cu un risc crescut de boală. O anumită variabilă este catalogată ca factor de risc prin compararea riscului la cei expuși și la cei ne-expuși la potențialul factor de risc. Studiile complexe de specialitate, în cercetarea factorilor de risc pentru BCV, au condus la clasificarea factorilor de risc în 5 categorii: 1) factori de risc cauzali; 2) factori de risc condiționali; 3) factori de risc predispozanți; 4) încărcarea ateromatoasă parietală; 5) factori de risc aleatorii. Factorii de risc cauzali majori din această categorie sunt reprezentați de fumatul de țigarete, HTA (TA peste 140/80 mmHg), nivel crescut al colesterolemiei (sau creșterea nivelului seric al LDL peste 160 mg/dl), scăderea nivelului HDL (sub 35 mg/dl) și hiperglicemia (peste 128 mg/dl). Un loc aparte îl ocupă sindromul metabolic. Rolul lor cauzal este susținut de cantitatea enormă de date acumulate la nivel internațional pe parcursul ultimelor decenii. Ei acționează independent, dar evoluția procesului aterogenetic este cu atât mai rapidă cu cât la aceeași persoană se asociază mai mulți factori de

risc cauzali. Asocierea a 2 sau mai mulți factori de risc are efect multiplicativ și nu doar aditiv. Studiul MRFIT, efectuat pe 300 000 persoane, timp de 10 ani, demonstrează ca riscul de deces cardiovascular este de 14 ori mai mare la fumătorii care aveau colesterolemia peste 240 mg/dl și TA diastolică mai mare de 90 mmHg, comparativ cu persoanele libere de acești factori de risc [41, 44, 49, 93, 126, 132].

Factori de risc condiționali - sub această denumire sunt cuprinși factorii care sunt asociați în mod semnificativ cu o anumită patologie cardiovasculară, dar al căror eventual rol cauzal nu este pe deplin dovedit, fie pentru că potențialul aterogenetic al acestora este scăzut, fie pentru că frecvența apariției lor într-o anumită populație nu este suficient de înaltă, încât să permită definirea ca factori independenți de risc în cadrul unor studii prospective largi. Dacă ne referim la BCV, în această categorie, sunt incluse: hipertrigliceridemia, nivelul seric crescut al lipoproteinei A și particulelor mici de LDL, hiper-homocisteinemia [34, 90, 126, 132, 139, 154, 155] și concentrația crescută a unor factori de coagulare (de ex., fibrinogenul, inhibitorul activatorului de plasminogen, induc o stare protrombotică).

Tot în această categorie, ar trebui inclus tratamentul hormonal de substituție. Astfel, în timp ce hormonii sexuali feminini, secretați în mod natural, exercită o anumită protecție asupra endoteliului vascular, estrogenii administrați ca tratament de substituție, la femeile ovariectomizate, dublează riscul de BCV.

Factori de risc predispozanți - în această categorie sunt cuprinși factorii care sporesc probabilitatea ca persoana să dezvolte în cursul vieții o anumită patologie cardiovasculară. Probabilitatea crește, iar intervalul de timp necesar apariției stării de boală scade, atunci când acești factori se asociază cu alții, din categoriile precedente. Dacă ne referim la BCV, factori predispozanți sunt considerate obezitatea, sedentarismul, antecedentele familiale, sexul masculin, alcoolismul, vârsta peste 45 ani, stresul psihic prelungit, anumite caracteristici de personalitate, rezistența crescută la insulină, agravată, de altfel, de către obezitate și sedentarism [41, 44, 49, 78, 126, 132, 139, 180, 181, 183, 184, 185, 188].

Statutul socio-economic poate fi și el un factor predispozant pentru patologia cardiovasculară. Un studiu efectuat pe 1.487 de adulți fără adăpost situează pe primul loc mortalitatea prin BCV (27%), la mare distanță față de afecțiunile traumatiche (15%), digestive (3%) sau față de suicid (7%) [41, 78, 89, 114, 137]. Particularitățile etnice joacă uneori un rol semnificativ în apariția BCV. S-a observat, că la unele populații izolate, care trăiesc după ritmuri tradiționale, necontaminate de civilizația de tip occidental și care practică anumite diete (de ex., eschimoșii a căror dietă este bogată în pește, ficat crud de focă etc.) BCV constituie raritate. Deplasarea acestor persoane în țările dezvoltate este însoțită de creșterea frecvenței acestora,

chiar în decursul unei generații. De asemenea, în colectivitățile monastice se observă raritatea HTA și creșterea nesemnificativă a TA odată cu vârsta [89, 90, 93, 114, 137].

Încărcătura ateromatoasă a peretelui vascular. Odată ce placa de aterom atinge un anumit stadiu de evoluție, ea însăși devine un factor de risc pentru respectivul teritoriu vascular. Placa poate suferi secționări, rupturi sau eroziuni, care pot conduce la ocluzie vasculară în aria subiacentă. Cu cât este mai mare încărcarea cu plăci ateromatoase, cu atât este mai mare probabilitatea de ruptură a acestora, fapt confirmat prin studii coronarografice extinse [114, 123, 125, 131].

Factorii de risc aleatorii - în această categorie ar putea fi cuprinși acei factori care acționează accidental, pe o perioadă de timp limitată și care pot spori semnificativ frecvența apariției unor manifestări clinice cardiovasculare de gravitate variabilă. Aceștia pot acționa independent sau pe fondalul prezenței factorilor de risc din categoriile precedente. Sunt factori de risc care apar frecvent în viața oricărei persoane, dar care sunt neglijați de marile studii de specialitate. Aici, poate fi inclus stresul acut (fizic sau psihic) potențial cauzator de aritmii, oscilații ale TA, angor pectoris (de novo), infarct miocardic sau accidente vasculare cerebrale.

Cităm, de asemenea, cardio-toxicitatea unor medicamente, efectul protrombotic al contraceptivelor, efectul pro-aritmic al unor agenți anti aritmici medicamentoși (cele mai studiate în acest sens, sunt amiodarona și flecainida) sau de tip intervențional (de ex., ablația pe cateter cu radiofrecvență pentru tahicardie nodală atrio-ventriculară reciprocă este însoțită de risc semnificativ de instalare a blocului AV complet) [93, 126, 132, 139, 180].

Pentru importanța clinicianului uzual, inclusiv pentru medicii de familie, se folosește clasificarea factorilor de risc în factori de risc ne-modificabili și modificabili, reieșind din posibilitățile clinice de a exercita controlul acțiunii acestor factori asupra pacientului.

Factori de risc CV ne-modificabili, ce nu pot fi controlați (ereditatea, genul, vârsta).

Factori de risc CV modificabili ce pot fi controlați (fumatul, obezitatea, consumul de alcool, hipertensiunea arterială, nivelul crescut al colesterolului, diabetul, sedentarismul).

Riscul poate fi definit ca probabilitate, ca o persoană să fie afectată de o anumită patologie, într-un anumit interval de timp, mai lung sau mai scurt. Individualizarea gradului de risc reprezintă prima treaptă a unei profilaxii primare eficiente. Trei categorii de risc sunt clar delimitate: risc absolut, risc relativ și risc atribuibil [90, 117, 125, 131].

Riscul absolut definește probabilitatea de a dezvolta afecțiunea (de ex. BCV) de-a lungul unei anumite perioade de timp. În funcție de lungimea perioadei, riscul absolut poate fi: pe termen scurt (de maximum 10 ani) sau pe termen lung (peste 10 ani). Prin urmare, se pot defini riscul absolut pe termen scurt și riscul absolut pe termen lung. Abordarea terapeutică poate

fi diferită, ca intensitate, între cele două modele, dar ambele necesită o analiză atentă și selectă. Un reper ar fi reprezentat de probabilitatea, că respectivul individ să dezvolte un eveniment coronarian major, comparativ cu populația care prezintă deja această patologie. Riscul la 10 ani în loturile placebo, utilizate în studiile cu agenți terapeutici hipolipemianți, oferă un exemplu fiabil. Pacienții placebo din studiile CARE și LIPID prezentau un risc de evenimente coronariene majore pe termen scurt de cca 26% [139, 150, 154].

Un standard asemănător ar putea fi reprezentat de pacientul cu angor pectoral stabil: analize recente prevăd pentru acesta un risc de circa 20 % de a suferi un infarct miocardic fatal sau non-fatal în următorii 10 ani. Deci, din perspectiva profilaxiei primare, riscul înalt pe termen scurt ar putea fi definit ca probabilitatea de cel puțin 20 % ca pacientul să dezvolte un infarct miocardic pe parcursul următorilor 10 ani. Riscul înalt pe termen lung ar putea fi definit ca riscul înalt de BCV pe o perioadă de peste 10 ani, respectiv pe durata întregii vieți. Gradul scăzut de risc revine persoanelor ne-fumătoare și non-diabetice, cu TA sub 120/80 mmHg și profil lipidic normal, Studiul Framingham [154]. Se consideră, totuși, că inclusiv această categorie de persoane trebuie să fie monitorizate, având în vedere posibilitatea ca datele să se modifice în dinamică.

Riscul relativ este definit ca raportul dintre două niveluri de risc absolut. Numărătorul este reprezentat de valoarea riscului absolut al individului, iar numitorul reprezintă valoarea medie a riscului absolut al populației, din care acesta face parte. Riscul scăzut, în viziunea Studiului Framingham, oferă un numitor deosebit de atractiv. Evaluarea riscului relativ oferă o serie de avantaje de ex., un nivel ridicat al riscului relativ la un individ tânăr are semnificația de risc absolut înalt pe termen lung, ceea ce impune o intervenție puternică în sensul corectării factorilor de risc.

Riscul atribuibil este definit ca diferența dintre valoarea riscului absolut al unui individ și aceea a unui grup martor. În general, este redus la populația tânără și crește odată cu vârsta. Aceasta subliniază importanța factorilor de risc la populațiile cu vârsta înaintată, cu toate că la aceștia riscul relativ scade.

Deși s-au realizat în ultimele decenii progrese remarcabile în tratamentul BCV, este totuși, în mod cert, mult mai avantajos a se determina cauzele BCV și a găsi modalități de a transforma aceste cunoștințe în strategii eficiente de prevenție. Un secol de cercetare ne-a arătat că apariția pe scară largă a BCV este în relație cu factori genetici, psiho-sociali și de mediu. Despre anumiți factori se știe cu certitudine că, într-adevăr, cauzează BCV, iar prin modificarea lor se poate reduce mortalitatea – acest lucru este, în special, evident pentru renunțarea la fumat, controlul tensiunii arteriale și scăderea riscului CV, este reprezentat de acțiunea și consecințele

tuturor factorilor de risc, care acționează simultan sau secvențial asupra organismului, determinând aterogeneză/ateroscleroză, manifestate sub clinic sau clinic prin boală coronariană. La majoritatea persoanelor, BCV este produsul a numeroși factori de risc cauzali. Mai mulți factori de risc aparent modești, în combinație, pot duce la un risc mult mai mare decât un singur factor de risc major [155, 156, 179, 180].

Din acest motiv, sistemele de estimare a riscului global au fost dezvoltate pentru a ajuta clinicianul (inclusiv MF) să evalueze efectele combinațiilor de factori de risc în planificarea strategiilor terapeutice. Termenul “estimare a riscului global” este probabil unul impropriu, deoarece nici un sistem de estimare a riscului nu cuprinde toți factorii de risc cunoscuți.

Există multe sisteme de estimare a riscului. Cel mai cunoscut și, probabil, cel mai utilizat la nivel global este scor de risc Framingham, dar există și alte metode validate și recomandate de ghidurile internaționale pentru calculul riscului cardiovascular SCORE, recomandată mai ales pentru populația europeană, scorul UKPDS, recomandat mai ales pentru diabetici[180].

Unul dintre conceptele cele mai vehiculate în cardiologia actuală este cel de risc cardiovascular „GLOBAL”. Noțiunea se referă la riscul unei persoane de a prezenta un eveniment cardiovascular (precum un infarct miocardic sau un accident vascular cerebral) și/sau de a deceda în urma unui astfel de eveniment într-o anumită perioadă de timp, termenul „global” recunoscând contribuția mai multor factori de risc. Importanța unei astfel de abordări constă, că ea nu se adresează în mod țințit unui singur factor de risc cardiovascular, ci urmărește ansamblul acestor factori și implementarea unor măsuri de control al lor, cu reducerea la minimum a riscului de evenimente [180, 183, 184, 188].

Dintre sistemele de calcul al riscului cardiovascular, ESC (societatea europeană a cardiologilor) recomandă utilizarea sistemului SCORE, care estimează riscul de deces de cauză cardiovasculară pe o perioadă de 10 ani, în funcție de vârstă, sex, prezența fumatului, nivelul tensiunii arteriale sistolice și al colesterolului. Ghidul din 2003 a utilizat noul sistem de estimare a riscului, denumit SCORE, bazat pe datele provenite din 12 studii europene de cohortă, care au inclus 205.178 de subiecți examinați inițial între anii 1970 și 1988, cu 2,7 milioane de urmărire și 7934 decese de cauză cardiovasculară (Systematic Coronary Risk Evaluation), care a permis estimarea riscului de deces cardiovascular la 10 ani. Studiile observaționale au demonstrat, că reducerea incidenței a principalilor trei factori de risc cardiovascular majori: fumat, dislipidemie, HTA este responsabilă de peste 50% din reducerea mortalității cardiovasculare.

Trialurile EuroAspire I, II și III au demonstrat însă existența unui control insuficient al factorilor de risc cardiovascular, în special al obezității, fumatului și hipertensiunii arteriale la pacienții cunoscuți cu boală coronariană și la cei cu diabet zaharat [122, 180].

Riscul SCORE estimat al individului este un ghid util în formularea deciziilor clinice asupra intensității intervențiilor preventive. La majoritatea persoanelor asimptomatice, aparent sănătoase, măsurile preventive trebuie să fie în concordanță cu riscul global de boli cardiovasculare, care însumează toți factorii de risc. Totodată devine imperios necesară identificarea persoanelor cu risc global crescut, pentru a iniția măsuri intensive de modificare a stilului de viață și în caz de nevoie, tratament medicamentos. În AMP, utilizarea unui asemenea instrument de estimare a riscului prezintă avantaje, în deosebi, pentru că este intuitiv, ușor de utilizat. Cei cu BCV cunoscute, diabet zaharat tip 1 sau tip 2, cu microalbuminurie, cu nivele foarte înalte ale factorilor individuali de risc, au deja un risc CV crescut și necesită managementul tuturor factorilor de risc. Pentru toate celelalte persoane, pentru estimarea riscului CV total poate fi utilizată diagrama SCORE de evaluare a riscului (Figura 1.3).

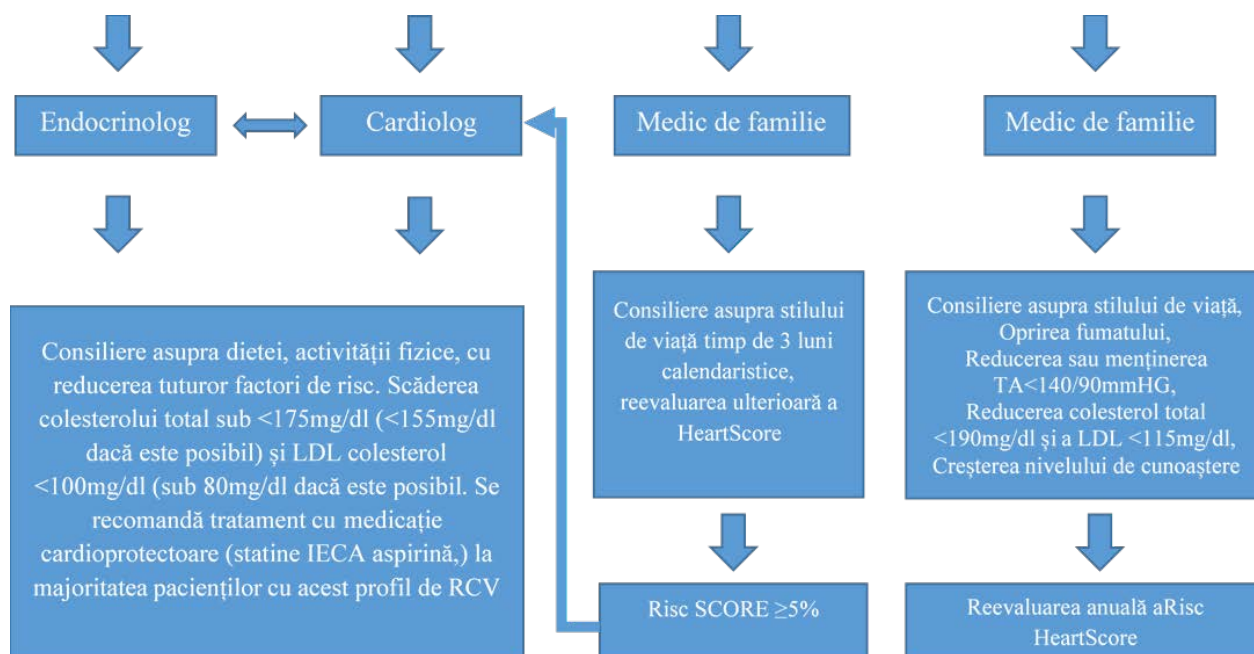


Fig.1.3. Managementul riscului cardiovascular global tip SCORE.

Studiile EuroAspire I, II, III sunt cele mai importante proiecte epidemiologice în domeniul prevenției cardiovasculare în Europa. Rezultatele trialurilor au contribuit la înnoirea recomandărilor Societății Europene de Cardiologie din ghidurile de prevenție cardiovasculară. ERICA (European Risk and Incidence, a Coordinated Analysis), trial început în 1982, în colaborare cu OMS, propune stabilirea hărții de risc cardiovascular al Europei în funcție de cinci factori de risc: vârstă, colesterol total, tensiune arterială sistolică, indice de masă corporală și fumat [125, 131, 139, 150, 153]. Punctul de reper în aprecierea riscului înalt de mortalitate cauzată de BCV în următorii 10 ani este evaluat ca $\geq 5\%$. Factorii de risc necesari evaluării riscului cardiovascular SCORE sunt: sexul, vârsta, fumatul, tensiunea arterială sistolică,

colesterolul total. Adițional, se înscrie în calculul riscului CV global: obezitate (IMC), glicemia, activitatea fizică, statutul social. Însurarea factorilor de risc și calcularea riscului CV este efectuată de clinician (MF), prin aplicarea diagramelor SCORE.

Recomandările OMS și EHHC (European Heart Health Charter) referitor la prevenirea maladiilor cardiovasculare

Prevenția BCV este o prioritate de sănătate publică. Evaluarea și prioritizarea intervențiilor de sănătate publică pentru controlul BCV se bazează pe estimările riscului CV la nivel populațional, atribuibil factorilor de risc CV. Obținerea acestor indicatori, implică cunoașterea anticipată atât a prevalenței factorilor de risc în comunitate, cât și a riscului relativ asociat, care în mod ideal se determină în studii populaționale prospective. Din perspectiva individuală, sunt utilizate însă hărțile riscului coronarian pentru prezicerea șanseii de a suferi un eveniment CV într-o anumită perioadă de timp. În Republica Moldova pentru evaluarea riscului CV se utilizează diagrama SCORE.

În pofida prognozelor nefavorabile ale OMS, privind creșterea incidentei BCV pe plan global, anumite state UE (Germania, Belgia, Marea Britanie, Italia) atestă o tendință stabil descrescătoare a mortalității prin BCV. Scăderea mortalității cardiovasculare se explică prin reducerea incidenței BCV, ca urmare a implementării politicilor de sănătate cardiovasculară, programelor de screening de depistare oportună a persoanelor aparent sănătoase, dar cu potențial risc CV crescut, segregarea contribuției factorilor de risc la valoarea totală a riscului CV și aplicarea metodelor de prevenție a BCV la nivel internațional, național, local, dar nu prin măsuri de diagnostic și tratament sofisticat al evenimentelor coronariene. Prof. dr. Ernst Rietzschel, de la Universitatea Ghent din Belgia, în anul 2012 a demonstrat, că BCV și ACV apar frecvent după 65 de ani, dar se regăsesc și la tineri [153]. Privitor la factorii de risc, acesta a menționat colesterolul, fumatul, alcoolul, hipertensiunea, obezitatea și sedentarismul. El a evidențiat, că mortalitatea prin BCV în Belgia a scăzut cu 50-75% prin influențarea factorilor de risc prevenibili și printr-un tratament bine condus. Unul dintre factorii prevenibili care contribuie la dezvoltarea BCV este obezitatea, de aceea trebuie să se pună accentul pe un stil de viață sănătos. De asemenea, prof. Ernst Rietzschel a punctat importanța reducerii factorilor de risc prin programe de screening și prin politici educaționale, campanii de informare. În ceea ce privește factorul genetic/biologic, acesta influențează într-o măsură mai mică apariția BCV și manifestarea lor depinde de factorii de mediu [153]. Dr. Lieven Annemans, prof. de economie sanitară la Universitatea Ghent, în anul 2012 a menționat că, Europa trebuie să investească mai mult în programele de screening CV și în metodele de prevenție cost-eficace în domeniul BCV, referindu-se la stilul de viață și la importanța alimentației. Acesta a menționat, că numai o treime

dintre alimentele din supermarketuri corespund definiției OMS referitoare la alimentele sănătoase și a pledat în acest sens pentru o educație timpurie [116]. Joachim Heisters în anul 2013 a subliniat importanța prevenției primare, care necesită interdisciplinaritate pentru diagnostic, mai ales în domeniul cardiologiei [117, 118]. Participanții la conferința privind prevenția BCV organizată la Bruxelles, în 8 Mai 2013 au trasat necesitatea reglementării legislative la nivel European privitor la anumite alimente, cum ar fi zahărul și sarea, dar și elaborării unor ghiduri de producție pentru industria alimentară pentru a reduce influența factorilor de risc CV la nivel global [118, 135, 139, 164].

Consiliul UE pentru Forța de Muncă, Politici Sociale, Sănătate și Protecția Consumatorilor, Conferința UE pentru Sănătatea Inimii de la Luxemburg din iunie 2005, au definit Carta Europeană a Sănătății Cardiovasculare (European Heart Health Charter), elaborată cu suportul Comisiei Europene, OMS, European Heart Network și Societatea Europeană de Cardiologie, semnată în iunie 2007 la Bruxelles. Aceasta constituie un moment important pentru recunoașterea faptului că programele de depistare a persoanelor cu factori de risc CV și politicile de prevenție a BCV, reprezintă un mijloc important de combatere a decesului prematur și suferinței prin BCV [90]. Directivele Uniunii Europene, concluziile Consiliului Uniunii Europene din 2004, Rezoluția Parlamentului European B6-0277/2007 B6-0277/2007, privind acțiunile de combatere a BCV accentuează importanța acțiunilor de depistare precoce a BCV atât la nivel populațional, cât și la nivel individual, mai ales prin identificarea factorilor de risc prin politici de prevenție la nivel de comunitate. Declarația de la Luxemburg, a stabilit un acord între reprezentanții Ministerului Sănătății, Reprezentații Europeni și Naționali ai Societăților de Cardiologie și Fundațiilor în domeniul cardiologiei. Acest acord se referă la urmărirea inițierii sau consolidării planurilor de prevenție cardiovasculară și la asigurarea că, în toate țările Europei sunt aplicate măsuri eficiente politic și sunt întreprinse toate intervențiile necesare în acest sens. Mai mult, acest fapt e stipulat în reglementările integrării acestor măsuri în programele de sănătate ale statelor membre, exprimate în concluziile Consiliului European din 30 noiembrie 2006 [90].

Programele de depistare precoce și politicile de prevenție a BCV, derulate de unele state Europene, au fost catalogate cu calificativul “bune practici”. Ca urmare, Comisia Europeană, OMS, European Heart Network și Societatea Europeană de Cardiologie invită Concernurile Europene și Organizațiile Internaționale să se înscrie la Carta Europeană a Sănătății Cardiovasculare; să se angajeze pentru combaterea decesului prematur și a suferinței, prin BCV, cu programe de identificare precoce și prevenție.

În contextul implementării recomandărilor Consiliului UE pentru sănătatea cardiovasculară a populației și ca răspuns la îndemnul Comisiei Europene, OMS, EHN, ESC, respectării prevederilor stipulate în Carta Europeană a Sănătății Cardiovasculare, Republica Moldova a adoptat și implementează mai multe documente de politici, care vizează prevenirea și controlul BCV. Printre acestea sunt Hotărârea Guvernului nr. 300 din 24.04.2014 cu privire la aprobarea Programului Național de prevenire și control al bolilor cardiovasculare pentru anii 2014-2020, Protocoale Clinice Naționale, PCN-1 "Hipertensiunea arterială la adult", Chișinău 2008, PCN-33 "Diabetul zaharat necomplicat", Chișinău 2011, PCN-78 „Dislipidemiile”, Chișinău 2011. Finanțarea, implementarea, derularea și monitorizarea de către CNAM a programelor de screening pentru identificarea factorilor de risc ce provoacă BCV și calcularea valorii riscului CV global, programe de prevenție a BCV, la nivel național (anul 2009), cu continuitatea în raioanele Nisporeni, Fălești, Căușeni (anii 2012 – 2014). Implementarea Programului Național pentru promovarea modului sănătos de viață, cu desfășurarea campaniei naționale de informare, "Spune DA pentru Sănătatea TA", cu derulare pe parcursul anilor 2011-2015.

În concluzie putem afirma, că deoarece aproximativ 85% din populația lumii aparține țărilor slab dezvoltate sau cu nivel mediu de dezvoltare, rata globală a evenimentelor cardiovasculare este foarte crescută și într-o continuă ascensiune. Astfel, conform OMS, dacă la nivel mondial în 1990 mortalitatea cardiovasculară înregistra 28,4%, în 2001 a ajuns la 29,1%, iar pentru viitor se preconizează ca această prevalență să crească la 31,5% în 2020, respectiv 32,5% în 2030 (24,2 milioane decese). 14,9% dintre decesele cardiovasculare ale bărbaților și 13,1% dintre cele ale femeilor se vor datora cardiopatiei ischemice. ACV vor fi responsabile de o mortalitate de 10,4% la bărbați și 11,8% la femei. De asemenea, vom asista la o creștere alarmantă a costurilor legate de tot ceea ce presupune cardiopatia ischemică, ACV și diabetul zaharat, în special, în țările în curs de dezvoltare, cu cifre cuprinse între 200 și 550 miliarde de dolari anual [50, 150, 153].

1.4 Promovarea sănătății. Rolul colaborării intersectoriale

OMS a definit promovarea sănătății ca „procesul de împuternicire a persoanelor de a deține control asupra sănătății sale și de a o îmbunătăți” [169].

Promovarea sănătății ține de îmbunătățirea sănătății indivizilor precum și comunității în întregime prin avansare, suport, încurajare și plasarea sănătății pe prim plan al agendei personale și publice.

Promovarea sănătății este axată pe obținerea echității în sănătate și asigurarea posibilităților și resurselor populației în mod egal, astfel, încât orice individ să beneficieze de o stare optimă de sănătate [174].

Activitățile de promovare a sănătății vizează reducerea diferențelor în starea sănătății populației. Determinantele majore a stării sănătății (sociale, economice și al mediului înconjurător) nu pot fi pe deplin controlate de individ sau chiar de colectiv. De aceea, un aspect fundamental al promovării sănătății este împuternicirea persoanelor de a deține mai mare control asupra aspectelor vieții personale care pot afecta sănătatea proprie. Două elemente cheie – îmbunătățirea sănătății și deținerea controlului – sunt fundamentale pentru scopul și procesul de promovare a sănătății [130].

Promovarea sănătății, prin investiții și activități acționează asupra determinantilor stării sănătății pentru: a crea cele mai mari câștiguri pentru sănătatea oamenilor; a contribui la reducerea semnificativă a inechităților în sănătate; a asigura respectarea drepturilor umane, a crea un capital social. Având ca scop principal creșterea duratei medii a vieții și micșorarea diferențele în nivelul de sănătate dintre diferite țări și grupuri.” [79]

Promovarea sănătății necesită o abordare multidimensională care presupune diverse nivele de activitate, variind de la activități axate pe individ aparte sau grupuri de indivizi precum prezentarea informației despre sănătate, educație pentru sănătate, consiliere și consolidarea competențelor personale în loc de cele organizaționale, la activități de promovare a sănătății la nivel de comunitate (Figura 1.4).

Activitățile de promovare a sănătății necesită strategii și principii specifice pentru îndeplinirea sarcinilor ce depășesc abordarea medicală. Aceste principii și strategii sunt pilonii de bază ai promovării sănătății și deci, esențiale pentru activitatea profesională.

Pledoaria: pentru interesele comunității și populației întregi, înțelegerea necesităților și stabilirea strategiilor corespunzătoare de îmbunătățire și menținere a sănătății în baza analizei problemelor de sănătate.

Participarea: asigurarea participării grupului-țintă, deoarece o strategie esențială în promovarea sănătății este asigurarea satisfacerii necesităților reale ale populației. Activitățile de promovare a sănătății pot avea succes numai atunci când populația acceptă și sprijină activitățile de promovare a sănătății. Participarea este una și poate cea mai importantă strategie pentru îmbunătățirea stării sănătății populației.

Abilitarea (împuternicirea): asigurarea îmbunătățirii competențelor prin instruire și asigurarea informației despre sănătate prin aplicarea competențelor sociale și cognitive, ce

asigură motivarea și abilitățile pentru obținerea accesului la informația despre sănătate, înțelegerea și utilizarea acesteia întru promovarea și menținerea sănătății.

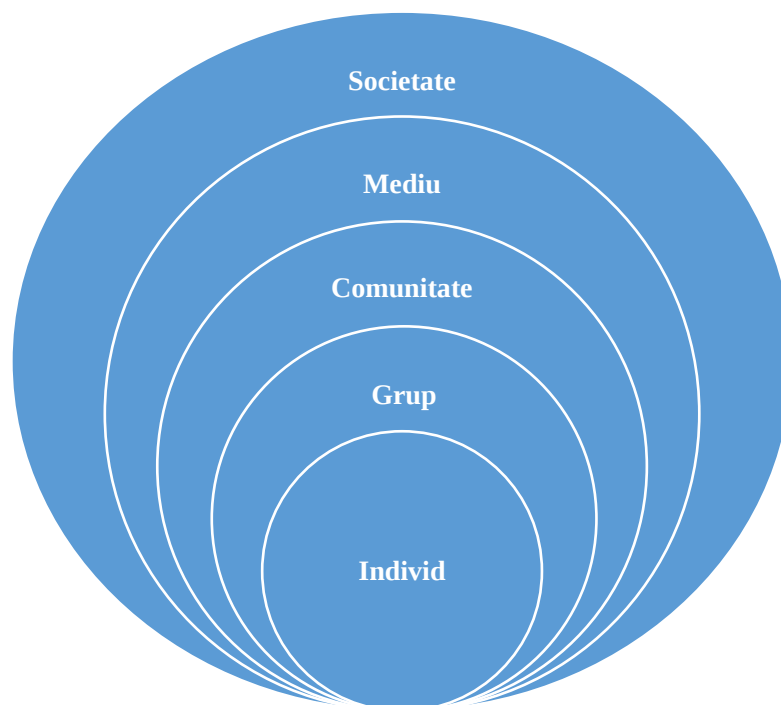


Fig.1.4. Abordare multidimensională a promovării sănătății

Facilitarea: asigurarea posibilităților și oportunităților pentru populație de a avea o stare bună a sănătății prin crearea mediilor de sprijin precum comunități sănătoase.

Medierea: este o strategie esențială a programelor de promovare a sănătății ce asigură o abordare interdisciplinară și multiprofesională, ce include și colaborarea. Promovarea sănătății merge mai departe de un sistem tradițional de sănătate și responsabilitățile acestora, și încearcă să integreze toate domeniile relevante ale vieții cotidiene în cadrul unei strategii ample de promovare a sănătății. În consecință, crearea rețelelor și parteneriatelor sunt strategii esențiale pentru crearea în promovarea sănătății a unor structuri cu condiții favorabile sănătății, în special, având în vedere abordarea multidimensională și interdisciplinară a promovării sănătății ce include toate activitățile de orice nivel desfășurate pentru obținerea unei populații sănătoase.

De către OMS pentru secolului XXI au fost propuse următoarele priorități în domeniul promovării sănătății [149]: promovarea responsabilităților sociale pentru sănătate; majorarea investițiilor pentru dezvoltarea sănătății; extinderea parteneriatul în domeniul promovării sănătății; sporirea capacităților comunităților și împuternicirea indivizilor; asigurarea infrastructurii pentru promovarea sănătății.

În „Sănătatea 21” sunt propuse 21 de priorități pentru secolul XXI, printre care: reducerea inegalităților în sănătate; îmbunătățirea sănătății copiilor și bătrânilor, reducerea bolilor infecțioase precum și bolilor cronice necontagioase și traumatismului, reducerea daunelor

cauzate de consumul de alcool, tutun și droguri, îmbunătățirea serviciilor de sănătate, a politicilor și strategiilor în domeniul sănătății, precum și îmbunătățirea colaborării intersectoriale [170].

Conceptul de promovare a sănătății sa dezvoltat de la rolul preponderent al statului și al sistemului de sănătate (depistarea precoce a maladiilor și intervențiile curative precoce) la rolul implementării politicilor de sănătate, colaborării intersectoriale, modificării stilului de viață a indivizilor, participării și împuternicirii lor și a comunității, precum și a creării mediului de sprijin pentru alegeri „sănătoase” [130].

Sunt cunoscute următoarele abordări în domeniul sănătății:

Abordarea axată pe medicină: scopul acestei abordări este lipsa maladiilor (infecțioase, cancerului și bolilor cardiovasculare). Abordarea implică intervenții medicale, cum ar fi încurajarea: părinților de a vaccina copii; femeilor - de a consulta clinicile pentru planificarea familiei; adulților - pentru a face *screening*-ul hipertensiunii arteriale etc.

Abordarea axată pe modificarea de comportament: scopul acestei abordări este schimbarea atitudinea și comportamentul indivizilor pentru practicarea unui mod sănătos de viață. Ex., educația indivizilor în scopul renunțării la fumat, încurajarea practicării activității fizice, a alimentației „sănătoase” etc.

Abordarea educațională: scopul acestei abordări este îmbunătățirea cunoștințelor și conștientizarea de către persoane a problemelor de sănătate, fapt care contribuie la luarea deciziei corecte. Informația despre sănătate este prezentată și persoanele sunt ajutate să-și definească valorile și atitudinile în luarea deciziei proprii. Ex., programele de educație pentru sănătate în școli ajută copiii nu numai să-și îmbunătățească cunoștințele dar și să învețe deprinderile unui mod sănătos de viață.

Abordarea centrată pe pacient: scopul acestei abordări este de a lucra cu populația pentru a o ajuta să-și determine preferințele sale și să ia decizii personale cu privire la interesele și valorile personale. Rolul promotorului este de a facilita.

Abordarea schimbărilor societății: scopul aceste abordări este de a modifica mediul înconjurător (fizic, social și economic), de al face mai prietenos pentru un mod sănătos de viață. Promotorii vor fi motivați să fie abordată sănătatea în politici de sănătate la toate nivelele, mai mult lucrând asupra modificărilor în mediul înconjurător decât la nivel de individ.

Rolul colaborării intersectoriale în promovarea sănătății

Sănătatea publică are o abordare multidisciplinară, având ca scop îmbunătățirea sănătății populației prin crearea condițiilor benefice sociale, de mediu și la servicii de sănătate. Noua sănătate publică pledează pentru maximalizarea implicării populației în problemele de sănătate și

sporirea responsabilității factorilor de decizie pentru promovarea unei sănătăți mai bune în toate organizațiile și sectoarele [110].

Aceste activități sunt implementate de către organizații internaționale (Comunitatea Europeană¹, OMS², Uniunea internațională de promovare a sănătății și educație (*IUHPE*³), Alianța Europeană în Sănătatea Publică⁴; Federația Internațională a Asociațiilor în Sănătatea Publică (*WEPHA*⁵) etc.), guverne (Ministerele Sănătății; Asistenței Sociale; Educației; Ecologiei;

Transportului; Administrației Publice Locale; Comerțului etc.), organizații locale (Asociații profesionale; Sindicatele; Organizații voluntare; Organizații comerciale și organizații (ex. companii care produc produse alimentare, industria transportului, etc.); Mass media; Biserica și organizațiile religioase etc.), de medicină preventivă; Agenții de promovare a sănătății; Autorități publice locale; Instituții de învățământ; Grupuri comunitare și de voluntari; Poliția; Pompierii; serviciul de asistență medicală etc.

În promovarea sănătății, lucrătorii din sectorul de sănătate trebuie să fie văzuți ca consultanți. Participarea indivizilor și comunității la luarea deciziei cu privire la sănătate - este unul dintre principiile de bază în promovarea sănătății. Dar participarea nu are loc în mod automat. Ea este rezultatul unei cooperări de lungă durată între lucrătorii medicali și societatea civilă, în care rolurile noi sunt însușite în scopul obținerii noilor deprinderi de activitate [158].

Analiza și cercetarea literaturii (reviul literaturii) referitor la practica mondială [110, 124, 134, 135, 140, 161] impune necesitatea efectuării unui studiu de cercetare profundă a managementului serviciilor de asistență medicală primară în Republica Moldova și posibilitățile de optimizare a lor, inclusiv la componenta prevenției maladiilor și a promovării sănătății, ceea ce a determinat scopul inițierii studiului, privind sarcina impusă medicului de familie prin actele normative în vigoare, în comparație cu posibilitățile și capacitățile reale ale acestuia (Anexa 1):

Scopul cercetării: Estimarea activității medicului de familie în profilaxia maladiilor și promovarea sănătății populației din RM, argumentarea științifică a unui algoritm de management în domeniu.

¹ www.europa.eu.int/health/ph/programmes

² www.who.int

³ www.iuhpe.nyu.edu

⁴ www.epha.org

⁵ www.wfpha.org

Pentru realizarea acestui scop, s-a preconizat realizarea următoarelor obiective:

Obiectivele cercetării:

1. Estimarea cadrului legislativ, normativ și metodic existent în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor în asistența medicală primară din Republica Moldova. Experiența internațională.
2. Evaluarea răspândirii principalilor factori comportamentali de risc, cu impact asupra stării sănătății populației.
3. Determinarea cunoștințelor, abilităților și aptitudinilor igienice ale medicului de familie, asistentelor medicale de familie și ale pacienților în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.
4. Evaluarea aspectelor manageriale în organizarea prestării asistenței medicale primare populației, la compartimentul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor, în condițiile socio-economice noi.
5. Argumentarea științifică și elaborarea unui algoritm (model) de promovare a sănătății și profilaxie a maladiilor în asistența medicală primară, propus pentru implementare.

1.5 Concluzii la capitolul 1

1. Majoritatea medicilor de familie actualmente sunt preocupați mai mult de asistența medicală curativă decât de cea preventivă, de aceea este necesar ca prevenția să devină principala măsură de menținere a stării de sănătate. În același timp intervenția preventivă primară permite abordarea eficientă și precoce în stadiile presimptomatice ale bolii.
2. Răspândirea determinantilor stării sănătății este neuniformă în diferite grupuri ale populației, în funcție de statutul social, nivelul de studii, ocupație, condițiile economice și geografice, etnie, sex. Anume asta și explică de ce unele persoane au o speranță de viață mai mică, au diferit nivel al calității vieții.
3. Spre deosebire de bolile infecțioase, bolile contemporane (HTA, diabetul zaharat, bolile degenerative, cancerul, schizofrenia ș.a.) nu au o cauzalitate bine cunoscută, de aceea se face remitere la factorii de risc, care le determină. Iar majoritatea factorilor de risc depind de stilul de viață al individului. (fumatul, consumul excesiv de alcool, consumul de droguri, sedentarismul, alimentația nesănătoasă, etc.). Stilul de viață determină apariția maladiilor în 51% cazuri.
4. Actualmente bolile netransmisibile, în special BCV, au devenit cauzele principale ale creșterii prevalenței și mortalității generale și speciale. În majoritatea țărilor dezvoltate 3 din 4 decese sunt cauzate de BCV, cancer, accidente ș.a. BCV au un impact devastator asupra familiei, societății, sistemului de sănătate, economiei țării, de aceea intervențiile AMP în

identificarea factorilor de risc, depistarea precoce a maladiilor, implementarea metodelor de profilaxie și promovare a sănătății sunt imperativ de actuale.

5. În prezent în Republica Moldova nu există un model (algoritm), ori un act normativ, privind activitățile MF și asistenților lor în domeniul prevenirii maladiilor, protecției și promovării sănătății, care ar stipula ponderea măsurilor profilactice și prioritizarea acestora în activitatea MF (AMP), atât după conținut, volum, cât și după timpul acordat la compartimentul respectiv.
6. Se impune necesitatea efectuării unui studiu al managementului serviciilor de asistență medicală primară, inclusiv la componenta profilaxiei maladiilor transmisibile și netransmisibile, protecției și promovării sănătății, pregătirii răspunsului și participării la minimizarea urmărilor urgențelor de sănătate publică, etc, în comparație cu posibilitățile și capacitățile reale ale MF.

2. MATERIAL ȘI METODE DE CERCETARE

2.1 Caracteristica generală a cercetării și proiectarea eșantioanelor

Cercetarea a vizat aspectele actuale ce țin de optimizarea activității de asistență medicală primară la compartimentul profilaxia bolilor și de educație pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață în condițiile socio-economice noi.

Studiul prezent a fost realizat în baza datelor statistice oficiale, datelor chestionării medicilor de familie, asistentelor lor și a populației.

Cercetarea s-a efectuat conform cerințelor pentru studiile descriptive, care au ca scop descriere fenomenelor existente. Studiile descriptive nu încearcă să caute prezența unor asocieri epidemiologice, permițând cu atât mai puțin generalizări de tip cauzal. În schimb, rezultatele studiilor descriptive pot servi la emiterea de ipoteze privind asociațiile epidemiologice, ipoteze care pot fi testate și demonstrate prin studiile analitice.

Pentru a realiza scopul și obiectivele cercetării de către noi au fost planificate câteva etape.

La prima etapă a fost îndeplinit studiul secundar cu descrierea narativă a surselor bibliografice dedicate temei cercetării. Revista literaturii studiate a scos în evidență povara bolilor netransmisibile, în special a BCV asupra familiei, societății, a sistemului de sănătate și economiei țărilor, necesitatea identificării factorilor de risc, ce provoacă aceste boli și imperativitatea de intervenții medicale, la nivel de sistem, în scopul prevenirii îmbolnăvirilor, a deceselor premature și invalidizării, precum și necesitatea promovării modului sănătos de viață. Un rol important în managementul acestor activități îi revine AMP (MF). În urma acestei analize au fost formulate scopul și obiectivele cercetării, au fost stabilite unitățile de cercetare, durata studiului și instrumente pentru acumularea datelor primare. La fel, s-a efectuat evaluarea actelor normative existente în practica MF la compartimentul PS și PM și s-a estimat timpul real, necesar pentru executarea acestor prevederi.

La a doua etapă a fost realizat studiul descriptiv după volumul eșantionului selectiv. Pentru cercetare au fost planificate trei loturi cu următoarele unități de cercetare: medicul de familie, asistentă medicală a medicului de familie și pacientul. Pentru fiecare lot a fost elaborat un chestionar special (Anexa nr. 4, Anexa nr. 5).

Metodologia de selectare a eșantioanelor și de desfășurare a studiului.

Pentru efectuarea studiului au fost selectate trei zone ale RM: Nord, Centru, Sud, de asemenea, eșantioane reprezentative de cercetare pentru personal (MF, AMF), pacienți și populație.

Concomitent au fost apreciate eșantioanele privind numărul de măsurători instrumentale și investigații de laborator. Criteriile de selectare a eșantioanelor au fost aplicate nemijlocit în zonele indicate, care prevedeau examinarea datelor privind rezultatele chestionării, cât și rezultatele măsurătorilor instrumentale și investigațiilor de laborator.

Criteriile de includere în studiu au fost:

1. Intervievații să locuiască permanent în localitățile investigate.
2. Eșantioanele de personal (MF, AMF) și populație să fie simetric amplasate.
3. Participarea la studiu să fie binevolă.

Criterii de excludere:

1. Intervievați, care locuiesc temporar în localitățile investigate.
2. Chestionare incomplete, sau/și asimetrie în amplasarea eșantioanelor.
3. Refuzul categoric al intervievaților de a participa la studiu.

Volumul eșantionului a fost calculat după următoarea formula:

$$n = \frac{Nt^2Pq}{N\Delta x^2 + t^2Pq} \quad (2.1)$$

unde:

- n – volumul eșantionului reprezentativ
- t – criteriul t-Student, factorul de probabilitate, care este fi egal cu 1,96 pentru o probabilitate de 95%
- P și q – probabilitatea și contra probabilitatea de apariție (sau ne apariție) a fenomenului cercetat. În cazurile când nu avem date despre fenomenul cercetat, se constată că „n” este maxim când produsul „Pq” este maxim, or, ținând seama de faptul că $0 \leq P \leq 1$ și $q = 1 - P$ produsul este maxim, atunci când $P = q = 0,5$
- Δ – eroarea limită admisă, egală cu 0.05
- N – volumul colectivității generale : 1887 de medici de familie, 20667 de asistente medicale a medicului de familie și 786649 de populația adultă (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate, 2012).

Mărimea eșantioanelor și stratificarea lor este prezentată în Tabelul 2.1.

La a treia etapă a fost efectuată analiza datelor din chestionarele acumulate. Datele primare au fost prelucrate statistic pentru fiecare eșantion în parte. Pentru identificarea factorilor de risc ce provoacă maladii cardiovasculare a fost îndeplinit un studiu diagnostic, prin aplicarea screening-ului populațional Heart SCORE în raionul Căușeni. Perioada de desfășurare a cercetării – octombrie 2012 – martie 2013 pe un eșantion de 7550. Pentru cercetare a fost elaborată o Fișă de evaluare (Anexa nr.6), în care s-au inclus date generale despre persoana luată

în screening, de vîrsta 40-65 ani; date privind examinarea clinică (TA); date de laborator (glucoza sîngelui, colesterolul total în sînge); date antropometrice (masa corporală, indicii taliei, determinarea IMC); date privind tratamentul antihipertensiv și hipolipemiant (pentru fiecare persoană luată în screening). În baza rezultatelor obținute, MF din raionul Căușeni au determinat indicele HeartSCORE pentru fiecare persoană, cu stabilirea contribuției factorilor de risc la riscul total CV și s-au aplicat măsuri de educație pentru schimbarea stilului de viață (recomandarea: alimentației sănătoase, renunțare la fumat, la consumul abuziv de alcool și promovarea exercițiului fizic, ca măsuri de combatere a sedentarismului – materiale de implementare (Anexa7). Materialele (recomandări metodice pentru medicii de familie și pliante pentru populație) au fost elaborate cu suportul CNAM și distribuite populației în cadrul Campaniei naționale de promovare ”Iubește-ți inima!”) (Anexa7).

Tabelul 2.1. Volumul eșantionului în funcție de unitatea de cercetare și stratificarea proporțională (abs.,%)

	Medici de familie		Asistente medicale a medicului de familie		Populația adultă	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Total	291		638		1066	
RDD Nord	124	42,6	357	55,9	517	48,5
RDD Centru	80	27,5	174	27,3	236	22,1
RDD Sud	87	29,9	107	16,8	313	29,4

La a patra etapă s-a efectuat repartizarea materialului după capitole cu diferite comparații și prezentarea unor rezultate prin intermediul tabelelor și graficelor. S-a efectuat analiza comparativă a eșantioanelor. S-au comparat datele obținute cu datele din studiile naționale MICS IV și STEPs. S-a propus un Algoritm de activitate pentru AMP (MF) la compartimentul PS și PM și Mecanismul de implementare a acestuia.

2.2 Metode de cercetare și de acumulare a datelor primare

Pentru acumularea datelor primare au fost utilizate următoarele metode:

- extragerea datelor din documentația medicală,
- chestionarea (pentru îndeplinirea studiului selectiv),
- date din literatura științifică.

Întru realizarea scopului și obiectivelor studiului au fost folosite următoarele metode de studiu:

- ✓ Metoda istorică – reviu literaturii existente;
- ✓ Metoda statistică – eșantionarea respondenților;
- ✓ Metoda sociologică – intervierea respondenților;

- ✓ Metoda matematică – aplicarea formulelor pentru analize și calcularea erorilor;
- ✓ Metoda analitică – analiza datelor colectate;
- ✓ Metoda comparativă – compararea datelor pe grupuri de respondenți;
- ✓ Metoda expertului – evaluarea actelor normative existente și estimarea timpului;
- ✓ Metode: antropometrice, clinice, igienice, de laborator.

2.3 Prelucrarea matematico-statistică a materialului

Prelucrarea datelor primare s-a efectuat computerizat, cu utilizarea programului statistic pentru științe utilizând programele Statistica 6.0 (Stat soft Inc), EXCEL și SPSS 16.0 (SPSS Inc) cu ajutorul funcțiilor și modulelor acestor programe. Analiza datelor se bazează pe calcularea ratelor, indicatorilor de proporție, valorilor medii.

Au fost determinate valorile medii aritmetice și erorile standarde ale mediilor aritmetice ($M \pm m$)

Utilizarea diferitor funcții a indicatorului:

- Funcția de măsurare permite observarea directă la nivelul fiecărei unități în structura organizațională inclusă în studiu.
- Funcția de comparare permite stabilirea modificărilor fenomenelor analizate în funcție de timp, loc, persoană.
- Funcția de sinteză va fi utilizată pentru specificarea fenomenelor care se manifestă diferit de la o unitate la alta, obținându-se prin calcularea valorilor medii.

Testarea semnificației statistice a valorilor relative și medii sunt determinate prin calcularea erorilor standard (ESp – pentru valori relative și ESm – pentru valori medii), intervalul de încredere ($I\hat{I}$) pentru 95% de veridicitate:

- $I\hat{I} = P \pm t * ESp$, unde $t = 1,96$, 95%
- $I\hat{I} = P \pm t * ESm$, unde $t = 1,96$, 95%

Compararea statistică. Interpretarea s-a făcut în felul următor: dacă valoarea lui "t calculat" este mai mare decât valoarea lui "t tabelar" atunci diferența între cele două valori medii sau între cele două probabilități este semnificativă din punct de vedere statistic.

"t calculat" > "t tabelar" = diferența **semnificativă** statistic. Dacă din contra, valoarea lui "t calculat" este mai mică decât valoarea lui "t tabelar", atunci diferența dintre cele două medii sau dintre cele două probabilități, este nesemnificativă din punct de vedere statistic.

"t calculat" < "t tabelar" = diferență **nesemnificativă**. Pentru exemplificare și verificare, în același timp, vom lua aceleași exemple pe care le-am apreciat, sub aspectul semnificației diferenței și cu ajutorul erorii diferenței.

Pentru determinarea legăturii dintre unele semne clinice și investigații de laborator a fost utilizat indicatorul de corelație care ne-a permis stabilirea diferitor grade de corelație

Analiza de corelație între variabilele continue s-a efectuat prin determinarea coeficienților de corelație Pearson (când variabilele erau aproximativ normal distribuite), respectiv Spearman (în caz că variabilele nu sunt normal distribuite sau sunt de ordine).

În medicină, întâlnim de obicei valori ale coeficientului de corelație intermediare valorilor -1 și $+1$. Pentru interpretarea intensității legăturii de dependență dintre fenomene se utilizează următoarele CRITERII:

- valoarea coeficientului de corelație cuprinsă între ± 1 denotă o corelație foarte puternică între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelație cuprinsă între $\pm 0,99$ și $\pm 0,70$ denotă o corelație puternică;
- valoarea coeficientului de corelație cuprinsă între $\pm 0,69$ și $\pm 0,30$ denotă o corelație medie între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelație cuprinsă între $\pm 0,0$ și $\pm 0,29$ exprimă existența unei corelații slabe între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelație 0 denotă că legătura dintre fenomene în mod practic o considerăm inexistentă. Cele două fenomene evoluează deci independent unul de altul.

2.4 Concluzii la capitolul 2

1. Cercetarea a vizat aspectele actuale ce țin de optimizarea activității la nivelul AMP (MF) la compartamentul profilaxia maladiilor și promovarea modului sănătos de viață în condițiile socio-economice noi. Studiul prezent a fost realizat în baza datelor statistice oficiale, datelor chestionării medicilor de familie ($n=291$), asistentelor MF ($n=638$) și a populației ($n=1066$), dar și a studiilor naționale MICS IV și STEPs. În cadrul studiilor s-au folosit următoarele metode istorică, descriptivă, matematică, antropometrică, analitică, de expert, comparativă, sociologică, clinică, igienică, de laborator, biostatistică medicală.
2. Cercetarea a fost îndeplinită în patru etape consecutive, care au permis elaborarea proiectului de cercetare, selectarea unităților de cercetare și eșantioanelor reprezentative, cu stratificarea proporțională, în funcție de regiunile de dezvoltare, acumularea datelor primare, prelucrarea și analiza rezultatelor obținute.
3. Datele investigațiilor au fost prelucrate computerizat, prin metode de analiză variațională, corelațională, dispersională și descriptivă. Dependența statistică dintre parametrii calitativi s-a prezentat prin tabele de contingență, iar pentru verificarea ipotezei de independență a

liniilor și coloanelor s-a folosit criteriul χ^2 . Pentru estimarea diferențelor semnificative în mediile a două grupuri s-a utilizat criteriul t - Student. Rezultatele obținute sunt prezentate prin tabele și diagrame.

3. CUNOȘTINȚE, ABILITĂȚI ȘI APTITUDINI IGIENICE ALE LUCRĂTORILOR MEDICALI DIN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ ȘI ALE POPULAȚIEI ÎN DOMENIUL PROFILAXIEI MALADIILOR ȘI PROMOVĂRII SĂNĂTĂȚII

3.1 Cunoștințe, abilități și aptitudini igienice ale medicului de familie în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor

Unul din obiectivele cercetării este determinarea cunoștințelor, abilităților și aptitudinilor igienice ale MF în domeniul promovării modului sănătos de viață și profilaxiei maladiilor.

Eșantionul medicilor de familie a constituit 291 persoane.

Vîrstă medie a medicilor de familie din studiu constituie $46,7 \pm 1,23$ ani.

Peste $72,16 \pm 2,63\%$ de medici sunt din mediul urban de reședință și $27,84 \pm 2,63\%$ – din mediul rural ($t=10,3804$, $p<0,001$).

După zona geografică, medicii s-au împărțit: Nord – $42,61 \pm 2,89\%$; Centru – $27,49 \pm 2,62\%$ și Sud – $29,9 \pm 2,68\%$ ($\chi^2=6,121$, g.l.=2, $p<0.05$).

Conform sexului peste $74,57 \pm 2,44\%$ din medici sunt femei și $25,43 \pm 2,55\%$ bărbați.

Toți respondenții sunt cu studii superioare – 100%, iar în $11,68 \pm 1,88\%$ medicii indică studii postuniversitare (rezidențiat, masterat, doctorat).

După starea civilă, marea majoritate sunt căsătoriți – $80,41 \pm 2,33\%$ ($\hat{I}95$: 75,81-84,98), iar rata medicilor singuri (divorțați, necăsătoriți sau văduvi(e)) constituie $18,21 \pm 2,26\%$ ($\hat{I}95$: 13,78-22,64).

Medicii de familie, ca și populația generală din Republica Moldova, se confruntă cu aceleași probleme sociale ale societății, de aceea au fost rugați să indice care sunt sursele de venit. (Tabelul 3.1).

Respectiv, venitul de bază este salariul, aproape de 100%. Peste 44 la sută din respondenți au indicat, că nu au altă sursă de venit decât salariul, iar $1,37 \pm 0,69\%$ primesc indemnizația de invalid și încă $7,22 \pm 1,52\%$ primesc ajutorul părinților, copiilor sau a rudelor apropiate.

Circa $14,78 \pm 2,08\%$ ($\hat{I}95$: 10.70-18.86) din medicii chestionați au lucrat peste hotarele republicii. Din ei, circa $7,56 \pm 1,55\%$ s-au aflat peste hotarele țării pe parcursul perioadei de pînă la trei ani, $4,81 \pm 1,25\%$ au lucrat pînă la 5 ani peste graniță, iar $2,75 \pm 0,97\%$ – pe o perioadă de peste 5 ani de activitate.

Fiind întrebați dacă venitul familiei acoperă cheltuielile strict necesare (pentru alimentație, îmbrăcăminte, servicii comunale), doar $30,58 \pm 2,70\%$ au răspuns afirmativ, iar marea majoritate – $69,42 \pm 2,70\%$ au venit insuficient ($t=10,1560$, $p<0,001$).

Medicii de familie și-au autoapreciat starea materială și au recunoscut, că în mare parte, sunt nevoiți să economisească în permanență, făcând cheltuieli strict necesare ($63,92 \pm 2,82\%$) iar circa $12,71 \pm 1,95\%$ sunt săraci, având o stare materială critică. Circa $21,31 \pm 2,40\%$ si-au apreciat starea materială "satisfăcătoare" și doar $2,06 \pm 0,84\%$ din medici nu confruntă dificultăți materiale ($\chi^2=8,245$, g.l.=3, $p<0.05$).

Tabelul 3.1. Caracteristica lotului de cercetare în funcție de venitul familiei, %

Nr. d/o	Variante de răspuns	Variante suplimentare de răspuns	Cota $P \pm ES$ (%)	$\hat{I}_{95}$
1.	Salariu		$99,66 \pm 0,34$	98,99-100,33
2.	Venit suplimentar din:	Chiria spațiului locativ	$1,03 \pm 0,59$	-0,13-2,19
		Lotul de pământ	$7,90 \pm 1,58$	4.80-11.00
		Grădină, livadă	$9,97 \pm 1,76$	6.52-13.42
		Creste animale, păsări	$9,97 \pm 1,76$	6.52-13.42
		Business individual	$4,12 \pm 1,16$	1.85-6.39
		Ajutorul: părinților, copiilor ș.a.	$7,22 \pm 1,52$	4.24-10.20
3.	Indemnizație de invalid		$1,37 \pm 0,69$	0.02-2.72
4.	Nici un venit suplimentar		$44,33 \pm 2,91$	38.63-50.03

Tabloul condițiilor locative, pe care le posedă medicii de familie, denotă că în $36,43 \pm 2,82\%$ medicii locuiesc în apartamente și $50,17 \pm 2,93\%$ în case proprii, încă $10,31 \pm 1,78\%$ – dețin o parte de casă. Însă peste 3 la 100% de MF nu au spațiu locativ propriu (în cămine locuiesc $1,37 \pm 0,69\%$ și închiriază locuință $2,06 \pm 0,84\%$). Respectiv, spațiile locative sunt asigurate cu toate condițiile – gaz, apă, canalizare, încălzire – în $60,82 \pm 2,86\%$ cazuri, condiții parțiale au $33,68 \pm 2,77\%$ medici, iar $5,50 \pm 1,34\%$ sunt fără condițiile necesare de trai.

La serviciu, birou separat de al asistentei medicale, dețin $47,08 \pm 2,93\%$ de medici, aproximativ $40,89 \pm 2,88\%$ împart biroul comun cu asistenta medicală, dar la mese diferite, iar circa $12,03 \pm 1,90\%$ din respondenți au și mesele comune cu asistenta medicală. Respectiv, intimitatea personală a lucrătorului medical, precum și confidențialitatea sunt deteriorate, de fapt, ca și a pacientului. Exteriorul oficiului medicului de familie în $75,60 \pm 2,52\%$ este în stare satisfăcătoare, încă în $19,24 \pm 2,31\%$ cazuri este excelentă (cu reparații moderne), iar în $5,15 \pm 1,30\%$ cazuri starea OMF este nesatisfăcătoare ($\chi^2=12,237$, g.l.=2, $p<0.01$). Dotarea OMF, conform ordinului MS nr.695 din 13.X.2010 "Cu privire la Asistența Medicală Primară în Republica Moldova" este excelentă în $10,31 \pm 1,78\%$ cazuri, în mare parte – $73,88 \pm 2,57\%$ –

dotarea este satisfăcătoare, în $13,40 \pm 1,99\%$ cazuri este insuficientă, iar în $1,72 \pm 0,78\%$ – nesatisfăcătoare.

Medicii au fost rugați să se pronunțe despre factorii, care le determină situația social-economică a familiei lor: $64,95 \pm 2,79\%$ au indicat salariile mici, încă $19,93 \pm 2,34\%$ au salarii instabile (cumuluri). Peste $72,85 \pm 2,61\%$ sunt preocupați de prețurile mari la produse, servicii comunale, îmbrăcăminte și încălțăminte. Iar circa $10,65 \pm 1,81\%$ din medici confruntă probleme de sănătate, soldate cu ITM, încă $0,69 \pm 0,49\%$ sunt deranjați de alți factori ($\chi^2=16,412$, g.l.=4, $p<0.01$).

Problemele majore, de care sunt preocupați medicii la moment, constată că sănătatea ($64,95 \pm 2,79\%$) și asigurarea materială precară ($56,01 \pm 2,91\%$) sunt cele mai frecvente, dar și relațiile tensionate la serviciu sau în familie ($8,59 \pm 1,64\%$) frustrează medicii de familie. O problemă este singurătatea ($3,78 \pm 1,12\%$) și alte probleme ($0,69 \pm 0,49\%$). Medicii recunosc, că situația actuală social-economică influențează starea morală și psihică: $38,83 \pm 2,86\%$ au devenit mai nervoși și irascibili, încă $35,40 \pm 2,80\%$ au frică de viitor, iar $8,93 \pm 1,67\%$ sunt disperați în față problemelor și provocărilor. Circa $11,68 \pm 1,88\%$ se arată optimiști, iar $4,81 \pm 1,25\%$ susțin, că nu sunt influențați de situația social-economică actuală ($\chi^2=31.722$, g.l.=10, $p<0.001$).

Am fost curioși să aflăm care sunt valorile vieții unui medic de familie din Republica Moldova. Tabloul final al valorilor medii obținute este relatat în Figura 3.1.

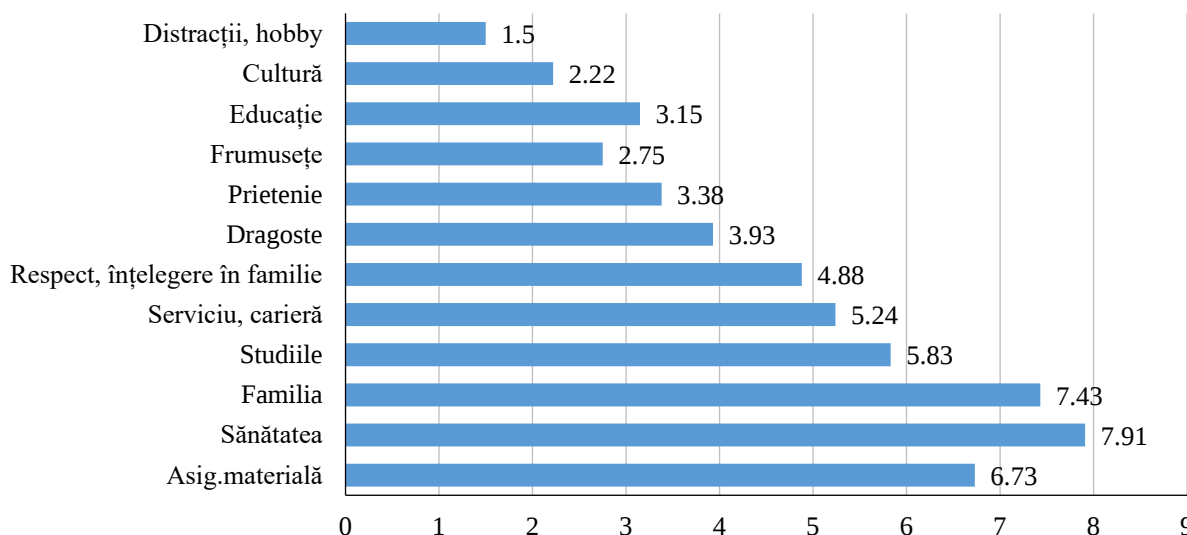


Fig.3.1. Valorile vieții unui medic de familie din lotul de cercetare (puncte).

Ca și în populația generală, primele locuri în lista valorilor prioritate le-au ocupat sănătatea, familia, asigurarea materială, doar cu excepția, că pentru medici sănătatea este cea mai mare valoare. De menționat, că frumusețea (ca și în populația generală și în eșantionul medicilor) este mai apreciată, ca valoare, decât cultura, iar dragostea și prietenia este mai valorificată în

populația generală (respectiv, 4,42 și 4,13) decât de medici (respectiv: 3,93 și 3,38), pe când distracțiile și hobby au aceiași valoare în ambele eșantioane – 1,5. În Tabelul 3.2 sunt relatate valorile estimate de medicii de familie de diferite vârste. Dacă la vârsta de 18-25 ani medicii pun asigurarea materială și sănătatea pe același cântar (7,00), atunci odată cu creșterea vârstei, sporește valoarea sănătății ca cea mai de preț valoare. Dacă la 25 ani studiile nu valorifică atât de mult (3,83), atunci la apogeul carierei (la vârsta de 46-60 ani) conștientizăm importanța acestora (6,08). Dragostea și prietenia, ca valori, sunt invers proporționale creșterii vârstei. Dacă la vârsta de 18-25 ani aceste valori constituie, respectiv, 5,33 și 5,17, atunci la vârsta de peste 60 ani – 3,29 și 2,85. Frumusețea este cea mai valorificată la vârsta de 36-45 ani, iar distracțiile și hobby-urile la 25 ani.

Tabelul 3.2. Valorile vieții medicului de familie în funcție de vîrstă, (puncte)

Nr. d/o	Valorile vieții	Categoriile de vîrstă				
		18–25 ani	26–35 ani	36–45 ani	46–60 ani	61 ani ≥
1.	asigurarea materială	7,00	7,05	6,52	6,64	6,03
2.	sănătatea	7,00	8,29	8,06	7,76	6,06
3.	familia	5,50	7,10	7,33	7,59	6,15
4.	studiile	3,83	5,45	5,64	6,08	4,56
5.	serviciul, cariera	5,67	4,81	5,20	5,51	3,88
6.	respectul, buna înțelegere în familie	5,17	4,55	5,14	5,03	3,35
7.	dragostea	5,33	3,95	3,89	3,95	3,29
8.	prietenia	5,17	3,64	3,28	3,31	2,85
9.	frumusețea	3,00	2,62	3,23	2,66	1,38
10.	educația	2,33	3,48	3,14	2,92	2,85
11.	cultura	1,17	2,83	2,11	1,97	2,06
12.	distracțiile, hobby	3,83	1,05	1,40	1,55	1,18

Un compartiment separat în chestionarea medicilor de familie a constituit determinarea cunoștințelor acestora despre principalii factori comportamentali de risc cu impact asupra sănătății, în contextul pregătirii lor (în cadrul studiilor universitare, postuniversitare, de reciclare).

MF au fost rugați să dea definiția noțiunii ”Profilaxia maladiilor”. Doar 40,21±2,87% (Î₉₅: 34.58-45.84), au dat definiția completă a profilaxiei maladiilor – ansamblul măsurilor luate de individ, familie, societate, stat, îndreptate spre promovarea și protecția sănătății, prevenirea maladiilor, reducerea consecințelor lor și la evitarea deceselor premature.

O altă întrebare urma să scoată în evidență care sunt domeniile de interes ale promovării sănătății (accesul la sănătate, dezvoltarea unui mediu sanogenetic, promovarea comportamentelor favorabile sănătății, dezvoltarea cunoștințelor privind sănătatea, fortificarea rețelelor sociale și a sprijinului social) cu excepția vaccinării populației, (care era capcana răspunsului corect – Figura 3.2). Doar $5,50 \pm 1,34\%$ din respondenții medici au indicat corect răspunsurile. Marea majoritate a MF au exclus fortificarea rețelelor sociale și a sprijinului social ($25,77 \pm 2,58\%$) și dezvoltarea unui mediu sanogenetic ($22,34 \pm 2,44\%$). Și mai dubios este excluderea dezvoltării cunoștințelor privind sănătatea ($11,34 \pm 1,36\%$) ca domeniu de interes, care se include în promovarea sănătății.

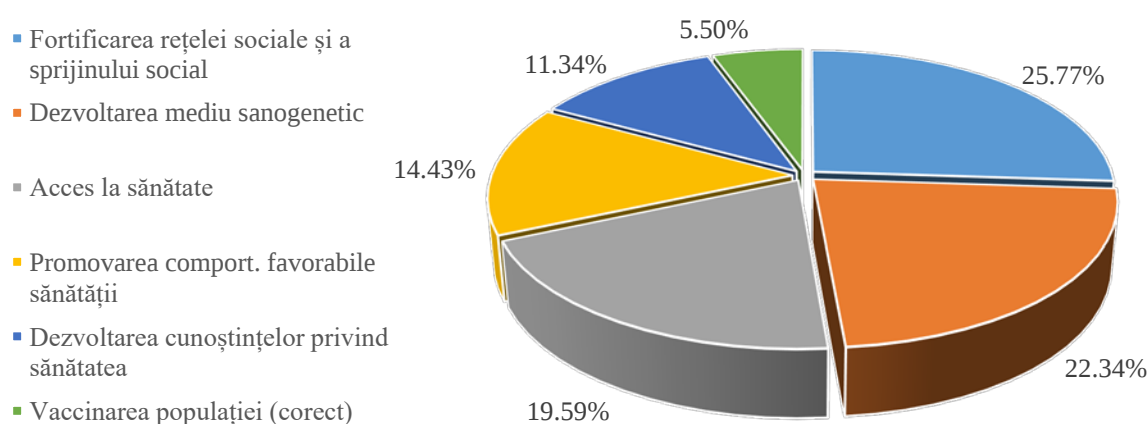


Fig.3.2. Domeniile de interes ale promovării sănătății, (cu excepția vaccinării populației), %.

Medicii au elucidat în ce constă educația stilului de viață sanogenetic: evitarea factorilor de risc ($84,88 \pm 2,09\%$), alimentația corectă ($84,54 \pm 2,12\%$), combaterea exceselor ($61,17 \pm 2,86\%$), cultivarea exercițiilor fizice ($66,67 \pm 2,76\%$), cultivarea factorilor sanogenetici ($62,20 \pm 2,84\%$), promovarea unei vieți familiare, bazată pe relații armonioase ($64,26 \pm 2,81\%$), educația spirituală ($55,33 \pm 2,91\%$), care a acumulat cele mai puține puncte ($\chi^2=31.722$, g.l.=10, $p<0.001$). Pentru toate variantele de răspuns (care este corect) au pledat doar $30,93 \pm 2,71\%$ din respondenți.

Medicii au fost întrebați care factori influențează direct starea de sănătate, fiind propuse mai multe variante de răspuns. Alcoolismul ($83,85 \pm 2,15\%$), fumatul ($85,22 \pm 2,08\%$) și drogurile ($84,19 \pm 2,14\%$) au acumulat cel mai mare punctaj, urmat de stres și surmenaj ($77,32 \pm 2,46\%$), hipodinamie și sedentarism ($71,48 \pm 2,65\%$), obezitate ($69,42 \pm 2,70\%$), hipertensiunea arterială ($62,89 \pm 2,83\%$), relațiile sexuale ocazionale ($59,79 \pm 2,87\%$), violență ($57,04 \pm 2,90\%$). De remarcat, că nerespectarea igienei personale (ca factor ce influențează sănătatea) a acumulat doar

55,67±2,91% ($\chi^2=20.436$, g.l.=9, $p<0.05$). Pentru "toți" factorii de risc enumerați (varianta corectă) s-au pronunțat doar 43,64±2,90%.

Alimentația omului reprezintă unul dintre stâlpii fundamentali ai construcției sale. Sănătatea și echilibrul fiecăruia, se află în corelație directă cu hrana. Deprinderea unei alimentații adecvate, aduce, împreună cu alte elemente corecte de comportament, o viață sănătoasă. În ceea ce privește actul hrănirii, nu este important doar ce mâncăm, ci și cât, când și cum ne alimentăm.

După cum se știe, nu numai hrana nesănătoasă dăunează corpului uman, ci și un mod de hrănire necorespunzător, derivat din deprinderea unui comportament alimentar greșit.

Reieșind din cele expuse, medicii urmau să dea definiția corectă a alimentației raționale. Respectiv, circa 77,32±2,46% au definit alimentația rațională alimentația bazată pe consumul echilibrat între proteine, glucide și lipide, pe când 1,72±0,76% consideră că alimentația vegetariană este alimentația rațională, alții (6,87±1,49%) consideră rațională alimentația bazată pe consumul de carne, pește, lactate, încă 3,78±1,12% pledează pentru o alimentație rațională bogată în fructe și legume, iar 10,31±1,78% consideră alimentația rațională cea bazată pe respectarea regimului alimentar ($\chi^2=19.652$, g.l.=4, $p<0.001$).

Alimentația incorectă provoacă un șir de stări morbide, afectând organele interne și organismul uman integral. Astfel, am rugat MF să ne indice activitatea cărui organ este afectată, în cazul alimentației neraționale. Marea majoritate (94,85±1,29%) a indicat aparatul digestiv, încă 69,07±2,71% susțin afectarea aparatului cardiovascular, urmat de sistemul nervos (52,58±2,93%) și sistemul imunoendocrin (42,96±2,90%), afecțiunea aparatului genito-urinar a fost menționată de 24,74±2,53% de respondenți. De fapt, răspunsul corect este că alimentația nerațională afectează activitatea tuturor organelor, pentru care pledează doar 14,43±2,06% din medicii de familie.

Am fost curioși să aflăm cum respectă regimul de lucru însăși medicii de familie, cei care trebuie să promoveze în societate respectarea echilibrată a regimului de muncă și odihnă. Doar 22,68±2,46% susțin, că respectă regimul de muncă (care include: respectarea orelor de masă, pauzele de cafea, nu se rețin peste program la serviciu), dar marea majoritate (41,92±2,89%) recunosc nerespectarea regimului ("niciodată nu-mi reușește") sau respectarea parțială a acestuia (35,40±2,80%) ($\chi^2=7.245$, g.l.=2, $p<0.05$).

La întrebarea câte ore durează somnul de noapte, peste 8,59±1,64% recunosc că suferă de insomnie (adorm cu greu, au somn superficial, întrerupt, se trezesc obosiți), iar 15,12±2,09%, care dorm doar 3-5 ore, consideră că este suficient pentru reabilitarea completă a organismului și pentru productivitatea de muncă. Marea majoritate (52,58±2,93%) au o durată a somnului

cuprinsă pe perioada de 5-7 ore. Doar $3,78 \pm 1,12\%$ nu se confruntă cu probleme de somn (somnul durează mai mult de 8 ore) și circa $19,93 \pm 2,34\%$ au un somn sănătos timp de 8 ore ($\chi^2=22.413$, g.l.=4, $p<0.001$).

La întrebarea cât de des practică medicii sportul și exercițiile fizice, peste $24,40 \pm 2,52\%$ au recunoscut, că nu practică de loc sportul, iar $17,18 \pm 2,21\%$ susțin că muncă e legată de efort fizic. Probabil, aceștia s-au referit la munca fizică, în afara orelor de muncă, legată de grădinărit, livadă, vie, etc. Iar aproximativ $32,99 \pm 2,78\%$ de respondenți merg zilnic pe jos cel puțin 40 min. Circa $25,43 \pm 2,55\%$ din MF practică sportul cu regularitatea de 2-3 ori/săpt.

Timpul liber medicii petrec diferit: peste $41,58 \pm 2,89\%$ privesc televizorul timp de mai mult de 2-3 ore/zi, încă $25,09 \pm 2,54\%$ navighează internetul, "citesc" aproximativ $15,12 \pm 2,09\%$, iar $4,81 \pm 1,25\%$ "preferă să doarmă". Și numai $13,40 \pm 1,99\%$ duc un mod activ de viață, practicând sportul sau plimbări la aer liber ($\chi^2=14.256$, g.l.=4, $p<0.01$).

Medicii au fost întrebați, ce se întâmplă la administrarea regulată a drogurilor? Circa $8,59 \pm 1,64\%$ au răspuns *dependența fizică*, iar $16,15 \pm 2,16\%$ – *dependența psihologică*. Marea majoritate ($72,51 \pm 2,62\%$) știu, că la administrarea regulată a drogurilor se dezvoltă *dependența psihologică și fizică* a organismului. Dar, aproximativ $2,75 \pm 0,97\%$ din medici au recunoscut că nu cunosc efectele adverse ale consumului de droguri.

Circa $54,64 \pm 2,92\%$ de MF consideră că alcoolul și nicotina sunt narcotice!, iar $3,09 \pm 1,02\%$ – nu știu: sunt sau nu alcoolul și nicotina narcotice. Aproximativ $19,24 \pm 2,31\%$ consideră alcoolismul și narcomania o deprindere, încă $6,53 \pm 1,45\%$ – un stil de viață. Marea majoritate ($74,23 \pm 2,56\%$) însă, știu, că alcoolismul și narcomania sunt stări morbide (boală) ($\chi^2=26.537$, g.l.=4, $p<0.001$).

Studiul nostru a scos în evidență atitudinea personală a MF față de fumat. Aproximativ $36,08 \pm 2,82\%$ din medici n-au încercat niciodată să fumeze, circa $49,14 \pm 2,93\%$ din medicii de familie susțin, că nu fumează și $4,47 \pm 1,22\%$ sunt ex-fumători cu un stagiul ce depășește 3 ani. Aproximativ $8,25 \pm 1,62\%$ din MF sunt fumători "înrațiți", iar circa $2,06 \pm 0,84\%$, care susțin că "fumează rareori – o țigară/zi" consideră, că nu fac parte din fumători ($\chi^2=20.184$, g.l.=4, $p<0.001$).

Medicii au fost rugați să indice care sunt semnele clinice ale maladiei SIDA: mărirea ganglionilor limfatici a fost răspunsul în $79,73 \pm 2,36\%$ cazuri, pneumonia – $64,60 \pm 2,80\%$, diareea de durată – $63,23 \pm 2,83\%$, maladiile septico-purulente – $60,48 \pm 2,87\%$, infecțiile pielii – $50,52 \pm 2,93\%$ și doar $26,80 \pm 2,59\%$ au indicat, că "toate variantele de răspuns sunt caracteristice maladiei SIDA" ($\chi^2=18.322$, g.l.=5, $p<0.01$).

Viziunea MF privind accesul persoanelor HIV-infectate la instituțiile de menire socială (grădiniță, școală, săli de sport, bazine de apă, piscine, cinematograful, teatru) este diferită. Doar $56,01 \pm 2,91\%$ de medici consideră, că toate instituțiile enumerate pot fi frecventate de persoanele HIV-pozitive. De exemplu, în viziunea a doar $59,79 \pm 2,87\%$ MF piscinele pot fi frecventate de persoanele HIV-infectate, iar sălile de sport pot fi accesibile pentru persoanele în cauză în viziunea a $84,19 \pm 2,14\%$ medici, doar pentru a frecventa grădinița și școala, persoanele HIV-pozitive, ar avea acces mai sporit - în $90,38 \pm 1,73\%$ cazuri, chiar și mersul la cinematograful și teatru ar trebui restricționat în viziunea unora ($87,29 \pm 1,96\%$).

Am întrebat MF dacă păcatele, pe care le săvârșește omul, ar putea fi factori de risc pentru sănătate. Circa $14,43 \pm 2,06\%$ au răspuns ferm "Nu", încă $13,40 \pm 1,99\%$ – "nu cunosc", iar aproximativ $20,27 \pm 2,36\%$ "*nu văd legătura*" dintre păcatele efectuate și starea sănătății. Totuși, $51,89 \pm 2,93\%$ susțin, că păcatele sunt factori de risc pentru sănătate. Aceasta explică frecvența și regularitatea, cu care medicii merg la biserică: $5,50 \pm 1,34\%$ – nu merg de loc la biserici și mănăstiri, $31,96 \pm 2,73\%$ – merg foarte rar (o dată/an), $38,83 \pm 2,86\%$ – merg periodic (o dată la câteva luni), circa $15,81 \pm 2,14\%$ – frecventează o dată/lună biserica și $7,90 \pm 1,58\%$ merg în fiecare săptămână.

Am fost curioși să aflăm, dacă medicii au fost supuși în ultimele 4 săptămâni violenței (în familie sau la serviciu). Violenței fizice au fost supuși $7,9 \pm 1,58\%$ de respondenți, violenței verbale - $15,81 \pm 2,14\%$, violenței psiho-emoționale au fost supuși marea majoritate a medicilor ($38,83 \pm 2,86\%$). De remarcat, că peste $31,96 \pm 2,73\%$ (ÎI₉₅: 26.61-37.31) din respondenți au fost supuși în această perioadă tuturor formelor de violență (fizică, verbală, psiho-emoțională).

Factorii care au determinat starea de sănătate ale MF, estimată de ei înșiși (Figura 3.3), denotă, că stresul și surmenajul cronic este cea mai frecventă cauză a stărilor morbide ($77,32 \pm 2,46\%$), sedentarismul și hipodinamia a afectat $27,84 \pm 2,63\%$ medici, în $24,74 \pm 2,53\%$ cazuri s-a dezvoltat hipertensiunea arterială, iar pentru $6,53 \pm 1,45\%$ de respondenți, factorul declanșator al bolii este nerespectarea igienei personale, încă pentru $13,06 \pm 1,98\%$ – violență, pe când fumatul a cauzat boala în $18,56 \pm 2,28\%$ cazuri.

Medicii de familie, ca parte componentă a societății Republicii Moldova, se confruntă cu un șir de maladii și stări morbide, de care sunt preocupați: cele mai frecvente – sunt maladiile sistemului nervos – $35,40 \pm 2,80\%$, HTA – $32,99 \pm 2,76\%$, maladiile cardiovasculare – $20,62 \pm 2,37\%$, bolile tractului digestiv – $32,65 \pm 2,75\%$, obezitatea – $15,81 \pm 2,14\%$, diabetul zaharat – $8,93 \pm 1,67\%$, bolile aparatului respirator – $10,31 \pm 1,78\%$, în $5,50 \pm 1,34\%$ cazuri – maladiile oncologice, circa $11,34 \pm 1,86\%$ de respondenți suferă de depresie, încă $25,09 \pm 2,54\%$ –

de osteoartropatii, iar BST sunt prezente la $4,12 \pm 1,17\%$ și maladiile infecțioase – la $2,41 \pm 0,89\%$ din medicii de familie chestionați ($\chi^2=25.632$, g.l.=11, $p<0.01$).

Medicii de familie, ca parte componentă a societății Republicii Moldova, se confruntă cu un șir de maladii și stări morbide, de care sunt preocupați: cele mai frecvente – sunt maladiile sistemului nervos – $35,40 \pm 2,80\%$, HTA – $32,99 \pm 2,76\%$, maladiile cardiovasculare – $20,62 \pm 2,37\%$, bolile tractului digestiv – $32,65 \pm 2,75\%$, obezitatea – $15,81 \pm 2,14\%$, diabetul zaharat – $8,93 \pm 1,67\%$, bolile aparatului respirator – $10,31 \pm 1,78\%$, în $5,50 \pm 1,34\%$ cazuri – maladiile oncologice, circa $11,34 \pm 1,86\%$ de respondenți suferă de depresie, încă $25,09 \pm 2,54\%$ – de osteoartropatii, iar BST sunt prezente la $4,12 \pm 1,17\%$ și maladiile infecțioase – la $2,41 \pm 0,89\%$ din medicii de familie chestionați ($\chi^2=25.632$, g.l.=11, $p<0.01$).

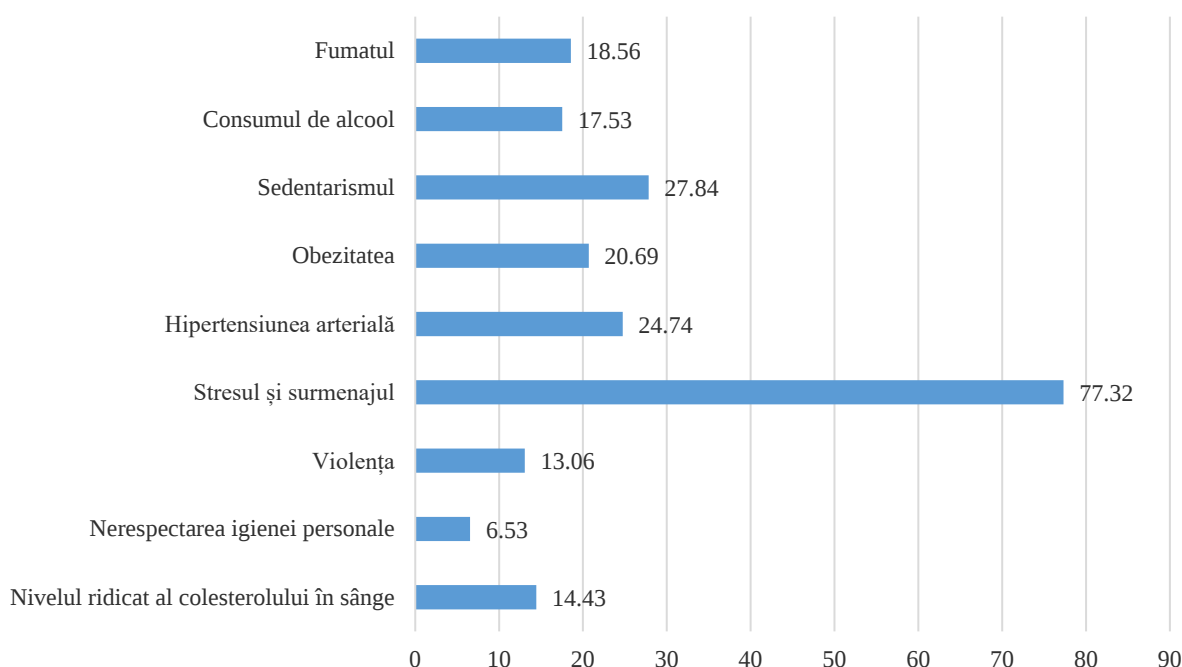


Fig.3.3. Frecvența factorilor de risc pentru sănătatea a medicilor de familie, %.

În dependență de categoria de vîrstă a respondenților (Figura 3.4), tabloul este foarte interesant: aprecierea ”foarte bună” scade odată cu creșterea vârstei, iar după 45 ani constituie 0%. ”Nesatisfăcătoare” (pe motiv de invaliditate) este cea mai sporită în categoria de vîrstă de 26-35 ani ($7,14 \pm 3,46\%$) și la 46-60 ani ($6,61 \pm 2,26\%$) și cea mai mică valoare a calificativului ”nesatisfăcătoare” se înregistrează la vîrsta de peste 60 ani. Interesantă situație s-a creat și la compartimentul ”pierderii temporare a capacității de muncă”, care are tendință evidentă de diminuare odată cu înaintarea în vîrstă – dacă la 18-25 ani ea constituie $33,33 \pm 21,08\%$, atunci la 60 ani și mai mult – doar $8,82 \pm 4,86\%$, adică de patru ori mai mică. Acest fapt se explică, în mare parte, prin pierderea temporară de muncă, cauzată de concediul pre- și postnatal, caracteristic vârstei tinere. Totuși, aprecierea ”satisfăcătoare” este cea mai mare valoare, care s-a înregistrat în

categoria de vîrstă mai mare de 60 ani și constituie $88,24 \pm 5,53\%$. Consider, că frica medicilor de a fi pensionați î-i ”mobilizează” de a fi și sănătoși sau, cel puțin, apti de muncă. Prin aceasta se explică și faptul, că din 1656 medici de familie care activează în AMP din Republica Moldova, circa 160 medici de familie sunt de vîrstă pensionară și activează actualmente în sistemul de sănătate [19].

Ca și populația generală, medicii de familie urmau să-și autoaprecieze calitatea vieții sale, prin prisma propriilor determinante. Cea mai mare parte au apreciat ”satisfăcătoare” – $50,52 \pm 2,93\%$, o bună parte ($41,92 \pm 2,89\%$) – ”suportabilă”, iar aproximativ $6,87 \pm 1,49\%$ de respondenți au calificat viața lor ”nesatisfăcătoare” și doar $0,69 \pm 0,49\%$ (2 persoane) consideră că au o viață ”foarte bună”. În dependență de vîrsta respondenților, tabloul calității vieții medicilor este diferit.

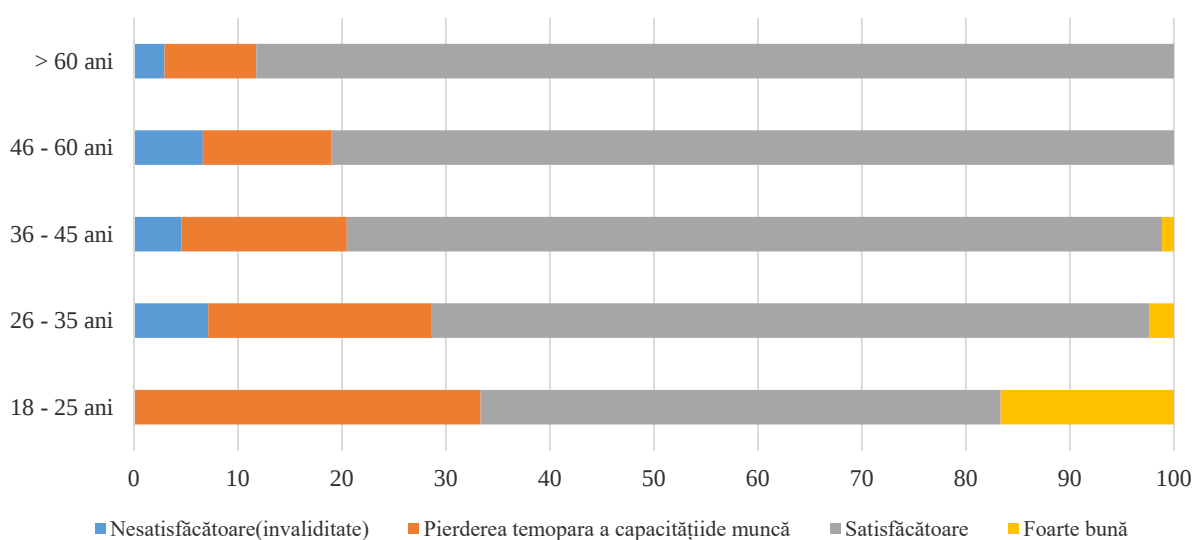


Fig.3.4. Aprecierea stării de sănătate a medicilor de familie, %.

Dacă la vîrsta de 18-25 ani viața este ”suportabilă” pentru $50,00 \pm 22,36\%$ ($\hat{I}95$: 6.17-93.83), atunci odată cu înaintarea în vîrstă, acumularea averii și bunurilor materiale, precum și a experienței profesionale și de viață, calitatea vieții devine ”satisfăcătoare” – cea mai mare valoare - la 60 ani și mai mult ($67,65 \pm 8,02\%$) ($\hat{I}95$: 51.93-83.37). La fel, se explică și calificativul ”nesatisfăcătoare”, care este cel mai sporit la vîrsta de 26-35 ani ($16,67 \pm 5,76\%$) ($\hat{I}95$: 5.38-27.96), cînd tinerii specialiști se confruntă cu cele mai mari dificultăți și probleme socio-economice (salarii modeste, lipsa locuințelor, incapacitatea de întreținere de sine stătătoare a familiei, etc.). Iată de ce sunt importante programele statale de motivare a tinerilor specialiști, la fel ca și programele sociale pentru vîrstnici și pensionari, pentru care calitatea vieții devine ”nesatisfăcătoare” pentru $5,88 \pm 4,04\%$ ($\hat{I}95$: -2.04-13.80) de respondenți de

vârsta 60 ani și mai mult, iar aprecierea ”foarte buna” nu o califică nici un respondent care a atins vârsta de 45 ani și mai mult.

Un capitol separat în chestionarul MF a constituit evaluarea activității AMP la compartimentul informarea populației despre profilaxia maladiilor și promovarea sănătății.

Medicii de familie au fost rugați să identifice cauzele celor mai frecvente adresări ale populației la OMF.

Cea mai mare parte a activității medicale este orientată la diagnosticul și tratamentul bolilor existente sau acutizarea acestora ($85,57 \pm 2,06\%$), doar în $29,9 \pm 2,68\%$ ($\text{Î}_{95}: 24.65-35.15$) cazuri pacienții se adresează cu scop profilactic programat. De menționat, că în $35,05 \pm 2,79\%$ ($\text{Î}_{95}: 29.58-40.52$) pacienții se adresează doar la invitația lucrătorului medical (pentru control profilactic, vaccinare, examen medical repetat), dar aceasta presupune mult efort din partea lucrătorului medical (legătura telefonică, SMS, e-mail, etc.) și timp, care ar putea fi utilizat mai eficient. Pentru vaccinare se adresează la OMF $31,62 \pm 2,73\%$ ($\text{Î}_{95}: 26.27-336.97$) de populație. De aceea am întrebat medicii cât timp acordă ei unui pacient pentru instruirea pe problemele de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății? (Figura 3.5).

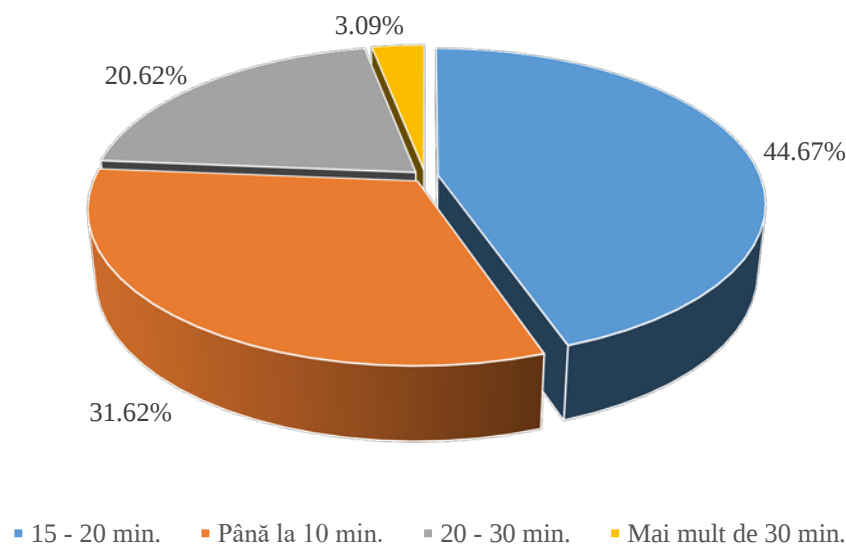


Fig.3.5. Structura după timpul acordat unui pacient instruit în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor de către medicii de familie, %.

Cea mai mare parte a respondenților ($44,67 \pm 2,91\%$) acordă problemelor vizate aproximativ 15-20 min, circa $20,62 \pm 2,37\%$ – 20-30 min, iar unii MF ($3,09 \pm 1,02\%$) fac instruirea în decurs de mai mult de 30 min. MF, care respectă normativul timpului reglementat de către MS (15-20 min), rezervă problemelor de PM și PS nu mai mult de 10 min ($\chi^2=7.336$, g.l.=2, $p<0.05$).

Dar, de cât timp, este nevoie, de fapt, pentru aceste activități (în viziunea MF)?

Peste 53,26±2,92% consideră oportun timpul de 30 min., circa 41,92±2,89% – indică 15 min, iar 4,81±1,25% nu se pot pronunța (nu știu) ($\chi^2=14.269$, g.l.=2, p<0.001).

Educația pacientului este un proces de durată. De aceea este important să știm cu ce frecvență este optimal de a instrui, când să facem acest lucru, începând cu ce vîrstă a pacientului, pe ce durată de timp, etc.

Studiul nostru a demonstrat următoarele. La întrebarea cât de des este necesară instruirea pacientului în PM și PS: 33,33±2,76% (ÎÎ₉₅: 27.92-38.74) au răspuns ”zilnic”, 21,65±2,42% – ”lunar”, încă 19,59±2,33% – ”săptămânal”, circa 13,75±2,02% pledează pentru instruirea ”trimestrială”, 3,44±1,06% – ”semestrial”, iar aproximativ 8,25±1,62% din medici consideră ”anual”.

Cînd este oportun de făcut instruirea pacientului în problemele vizate? Peste 51,20±2,93% se pronunță pentru ”la fiecare vizită la medic”, aproape 34,36±2,78% – ”în cadrul vizitelor profilactice”, circa 11,00±1,83% consideră oportun doar timpul rezervat pentru ”prelegeri și seminarele tematice”, iar 3,44±1,06% – ”la inițiativa pacientului” ($\chi^2=17.184$, g.l.=3, p<0.001).

De la ce vîrstă este optimal de a începe instruirea și educația pacientului în PM și PS?

Dacă în opinia a peste 48,8±2,93% (ÎÎ₉₅: 43.06-54.54) de MF consideră că ”de la naștere” trebuie educat omul pentru un stil de viață sănătos, atunci marea majoritate au păreri diferite referitor cînd este oportun de a începe procesul de instruire și educație: 29,21±2,67% - „de la grădiniță”, 12,71±1,95% - ”din școală”, 2,41±0,89% - ”de la vârsta de majorat”, iar 6,87±1.49% se pronunță ”la necesitate” – (dar care este necesitatea, cum și cînd o determinăm?) ($\chi^2=13.891$, g.l.=3, p<0.01).

Dar, cine trebuie să se ocupe de problema în cauză, de competența cărui specialist este problema sau în a cui responsabilitate trebuie să fie?

Aproximativ 52,23±2,93% consideră că ține de competența MF și echipei lui, 45,36±2,92% - a/m din grădiniță sau școală, circa 40,89±2,88% consideră că este prerogativa pedagogilor, iar 27,84±2,63% - a psihologilor, alții 23,37±2,48% sunt de părerea că această funcție trebuie să revină medicilor specialiști de profil sau chiar altor specialiști din alte domenii decât domeniul de sănătate, precum și familia, statul (16,84±2,19%), circa 1,37±0,69% - ”nu știu” cine trebuie să se ocupe de problemele abordate, iar 56,36±2,91% -- susțin, că această funcție revine ”tuturor (celor enumerați) în echipă” ($\chi^2=24.012$, g.l.=7, p<0.01).

Este foarte important și în ce volum prestăm informația despre subiectele vizate pacienților noștri sau populației. Respectiv, 72,51±2,61% (ÎÎ₉₅: 67.39-77.63) din MF consideră că informația trebuie să fie dată într-un volum accesibil pentru pacient, iar circa 25,09±2,54%

(Î₉₅:20.11-30.07) pledează pentru informația amplă, deplină, echivalentă volumului de cunoștințe ale lucrătorului medical și circa $2,41 \pm 0,89\%$ (Î₉₅: 0.67-4.15) de respondenți recunosc, că nu știu care ar fi acel volum de informație, care trebuie livrată populației, pentru instruirea în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării stilului sănătos de viață.

Modalitatea cea mai oportună de a informa și instrui populația în problemele vizate este convorbirea tet-a-tet, modul individual ($52,23 \pm 2,93\%$), pentru utilizarea instruirii conform grupurilor de interese pledează $34,71 \pm 2,79\%$ de respondenți, iar pentru informarea și instruirea în masă, cu utilizarea tuturor mijloacelor mass-media se expun circa $13,06 \pm 1,98\%$ de medici ($\chi^2=11.614$, g.l.=2, $p<0.01$).

Nu mai puțină importanță o are și localul, unde se petrec instruirile populației. Respectiv, medicii care pledează pentru instruirile individuale se pronunță pentru biroul medicului de familie ca cel mai potrivit loc de comunicare ($51,89 \pm 2,93\%$), iar cei ce utilizează instruirea în grupuri ("Școlile pacienților") – sala de conferințe ($28,18 \pm 2,64\%$). Totuși, aproximativ $19,93 \pm 2,34\%$ consideră că trebuie să existe birouri specializate, pentru informarea exhaustivă a populației (utilate cu utilaj performant pentru difuzarea filmelor audio, video, spoturilor publicitare, înzestrate cu materiale promoționale – buclete, foi volante, flaiere, dispozitive, etc.

În viziunea medicilor rolul mass-media în PS și PM este unul semnificativ: de o importanță majoră – $47,42 \pm 12,93\%$ și esențială – $23,71 \pm 2,49\%$. Dar, aproximativ $21,31 \pm 2,40\%$ nu împart aceeași părere, considerând că aportul acestora este unul modest (moderat). De părerea că mass-media are un rol de importanță minimă sunt aproximativ $6,53 \pm 1,45\%$ medici, iar circa $1,03 \pm 0,59\%$ sunt de părerea că mass-media nu joacă nici un rol în PS și PM ($\chi^2=23.211$, g.l.=4, $p<0.001$).

Medicii de familie împart viziunile vizând pe cât de suficient (ca timp, volum, periodicitate, calitate) sunt promovate informațiile surselor media despre profilaxia maladiilor și factorilor de risc, care le determină (Figura 3.6).

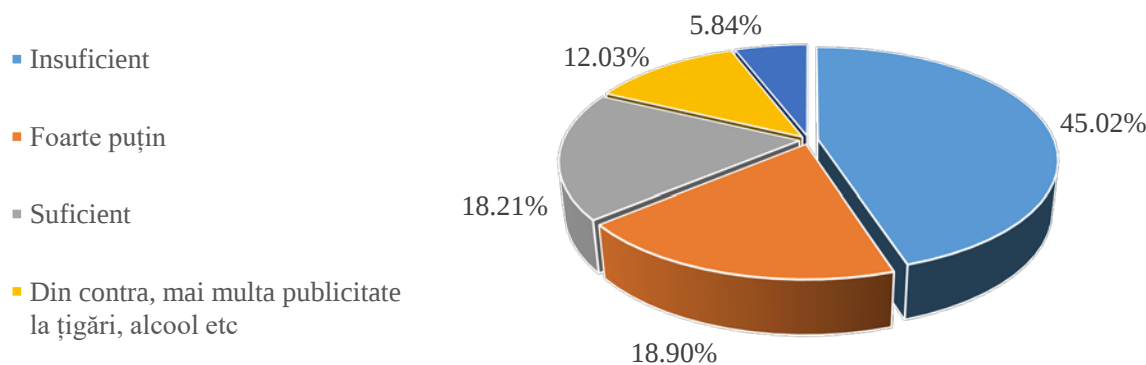


Fig.3.6. Ponderea contribuției surselor mass-media în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor de către medicii de familie, %.

Marea majoritate ($45,02 \pm 2,92\%$) este de părerea, că informația este insuficientă sau chiar foarte puțină ($18,9 \pm 2,29\%$), pe când circa $12,03 \pm 1,90\%$ consideră că contrar valorilor de promovare a stilului sănătos de viață, în mass-media (TV, radio, presă, Internet) este multă publicitate la băuturile spirtoase, tabagism, relații sexuale, iar $5,84 \pm 1,37\%$ consideră exagerată informația ce propagă violență și amoralitatea (în special, în filmele artistice) și doar $18,21 \pm 2,26\%$ de respondenți consideră informația despre PS și PM prin intermediul mass-media suficientă ($\chi^2=14.087$, g.l.=4, $p<0.01$).

Medicii de familie au adus exemple din experiența lor profesională, cum au influențat emisiunile televizate, radio și presa (vizând problemele de sănătate), asupra atitudinii populației față de vaccinare și modificarea stilului de viață. În ce privește vaccinarea $46,39 \pm 2,92\%$ remarcă, că a scăzut cota persoanelor vaccinate, $37,11 \pm 2,83\%$ constată refuzuri sporite ale populației de vaccinare, încă $16,49 \pm 2,18\%$ de medici își exprimă opinia, că populația nu a fost influențată în nici o formă, iar $14,43 \pm 2,06\%$ consideră că a crescut cota persoanelor vaccinate. Modificarea stilului de viață a fost influențată, în cea mai mare parte, nu spre pozitiv: medicii consideră că oamenii au devenit mai agresivi, irascibili și violenți ($49,83 \pm 2,93\%$), a crescut numărul fumătorilor, alcoolicilor și narcomanilor ($27,84 \pm 2,63\%$), dar, totodată, remarcă sporirea numărului persoanelor care se alimentează corect și practică sportul ($31,27 \pm 2,72\%$). Pe de altă parte, $14,43 \pm 2,06\%$ consideră că numărul fumătorilor, alcoolicilor și narcomanilor a scăzut, iar $9,97 \pm 1,76\%$ consideră că oamenii au devenit mai buni, mai indulgenți și mărinimoși ($\chi^2=25.887$, g.l.=8, $p<0.01$).

De-a lungul anilor de activitate, din experiența personală, medicii constată, că populația are tendințe de modificare a stilului de viață, în urma instruirilor privind factorii de risc comportamentali. Astfel, în studiul nostru, medicii de familie au indicat, că aproximativ 1250 persoane au lepădat fumatul, 1183 persoane nu consumă alcool, 1334 persoane au slăbit (fiind obezi), circa 4018 – au tratat hipertensiunea arterială sau o mențin în limitele normei, iar 315 persoane, utilizatori de droguri, nu mai consumă droguri – total 8100 persoane.

Pentru obținerea rezultatelor scontate în promovarea sănătății și profilaxia maladiilor, fără îndoială, este necesară implicarea structurilor statale, nonguvernamentale, a societății civile ș.a. Respectiv, MF au fost întrebați implicarea căror structuri statale, consideră ei oportună, cu excepția Ministerului Sănătății, pentru promovarea sănătății. Ca răspuns s-au dat variantele: Ministerul Educației, Ministerul Mediului, Ministerul Transportului, Ministerul Muncii, Protecției sociale și a Familiei, Ministerul Agriculturii, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Afacerilor Externe, Ministerul Tineret și Sport, Ministerul Finanțelor, Ministerul Economiei, Ministerul Tehnologiilor Informaționale ș.a. Peste $87,63 \pm 1,93\%$ din respondenți consideră

implicarea Ministerului Educației foarte importantă pentru PS, urmat de Ministerul Muncii, Protecției sociale și a Familiei ($67,01 \pm 2,76\%$), Ministerul Tineret și Sport ($62,20 \pm 2,84\%$), Ministerul Mediului ($59,11 \pm 2,88\%$). Celelalte ministere au acumulat un punctaj mult mai modest de la $29,90 \pm 2,68\%$ (Ministerul Tehnologiilor Informaționale) la $10,65 \pm 1,81\%$ (Ministerul Afacerilor Externe) și doar $5,84 \pm 1,37\%$ din medici consideră că implicarea tuturor actorilor structurilor statale este nu numai oportună, ci și foarte importantă ($\chi^2=25.052$, g.l.=6, $p<0.001$).

Medicii de familie consideră, că stilul de viață al populației din Republica Moldova este determinat, în mare parte, de un șir de probleme sociale, așa ca: sărăcia – $94,5 \pm 1,34\%$; șomajul și migrația (respectiv, câte $80,41 \pm 2,33\%$ și $80,07 \pm 2,34\%$), instabilitatea economică și politică ($68,38 \pm 2,73\%$ și $61,86 \pm 2,85\%$), infrastructura nedezvoltată ($37,46 \pm 2,84\%$) și diferența mare între orașe și sate ($31,96 \pm 2,73\%$), pe de altă parte – tradițiile și obiceiurile moldovenești ($29,55 \pm 2,68\%$), divorțurile familiilor ($39,18 \pm 2,86\%$) și, ca consecință a mai multor factori, abandonul copiilor (la lipsa cel puțin a unui părinte) – $58,76 \pm 2,89\%$ ($\chi^2=27.156$, g.l.=9, $p<0.01$). Aproximativ $7,90 \pm 1,58\%$ ($\hat{I}95$: 4.81-10.99) de respondenți sunt de părerea că toți factorii sociali enumerați sunt determinante ale stilului de viață.

Problema protecției sănătății și a profilaxiei maladiilor este abordată și reglementată în mai multe acte legislative și normative, în baza cărora sunt elaborate (spre implementarea practică) ordine interne în instituțiile medico-sanitare de asistență medicală primară. Am rugat medicii să indice trei acte normative de bază, ce țin de problema abordată. Doar 115 MF ($39,52 \pm 2,87\%$) ($\hat{I}95$: 33.90-45.14) au indicat: Programul național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015 [58]; Legea cu privire la ocrotirea sănătății [69], Programul național de imunizări pentru anii 2011–2015 [63], ordinul MS nr.400 din 23.X.2008 "Cu privire la optimizarea activităților de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015" [86], Programul național de control și profilaxie al tuberculozei pentru anii 2011 – 2015 [66], alte acte normative n-au fost ogândite.

Una din întrebările chestionarului de evaluare ale MF avea menirea să scoată în evidență pregătirea acestora (prin cursuri de instruire, reciclare) la capitolul PS și profilaxia maladiilor. Doar $35,40 \pm 2,80\%$ din medici au indicat, că au asemenea pregătire, iar marea majoritate ($62,20 \pm 2,84\%$) nu au pregătire în domeniul respectiv ($t=6.7129$, $p<0.001$).

Medicii urmau să indice trei activități de bază din agenda de lucru a asistenței medicale primare în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor. Doar $63,57 \pm 2,82\%$ ($\hat{I}95$: 58.04-69.10) din respondenți au dat răspunsuri, marea majoritate cu referire la: vaccinare, convorbiri individuale cu pacienții, "Școala pacientului" și nimeni nu s-a referit la acele activități, care de fapt, constituie partea principală a activității MF – tratamentul și reabilitarea

pacienților cronici, supravegherea copiilor și gravidelor, monitorizarea dinamică a pacienților cronici, controlul profilactic al populației și al grupelor de risc sporit de îmbolnăvire, etc. Ceilalți, peste $36,43 \pm 2,82\%$ (Î95: 30.90-41.96) n-au dat nici un răspuns (sau nu știu sau au omis întrebarea).

Profesiograma medicului de familie include un șir vast de activități medicale profilactice, de diagnostic, de supraveghere, terapeutice, de reabilitare ș.a. Medicii urmau să estimeze cota procentuală lunară a fiecărui serviciu din activitatea medicală, pe care o desfășoară în sectorul deservit. Valorile medii obținute ale serviciilor medicale sunt prezentate în Figura 3.7.

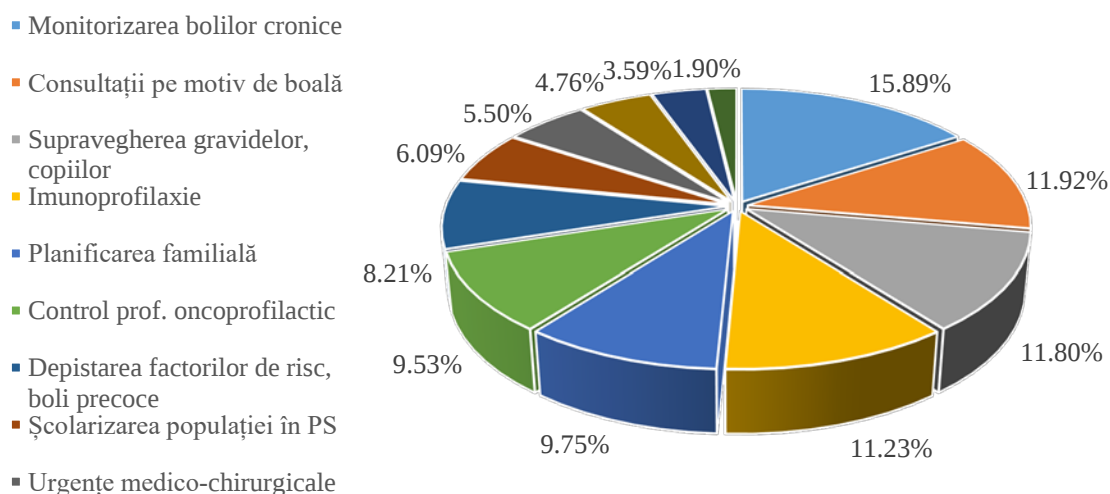


Fig.3.7. Ponderea serviciilor medicale prestate lunar de către medicul de familie, %.

Activitatea se axează, preponderent, pe tratamentul bolilor cronice (15,89%), consultații pe motiv de boală (11,92%), acordarea primului ajutor în caz de urgențe medico-chirurgicale (5,5%), planificarea familială și supravegherea gravidelor, copiilor (21,55%). Imunoprofilaxia ocupă aproximativ 11,23% din activitatea lunară a MF, iar școlarizarea pacientului în problemele de PS și PM – circa 6,09%, controlul profilactic și oncoprofilactic al populației – 9,53%. Medicii mai au diferite proceduri medicale, prestează servicii medico-sociale (3,59%), se ocupă de depistarea activă a factorilor de risc și a bolilor în fazele precoc de dezvoltare, dar mai sunt antrenați în diferite activități ale colectivului, în care lucrează (conferințe, seminare, consilii medicale, etc.), eliberează un șir de certificate medicale, toate fiind încadrate în ”alte activități”, care ocupă 1,9% din activitatea lor lunară.

În activitatea sa cotidiană medicii confruntă mai multe probleme în relație cu pacienții deserviți. Pe segmentul PS și PM am constatat, că aproximativ $68,73 \pm 2,72\%$ din respondenți afirmă, că nu au timp suficient în cadrul unei vizite, pentru abordarea și rezolvarea problemelor vizate, alții ($41,24 \pm 2,89\%$) se justifică prin faptul, că au prea multe sarcini de rezolvat la sectoarele de deservire, circa $37,80 \pm 2,84\%$ afirmă, că nu au susținere suficientă a autorităților:

administrației instituției medicale, APL, agenți economici, pedagogi, ș.a. Circa $12,03 \pm 1,91\%$ din medici indică lipsa spațiului necesar pentru aceste activități, iar $39,86 \pm 2,87\%$ vorbesc despre necomplianța pacienților, neconformarea individului sau a familiei la recomandările medicului ($34,36 \pm 2,78\%$), precum și despre existența opiniilor diferite, contradictorii asupra anumitor probleme de sănătate ($25,77 \pm 2,56\%$). Aproximativ $14,43 \pm 2,06\%$ din MF confruntă probleme de comunicare, circa $12,71 \pm 1,95\%$ – probleme de incompatibilitate cu pacienții, iar $9,62 \pm 1,73\%$ recunosc faptul, că au cunoștințe insuficiente în domeniul promovării sănătății și a profilaxiei maladiilor ($\chi^2=17.136$, g.l.=9, $p<0.05$).

3.2 Cunoștințe, abilități și aptitudini igienice ale asistenților medicali de familie în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor

Eșantionul asistenților medicali de familie, cuprinși în cercetarea noastră a constituit 638 persoane, cu vârsta medie de $44,0 \pm 1,36$ ani ($\bar{I}\bar{I}_{95}$: 41.33-46.67).

La baza cercetării a stat chestionarul elaborat pentru lucrătorii medicali (Anexa nr.2), adică aceleași întrebări, care au fost puse medicilor de familie, dar răspunsurile urmau a fi așteptate prin prisma cunoștințelor, aptitudinilor și abilităților asistenților medicali de familie, conform profesiogramei acestora, reglementată în actele normative în vigoare.

Conform anchetei, în studiu au participat 357 ($55,96 \pm 1,97\%$) AM din zona Nord, aproximativ 174 ($27,27 \pm 1,76\%$) – din zona Centru și 107 ($16,77 \pm 1,48\%$) – din Sudul țării.

După mediul de reședință marea majoritate este din mediul urban ($60,19 \pm 1,94\%$) și circa $39,81 \pm 1,94\%$ – din mediul rural ($t=7,4436$; $p<0,001$).

Marea majoritate a respondenților, printre asistenții medicali de familie, sunt de genul feminin ($93,89 \pm 0,91\%$) și doar 36 persoane ($5,64 \pm 0,91\%$) sunt bărbați ($t=68,9809$; $p<0,001$).

După studiile de pregătire profesională, $89,97 \pm 1,19\%$ (574 pers.) sunt cu studii medii de specialitate, iar 52 pers. ($8,15 \pm 1,08\%$) au studii superioare incomplete ($t=50,8287$; $p<0,001$).

Starea civilă a asistenților medicali de familie denotă, că marea majoritate sunt căsătoriți ($78,37 \pm 1,63\%$); circa $7,68 \pm 1,05$ sunt necăsătoriți; în divorț sunt $6,11 \pm 0,95\%$ de respondenți; trăiesc în concubinaj $1,1 \pm 0,41\%$ și aproximativ $6,58 \pm 0,98\%$ sun văduvi(e).

Conform datelor, marea majoritate a asistenților medicali de familie – $99,37 \pm 0,31\%$ – au venitul de bază din salariu (Tabelul 3.3), peste $45,30 \pm 1,97\%$ n-au venit suplimentar, circa $4,39 \pm 0,81\%$ au suportul material al rudelor apropiate (a părinților, copiilor), iar 9 persoane ($1,41 \pm 0,47\%$) primesc indemnizații de invalid.

Din totalul de respondenți, aproximativ $9,72 \pm 1,17\%$ au lucrat peste hotarele țării ($\bar{I}\bar{I}_{95}$: 7.43-12.01). Din ei circa $6,74 \pm 0,99\%$ s-au aflat peste hotare pe durata pînă la trei ani,

aproximativ $1,57 \pm 0,49\%$ – pe o durată cuprinsă între 3-5 ani, iar $1,41 \pm 0,47\%$ au lucrat mai mult de 5 ani peste hotare .

La întrebarea dacă venitul familiei acoperă cheltuielile cotidiene 591 pers. ($92,63 \pm 1,04\%$) au răspuns negativ și doar 47 pers. ($7,37 \pm 1,04\%$) susțin că au venituri suficiente ($t=58.2816$; $p<0,001$).

Asistenții medicali și-au dat autoaprecierea stării materiale a familiei, din care reiese, că marea majoritate (567pers.– $88,87 \pm 1,25\%$) recunosc o stare critică, echivalentă sărăciei, fiind nevoiți să economisească la toate, circa $10,34 \pm 1,20\%$ apreciază venitul familiei ”satisfăcător” și numai 3 pers. ($0,47 \pm 0,27\%$) nu confruntă dificultăți materiale.

Tabelul 3.3. Caracteristica lotului de cercetare în funcție de venitul familiei, %

Nr. d/o	Variante de răspuns	Variante suplimentare de răspuns	P $\pm$ ES (%)	Î ₉₅
1.	Salariu		$99,37 \pm 0,31$	98.76-99.98
2.	Venit suplimentar din:	Chiria spațiului locativ	$1,10 \pm 0,41$	0.30-1.90
		Lotul de pământ	$4,23 \pm 0,79$	2.68-5.78
		Grădină, livadă	$8,93 \pm 1,13$	6.72-11.14
		Crește animale, păsări	$8,15 \pm 1,08$	6.03-10.27
		Business individual	$0,47 \pm 0,27$	-0.06-1.00
		Ajutorul: părinților, copiilor ș.a.	$4,39 \pm 0,81$	2.81-5.97
3.	Indemnizație de invalid		$1,41 \pm 0,47$	0.49-2.33
4.	Nici un venit suplimentar		$45,30 \pm 1,97$	41.44-49.16

Marea majoritate a AM de familie sunt asigurați cu spațiu locativ 618 ($96,87 \pm 0,69\%$), având în proprietate apartament, casă sau o parte din casă. Aproximativ $1,57 \pm 0,49\%$ din respondenți locuiesc la cămin, iar circa $2,19 \pm 0,58\%$ (14 pers.) închiriază. Spațiile locative doar în $43,89 \pm 1,96\%$ cazuri sunt asigurate cu toate condițiile (gaz, apă-canalizare, încălzire), încă $43,73 \pm 1,96\%$ indică condiții parțiale, iar $12,23 \pm 1,29\%$ din respondenți locuiesc fără a avea condițiile necesare de trai ($\chi^2=22.436$, g.l.= 5, $p<0.001$).

Situația social-economică a familiilor AM de familie este determinată în $83,07 \pm 1,48\%$ de salariul mic, de prețurile mari ($63,95 \pm 1,90\%$), de salarii instabile (cumuluri) – $7,52 \pm 1,04\%$, de sănătatea precară și incapacitatea temporară de muncă ($9,56 \pm 1,17\%$) și altele ($0,16 \pm 0,16\%$) ($\chi^2=16.258$, g.l.= 4, $p<0.01$).

Condițiile de lucru ale respondenților, la fel sunt diferite: dacă $32,29 \pm 1,85\%$ din AM de familie lucrează în birouri separate de ale MF, iar circa $50,00 \pm 1,98\%$ activează în birouri

comune, dar posedă cel puțin mese diferite de lucru, atunci aproximativ $17,24 \pm 1,49\%$ dețin și birou și masă comune cu ale medicilor, ceea ce contravine condițiilor optime de asigurare a confidențialității și intimității pacienților ($\chi^2=6.334$, g.l.= 2, $p<0.05$).

Starea sanitaro-igienică a edificiilor medicale este satisfăcătoare în $75,55 \pm 1,70\%$ cazuri și excelentă (cu reparații) – în 122 cazuri ($19,12 \pm 1,56\%$), iar în 33 cazuri ($5,17 \pm 0,88\%$) – nesatisfăcătoare. Pe când dotarea OMF, conform rigorilor aprobate de Ministerul Sănătății, este satisfăcătoare în $70,06 \pm 1,81\%$ cazuri și excelentă în 60 cazuri ($9,40 \pm 1,16\%$), iar în 113 cazuri ($17,71 \pm 1,51\%$) dotarea cu strictul necesar activității medicale primare este insuficientă și în 14 cazuri ($2,19 \pm 0,58\%$) – nesatisfăcătoare ($\chi^2=23.111$, g.l.= 6, $p<0.01$).

Asistenții medicali de familie la moment sunt preocupați de problemele de sănătate personală – 451 ($70,69 \pm 1,80\%$), aproximativ $48,12 \pm 1,98\%$ – de probleme financiare și asigurarea materială precară a familiei, încă $10,34 \pm 1,20\%$ de respondenți confruntă relații tensionate la serviciu sau în familie, iar circa $6,74 \pm 0,99\%$ – consecințele singurătății și alte probleme ($0,31 \pm 0,22\%$) ($\chi^2=22.436$, g.l.= 4, $p<0.001$).

Respondenții au recunoscut, că situația social-economică le-a influențat moralul și psihicul: $38,09 \pm 1,92\%$ au devenit mai nervoși, $33,07 \pm 1,86\%$ au frică de viitor, iar $11,13 \pm 1,24\%$ sunt disperați, doar $14,11 \pm 1,38\%$ (90 pers,) sunt optimiști și numai $2,82 \pm 0,65\%$ nu sunt influențați de factorii socio-economici ($\chi^2=14.022$, g.l.= 4, $p<0.01$).

Valorile vieții asistenților medicali de familie (valori medii totale obținute - puncte) (Figura 3.8).

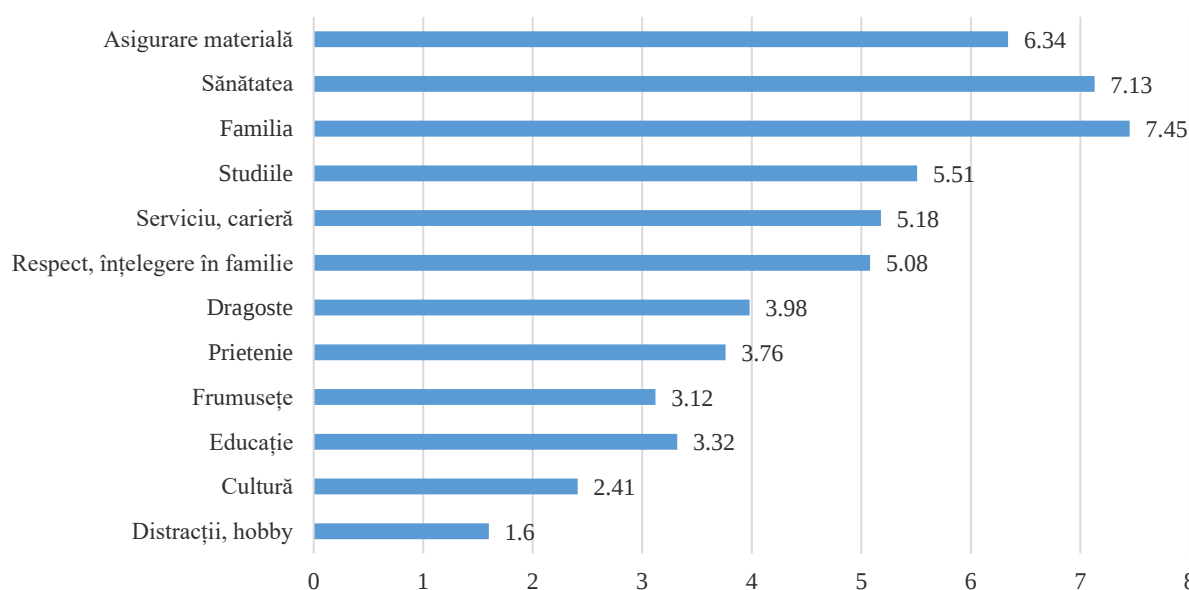


Fig.3.8. Valorile vieții asistenților medicali de familie (puncte).

În dependență de categoria de vîrstă (Tabelul 3.4) mai echilibrate sunt valorile vieții pentru persoanele de peste 61 ani, care acordă foarte puține puncte distracțiilor și hobby-lor, spre deosebire de respondenții vârstei de 18-35 ani, care valorifică, de rînd cu sănătatea și familia, asigurarea materială, studiile și cariera de serviciu, dar și distracțiile fiind o prioritate. Respectul în familie este cel mai apreciat la 36-45 ani, dragostea – la 26-35 ani, prietenia – la 46-60 ani.

Ca și medicii de familie, asistenții medicali au fost rugați să dea definiția ”Profilaxiei maladiilor”. Doar $30,09 \pm 1,82\%$ din respondenți au dat răspunsuri corecte.

O altă întrebare urma să scoată în evidență care sunt domeniile de interes ale promovării sănătății (accesul la sănătate, dezvoltarea unui mediu sanogenetic, promovarea comportamentelor favorabile sănătății, dezvoltarea cunoștințelor privind sănătatea, fortificarea rețelelor sociale și a sprijinului social) cu excepția *vaccinării populației*, (care era capcana răspunsului corect). Doar $7,68 \pm 1,06\%$ din respondenți au indicat corect, că vaccinarea nu este parte componentă a promovării sănătății (printre medicii de familie acest rezultat constituie $5,50 \pm 1,34\%$). Marea majoritate a AM au exclus *fortificarea rețelelor sociale și a sprijinului social* – $11,29 \pm 1,25\%$ (MF – $25,77 \pm 2,58\%$) și *dezvoltarea unui mediu sanogenetic* – $23,98 \pm 1,69\%$ (MF – $22,34 \pm 2,44\%$). Și mai dubios este excluderea *dezvoltării cunoștințelor privind sănătatea* – $16,93 \pm 1,48\%$ (MF – $11,34 \pm 1,36\%$) ca domeniu de interes, care se include în promovarea sănătății și *accesul la sănătate* – $24,92 \pm 1,71\%$.

Tabelul 3.4. Valorile vieții asistenților medicali în funcție de vîrstă, (puncte)

Nr. d/o	Valorile vieții	Categoriile de vîrstă				
		18–25 ani	26–35 ani	36–45 ani	46–60 ani	61 ani $\geq$
1.	asigurarea materială	6,50	6,99	6,31	6,26	4,66
2.	sănătatea	7,60	7,30	7,16	7,02	5,71
3.	familia	8,00	7,40	7,39	7,47	6,05
4.	studiile	6,58	5,37	5,47	5,37	4,85
5.	serviciul, cariera	5,02	4,55	5,10	5,43	4,90
6.	respectul, buna înțelegere în familie	4,68	4,93	5,32	4,90	4,85
7.	dragostea	3,72	4,37	3,91	3,98	3,44
8.	prietenia	2,84	3,84	3,74	3,85	3,80
9.	frumusețea	2,94	3,18	3,01	3,12	3,00
10.	educația	3,38	2,87	3,41	3,31	2,95
11.	cultura	2,04	2,18	2,37	2,59	1,80
12.	distracțiile, hobby	1,72	1,99	1,69	1,47	0,93

Stilul de viață sanogenetic include mai multe componente. Astfel, aproximativ $85,58 \pm 1,39\%$ de AM sunt de părerea, că educația stilului de viață sanogenetic constă în ”alimentația sănătoasă”, încă $81,66 \pm 1,53\%$ – ”evitarea factorilor de risc”, urmată de

”promovarea vieții familiare”, bazată pe relații armonioase ($55,80 \pm 1,97\%$) și ”cultivarea exercițiilor fizice” ($55,64 \pm 1,97\%$). La fel, a câte ceva mai mult de $45,92 \pm 1,97\%$ au acumulat: ”combaterea exceselor”, ”cultivarea factorilor sanogenetici”, ”educația spirituală” ($\chi^2=16.142$, g.l.= 4, $p<0.01$). Și doar circa $24,61 \pm 1,71\%$ de respondenți pledează pentru toate variantele de răspuns (care este corect), (printre MF - $30,93 \pm 2,71\%$).

AM au indicat cei mai răspândiți factori nocivi, care influențează direct sănătatea: alcoolismul ($79,47 \pm 1,63\%$), fumatul ($77,90 \pm 1,64\%$), drogurile ($76,49 \pm 1,68\%$), stresul și surmenajul ($76,18 \pm 1,69\%$). Hipodinamia, sedentarismul ($52,19 \pm 1,98\%$); obezitatea ($57,52 \pm 1,96\%$); HTA ($62,85 \pm 1,91\%$); relațiile sexuale ocazionale ($55,49 \pm 1,97\%$); violență ($55,96 \pm 1,97\%$); nerespectarea igienei personale ($50,63 \pm 1,98\%$) ($\chi^2=14.022$, g.l.= 4, $p<0.01$). Aproximativ $37,62 \pm 1,92\%$ au indicat toate variantele de răspuns (varianta corectă), comparativ cu MF - pentru care s-au pronunțat $43,64 \pm 2,90\%$.

AM de familie au fost rugați să dea definiția corectă a alimentației raționale. Respectiv, circa $55,96 \pm 1,97\%$ (comparativ cu MF - $77,32 \pm 2,46\%$, $t=6.3649$, $p<0.001$) au definit alimentația rațională ”alimentația bazată pe consumul echilibrat între proteine, glucide și lipide” (corect), pe când $1,41 \pm 0,47\%$ consideră că ”alimentația vegetariană” este alimentația rațională, alții ($10,03 \pm 1,19\%$) consideră rațională ”alimentația bazată pe consumul de carne, pește, lactate”, încă $6,43 \pm 0,97\%$ definesc alimentația rațională – ”alimentația bogată în fructe și legume”, iar $26,02 \pm 1,74\%$ consideră alimentația rațională cea ”bazată pe respectarea regimului alimentar”.

Lucrătorii medicali medii din AMP consideră, că alimentația nerațională poate influența afecțiunea: aparatului digestiv – $93,26 \pm 0,99\%$, aparatului cardiovascular – $53,13 \pm 1,98\%$; sistemului nervos – $49,22 \pm 1,98\%$; sistemului imunodeficientar – $36,99 \pm 1,91\%$; aparatului genito-urinar – $18,50 \pm 1,54\%$ ($\chi^2=19.428$, g.l.= 4, $p<0.001$). și doar $9,72 \pm 1,17\%$ din respondenți afirmă afecțiunea tuturor variantelor enumerate (varianta corectă), comparativ cu MF – $14,43 \pm 2,06\%$ ($t=1.8331$, $p>0.05$).

Aproximativ $29,31 \pm 1,80\%$ din respondenți susțin că respectă regimul de muncă și odihnă. Ceilalți recunosc, că nu-l respectă ($32,13 \pm 1,85\%$) sau respectă parțial ($38,40 \pm 1,93\%$).

Din totalul de intervievați, $32,76 \pm 1,86\%$ nu confruntă probleme cu somnul, având un somn pe o durată de nu mai puțin de 8 ore, ceilalți au diferite probleme, inclusiv insomnie ($12,38 \pm 1,30\%$).

Sportul este practicat de 2-3 ori pe săptăm. de circa $11,29 \pm 1,25\%$ respondenți, zilnic practică mersul pe jos mai mult de 40 min. circa $37,30 \pm 1,91\%$ persoane, îndeplinesc muncă fizică $24,61 \pm 1,71\%$ și nu practică de loc sportul și efortul fizic $26,65 \pm 1,75\%$ de respondenți.

În timpul liber marea majoritate privesc televizorul – $55,96 \pm 1,97\%$ – mai mult de 2 ore/zi sau navighează Internetul – $14,42 \pm 1,39\%$, citesc – $15,05 \pm 1,42\%$ și preferă să doarmă circa $4,86 \pm 0,85\%$. Doar $9,56 \pm 1,17\%$ din respondenți duc modul activ de viață (fac sport, plimbări la aer liber).

La întrebarea ”ce influență are administrarea regulată a drogurilor?” marea majoritate cunosc, că se dezvoltă dependența psihologică și fiziologică ($63,17 \pm 1,91\%$), pe când $25,55 \pm 1,73\%$ este de părerea că se dezvoltă doar dependența psihologică, iar $3,76 \pm 0,76\%$ – doar dependența fiziologică, iar $7,37 \pm 1,04\%$ recunosc, că ”nu știu” consecințele consumului de droguri.

Circa $61,91 \pm 1,92\%$ ($\hat{I}I_{95}: 58.15-65.67$) din respondenți consideră că alcoolul și nicotina sunt narcotice, iar $6,58 \pm 0,98\%$ ”nu știu” sunt sau nu alcoolul și nicotina narcotice. Aproximativ $31,35 \pm 1,84\%$ ($\hat{I}I_{95}: 27.74-34.96$) au dat răspuns corect, negând apartenența alcoolului și nicotinei la grupul narcoticelor.

Peste $71,47 \pm 1,79\%$ ($\hat{I}I_{95}: 67.96-74.98$) din AM de familie știu, că alcoolismul și narcomania sunt stări morbide, pe când $25,55 \pm 1,79\%$ sunt de părerea că acestea ”sunt deprinderi” sau ”stil de viață” – $2,66 \pm 0,64\%$, iar o persoană ($0,16 \pm 0,16\%$) a menționat, că este ”altceva”, nespecificând ce anume.

Majoritatea respondenților ($55,02 \pm 1,97\%$) sunt nefumători, care n-au încercat niciodată să fumeze, susțin că ”nu fumează” aproximativ $41,22 \pm 1,95\%$, iar $1,88 \pm 0,54\%$ – fumează regulat, încă $1,25 \pm 0,45\%$ - ”fumează rareori” (o țigară pe zi) și circa $0,31 \pm 0,22\%$ de respondenți sunt ex-fumători cu un stagiul de peste 3 ani.

Fiind întrebați, care sunt semnele clinice ale maladiei SIDA, majoritatea au răspuns ”mărirea ganglionilor limfatici” – $89,34 \pm 1,22\%$ și doar $12,23 \pm 1,29\%$ au indicat toate variantele de răspuns corect, indicând și infecțiile pielii, diareea de durată, pneumonia, maladiile septico-purulente ($t=43.2547$, $p<0.001$).

Doar $25,55 \pm 1,73\%$ ($\hat{I}I_{95}: 22.19-28.91$) din respondenți știu (au indicat toate variantele de răspuns), că persoanele HIV-infectate pot fără restricții frecventa grădinița, școala, sălile de sport, bazinele de apă, piscinele, cinematograful, teatrul, restul respondenților - au rezerve la frecventarea acestor instituții de menire socială, în special, frecventarea piscinelor și a bazinelor de apă (acumulând câte $66,30 \pm 1,87\%$).

Peste $56,27 \pm 1,96\%$ ($\hat{I}I_{95}: 52.43-52.43$) susțin, că păcatele săvârșite de om au influență asupra sănătății acestuia, servind ca factori de risc, pe când $12,38 \pm 1,30\%$ de respondenți nu împărtășesc aceeași părere, circa $18,97 \pm 1,55\%$ ”nu văd legătura logică dintre păcate și starea de sănătate”, iar $12,23 \pm 1,29\%$ ”nu se pot pronunța”.

Respectiv, doar $10,82 \pm 1,23\%$ persoane merg regulat la biserică (o dată/săpt.), o dată pe lună – $12,38 \pm 1,30\%$, cu periodicitatea de o dată la câteva luni merg la lăcașul sfânt $38,87 \pm 1,93\%$ și foarte rar (o dată/an) – $33,39 \pm 1,87\%$ de respondenți. Nu merg de loc la biserică 28 persoane ($4,39 \pm 0,81\%$).

Asistenții medicali de familie susțin, că sunt supuși diferitor forme ale violenței, atât în familie, cât și la serviciu (Figura 3.9).

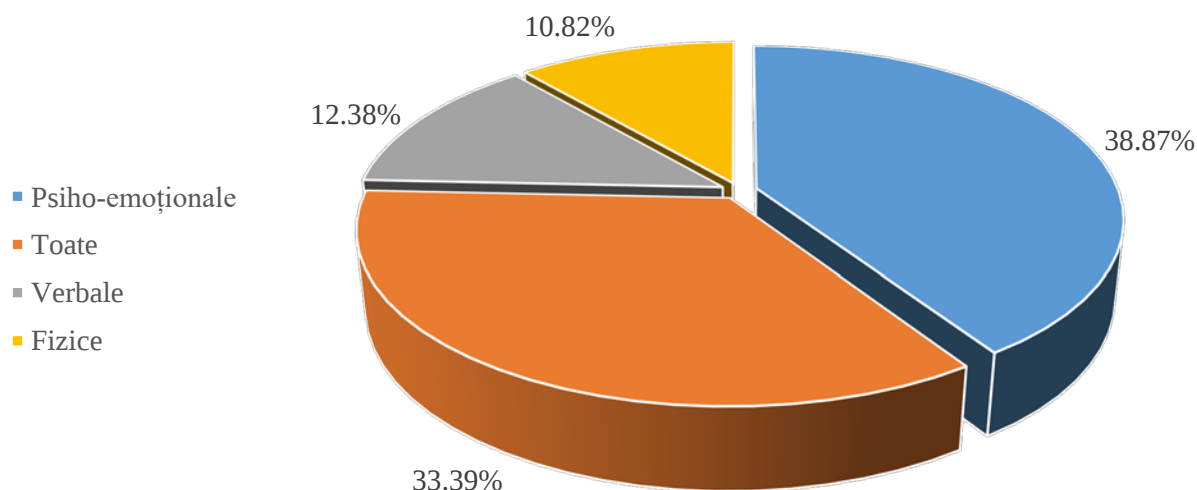


Fig.3.9. Structura diferitor forme de violență la care sunt supuși asistente medicale de familie, %.

Prevalează violență psiho-emoțională ($38,87 \pm 1,30\%$), violenței fizice sunt supuși circa $10,82 \pm 1,23\%$ din respondenți, iar aproximativ $33,39 \pm 1,87\%$ confruntă toate formele violenței: fizică, verbală și psiho-emoțională ($\chi^2=6.526$, g.l.= 2, $p<0.05$).

Asistenții medicali de familie au indicat factorii, care în viziunea lor, le-a influențat direct starea sănătății personale a lor: stresul și surmenajul cronic – $76,96 \pm 1,67\%$; HTA – $27,43 \pm 1,77\%$; obezitatea – $18,65 \pm 1,55\%$; sedentarismul și hipodinamia – $10,97 \pm 1,24\%$; violență – $10,50 \pm 1,21\%$; consumul de alcool – $10,34 \pm 1,20\%$; hipercolesterolemia – $7,99 \pm 1,07\%$, iar circa $3,45 \pm 0,73\%$ au indicat "nerespectarea igienei personale" ($\chi^2=26.388$, g.l.= 7, $p<0.001$).

În $74,45 \pm 1,73\%$ cazuri (majoritatea) respondenții își apreciază starea sănătății satisfăcătoare sau foarte bună ($1,25 \pm 0,44\%$). Aproximativ $12,23 \pm 1,29\%$ (79 persoane) au pierderea temporară a capacității de muncă, iar $11,91 \pm 1,28\%$ – starea generală este nesatisfăcătoare sau sunt invalizi (76 persoane) ($\chi^2=18.141$, g.l.= 3, $p<0.001$).

Starea sănătății a AM de familie, la momentul chestionării, este diferită și dependentă de vârsta respondentului. Dacă la vârsta pînă la 35 ani marea majoritate a respondenților ($80,49 \pm 4,38\%$) remarcă starea satisfăcătoare sau chiar foarte bună ($3,66 \pm 2,08\%$), cu înaintarea în

vîrstă, cota acestora se micșorează pînă la $70,73 \pm 7,10\%$ cu starea generală satisfăcătoare (la vîrsta peste 60 ani). Crește incapacitatea temporară de muncă de la $7,32 \pm 2,87\%$ (în categoria de vîrstă pînă la 35 ani) la $21,95 \pm 6,46\%$ (la vîrsta peste 60 ani) și nimeni nu apreciază starea sănătății, la această vîrstă, ca fiind foarte bună (0%). Cel mai sporit grad de invaliditate și apreciere a stării de sănătate ca "nesatisfăcătoare" s-a determinat în grupul de vîrstă 36-45 ani ($14,08 \pm 2,38\%$), cel mai mic – în grupul de vîrstă peste 60 ani ($7,32 \pm 4,06\%$).

Problemele de sănătate, cu care se confruntă AM de familie: $38,40 \pm 1,93\%$ – bolile aparatului digestiv; $32,13 \pm 1,85\%$ – HTA; $28,21 \pm 1,78\%$ – maladii ale sistemului nervos; $17,08 \pm 1,49\%$ – obezitate; $13,95 \pm 1,37\%$ – maladii cardiovasculare; $12,54 \pm 1,31\%$ – depresie; osteoartropatii – $11,91 \pm 1,28\%$; circa $7,84 \pm 1,06\%$ suferă de boli ale aparatului respirator, încă $4,86 \pm 0,85\%$ – cu diabet zaharat; aproximativ $2,82 \pm 0,65\%$ sunt cu maladii oncologice; $0,78 \pm 0,35\%$ – indică maladii infecțioase, iar $0,63 \pm 0,31\%$ – boli sexual-transmisibile.

Peste $50,31 \pm 1,98\%$ de respondenți își autoapreciază calitatea vieții lor ca fiind satisfăcătoare sau chiar foarte bună (10 persoane – $1,57 \pm 0,49\%$), însă $36,83 \pm 1,91\%$ o consideră suportabilă și circa $11,13 \pm 1,24\%$ - nesatisfăcătoare. Calitatea vieții în dependență de vîrsta denotă apreciere diferită: dacă la vîrsta de 18 ani $4,00 \pm 2,77\%$ de respondenți apreciază calitatea vieții lor "foarte bună", la vîrsta peste 60 ani această apreciere constituie 0%. Ponderea cea mai sporită a persoanelor care și-au apreciat calitatea vieții "satisfăcătoare" este în categoria de vîrstă 26-35 ani ($53,66 \pm 5,51\%$), pe măsura creșterii vîrstei respondenților, procentul celor satisfăcuți diminuează pînă la $41,46 \pm 7,69\%$ (în categoria de vîrstă peste 60 ani), în schimb crește cota aprecierii "nesatisfăcătoare" de la $12,20 \pm 3,61\%$ (la vîrsta de 18-25 ani) la $14,63 \pm 5,51\%$ (la vîrsta peste 60 ani).

Ca și medicii, asistenții medicali susțin, că majoritatea populației deservite, cele mai frecvente adresări la oficiul medicului de familie, le efectuează pe motiv de boală sau acutizarea procesului cronic ($87,62 \pm 1,30\%$). Adresarea populației pe motivul, că au fost chemați de MF sau a a/m de familie, se înregistrează în $44,20 \pm 1,97\%$, pentru a se vaccina – $31,35 \pm 1,84\%$, iar cauza adresării cu scop profilactic constituie $28,53 \pm 1,79\%$ ($\chi^2=12.712$, g.l.= 3, $p<0.01$).

Pentru instruirea pacientului pe probleme de profilaxia maladiilor și promovarea stilului sănătos de viață a/m de familie (majoritatea – $53,76 \pm 1,97\%$) acordă 15-20 min. Aproximativ $21,63 \pm 1,63\%$ de respondenți susțin că acestor probleme acordă de la 20 min pînă la 30 min., iar circa $21,32 \pm 1,62\%$ – acordă pînă la 10 min. Circa $3,13 \pm 0,69\%$ - mai mult de 30 min. ($\chi^2=17.133$, g.l.= 3, $p<0.001$). Pe de altă parte, tot ei consideră oportun, de a acorda pentru instruirea pacientului pe problemele vizate: majoritatea – $46,71 \pm 1,98\%$ – mai mult de 30 min.;

alții (43,73±1,96%) sunt de părerea că este suficient pînă la 15 min., iar circa 9,40±1,16% nu știu care ar fi timpul suficient acordat.

Întrebați fiind cînd este optimal de a instrui pacientul, 44,83±1,97% pledează pentru instruirea în cadrul vizitelor profilactice, iar 42,63±1,96% consideră că trebuie de instruit în cadrul fiecărei vizite la OMF și numai 8,78±1,12% susțin instruirea în cadrul seminarelor, prelegerilor, ”școlilor”, iar 22 pers. (3,45±0,75%) cred că este bine de a face instruirea la inițiativa pacientului ($\chi^2=16.451$, g.l.= 3, $p<0.001$).

La fel, AM de familie au fost întrebați de la ce vîrstă a pacientului este oportun de a începe instruirea? Majoritatea (337 pers. – 52,82±1,98%) susțin, că de la naștere, încă 24,29±1,69% sunt de părerea, că de la grădiniță, circa 12,70±1,32% – din școală. Aproximativ 7,37±1,04% de respondenți susțin, că aceasta trebuie de făcut doar la inițiativa pacientului, iar 2,66±0,64% (17 pers.) consideră vârsta majoratului cea mai oportună, pentru a începe instruirea pacientului în problemele de profilaxia maladiilor și promovarea modului sănătos de viață ($\chi^2=18.243$, g.l.= 4, $p<0.001$).

Frecvența, cu care se face instruirea, prezintă un interes. Cel mai mult (199 pers. – 31,19±1,83%) respondenții s-au pronunțat pentru instruirea zilnică. Aproximativ 28,37±1,79% (181 pers.) pledează pentru instruirea efectuată o dată în lună. Pentru instruirea săptămînală s-au pronunțat 16,14±1,46%; pentru instruirea trimestrială – 15,20±1,42%; pentru instruirea anuală – 4,86±0,85%; pentru instruirea semestrială – 2,98±0,67% ($\chi^2=17.287$, g.l.= 4, $p<0.001$).

Care ar fi durata de instruire (cât timp)? Peste 68,34±1,84% susțin, că pacientul trebuie instruit permanent, alții (111 pers. – 17,40±1,50%) sunt de părerea, că instruirea trebuie efectuată la anumite necesități ale pacientului???, încă 10,50±1,21% – anual, iar 3,13±0,69% - doar la inițiativa și cererea pacientului.

În ce volum trebuie de prestat populației informația pe problemele vizate? Marea majoritate 61,13±1,93% consideră, că informația trebuie să fie acceptabilă pentru pacient (pe înțelesul acestuia), adică în volum parțial, succint, clar și explicit. Iar 34,33±1,88% de respondenți sunt de părerea, că volumul informației trebuie expus deplin, echivalent cu cunoștințele lucrătorului medical. Circa 29 persoane (4,39±0,81%) nu cunosc care ar fi volumul unei informații despre profilaxia maladiilor sau promovarea sănătății.

La întrebarea ”cine trebuie să se ocupe de problemele de PM și PS?” – marea majoritate au pledat pentru lucrul de echipă (MF, a/m de familie, pedagogii, educatorii, psihologii, medicii specialiști) – 387 persoane (60,66±1,93%), încă 57,21±1,96% (365 persoane) consideră că această funcție revine MF cu echipa lui, iar 41,38±1,95% (264 persoane) – este de părerea, că

această obligațiune trebuie pusă în responsabilitatea a/m din grădinițe și școli ($\chi^2=8,596$, g.l.= 2, $p<0.05$).

Am încercat să găsim modalitatea cea mai oportună de informare și instruire a populației în problemele de PM și PS. Astfel, 315 persoane ($49,37\pm 1,98\%$) consideră modul individual de instruire cel mai bun și eficient, iar 211 persoane ($33,07\pm 1,86\%$) pledează pentru instruirea pe grupuri de interese ("Școala pacientului hipertensiv", "Școala diabetului", etc.). Încă 111 persoane ($17,40\pm 1,50\%$) consideră optimal modul de instruire în masă (prin intermediul mass-media) ($\chi^2=12,114$, g.l.= 2, $p<0.01$).

Aproximativ 344 de respondenți ($53,92\pm 1,97\%$) sunt de părerea, că cel mai potrivit loc pentru instruirea respectivă este oficiul MF, pe când $22,10\pm 1,64\%$ (141 persoane) consideră, că cel mai potrivit loc pentru aceste activități sunt sălile de conferințe. Circa 150 persoane ($23,51\pm 1,68\%$) se pronunță pentru birouri specializate, amenajate, destinate activităților de PS și PM ($\chi^2=11,625$, g.l.= 2, $p<0.01$).

După opinia asistenților medicali de familie, rolul mass-media în PS și PM are o importanță majoră – $41,38\pm 1,95\%$ sau chiar esențială – $26,18\pm 1,74\%$. De-o importanță moderată este considerat rolul mass-media în problemele de sănătate de către 136 persoane ($21,32\pm 1,62\%$), iar 57 persoane ($8,93\pm 1,13\%$) consideră că rolul acestora este minim în PS și PM, pe când 13 persoane ($2,04\pm 0,55\%$) susțin, că mass-media nu joacă nici un rol pe segmentele vizate ($\chi^2=14,261$, g.l.= 4, $p<0.01$).

Respondenții urmau să dea apreciere volumului de informații, pe care î-l promovează sursele mass-media privind: factorii de risc ce duc la îmbolnăvire, PS și PM. Marea majoritate s-au pronunțat, că informația despre problemele de sănătate în mass-media este insuficientă ($30,88\pm 1,82\%$) sau chiar foarte puțină ($25,55\pm 1,73\%$), alții – $8,15\pm 1,09\%$ – consideră, că din contra, se plasează multă publicitate a băuturilor alcoolice, publicitatea fumatului, a relațiilor sexuale (în special, promovată de actorii din filme artistice), la fel, multă informație de promovare a violenței și amoralității ($4,08\pm 0,79\%$) și doar $30,88\pm 1,82\%$ din respondenți susțin, că informația surselor mass-media privind problemele de sănătate este în volum suficient ($\chi^2=11,152$, g.l.= 4, $p<0.01$).

Asistenții medicali de familie au adus exemple (din experiența lor profesională) cum au influențat emisiunile televizate, radio și presa (vizând problemele de sănătate), atitudinea populației față de vaccinare și modificarea stilului de viață.

În ce privește vaccinarea $42,01\pm 1,95\%$ de respondenți remarcă, că a scăzut cota persoanelor vaccinate, $34,48\pm 1,88\%$ constată refuzuri sporite ale populației de vaccinare, încă

17,08±1,49% de AM își exprimă opinia, că populația nu a fost influențată în nici o formă, iar 20,38±1,59% consideră că a crescut cota persoanelor vaccinate ($\chi^2=15,712$, g.l.= , $p<0.01$).

Modificarea stilului de viață (Figura 3.10) a fost influențată, în cea mai mare parte, nu spre pozitiv: AM de familie consideră că oamenii au devenit mai agresivi, irascibili și violenți (47,02±1,98%), a crescut numărul fumătorilor, alcoolicii și narcomanilor (39,66±1,94%), dar, totodată, remarcă sporirea numărului persoanelor care se alimentează corect și practică sportul (26,49±1,75%), iar circa 9,40±1,16% consideră, că populația a devenit mai receptivă, mai bună, oamenii mai mărinimoși și mai indulgenți.

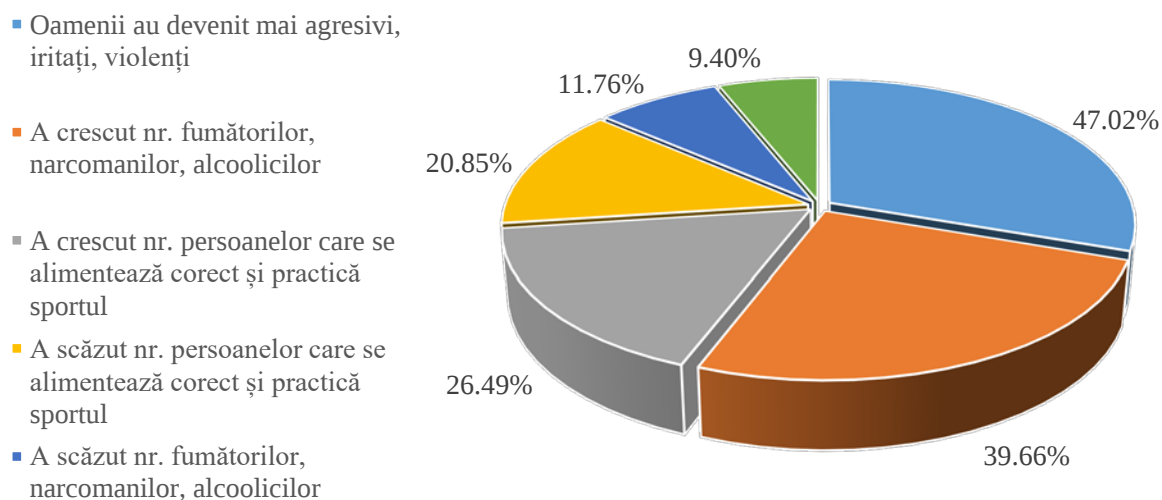


Fig.3.10. Ponderea populației, care și-a schimbat stilul de viață, %

Lucrătorii medicali constată (din experiența lor personală), că populația are tendințe de modificare a stilului de viață, în urma instruirilor privind factorii de risc comportamentali. Astfel, AM de familie au indicat, că aproximativ 1797 (18,55±0,39%) persoane au lepădat fumatul, 1620 (16,73±0,37%) persoane nu consumă alcool, 1608 (16,60±0,37%) persoane au slăbit (fiind obezi), circa 3719 (38,39±0,49%) – au tratat hipertensiunea arterială sau o mențin în limitele normei, iar 941 (9,72±0,30%) persoane, utilizatori de droguri, nu mai consumă droguri – total 9685 persoane, care și-au schimbat comportamentul.

AM de familie au fost întrebați, implicarea căror structuri statale consideră ei oportună, pentru promovarea modului sănătos de viață? Peste 81,19±1,55% (518 persoane) se pronunță pentru implicarea Ministerului Educației, încă 62,23±1,92% cred că este bine de a implica Ministerul Munci, Protecției Sociale și Familiei, 51,25±1,98% de respondenți consideră oportună implicarea Ministerului Tineret și Sport, celelalte ministere acumulând aproximativ același număr de voturi și doar 6,90±1,00% de respondenți (44 persoane) sunt de părerea, că implicarea

tuturor structurilor statale (enumerate în răspunsurile noastre) sunt oportune și pot aduce în comun rezultatul scontat ($\chi^2=115,486$, g.l.= 3, $p<0.01$).

În viziunea asistenților medicali cele mai răspândite probleme sociale, care determină stilul de viață a populației Republicii Moldova, sunt sărăcia ($91,8\pm 1,09\%$), șomajul ($79,15\pm 1,60\%$) și migrația ($77,90\pm 1,64$), dar au fost specificate și problemele legate de instabilitatea politică, economică, divorțurile și abandonul copiilor, infrastructura nedevelopată în mediul rural, diferențele mari între sate și orașe. Iar $3,61\pm 0,74\%$ din lucrătorii medicali sunt de părerea, că toate problemele enumerate au influență asupra stilului de viață al moldovenilor, inclusiv tradițiile și obiceiurile naționale ($14,89\pm 1,41\%$) ($\chi^2=19,116$, g.l.= 4, $p<0.001$).

Ca și medicii de familie, asistenții medicali au fost rugați să enumere câteva acte normative, cele mai relevante, care reflectă problemele de profilaxie a maladiilor și de promovare a sănătății. Din totalul de respondenți (638 persoane) doar 294 persoane ($46,08\pm 1,97\%$) au indicat: Programul Național de Imunizări și ordinul MS nr.400 din 23.X.2008 "Cu privire la optimizarea activităților de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015" – alte acte normative n-au fost elucidate în răspunsuri.

Aproximativ $60,97\pm 1,93\%$ din lucrătorii medicali susțin, că au pregătire (reciclare, specializare, instruire) în problemele de promovare a modului sănătos de viață și a profilaxiei maladiilor, ceilalți ($36,21\pm 1,90\%$) nu au nici o pregătire pe segmentul respectiv.

Respondenții urmau să enumere trei activități de bază ale asistenței medicale primare în domeniul PS și PM. Doar $56,43\pm 1,96\%$ din respondenți au dat răspunsuri, marea majoritate cu referire la: vaccinare, convorbiri individuale cu pacienții, "Școala pacientului" și nimeni nu s-a referit la acele activități, care de fapt, constituie partea principală a activității MF – tratamentul și reabilitarea pacienților cronici, supravegherea copiilor și gravidelor, monitorizarea dinamică a pacienților cronici, controlul profilactic al populației și al grupelor de risc sporit de îmbolnăvire, etc. Ceilalți, peste $43,57\pm 1,96\%$ n-au dat nici un răspuns ($t=4,6323$, $p<0.001$).

AM de familie au estimat activitatea medicală lunară (cota procentuală a fiecărui serviciu medical din agenda lor de lucru), pe care o desfășoară în sectorul deservit.

Astfel, peste $12,47\pm 1,31\%$ din timpul de lucru este dedicat consultațiilor medicale populației pe motiv de boală, câte aproximativ 10 la sută se cheltuie pentru monitorizarea pacienților cu boli cronice, planificarea familiei, supravegherea gravidelor, a copiilor de vîrstă fragedă (0 – 5 ani), imunoprofilaxie, ceva mai mult ($11,10\pm 1,24\%$) din timpul de activitate medicală se reenervează pentru controlul profilactic și oncoprofilactic al populației. Pentru școlarizarea populației în problemele de sănătate se cheltuie doar $6,49\pm 0,98\%$ din activitatea lunară medicală. Pentru depistarea activă a grupelor de risc sporit de îmbolnăvire, a formelor

precoce de boală se atribuie $7,45 \pm 1,04\%$ din timp, pentru îndeplinirea activităților medico-sociale – $4,82 \pm 0,85\%$ și pentru alte servicii (eliberarea certificatelor, etc), îndeplinite de către lucrătorii medicali – $1,97 \pm 0,55\%$ ($\chi^2=8.196$, g.l.= 4, $p>0.05$).

Astfel, peste $12,47 \pm 1,31\%$ din timpul de lucru este dedicat consultațiilor medicale populației pe motiv de boală, câte aproximativ 10 la sută se cheltuie pentru monitorizarea pacienților cu boli cronice, planificarea familiei, supravegherea gravidelor, a copiilor de vîrstă fragedă (0 – 5 ani), imunoprofilaxie, ceva mai mult ($11,10 \pm 1,24\%$) din timpul de activitate medicală se reenervează pentru controlul profilactic și oncoprofilactic al populației. Pentru școlarizarea populației în problemele de sănătate se cheltuie doar $6,49 \pm 0,98\%$ din activitatea lunară medicală. Pentru depistarea activă a grupelor de risc sporit de îmbolnăvire, a formelor precoce de boală se atribuie $7,45 \pm 1,04\%$ din timp, pentru îndeplinirea activităților medico-sociale – $4,82 \pm 0,85\%$ și pentru alte servicii (eliberarea certificatelor, etc), îndeplinite de către lucrătorii medicali – $1,97 \pm 0,55\%$ ($\chi^2=8.196$, g.l.= 4, $p>0.05$).

Pe de altă parte, sunt scoase în evidență așa probleme ca: lipsa spațiului ($5,49 \pm 0,90\%$), probleme de comunicare, pe care le confruntă lucrătorii medicali ($6,58 \pm 0,98\%$) și care favorizează incompatibilitatea în relația pacient – medic/asistent medical ($5,80 \pm 0,93\%$), insuficiența cunoștințelor în domeniul respectiv ($4,39 \pm 0,81\%$), dar și prezența opiniilor contradictorii asupra anumitor probleme de sănătate, care duc la reticența populației, dar și a lucrătorilor medicali, în anumite situații ($11,76 \pm 1,28\%$). Aproximativ $17,24 \pm 1,49\%$ din asistenții medicali indică problema suportului insuficient (sau chiar lipsa acestuia) din partea autorităților Administrației publice locale, a administrației instituției medicale, a instituțiilor educaționale, a asistenților sociali, etc.) ($\chi^2=4.153$, g.l.= 4, $p>0.05$).

3.3 Cunoștințe, abilități și aptitudini igienice ale populației în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor

În cercetarea științifică curentă, conform formulei clasice a studiilor descriptive de determinare a eșantioanelor, s-au determinat și au fost chestionați total 1066 persoane (pacienți) din trei zone ale republicii: Nord – 517 persoane ($48,5 \pm 1,53\%$), Centru – 235 persoane ($22,05 \pm 1,26\%$) și Sud – 314 persoane ($29,46 \pm 1,39\%$).

După mediul de reședință $67,73 \pm 1,43\%$ constituie populația urbană și $32,27 \pm 1,43\%$ din respondenți sunt din mediul rural ($t=17,4771$, $p=0,001$).

Vârsta medie a respondenților din populația generală constituie $43,9 \pm 1.65$ ani.

Conform criteriului de gender în studiu au fost incluși $31,43 \pm 1,42\%$ bărbați și $68,57 \pm 1,42\%$ femei ($t=18,5079$, $p<0,001$).

După nivelul de studii marea majoritate o constituie populația cu studii medii de specialitate ($38,46 \pm 1,49\%$) și cu studii superioare ($22,42 \pm 1,28\%$). Studii primare au $7,04 \pm 0,78\%$ din respondenți, iar studii postuniversitare (masterat, doctorat) dețin $1,03 \pm 0,31\%$ din persoanele chestionate ($\chi^2=7,6$; $gl=2$; $p<0,05$).

Conform statutului social marea majoritate ($62,85 \pm 1,48\%$) sunt angajați în câmpul muncii și circa $16,32 \pm 1,13\%$ nu lucrează. Încă $11,35 \pm 0,97$ sunt pensionari, iar cota invalizilor și studenților luați în cercetare constituie, respectiv, $4,88 \pm 0,66\%$ și $4,32 \pm 0,62\%$.

Aproximativ $73,55 \pm 1,35\%$ ($I\hat{I}_{95}$: 70,90-76,20), din respondenți sunt căsătoriți. Cota persoanelor singure (necăsătoriți, divorțați, văduvi(e)) constituie $24,5 \pm 1,32\%$ ($I\hat{I}_{95}$: 21,91-27,09), în concubinaj trăiesc $1,59 \pm 0,38\%$ din populație.

La întrebarea dacă lucrează în prezent $64,07 \pm 1,47\%$ din persoane au răspuns afirmativ și $35,93 \pm 1,47\%$ au indicat că nu dețin în prezent un post de lucru ($t=13,548$; $p<0,001$).

Fiind rugați să dea apreciere caracterului muncii îndeplinite, $34,62 \pm 1,46\%$ au indicat caracterul intelectual, $12,85 \pm 1,02\%$ lucrează fizic și $18,29 \pm 1,18\%$ îndeplinesc o muncă mixtă.

Respondenții urmau să indice factorii nocivi de muncă, dacă aceștia există la locul de muncă. Astfel, doar $42,21 \pm 1,51\%$ ($I\hat{I}_{95}$: 39,25-45,17), din persoanele chestionate n-au indicat factori nocivi, iar marea majoritate a populației se confruntă cu diferiți factori nocivi: climaterici (suprarăcire, supraîncălzire), fizici, chimici, vibrație, radiație ș.a.

Persoanele neangajate în câmpul muncii au fost rugați să indice cauza. Respectiv, $10,69 \pm 0,95\%$ ($I\hat{I}_{95}$: 8,83-12,55), nu-și pot găsi un loc de muncă, încă $7,88 \pm 0,83\%$ nu lucrează pe motiv de incapacitate de muncă (invaliditate), iar $13,41 \pm 1,04\%$ din diferite alte cauze ($t=4,1327$, $p<0,001$).

La ora actuală, Republica Moldova este una dintre țările lumii cele mai afectate de emigrarea cetățenilor săi peste hotare în scop de muncă, fie sezonieră, fie pe termen mai lung. Efectele migrației sunt pe larg discutate și studiate, în încercarea de a prognoza impactul acestora și a încerca evitarea celor mai acute derivate ale procesului emigrărilor în masă asupra dimensiunii social-economice a țării.

Migrația își lasă amprente asupra unui număr mare de procese de natură social-demografică, vizând aspecte ca: forța de muncă, familia, soarta copiilor de migrați, dar și aspecte de ordin economic-financiar – impactul remitențelor, adică al mijloacelor financiare câștigate de migrați și expediate către Moldova, asupra diverselor aspecte ale vieții acestor oameni și ale celor rămași acasă. Pe de altă parte, bugetul auster al familiilor de moldoveni, condițiile de trai, de muncă, necesitățile cotidiene, relațiile sociale în comunitate – toate sunt determinate de corelația dintre starea sănătății și situația social-economică a individului.

Impactul acestor procese asupra tarii este unul imens, multidimensional și de durată, cuprinzând toate sferele vieții socio-economice, culturale și politice.

Ne-am propus ca scop de a studia mai profund această corelație și, în special, conexiunea între activitatea individului în condiții social-economice noi și sănătate.

Sursele venitului familiei respondenților este relatat în Tabelul 3.5.

Luând în considerație că munca peste hotarele tarii este un fenomen obișnuit pentru cetățenii Republicii Moldova, $19,04 \pm 1,20\%$ ($\hat{I}_{95}: 16.69-21.39$) din persoanele chestionate au indicat că au muncit peste hotare. Circa $10,32 \pm 0,93\%$ au muncit o perioadă de până la trei ani, $6,29 \pm 0,74\%$ s-au aflat peste hotarele tarii timp de 3-5 ani, iar $3,00 \pm 0,52\%$ au muncit mai mult de 5 ani în diferite țări.

Tabelul 3.5. Caracteristica diferitor surse de venit familiei ale respondenților, %

Nr. d/o	Variante de răspuns	Variante suplimentare de răspuns	P $\pm$ ES (%)	$\hat{I}_{95}$
1.	Salariu		$62,95 \pm 1,48$	60.05-645.85
2.	Venit suplimentar din:	Chiria spațiului locativ	$2,25 \pm 0,45$	1.37-3.13
		Lotul de pământ	$4,78 \pm 0,65$	3.51-6.05
		Grădină, livadă	$11,44 \pm 0,97$	9.54-13.34
		Crește animale, păsări	$10,69 \pm 0,95$	8.83-12.55
		Business individual	$5,07 \pm 0,67$	3.76-6.38
		Ajutorul: părinților, copiilor, ș.a.	$14,07 \pm 1,06$	11.99-16.15
3.	Indemnizație de invalid		$5,91 \pm 0,72$	4.50-7.32
4.	N-au venituri suplimentare		$23,83 \pm 1,30$	21.28-26.38
5.	Nici un venit		$4,60 \pm 0,64$	3.35-5.85

Întrebați fiind dacă venitul familiei acoperă cheltuielile pentru necesitățile cotidiene (alimentație, îmbrăcăminte, încălțăminte, servicii comunale ș.a.) doar $20,83 \pm 1,24\%$ au răspuns afirmativ, iar marea majoritate ($79,17 \pm 1,24\%$) se confruntă cu probleme serioase financiare. Astfel, $51,03 \pm 1,53\%$ ($\hat{I}_{95}: 48.04-54.02$), din populație este nevoită să economisească în permanentă, iar $23,83 \pm 1,30\%$ recunosc că trăiesc în sărăcie și doar $20,45 \pm 1,24\%$ apreciază starea materială a familiei ca satisfăcătoare, iar $4,22 \pm 0,62\%$ din populație nu se confruntă cu dificultăți materiale ($\chi^2=8,2$; gl=2; $p<0,05$).

Problemele de sănătate, cu care se confruntă populația, evident, că necesită careva cheltuieli din bugetul familiei. Respectiv, doar $25,42 \pm 1,33\%$ din respondenți au indicat, că cheltuielile medii lunare pentru serviciile medicale și medicamente constituie o sumă până la 100

lei. Circa $36,96 \pm 1,48\%$ din populație cheltuie lunar câte 150-300 lei și încă $36,96 \pm 1,48\%$ din populație au cheltuieli ce depășesc suma de 300 lei lunar pentru medicamente.

Deseori, starea de sănătate este determinată și de condițiile locative ale persoanelor bolnave. Astfel, în cercetarea noastră marea majoritate a populației ($78,61 \pm 1,26\%$) locuiesc în case sau apartamente proprii, separat de copii/părinți, circa $12,29 \pm 1,01\%$ dețin o parte de casă (locuiesc împreună cu părinții/copiii), aproximativ $7,22 \pm 0,79\%$ locuiesc la cămin, iar $1,31 \pm 0,35\%$ închiriază spațiu locativ.

Din totalul respondenților doar $47,09 \pm 1,53\%$ susțin că spațiul locativ este asigurat cu toate condițiile (gaz, apă, canalizare, încălzire), încă $42,50 \pm 1,51\%$ indică condiții parțiale ale locuinței, iar $9,85 \pm 0,91\%$ – fără condiții optime de trai ($\chi^2=12.4$; $gl=2$; $p<0,01$).

Persoanele din studiul de cercetare au fost rugați să enumere factorii, care, în viziunea lor, influențează situația social-economică a familiei. Peste $54,78 \pm 1,52\%$ au indicat salariul mic în coraport cu prețurile mari la toate serviciile și produsele, pensii mici ($19,61 \pm 1,22\%$), incapacitatea temporară de muncă și invaliditatea ($13,13 \pm 1,03\%$), lipsa unui loc de muncă ($10,51 \pm 0,94\%$) ($\chi^2=111.5$; $gl=3$; $p<0,01$) ș.a.

La întrebarea cum influențează situația actuală social-economică asupra stării psihice și morale personale $35,08 \pm 1,46\%$ au recunoscut că au devenit mai nervoși și irascibili, $30,49 \pm 1,41\%$ au frică de viitor, iar $15,38 \pm 1,10\%$ au ajuns în stare de disperare. Doar $5,25 \pm 0,68\%$ din populație indică că situația social-economică nu influențează starea psiho-emoțională a individului, iar $12,85 \pm 1,02\%$ din populație, în pofida tuturor obstacolelor și provocărilor, rămân a fi optimiști.

Starea de bine și armonie a omului depinde de valorile și aspirațiile individului. În cercetarea noastră s-au estimat 12 valori ale vieții – sănătatea, asigurarea materială, familia, studiile, serviciul (cariera), dragostea, prietenia, frumusețea, educația, cultura, distracțiile (hobby), respectul și buna înțelegere în familie – care urmau a fi apreciate de către respondenți cu un punctaj de la 10 la 1, conform prioritizării personale, în ordinea descrescândă. Estimând valorile medii obținute, tabloul final arată după cum urmează în Figura 3.11.

Deși sănătatea nu este cea mai mare valoare a omului, (reieșind din rezultate) oricum, este printre primele cele mai apreciate valori, de rând cu familia (care deține primul loc), asigurarea materială, studiile, respectul și buna înțelegere în familie, urmate de celelalte valori specificate.

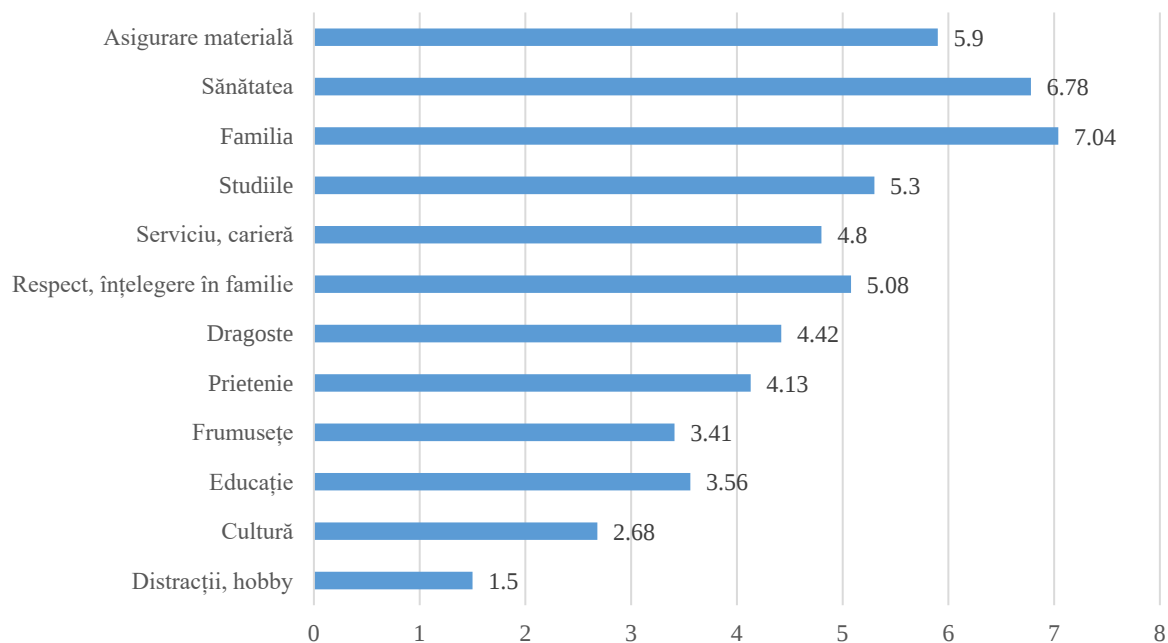


Fig.3.11. Frecvența valorilor vieții ale respondenților (puncte).

Însă, în dependență de vârsta respondentului și prioritizarea acestor valori, tabloul este diferit, fiind apreciate diferit în diferite categorii de vîrstă (Tabelul 3.6). Toată populația supusă cercetării s-a împărțit în cinci categorii de vîrstă: 18 – 25 ani; 26 – 35 ani; 36 – 45 ani; 46 – 60 ani; 61 ani și mai mult.

Tabelul 3.6. Valorile vieții ale respondenților în funcție de vîrstă, (puncte)

Nr. d/o	Valorile vieții	Categoriile de vîrstă				
		18–25 ani	26–35 ani	36–45 ani	46–60 ani	61 ani ≥
1.	asigurarea materială	6,15	6,24	5,81	5,80	5,30
2.	sănătatea	6,99	6,91	6,82	6,70	6,08
3.	familia	7,07	7,19	6,88	6,99	6,75
4.	studiile	5,37	5,12	5,82	5,29	4,38
5.	serviciul, cariera	4,65	4,98	4,84	4,92	4,16
6.	respectul, buna înțelegere în familie	4,65	4,91	4,93	5,33	4,91
7.	dragostea	3,98	4,31	4,76	4,30	4,40
8.	prietenia	3,72	4,09	4,14	4,29	3,79
9.	frumusețea	3,60	3,29	3,18	3,49	3,26
10.	educația	3,10	3,43	3,36	3,85	3,52
11.	cultura	2,22	2,57	2,78	2,60	3,16
12.	distracțiile, hobby	2,22	1,41	1,53	1,34	1,25

Respectiv, valorile care dețin locurile de frunte în lista priorităților (sănătatea, familia, asigurarea materială) sunt caracteristice vârstei tinere (18 – 35 ani), iar odată cu înaintarea în vîrstă se prețuiesc relațiile în familie, dragostea, prietenia, se apreciază educația și cultura, diminuează atracția spre distracții.

Fiind întrebați, însă, care probleme stringente î-i preocupă la moment, peste $67,54 \pm 1,43\%$ din respondenți au indicat problemele de sănătate și $43,81 \pm 1,52\%$ – probleme ce țin de asigurarea materială precară. Circa $11,26 \pm 0,97\%$ relatează relații tensionate în familie sau la serviciu, iar $10,41 \pm 0,94\%$ sunt preocupați de singurătate și doar $0,56 \pm 0,23\%$ din populație indică alte probleme, cu care se confruntă, inclusiv probleme de dragoste, prietenie, legate de studii ș.a.

Organizația Mondială a Sănătății prognozează pentru perioada anilor 2012 – 2020 creșterea numărului total de decese din cauza maladiilor cronice netransmisibile cu 15%, majoritatea acestora afectând țările cu venit mic și mediu pe cap de locuitor.

Preponderent, afecțiunile netransmisibile se corelează cu anumiți factori de risc comportamentali la nivelul populației. Astfel, afecțiunile cardiovasculare pot fi induse la vârste mai tinere sau agravate considerabil de fumat, regim alimentar bogat în grăsimi, sedentarism, obezitate. Anumite boli maligne recunosc importanți factori de risc asociați, de exemplu, fumatul (în cazul cancerului bronho-pulmonar) sau relațiile sexuale neprotejate cu un număr mai mare de parteneri sexuali, (în cazul cancerului de col uterin).

Simpla prezență sau nu a acestor factori de risc poate realiza diferențe individuale și statistice mai mult decât semnificative. De exemplu, Organizația Mondială a Sănătății estima în a.1999 că numai fumatul singur, neasociat cu alți factori de risc, este responsabil pentru aproximativ 62 de milioane de decese la nivel mondial, între anii 1950 și 2000, determinând, la sfârșitul secolului al XX-lea, 4 milioane de decese anual. Luând în considerare rata în creștere a fumatului, OMS estimează în prezent că, în primii 25 de ani ai secolului al XXI-lea, fumatul va ucide aproximativ 150 milioane de oameni, jumătate dintre aceștia avînd vârste cuprinse între 35 și 69 de ani, cu o pierdere medie de 20-25 de ani de viață. [28, 29, 72, 73, 91, 92, 147]

Conștientizarea de către populație a tuturor aspectelor preventive și a importanței comportamentului propriu în declanșarea sau nu, a anumitor afecțiuni, determinarea cunoștințelor populației despre principalii factori comportamentali de risc, care au impact asupra sănătății omului este un obiectiv trasat al cercetării.

Pentru aprecierea adresabilității după ajutor medical, am determinat cât de des apelează populația la medicul de familie. Marea majoritate ($48,41 \pm 1,53\%$) se adresează, cel puțin, o dată în șase luni, $32,36 \pm 1,43\%$ apelează lunar medicul de familie, circa $9,10 \pm 0,88\%$ necesită

consultații săptămânale ale medicului, iar $9,38 \pm 0,89\%$ – foarte rar solicită consultația specialistului ($\chi^2=14.2$; $gl=3$; $p<0,01$).

Cauza celor mai frecvente adresări la medicul de familie în $58,91 \pm 1,51\%$ este pe motiv de boală acută sau acutizarea bolilor cronice. Adresabilitatea la medic cu scop profilactic constituie $24,95 \pm 1,33\%$, încă $7,22 \pm 0,79\%$ din populație apelează specialistul pentru vaccinare, cota căroră aproximativ coincide cu cota persoanelor, care frecventează instituția medicală la invitația lucrătorului medical (MF/a/m de familie) – $8,16 \pm 0,83\%$ ($\chi^2=18.1$; $gl=3$; $p<0,001$).

Întrebați fiind dacă preferă cât mai rar să apeleze la serviciile medicului de familie, $42,03 \pm 1,51\%$ au recunoscut că apelează doar la necesitate (acutizarea maladiilor cronice, febră, traume, intoxicații). În caz de răceală, contuzii ale țesuturilor moi – situații când ”nu este vorba despre ceva grav” – $25,61 \pm 1,34\%$ preferă să nu facă consultații la medic, pe motiv că ”se isprăvesc de sine stătător”. Circa $23,64 \pm 1,30\%$ de populație apelează la serviciile medicului de familie ori de câte ori este nevoie și doar $7,60 \pm 0,81\%$ dau prioritate, în exclusivitate, asistenței medicale calificate celei de sine stătătoare.

Respondenților li s-au oferit mai multe opțiuni de a răspunde, care din aspectele modului sănătos de viață prezintă un interes sporit, pentru a cunoaște mai multe dimensiuni. (Tabelul 3.7).

Tabelul 3.7. Interesul populației vizând aspectele modului sănătos de viață, %

Nr. d/o	Aspectele modului sănătos de viață	P $\pm$ ES (%)	Î $_{95}$
1.	Profilaxia alcoolismului	$34,05 \pm 1,45$	31.21-36.89
2.	Profilaxia fumatului	$32,27 \pm 1,43$	29.47-35.07
3.	Profilaxia narcomaniei	$21,95 \pm 1,27$	19.46-24.44
4.	Profilaxia BST și HIV/SIDA	$28,80 \pm 1,39$	26.08-30.92
5.	Alimentația rațională	$64,82 \pm 1,46$	61.96-67.68
6.	Educația fizică și sportul	$26,55 \pm 1,35$	23.90-29.20
7.	Igiena personală	$28,61 \pm 1,38$	25.91-31.31
8.	Relațiile interpersonale în colectiv, familie	$37,34 \pm 1,48$	34.44-40.24
9.	Profilaxia stresului	$39,68 \pm 1,49$	36.76-42.60

Peste 64 la sută din populație sunt interesați de aspectele alimentației raționale, aproape $40.0 \pm 1.50\%$ (Î $_{95}$:37.06-41.50) sunt preocupați de managementul stresului, problemele legate de relațiile persoanei cu familia și în colectiv, de rând cu aspectele profilaxiei alcoolismului și tabagismului – sunt subiecte, pe care populația vrea să cunoască mai mult. Subiectele ce țin de igiena personală și de profilaxia maladiilor cu transmitere sexuală, la fel, prezintă un interes sporit de comunicare.

Fiind întrebați care factori, în opinia personală, le-au influențat direct starea sănătății, peste 68,39±1,42% au indicat stresul și surmenajul cronic, 17,64±1,17% consideră că fumatul este cauza principală a stării morbide, încă 14,26±1,07% sunt de părerea, că sedentarismul le-a determinat starea sănătății. Violența în familie și la serviciu afectează 8,16±0,84% din populație, iar drogurile, respectiv 7,22±0,79%, nerespectarea măsurilor de igienă personală a influențat sănătatea a circa 3,85±0,59% de populație și în 2,35±0,46% cazuri sănătatea este influențată de alți factori ($\chi^2=23.1$; gl=6; $p<0,001$).

Problemele de sănătate, caracteristice la moment populației incluse în studiu, este redată în Figura 3.12. Cele mai răspândite sunt hipertensiunea arterială (35,55±1,47%), durerile articulare (30,02±1,40%), bolile tractului digestiv (inclusiv colecistite, pancreatite, hepatite) – 26,83±1,36%, urmate de bolile sistemului nervos (21,86±1,27%) și maladiile cardiovasculare (21,39±1,26%). Obezitatea afectează 12,20±1,00% din respondenți, iar depresia – 11,54±0,98% persoane. Dependența de alcool recunosc circa 0,47±0,21% din persoanele chestionate, dependența de tabagism – 1,41±0,36% și dependența de droguri – 0,9±0,09%.

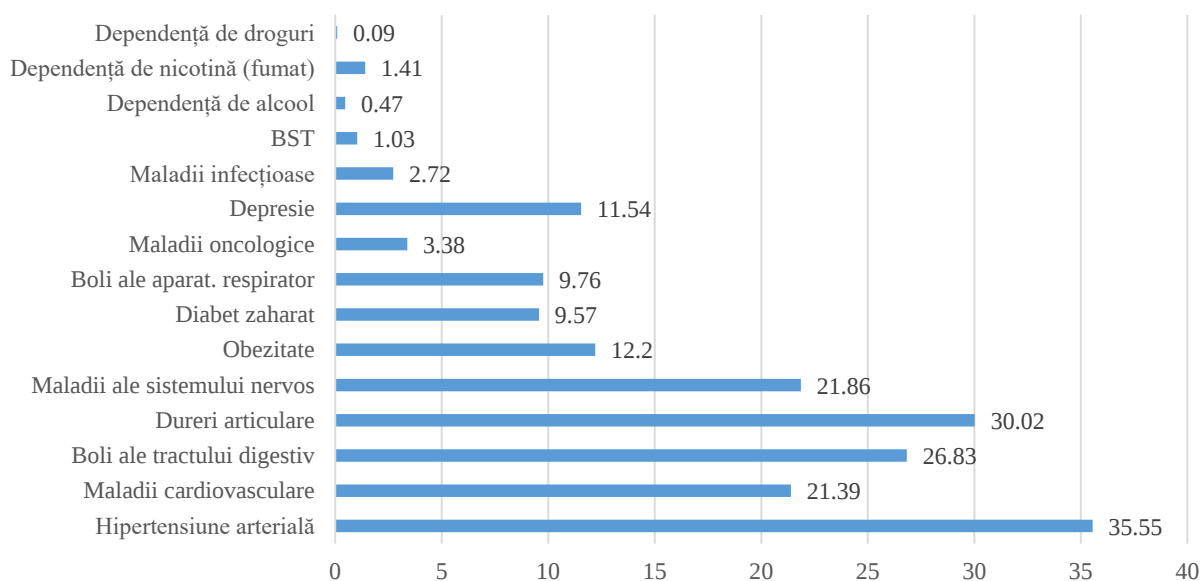


Fig.3.12. Frecvența problemelor de sănătate ale respondenților,%.

Când vorbim despre sănătate, înțelegem, de fapt, servicii de sănătate. Cealaltă față a monedei sănătate – prevenirea – se situează pe la sfârșitul listei în majoritatea agendelor. În general, sănătatea nu este prețuită până în momentul în care este afectată și apare o boală. Traversăm o perioadă în care ne confruntăm cu creșterea costurilor serviciilor medicale și creșterea impactului bolilor asupra întregii populații a țării. Deși sloganul „este mai ieftin să previi decât să tratezi” poate părea demodat, noi credem că este mai adevărat decât oricând. Astfel, ne-am propus să studiem ce cunoștințe are populația privind măsurile eficiente de

profilaxie a maladiilor. Respectiv, $63,98 \pm 1,47\%$ consideră că controlul profilactic medical este o măsură efectivă de prevenire a bolilor, $37,90 \pm 1,49\%$ indică vaccinarea ca măsură de prevenție, pentru consultații individuale la medicul de familie pledează $36,87 \pm 1,47\%$ de respondenți, încă $25,98 \pm 1,34\%$ se pronunță pentru campaniile de informare, iar $10,41 \pm 0,94\%$ din respondenți consideră toate metodele enumerate eficiente pentru prevenirea îmbolnăvirilor ($\chi^2=19.6$; $gl=4$; $p<0,001$).

Respondenții urmau să dea răspuns la întrebarea: ”În viziunea personală, alcoolismul, narcomania și tabagismul sunt probleme de sănătate?”. Astfel, circa $80,77 \pm 1,21\%$ s-au pronunțat pentru această abordare, $9,38 \pm 0,89\%$ persoane recunosc că nu cunosc, iar $8,63 \pm 0,86\%$ afirmă, că alcoolismul, tabagismul și narcomania nu pot fi recunoscute ca probleme de sănătate.

Aproximativ $16,04 \pm 1,12\%$ din respondenți consideră că drogurile dezvoltă dependența psihologică, iar $18,01 \pm 1,18\%$ este de părere, că drogurile dezvoltă dependența fizică, $31,99 \pm 1,43\%$ nu știu care sunt consecințele administrării drogurilor și doar $33,96 \pm 1,45\%$ vorbesc despre dependența psihologică și fizică, ca urmare a consumului de droguri ($\chi^2=7.91$; $gl=3$; $p<0,05$).

Populația a fost întrebată care sunt consecințele, bolile care se pot dezvolta în urma consumului de alcool, care sunt consecințele fumatului. Respectiv, $75,33 \pm 1,32\%$ știu, că în urma consumului abuziv de alcool se dezvoltă alcoolismul. Încă $53,66 \pm 1,52\%$ indică dezvoltarea hipertensiunii arteriale, $51,50 \pm 1,53\%$ – probabilitatea infarctului miocardic, $37,34 \pm 1,48\%$ indică apariția bolilor oncologice, $34,05 \pm 1,45\%$ - dezvoltarea encefalopatiilor, $23,64 \pm 1,30\%$ - apariția diabetului zaharat. De menționat, că circa $3,10 \pm 0,53$ din populație nu cunosc complicațiile consumului nociv de alcool și a tabagismului, precum și consecințele acestora și doar $11,73 \pm 0,99$ din respondenți au bifat (ca răspunsuri corecte) toate variantele de răspuns.

Regretabil este faptul, că mai mult de $65,20 \pm 1,46\%$ consideră că alcoolul și nicotina sunt narcotice, iar peste $9,47 \pm 0,89\%$ nu cunosc dacă cele din urmă pot fi considerate narcotice și doar $24,58 \pm 1,32\%$ de populație știu ferm că nici alcoolul, nici nicotina nu sunt substanțe stupefiante.

Aproximativ $26,45 \pm 1,35\%$ din respondenți sunt de părerea, că alcoolismul și narcomania nu sunt altceva decât deprinderi sau stil de viață ($5,07 \pm 0,67\%$). Circa $67,64 \pm 1,43\%$ ($\hat{I}I_{95}:64.84-70.44$) din populația chestionată afirmă, că alcoolismul și narcomania sunt boli, care consideră ei, pot fi tratate în $71,67 \pm 1,38\%$ ($\hat{I}I_{95}:68.97-74.37$) cazuri, alte $13,88 \pm 1,06\%$ nu cunosc dacă aceste maladii se tratează, iar $13,23 \pm 1,04\%$ susțin că alcoolismul și dependența de tabagism nu pot fi tratate.

Fiind rugați să enumere ce boli cu transmitere sexuală cunosc, este clar, că cea mai răspândită boală, pe care o cunoaște populația este sifilisul ($87,99 \pm 0,99\%$), urmată de gonoree –

73,64±1,35%, încă 54,97±1,52% de respondenți au indicat tricomonaza, hlamidioza este cunoscută de 29,17±1,39% populație, iar micoplazmoza și de mai puțini – 23,26±1,29% populație ($\chi^2=17.26$; $gl=4$; $p<0,01$). Doar 7,79±0,82% (Î₉₅:6.18-9.40) de respondenți mai indică cunoașterea și a altor maladii sexual-transmisibile.

Este bine cunoscut, că sexul ocazional este urmat de multe riscuri. Experții au descoperit că persoanele, care fac sex cu persoane pe care le cunosc de mai puțin de o săptămână, au niveluri mai crescute de anxietate generală, anxietate socială și depresie. În afara riscului emoțional, însă există și alte riscuri, precum sarcini nedorite, boli cu transmitere sexuală, agresiune verbală și psihică. În acest context, am vrut să cunoaștem și părerile persoanelor incluse în cercetarea noastră – care ar fi riscurile pentru sănătate a unei relații sexuale ocazionale? Circa 57,32±1,51% sunt de părere, că orice relație sexuală ocazională este riscantă pentru sănătate, iar 34,43±1,46% nu recunosc relația ocazională ca risc pentru sănătate, în caz dacă este vorba de sex protejat. Peste 6,75±0,77% din respondenți nu cunosc și nu se pot pronunța pro sau contra relațiilor sexuale ocazionale.

La întrebarea cum, când, prin ce căi, se pot contracta BST – 76,36±1,30% au indicat contactul sexual neprotejat, iar 58,26±1,51% din populația chestionată au indicat transfuziile de sânge ca sursă de infectare a BST! Circa 28,33±1,38% susțin, că utilizarea comună a obiectelor de igienă duce la contractarea BST, încă 12,85±1,02% consideră periculos scăldatul în bazine și lacuri ($\chi^2=15.36$; $gl=3$; $p<0,01$).

Ca metode de profilaxie a maladiilor cu transmitere sexuală, 26,83±1,36% din respondenți au indicat absența/abstinența relațiilor sexuale!, iar 11,07±0,96% pledează pentru spălături vaginale, încă 13,41±1,04% consideră că administrarea contraceptivelor orale, inclusiv introducerea steriletelor intrauterine pot servi ca metode de profilaxie a BST ($\chi^2=6.41$; $gl=2$; $p<0,05$). Totuși, 79,27±1,26% (Î₉₅:76.56-82.41) de populație știu, că folosirea prezervativului este o metodă eficientă de profilaxie a maladiilor cu transmitere sexuală.

Tabloul cunoștințelor populației privind căile de transmitere a infecției HIV/SIDA este redat în Figura 3.13. De remarcat, că peste 4,78±0,65% consideră că infecția HIV se transmite prin aer și încă 4,13±0,61% – la strângerea mâinii, iar circa 9,57±0,90% de respondenți sunt convinși că HIV/SIDA se transmite prin înțepăturile de țânțari!

Întrebați fiind dacă părinții HIV-pozitivi pot da naștere unui copil sănătos, părerile s-au împărțit practic 50/50: circa 54,94±1,52% au răspuns afirmativ, iar, respectiv 22,98±1,29% consideră imposibil acest lucru sau 20,64±1,24% nu știu dacă copilul unui cuplu cu infecția HIV se poate naște sănătos. De aici concluzia, că practic jumătate din respondenți nu cunosc despre

efectul tratamentului profilactic antiretroviral și măsurile de prevenire a transmiterii infecției HIV de la mamă la făt (Figura 3.13).

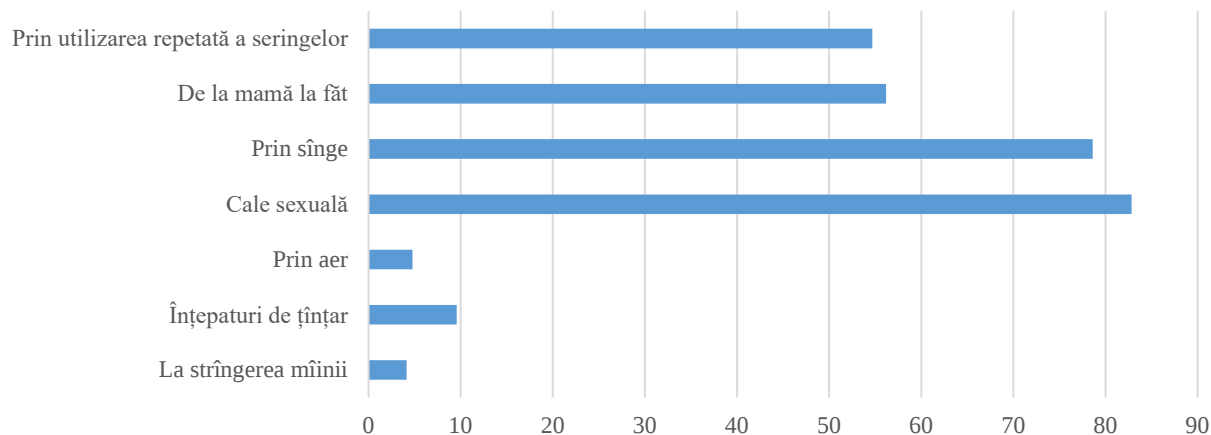


Fig.3.13. Cunoștințele respondenților privind căile de transmitere a infecției HIV/SIDA,%.

Reieșind din sondajul privind cunoașterea metodelor de profilaxie a infecției HIV/SIDA, aproximativ câte $7,69 \pm 0,82\%$ din respondenți consideră evitarea frecventării băilor comune, precum și a piscinelor și prelucrarea organelor genitale cu soluții dezinfectante! - metode eficiente de profilaxie a infecției HIV, iar peste $21,01 \pm 1,25\%$ din populație pledează pentru neutilizarea în comun a obiectelor de igienă personală, ca metodă de profilaxie a SIDA, încă $9,01 \pm 0,88\%$ - evitarea mușcăturilor de țânțari! Totuși, circa $77,3 \pm 1,28\%$ indică metoda de profilaxie a contractării infecției HIV ”evitarea relațiilor sexuale ocazionale”, $72,51 \pm 1,37\%$ - utilizarea prezervativului, iar peste $57,5 \pm 1,51\%$ - viața fără droguri ($\chi^2=16.52$; $gl=5$; $p<0,01$).

Alimentația este factorul din mediu înconjurător cu cea mai mare influență asupra organismului uman. De felul în care este înțeleasă această realitate, alimentele pot avea o funcție pozitivă în menținerea sănătății sau dimpotrivă, pot să expună la îmbolnăviri. O alimentație rațională asigură existența și capacitatea de adaptare la acțiunea în continuă schimbare din mediul înconjurător. Alimentația trebuie să fie completă, adică să asigure organismului proteine, glucide, lipide, săruri minerale și vitamine în anumite proporții.

Astfel, respondenții au fost rugați să se pronunțe cum înțeleg ei alimentația rațională. Circa $16,32 \pm 1,13\%$ s-au pronunțat pentru alimentația bazată pe consumul de carne, pește și lactate, $6,94 \pm 0,78\%$ consideră alimentația vegetariană alimentație rațională, încă $25,33 \pm 1,33\%$ pledează pentru alimentația bazată pe respectarea regimului alimentar, iar $12,48 \pm 1,01\%$ – alimentația bogată în consumul de fructe și legume și doar $36,21 \pm 1,47\%$ de populație au dat definiția alimentației raționale ”ca alimentația bazată pe consumul echilibrat între proteine, glucide și lipide” ($\chi^2=11.48$; $gl=4$; $p<0,05$).

O alimentație incorectă, nesănătoasă are consecințe grave asupra calității și duratei vieții. Potrivit celor mai recente date emise de către Organizația Mondială a Sănătății, principalele cauze de mortalitate în lume sunt provocate de un stil de viață nesănătos în ceea ce privește alimentația și nutriția: 14 milioane de decese sunt cauzate anual, la nivel global, de o alimentație incorectă și dezechilibrată. Cauzele care conduc la o alimentație nesănătoasă sunt: dezechilibrul caloric și nutritiv, cauzat, la rândul său, de excesul kaloriilor alimentare, consumul crescut de grăsimi saturate (animale) și de excesul de dulciuri (glucide simple), aportul crescut de sare sau consumul abuziv de alcool. De regulă, în alimentația nesănătoasă nu se respectă orarul meselor, cele mai frecvente greșeli fiind renunțarea la micul dejun și servirea cinei aproape de miezul nopții, atrage atenția prof. dr. Nicolae Hâncu (România). Alimentația nesănătoasă se asociază și cu fumatul și sedentarismul, ceea ce amplifică efectele negative, devenind astfel mai periculoasă decât alcoolul și fumatul la un loc.

Sondajul nostru privind efectele negative ale alimentației nesănătoase, a scos în evidență, că populația cunoaște care sunt consecințele acesteia. Peste $73,26 \pm 1,36\%$ indică dezvoltarea gastritei și bolii ulceroase; circa $64,17 \pm 1,47\%$ - constipații și diaree; aproximativ $50,56 \pm 1,53\%$ indica obezitatea, ca consecințe a alimentației nesănătoase mai sunt specificate: HTA – $32,18 \pm 1,43\%$; ateroscleroza – $27,02 \pm 1,36\%$; neurozele – $15,2 \pm 1,09\%$; cancerul – $13,41 \pm 1,04\%$ ($\chi^2=16.43$; $gl=5$; $p<0,01$), iar $5,53 \pm 0,70\%$ de respondenți au bifat toate variantele de răspuns.

Regimul zilei este ritmul vieții, adică repartizarea în 24 de ore a tuturor activităților din perioada de veghe, a somnului și a alimentației. Pentru ca creierul să funcționeze normal este necesar un regim optim, adică un asemenea regim de activitate și odihnă, care ar asigura cel mai potrivit ritm al activității vitale a organismului uman. E necesar, ca la fiecare perioadă de vârstă, să fie elaborat un anumit regim de viață corespunzător, în care să fie respectat un anumit regim al perioadei de veghe, de somn, al alimentației, al diferitelor feluri de activitate. Regimul muncii pentru adulți este dependent, în mare măsură, și de tipul activității profesionale. Astfel, la întrebarea noastră dacă persoana respectă regimul de muncă doar $30,02 \pm 1,40\%$ au răspuns afirmativ, ceilalți – fie că nu respectă totalmente regimul ($34,43 \pm 1,46\%$), fie că respectă doar parțial ($34,90 \pm 1,45\%$).

Insomniile sunt o problemă care afectează tot mai mulți oameni. Lipsa de somn sau insomniile pot duce la scăderea calității vieții, cauzând iritabilitate și scăderea puterii de concentrare. Un grup de cercetători din cadrul Școlii de Medicină Perelman de la Universitatea din Pennsylvania (SUA) a investigat modul în care obiceiurile alimentare influențează calitatea somnului. Astfel, aceștia au studiat informații provenind de la 4.548 de persoane. Participanții le-au oferit date referitoare la numărul orelor de somn dormite în fiecare noapte. În cadrul studiului,

persoanele caracterizate ca dormind foarte puțin au fost cele care nu se odihneau mai mult de cinci ore pe noapte, durata unui somn insuficient a fost stabilită la șase ore pe noapte, iar un somn normal era cuprins între șapte și opt ore. Cei care dormeau mult erau aceia care se odihneau nouă sau mai multe ore în fiecare noapte. Studiul nostru a demonstrat, că doar $26,27 \pm 1,35\%$ de populație au somnul în limitele normei (nu mai puțin de 8 ore), circa $6,38 \pm 0,75\%$ de persoane dorm mai mult de 8 ore, restul – suferă de diferite forme ale insomniei.

Un alt studiu arată că șapte minute de exerciții fizice intense pot fi mai eficiente decât ore întregi de alergat sau de ridicat greutăți. Cercetarea a fost publicată în *Health & Fitness Journal*, un jurnal științific publicat de *American College of Sports Medicine*, cea mai importantă instituție de medicină sportivă din lume. Experții care au realizat acest studiu afirmă, că o combinație de 12 exerciții efectuate de-a lungul a șapte minute duc la schimbări moleculare în cadrul mușchilor, comparabile cu cele observate după câteva ore de alergat sau de mers cu bicicleta și pot produce aceleași efecte benefice pentru sănătate ca orele petrecute, făcând alt tip de efort fizic. Și, viceversa, cei care au o viață sedentară sunt expuși la numeroase riscuri de a avea probleme de sănătate. Mai multe cercetări arată, că lipsa activității fizice prezintă pericolul de a suferi de mai multe boli sistemice, în primul rând, de insuficiență cardiacă.

Așa dar, la întrebarea cât de des persoanele din studiul nostru practică exercițiile fizice, sportul – $39,40 \pm 1,49\%$ au recunoscut că nu practică de loc, având un mod sedentar de viață, $16,89 \pm 1,15\%$ au motivat că munca lor este legată de efort fizic, iar $17,45 \pm 1,16\%$ mărturisesc că practică sportul de 2-3 ori/săptămână. Încă $25,61 \pm 1,34\%$ de respondenți indică mersul zilnic pe jos nu mai puțin de 40 minute.

Timpul liber este hobby-ul de baza al tuturor persoanelor care cunosc prea bine noțiunea de "serviciu". Toata lumea caută ca această perioadă sa fie cât mai mare, să încadreze cat mai multe ore, minute si secunde, pentru a-si satisface micile plăceri ale vieții. Deși pare ca acest timp liber este foarte puțin, mereu, încercăm sa-l lungim si sa tragem de el cat putem de mult. Muzica, filmele, piesele de teatru, pescuitul, nopțile petrecute în cluburi, plimbările sunt doar câteva activități, care ne delectează în orele pe care le petrecem în afara serviciului sau a studiilor.

Am încercat să aflăm cum își petrec și respondenții noștri timpul lor liber.

Marea majoritate ($42,87 \pm 1,52\%$) de persoane privesc televizorul, $18,29 \pm 1,18\%$ – navighează Internetul, încă $14,45 \pm 1,08\%$ – citesc, iar $11,35 \pm 0,97\%$ din populație preferă să doarmă și doar $12,20 \pm 1,00\%$ din populație duc un mod activ de viață, făcând sport și plimbări la aer liber ($\chi^2=13.59$; $gl=4$, $p<0,01$).

Astfel, sedentarismul este o caracteristică a modului de viață în Republica Moldova. Sedentarismul este un factor de risc, care conduce la apariția mai multor afecțiuni. Cu toate că din punct de vedere medical este indicat să evităm obiceiurile sedentare (statul excesiv la calculator, televizor etc.), la ora actuală tot mai multe locuri de muncă sunt caracterizate prin lipsa activității fizice. Mai mult, viața modernă încurajează sedentarismul, prin încurajarea unei vieți confortabile, fără prea multe solicitări fizice. Afecțiunile provocate si/sau agravate de sedentarism sunt bolile cardiovasculare, tulburările metabolice, obezitatea, deviații ale coloanei vertebrale, anxietatea ș.a.

Am determinat care sunt sursele de informare despre sănătate și factorii care o influențează (Figura 3.14). Astfel, peste 65,67±1,45% au indicat convorbirile cu lucrătorii medicali, ”școlile pacientului” sunt utile pentru 23,64±1,30%, la fel ca și foile volante, broșurile, panourile informative, spoturile publicitare TV, radio și buletinele sanitare – 74,11±1,34%. Internetul este o sursă nesigură, incertă, iar deseori chiar primejdioasă pentru persoanele care recurg la metode de tratament expuse pe rețelele de socializare, dar de care beneficiază peste 38,37±1,49% din populație($\chi^2=14.11$; gl=3; $p<0,01$). Peste 47,84±1,53% din respondenți au ca metodă de informare despre sănătate televiziunea și radioul – atunci care este influența spoturilor publicitare care promovează consumul de bere, a filmelor artistice, unde vedetele ecranelor promovează tabagismul și violență asupra acestui segment de populație!?

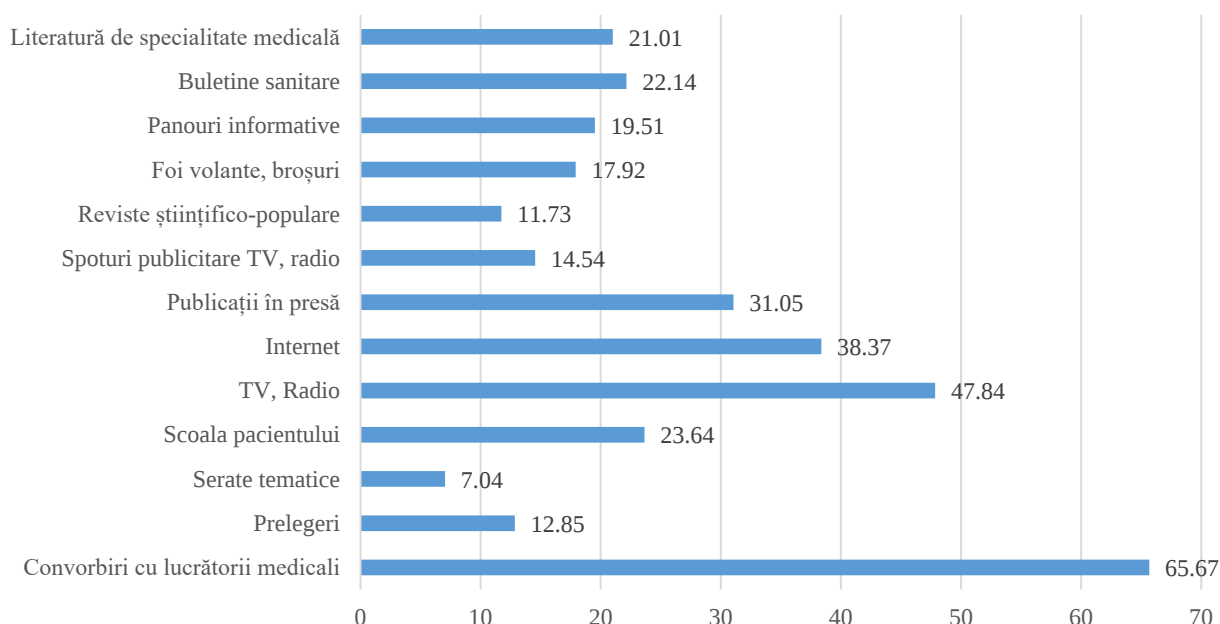


Fig.3.14. Sursele de informare a populației despre factorii de risc ai sănătății, %.

La întrebarea când sau cât de des oferă lucrătorii medicali din asistența medicală primară informații despre profilaxia maladiilor și importanța modului sănătos de viață circa 57,97±1,51%

de populație au indicat ”la fiecare vizită la medicul de familie” și încă $16,42 \pm 1,13\%$ primesc informația ”la cerere de la lucrătorul medical”. Aceste cifre sunt aproape de cifrele indicate la întrebarea anterioară, adică confirmă comunicarea dintre pacient-lucrător medical în cadrul vizitelor. Aproximativ $8,54 \pm 0,86\%$ primesc informații utile despre modul sănătos de viață și profilaxia maladiilor în timpul controlului profilactic. În cadrul săptămânalelor și lunarelor de profilaxie a maladiilor (conform orarului OMS), în situații de epidemii a diferitor maladii infecțioase, în cadrul ”Școlii pacientului” (conform ordinelor MS – Școala pacientului hipertensiv, școala diabeticului, școala mamei) populația dispune de informații, privind subiectele abordate, respectiv, câte $2,63 \pm 0,49\%$ cazuri.

De menționat, că decalajul este foarte mare: de la $2,63 \pm 0,49\%$ de populație (care indică sursa de informare ”lucrătorul medical din AMP”, care le vorbește despre factorii de risc și profilaxia maladiilor în cadrul școlii pacientului) la $23,64 \pm 1,30\%$ (care indică ”școala pacientului” ca sursă de informare despre sănătate). Este îngrijorător, că aproximativ $4,13 \pm 0,61\%$ din populație recunosc, că foarte rar când lucrătorul medical din AMP, din inițiativă proprie, oferă informația privind subiectele în cauză, iar $4,32 \pm 0,62\%$ indică că niciodată lucrătorul medical nu-i vorbește pacientului despre profilaxia maladiilor și importanța stilului sănătos de viață ($\chi^2=6.32$; $gl=3$; $p>0.05$).

Cele mai frecvente subiecte abordate de MF sau a/m de familie, în cadrul vizitelor pacienților la oficiul medical sunt relatate în Figura 3.15.

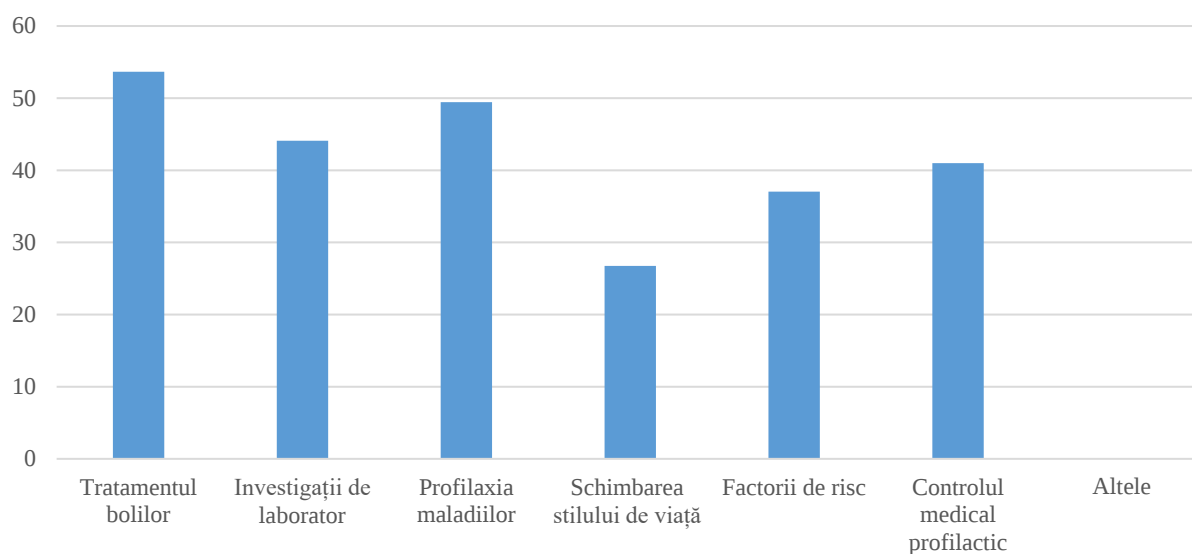


Fig.3.15. Subiectele de abordare în cadrul vizitei la medicul de familie,%.

Persoanele au fost rugate să indice cât timp acordă lucrătorul medical din AMP pentru instruirea persoanei în problema de profilaxie a maladiilor sau promovarea modului sănătos de viață (nu înainte de a exclude timpul rezervat pentru consultație – examinare și indicațiile de

tratament). Aproximativ $47,75 \pm 1,53\%$ au indicat timpul de la 15-20 min. Pînă la 30 min. au indicat $20,08 \pm 1,23\%$ de respondenți, mai mult de 30 min. – $5,91 \pm 0,72\%$ (timpul mediu fiind de $29,2 \pm 3,41$ pentru consultația medicului de familie). Încă $25,61 \pm 1,34\%$ de persoane confirmă, că timpul acordat de lucrătorul medical, în cadrul unei vizite, pentru instruirea în problema de profilaxie a maladiilor sau promovarea modului sănătos de viață constituie pînă la 10 min. ($\chi^2=13.92$; gl=4; $p<0,01$).

De fapt, de cît timp ar fi nevoie, ca medicul/ asistenta medicală să facă acest lucru? Peste $41,84 \pm 1,51\%$ de respondenți consideră că este nevoie de 15 minute; alți $40,99 \pm 1,50\%$ indică timpul de 30 minute și mai mult, iar circa $16,32 \pm 1,13\%$ nu știu care este timpul suficient, pentru ca lucrătorul medical să abordeze problemele vizate în PS și PM.

Totuși, marea majoritate a populației cunoaște despre riscurile de sănătate. La întrebarea, dacă ar schimba ceva în comportamentul personal, știind despre riscurile majore ale sănătății, doar $77,39 \pm 1,28\%$ din respondenți au răspuns afirmativ, ceilalți $22,61 \pm 1,28\%$ fiind categoric dispuși să nu schimbe nimic, în pofida potențialelor riscuri pentru sănătate ($=30.2495$, $p<0.001$).

Cei care sunt predispuși la schimbările de comportament, au fost întrebați ce anume ar schimba. Peste $23,36 \pm 1,29\%$ ar schimba regimul alimentar, iar circa $20,54 \pm 1,24\%$ ar face sport, încă $11,54 \pm 0,98\%$ ar lepăda fumatul, circa $15,29 \pm 1,10\%$ de respondenți ar slăbi, aproximativ $7,5 \pm 0,80\%$ recunosc, că nu ar consuma alcool, iar $3,19 \pm 0,54\%$ ar lăsa drogurile ($\chi^2=18.42$; gl=5; $p<0,01$).

Respondenții, în marea majoritate, au nevoie de ajutorul altor persoane, pentru a face aceste schimbări: $24,20 \pm 1,31\%$ susțin, că ar avea nevoie de sprijinul medicului de familie, $6,29 \pm 0,74\%$ necesită consultul medicilor specialiști de profil, iar circa $12,01 \pm 0,99\%$ din populație ar avea nevoie de susținerea familiei, încă $0,38 \pm 0,19\%$ indică alt sprijin și ajutor și doar $39,40 \pm 1,49\%$ de persoane susțin că ar putea singuri să facă schimbarea ($\chi^2=9.81$; gl=4; $p<0,05$).

Persoanele care nu sunt gata să schimbe ceva în comportament, au fost rugați să explice cauzele. Marea majoritate ($13,13 \pm 1,03\%$) susțin, că nu vor schimbarea, deoarece ”î-i aranjează așa cum stau lucrurile”, circa $3,75 \pm 0,58\%$ „se mențin de tradițiile naționale”; alți $3,47 \pm 0,56\%$ nu doresc schimbarea din cauza, că ”nu i-a convins medicul de familie”; încă $3,19 \pm 0,54\%$ de respondenți nu cred în reușita schimbării și circa $0,19 \pm 0,13\%$ nu fac schimbarea din diferite alte motive ($\chi^2=6.28$; gl=4; $p>0.05$).

Indiferent pe care cale obține populația informațiile despre sănătate și riscurile ei, important este cum influențează aceste cunoștințe dobândite asupra stilului de viață a fiecărui individ? Peste $56,47 \pm 1,52\%$ din persoanele chestionate au recunoscut, că țin cont de sfaturile

medicilor, dar mai puțin schimbă ceva în comportament, iar $9,94 \pm 0,92\%$ – practic nu iau în serios sfaturile medicului! Numai $32,65 \pm 1,44\%$ de populație respectă cu strictețe recomandările medicilor. Aceste persoane au mai fost întrebate despre influența cunoștințelor și abilităților dobândite asupra sănătății, în cazul respectării recomandărilor specialiștilor: $27,77 \pm 1,37\%$ susțin, că au o îmbunătățire esențială a sănătății, încă $45,59 \pm 1,53\%$ – o îmbunătățire moderată, pe când circa $22,98 \pm 1,29\%$ susțin că n-au avut nici o schimbare, iar $0,94 \pm 0,29\%$ indică chiar o agravare a stării generale ($\chi^2=19.26$; $gl=6$; $p<0,01$).

Una din întrebările din chestionarul nostru este ce gen de informații medicale (mai detaliat) ar interesa populația noastră? (Figura 3.16). Peste $41,74 \pm 1,51\%$ din respondenți ar avea nevoie de mai multe cunoștințe în profilaxia bolilor, $37,99 \pm 1,49\%$ doresc să afle mai multe despre managementul bolilor cronice dobândite, peste $36,68 \pm 1,48\%$ sunt interesați de alimentația rațională ș.a. La întrebarea cine ar fi bine să ofere informațiile respective, marea majoritate dau preferință echipei medicului de familie (MF – $41,84 \pm 1,51\%$; a/m de familie – $11,26 \pm 0,97\%$), $13,88 \pm 1,05\%$ preferă să afle informația solicitată de la specialistul de profil sau lucrătorul medical pregătit în domeniul de referință ($12,38 \pm 1,01\%$), încă $7,50 \pm 0,81\%$ consideră informațiile utile prin intermediul lecțiilor, seminarelor, iar circa $11,82 \pm 0,99\%$ din respondenți acceptă informarea prin intermediul surselor mass-media.

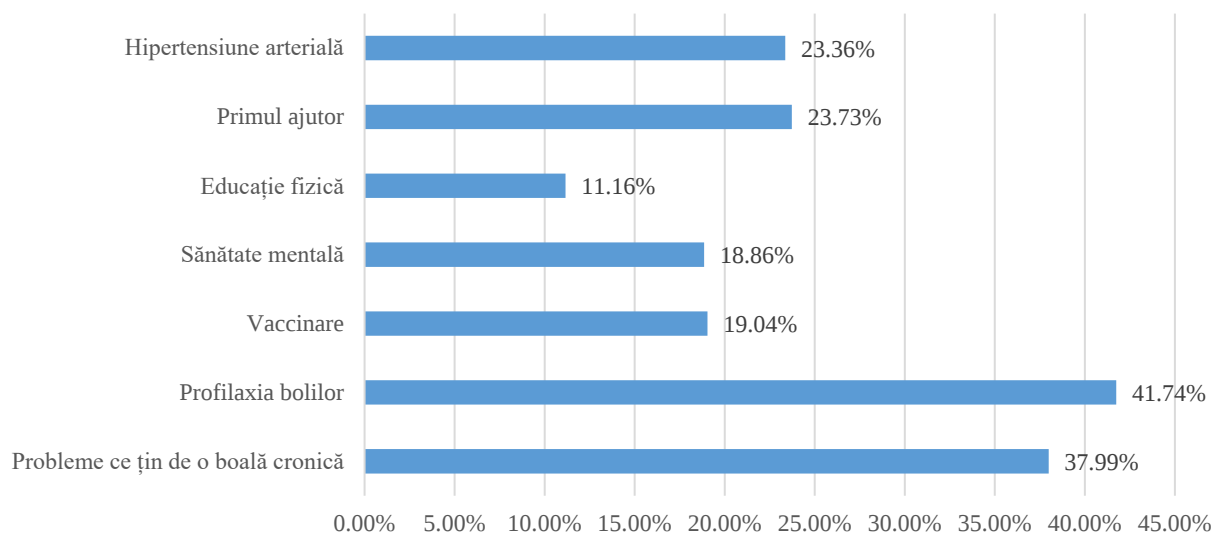


Fig.3.16. Genurile de informații medicale, interesante pentru populație, %.

Respondenții au fost rugați să-și dea autoaprecierea stării de sănătate la moment. Din numărul total, $67,17 \pm 1,44\%$ susțin că este satisfăcătoare, circa $4,69 \pm 0,65\%$ apreciază ca foarte bună, iar $14,26 \pm 1,07\%$ dau calificativul de nesatisfăcătoare, inclusiv indică grade de invaliditate, iar circa $13,23 \pm 1,04\%$ – indică pierderea temporară a capacității de muncă ($\chi^2=17.16$; $gl=3$; $p<0,001$).

Desigur, că tabloul se schimbă în dependență de categoria de vîrstă a respondenților. (Figura 3.17). Starea de sănătate satisfăcătoare și foarte bună este invers proporțională odată cu creșterea vârstei, în special după 46 ani de viață, cînd sporește incapacitatea temporară de muncă pe motiv de boală și cazurile de invaliditate. Cu cât vârsta respondentului este mai mare, cu atât autoaprecierea stării de sănătate cu calificativul "nesatisfăcătoare" este mai mare.

La fel, persoanele au fost rugate să facă autoaprecierea și să dea calificativul calității vieții lor, prin prisma percepției personale. Astfel, circa $48,12 \pm 1,53\%$ de respondenți au o viață satisfăcătoare, încă $5,16 \pm 0,68\%$ - foarte bună, iar marea majoritate ($46,06 \pm 1,53\%$) indică calitatea vieții "nesatisfăcătoare". Calitatea vieții este apreciată diferit, de persoanele de diferite categorii de vîrstă. Cu cât vârsta este mai mare, cu atât procentul satisfacției populației de calitatea vieții este mai mic, iar persoanele cu vârsta de peste 60 ani nu indică un trai foarte bun ($r_{xy}=0.65$, $m_{xy}=0.02$, $p<0.01$).

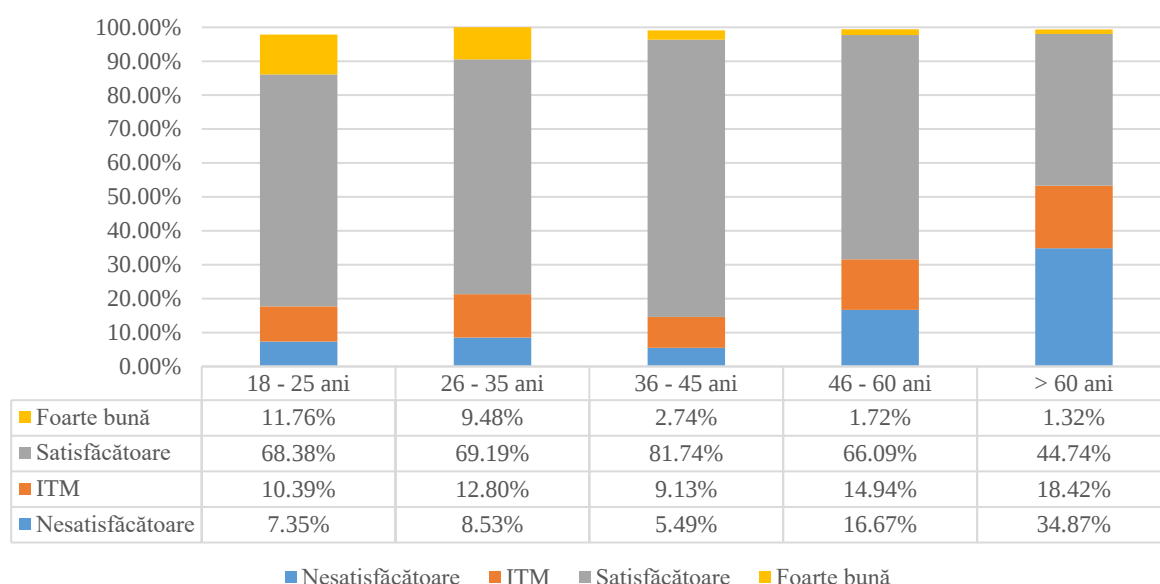


Fig.3.17. Aprecierea stării de sănătate în diferite grupe de vîrstă, %.

3.4 Rezultatele screening-ului pentru identificarea factorilor de risc ce provoacă bolile cardiovasculare

Cea mai eficientă modalitate, recunoscută la nivel mondial, de a micșora mortalitatea prin bolile aparatului circulator este metoda prin screening [2, 3, 4, 5, 6, 9, 10]. Screening-ul permite micșorarea morbidității prin depistare precoce a factorilor de risc [3]. Conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate, în structura mortalității populației după principalele cauze de deces, bolile aparatului circulator în raionul Căușeni constituie 57,9% în anul 2011, cu o

creștere de 0,7% comparativ cu anul 2010, depășind și indicatorul pe republică – 57,5%, cu 0,4% [1].

Mortalitatea populației cauzată de infarctul miocardic acut este foarte înaltă – 8,1% comparativ cu indicatorul pe raioane, care constituie 5,1%, (pe republică – 6,8%). De remarcat, că acest indicator a sporit considerabil în ultimii doi ani, de la 3,9% în a.2009 la 8,1% în 2011.

Și incidența infarctului miocardic acut la Căușeni se înregistrează la 6,3 la 10 mii populație, fiind unul din indicatorii cei mai sporți în republică – pe raioane acest indicator este de 5,8 la 10 mii populație, cu o creștere de mai bine de două ori, comparativ cu perioada analogică a anului 2010 (3,0 la 10 mii populație) [1].

Prevalența bolilor aparatului circulator denotă o creștere în dinamică de la 957,3 la 10 mii loc. în a. 2010 la 1001, 6 la 10 mii loc. În a.2011 înregistrând valori maxime pentru regiunea de sud a Moldovei.

O situație nefavorabilă se înregistrează și la componenta incidenței sporite a diabetului zaharat în raionul Căușeni, care a atins cifra de 38,8 la 10 mii populație în a.2011, (în a.2010 – 41,9 la 10 mii loc.). Acest indicator pe raioane constituie 30,4 și, respectiv, pe republică - 32,2 la 10 mii loc.

Reiterând cele expuse anterior, în raionul Căușeni se impunea necesitatea efectuării screening-ului populațional pentru identificarea factorilor de risc biologici, comportamentali, sociali, care determină morbiditatea și mortalitatea sporită a populației prin maladii cardiovasculare în sudul republicii.

Material și metode. A fost îndeplinit un studiu diagnostic, prin aplicarea screening-ului populațional Heart SCORE în raionul Căușeni. Perioada de desfășurare a cercetării – octombrie 2012 – martie 2013. Inițial, prin intermediul surselor mass-media (articole în ziarul raional, posturile radio și televiziune – locale și naționale), populația a fost informată despre obiectivele cercetării. A fost elaborat chestionarul de evaluare, care include 3 capitole:

Date generale (nume, prenume ale pacientului, cod fiscal, adresa juridică, starea civilă, mediul de reședință, studiile, numele medicului de familie data completării);

Evaluarea pacientului (vârsta, sex, fumător/nefumător/ex fumător, parametrii TA, colesterolului total în sânge, glucoza sângelui, indicii taliei, masei corporale, cu determinarea IMC, se indică primește/nu primește tratament anti hipertensiv sau tratament hipolipemiant).

În baza rezultatelor obținute, conform scării de determinare a riscului cardiovascular HeartSCORE, medicii de familie apreciază (procentual) riscul pentru fiecare persoană, cu stabilirea contribuției factorilor de risc la riscul total: TA sistolică, parametrii majorați ai colesterolului total, fumatul).

Măsurile aplicate: educație pentru schimbarea stilului de viață, se indică (la necesitate) tratament anti hipertensiv, antidislipidemic sau se trimite la specialist (cardiolog, endocrinolog, ș.a.)

În cercetare au participat 13920 de persoane din grupul de vârstă 40-65 ani, ce constituie $45,5 \pm 0,28\%$ din numărul total al populației eligibile pentru screening-ul cardiovascular al r-lui Căușeni de vârstă respectivă. Din numărul total al populației cercetate, 7550 persoane au fost evaluate și validate de către Medicii de familie, conform rigorilor specificate de condițiile screening-ului.

În urma rezultatelor obținute, persoanele au fost repartizate în două loturi. Cu risc cardiovascular mic și moderat $\leq 5\%$ ($n=5835$) și risc cardiovascular sporit - $>5\%$ ($n=1715$).

Rezultatele obținute. Din 7550 de persoane examinate, evaluate și validate $32,0 \pm 0,95\%$ locuiesc în mediul urban și $68,0 \pm 0,65\%$ - în mediul rural ($p < 0.001$).

În lotul de cercetare L_1 au fost incluse 1715 de persoane cu Heart SCORE mai mare de 5%, în lotul de control L_0 au fost incluse 5835 de persoane cu Heart SCORE $\leq 5\%$.

În lotul L_1 numărul de bărbați este de 2,3 ori mai mare decât în lotul L_0 ($67,8 \pm 1,69\%$ și $30,0 \pm 1,09\%$, respectiv, $p < 0.001$), numărul de femei în lotul L_1 este de 2,2 ori mai mic decât în lotul L_0 ($32,2 \pm 2,01\%$ și $70,0 \pm 0,72\%$, respectiv, $p < 0.001$) (Fig.3.18).

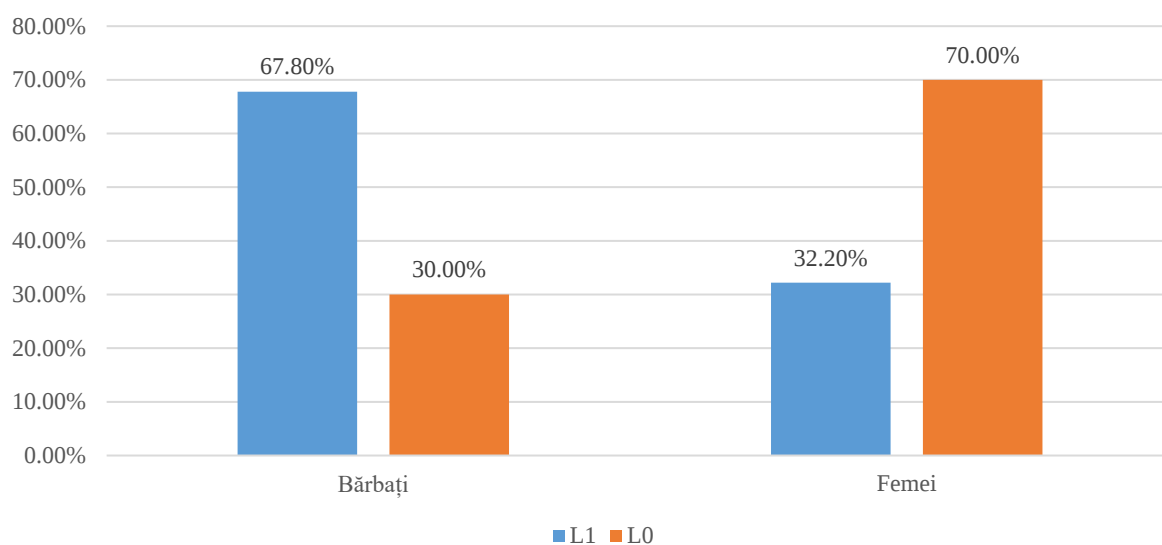


Fig.3.18. Caracteristica loturilor de studiu în funcție de genul pacienților(%).

Apartenența genului masculin este un factor de risc moderat pentru a dezvolta bolile cardiovasculare la pacienții din lotul de cercetare în comparație cu pacienții din lotul de control ($RR=2,3$ 95% $ÎI$:2,1463-2,3766).

Analiza după grupele de vârstă a scos în evidență, că în lotul de cercetare pentru pacienți în grupul de vârstă 40-49 ani revine 5,0%. Iar în lotul de control – 39,0%. Cu cât este mai mare vârsta cu atât crește numărul de persoane afectate în lotul L₁ și invers în lotul L₀ (Fig.3.19).

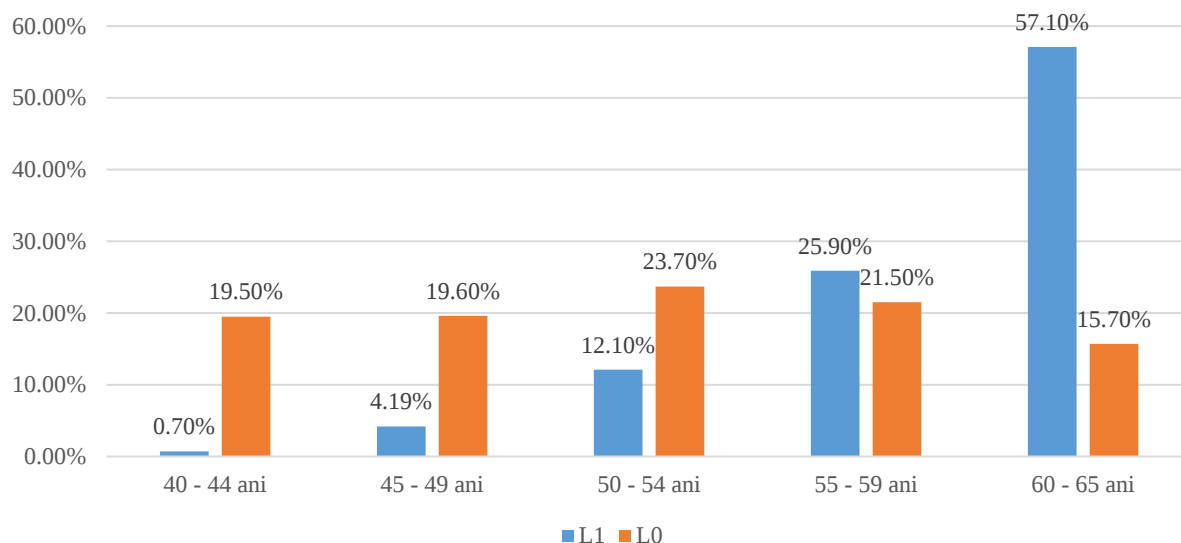


Fig.3.19. Repartizarea pacienților din loturile de studiu în funcție de grupele de vârstă (%).

Vârsta de 50 ani și mai mult este un factor de risc redus pentru a dezvolta bolile cardiovasculare la pacienți din lotul de cercetare în comparație cu pacienți din lotul de control (RR=1,6 95% ÎI:1,5239-1,5962).

Conform indicatorului IMC nu au fost stabilite diferențele semnificative statistice la pacienții din loturile de studiu ($p > 0.05$) (Tabelul 3.8)

Tabelul 3.8. Rezultatele indicelui masei corporale (IMC) la pacienți din loturile de studiu (abs.,%)

IMC	≤5%, n=5835		>5%, n=1715		p
	Abs.	P ₀ ±ES ₀	Abs.	P ₁ ±ES ₁	
<20	100	1.7±1.29	34	1.9±2.34	>0.05
20-24.9	1198	20.5±1.17	313	18.3±1.03	>0.05
25-29.9	2274	38.9±1.02	615	35.9±1.93	>0.05
≥30	2263	38.8±1.02	753	43.9±1.59	>0.05

Rata pacienților cu valorile TA <130mm Hg în lotul de cercetare este de 3,8 ori mai mică decât în lotul de control (14,3± 0,91% și 53,8± 0,89%, respectiv, $p < 0.001$). În limitele valorilor TA 130-139 mm Hg nu au fost stabilite diferențe semnificative statistice la pacienții din loturile de studiu ($p > 0.05$). În lotul de cercetare, rata pacienților în limitele valorilor TA 140-159 mm Hg este de 1,7 ori, în limitele valorilor TA 160-179 mm Hg de 3,6 ori și la valorile TA de 180 și mai mult de 6,8 ori mai mare decât la pacienții din lotul de control (Fig.3.20).

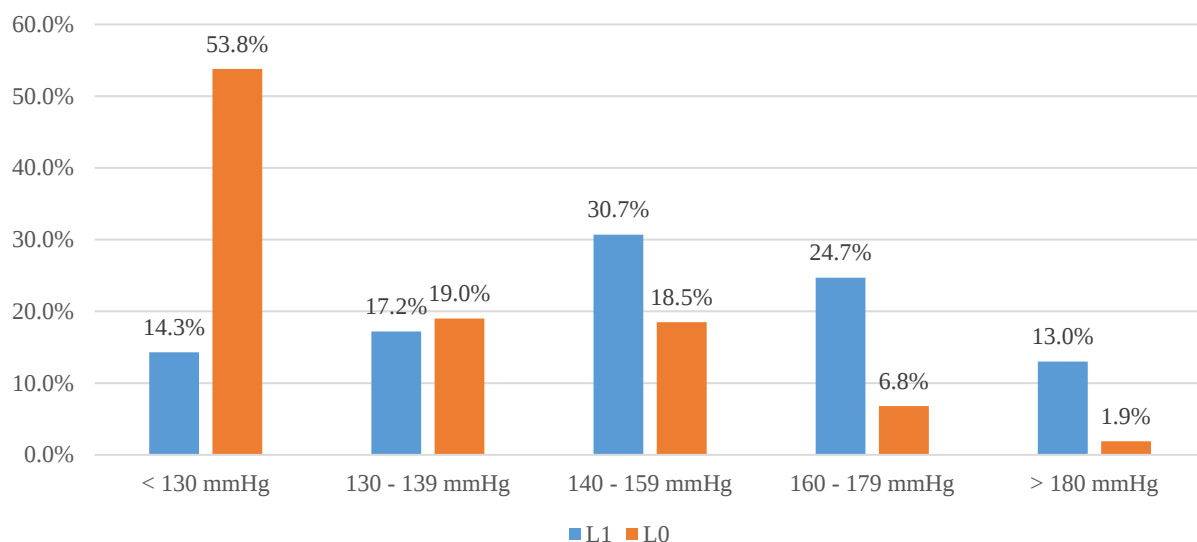


Fig.3.20. Repartizarea pacienților din loturile de studiu în funcție de valorile tensiunii arteriale (%).

Frecvența pacienților cu hipertensiunea arterială în lotul de cercetare este de 2,5 ori mai mare decât în lotul de control ($68,5 \pm 1,36\%$ și $27,1 \pm 1,12\%$, respectiv, $p < 0.001$). A fost stabilit, că pentru pacienți din lotul de cercetare valorile TA de 140 mm Hg și mai mult este un factor de risc major ($RR=2,5$ 95% $Î\ddot{I}$:2,3917-2,6587).

Evaluarea glucozei în sânge în valorile de $< 3,5$ și $5,5-7,0$ mmol/l nu a evidențiat diferențele semnificative statistice la pacienții din loturile de studiu ($p > 0.05$). Valoarea glucozei în sânge de 7,1 mmol/l și mai mult în lotul de cercetare este de 3,8 ori mai mare decât la pacienții din lotul de control ($p < 0.001$) (Tabelul 3.9).

Tabelul 3.9. Valorile glucozei în sânge la pacienți din loturile de studiu (abs.,%)

Valorile glucozei în sânge (mmol/l)	$\leq 5\%$, n=5835		$> 5\%$, n=1715		p
	Abs.	$P_0 \pm ES_0$	Abs.	$P_1 \pm ES_1$	
< 3.5	703	12.0 ± 1.23	170	9.9 ± 2.29	> 0.05
$3.5 - 5.4$	4169	71.4 ± 0.69	1025	59.8 ± 1.53	< 0.001
$5.5 - 7.0$	713	12.2 ± 1.23	249	14.5 ± 2.23	> 0.05
≥ 7.1	245	4.2 ± 1.28	271	15.8 ± 2.22	< 0.001

Hiperglicemia s-a înregistrat la pacienții din lotul de cercetare în $30,2 \pm 2,02\%$ de cazuri, iar la pacienții din lotul de control – în $16,4 \pm 1,19\%$ ($p < 0.001$). Hiperglicemia este un factor de risc moderat pentru a dezvolta bolile cardiovasculare la pacienții din lotul de cercetare în comparație cu pacienții din lotul de control ($RR=1,8$ 95% $Î\ddot{I}$:1,677-2,018).

Concentrația colesterolului a avut diferențe semnificative statistice dintre loturile de studiu pentru valorile < 5 mmol/l și $\geq 8,0$ mmol/l ($p < 0.05$). (Figura 3.21).

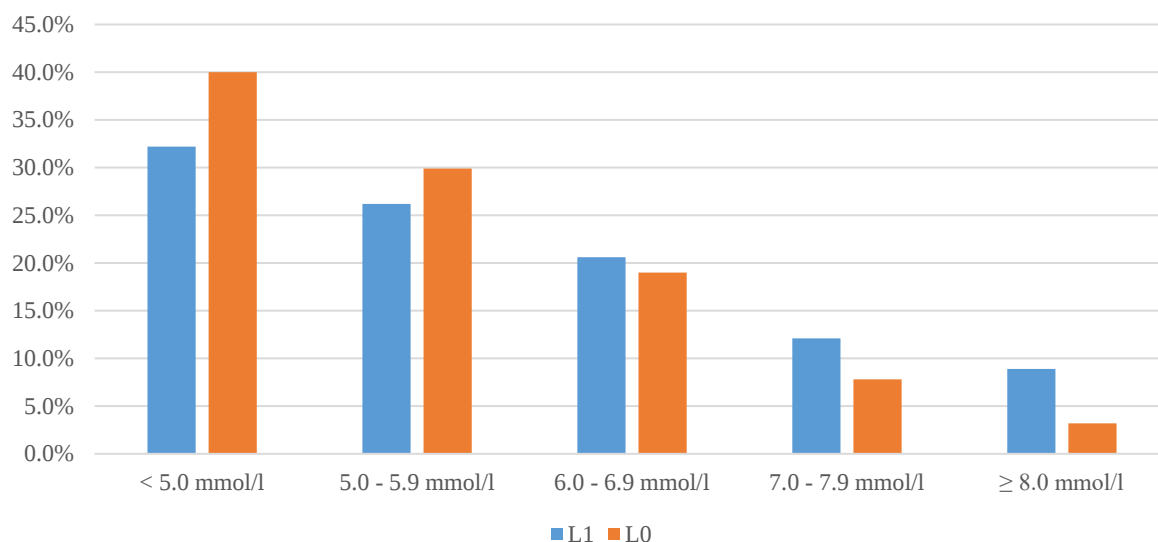


Fig.3.21. Repartizarea pacienților din loturile de studiu în funcție de concentrația colesterolului (%).

Hiperlipidemia a fost înregistrată mai frecvent la pacienții din lotul de cercetare decât la pacienți din lotul de control ($41,6 \pm 1,82\%$ și $30,1 \pm 0,72\%$, respectiv, $p < 0.001$). Hiperlipidemia este un factor de risc redus pentru a dezvolta bolile cardiovasculare la pacienții din lotul de cercetare în comparație cu pacienții din lotul de control ($RR=1,3$ 95% $Î\hat{I}$:1,292-1,481).

Fumatul este un factor de risc major pentru a dezvolta bolile cardiovasculare la pacienții din lotul de cercetare în comparație cu pacienții din lotul de control ($RR=2,9$ 95% $Î\hat{I}$:2,6845-3,3160).

În cercetarea actuală au fost stabiliți și unii factori de protecție pentru a dezvolta bolile cardiovasculare. Spre exemplu menționăm, că pentru pacienții din lotul de control, tratamentul hipolipemiant și tratamentul anti hipertensiv sunt factori de protecție moderați în dezvoltarea bolilor cardiovasculare, în comparație cu pacienții din lotul de cercetare (tratament hipolipemiant $RR=0,5$ 95% $Î\hat{I}$:0,473-0,603 și tratament anti hipertensiv $RR=0,4$ 95% $Î\hat{I}$:0,392-0,450).

3.5 Concluzii la capitolul 3

1. Problemele majore, de care sunt preocupați medicii de familie sunt sănătatea și asigurarea materială precară, dar și relațiile tensionate la serviciu sau în familie frustrează MF. MF recunosc, că situația actuală social-economică influențează starea morală și psihică, sunt disperați în fața problemelor și provocărilor.
2. Cea mai mare parte a activității medicale este orientată la diagnosticul și tratamentul bolilor existente sau acutizarea acestora ($85,57 \pm 2,06\%$), doar în $29,9 \pm 2,68\%$ cazuri pacienții se adresează cu scop profilactic programat. Cea mai mare parte a medicilor de familie ($44,67 \pm 2,91\%$) acordă problemelor de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății

aproximativ 15-20 min, circa $20,62 \pm 2,37\%$ – 20-30 min, iar unii MF ($3,09 \pm 1,02\%$) fac instruirea în decurs de mai mult de 30 min. MF, care respectă normativul timpului reglementat de către MS (15-20 min), rezervă problemelor de PM și PS nu mai mult de 10 min. Dar, peste $53,26 \pm 2,92\%$ MF consideră oportun timpul de 30 min., circa $41,92 \pm 2,89\%$ – indică 15 min, iar $4,81 \pm 1,25\%$ nu se pot pronunța. MF consideră oportună implicarea, cu excepția Ministerului Sănătății, următoarelor structuri statale pentru promovarea sănătății: Ministerele Educației, Mediului, Transportului, Muncii, Protecției sociale și a Familiei, Agriculturii, Afacerilor Interne, Afacerilor Externe, Tineret și Sport, Finanțelor, Economiei, Tehnologiilor Informaționale ș.a.

3. Doar $35,40 \pm 2,80\%$ din MF au pregătirea (prin cursuri de instruire, reciclare) la capitolul PS și PM. Activitatea se axează, preponderent, pe tratamentul bolilor cronice ($15,89\%$), consultații pe motiv de boală ($11,92\%$), acordarea primului ajutor în caz de urgențe medico-chirurgicale ($5,5\%$), planificarea familială și supravegherea gravidelor, copiilor ($21,55\%$). Imunoprofilaxia ocupă aproximativ $11,23\%$ din activitatea lunară a MF, iar școlarizarea pacientului în problemele de PS și PM – circa $6,09\%$, controlul profilactic și oncoprofilactic al populației – $9,53\%$.
4. AM au indicat cei mai răspândiți factori nocivi, care influențează direct sănătatea: alcoolismul, fumatul, drogurile, stresul și oboseala cronică. Majoritatea AM sunt nefumători, care n-au încercat niciodată să fumeze. În $74,45 \pm 1,73\%$ cazuri (majoritatea) AM își apreciază starea sănătății satisfăcătoare sau foarte bună ($1,25 \pm 0,44\%$).
5. Peste $12,47 \pm 1,31\%$ din timpul de lucru al AM este dedicat consultațiilor medicale populației pe motiv de boală, câte aproximativ 10 la sută se cheltuie pentru monitorizarea pacienților cu boli cronice, planificarea familiei, supravegherea gravidelor, a copiilor de vîrstă fragedă (0 – 5 ani), imunoprofilaxie, ceva mai mult ($11,10 \pm 1,24\%$) din timpul de activitate medicală se rezervează pentru controlul profilactic și oncoprofilactic al populației. Pentru școlarizarea populației în problemele de sănătate se cheltuie doar $6,49 \pm 0,98\%$ din activitatea lunară medicală.
6. Din numărul total de persoane incluse în screening (7550), practic fiecare al patrulea este cu Heart SCORE de 5% (lotul L1 de cercetare). Analiza după grupele de vîrstă a scos în evidență, că cu cât este mai mare vîrsta cu atât crește riscul cardiovascular la aceste persoane.
7. Din numărul total de persoane cu riscul mai mare de 5%, numărul de bărbați este de 2,3 ori mai mare decât în populația cu riscul HeartSCORE $\leq 5\%$. Respectiv, apartenența genului

masculin este un factor de risc moderat pentru a dezvolta bolile cardiovasculare ($RR=2,3$ 95% $II:2,1463-2,3766$).

8. Un factor de risc moderat pentru a dezvolta bolile cardiovasculare este Hiperglicemia ($RR=1,8$ 95% $II:1,677-2,018$).
9. A fost stabilit, că valorile TA crescânde, de 140 mm Hg și mai mult, este un factor de risc major ($RR=2,5$ 95% $II:2,3917-2,6587$) pentru populație, la fel ca și fumatul ($RR=2,9$ 95% $II:2,6845-3,3160$), care prezintă un pericol serios pentru sănătatea cordului.

4. ORGANIZAREA PRESTĂRII ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE POPULAȚIEI ȘI ELABORAREA UNUI ALGORITM, LA COMPARTIMENTUL PROFILAXIEI MALADIILOR ȘI PROMOVĂRII SĂNĂTĂȚII, ÎN CONDIȚIILE SOCIO-ECONOMICE NOI

4.1 Analiza comparativă a eșantioanelor de studiu în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor

Pentru a avea un tablou mai clar, ne-am propus să facem o comparație a rezultatelor obținute pe cele trei eșantioane.

Așa dar, după mediul de reședință, în toate trei loturi, prevalează populația din mediul urban, în toate trei regiuni ale țării (Nord, Centru, Sud).

După apartenența de sex, la fel, prevalează sexul feminin în toate trei loturi, în special, lotul AM de familie ($93,89 \pm 0,91\%$). Cei mai mulți bărbați se regăsesc în lotul pacienților ($31,43 \pm 1,42\%$).

Conform stării civile, marea majoritate din respondenți sunt căsătoriți, în toate trei eșantioane. Cel mai înalt procent se determină printre medici ($80,41 \pm 2,33\%$), cel mai mic – printre pacienți ($73,55 \pm 1,35\%$). Pe de altă parte, cota persoanelor divorțate prevalează la medicii de familie ($6,87 \pm 1,49\%$), iar ponderea persoanelor văduvi (e) - la asistentele medicale ($6,58 \pm 0,98\%$). La pacienți prevalează cota persoanelor necăsătorite ($12,57 \pm 1,02\%$) și celor ce trăiesc în concubinaj ($1,59 \pm 0,38\%$).

După statutul social, cota persoanelor angajate în câmpul muncii printre pacienți constituie doar $64,07 \pm 1,47\%$, comparativ cu 100% în două loturi ale lucrătorilor medicali.

Respectiv, și venitul de bază al familiei, care provine din salariu, reiese din raportul dat: $99,66 \pm 0,34\%$ - constituie la MF; $99,37 \pm 0,31\%$ - la AM de familie și $62,95 \pm 1,48\%$ - la populația generală. Adică lucrătorii medicali, practic mizează doar pe salariu, ca venit financiar pentru necesitățile cotidiene de trai, mai cu seamă, că circa 45 la sută din respondenții ambelor eșantioane ale lucrătorilor medicali, recunosc, că nu au alte surse de venit.

De remarcat, că în condițiile, când în Republica Moldova este foarte caracteristic fenomenul migrației forțelor de muncă peste hotarele țării, cel mai mare procent l-a acumulat lotul pacienților ($19,04 \pm 1,20\%$), urmat de MF – $14,78 \pm 2,08\%$ și printre AM circa $9,72 \pm 1,17\%$ au lucrat peste hotarele țării, chiar dacă au avut aici, acasă un loc de serviciu asigurat. Mai mult de 5 ani s-au aflat peste hotare $2,75 \pm 0,97\%$ de MF și $1,41 \pm 0,47\%$ de AM, comparativ cu $3,00 \pm 0,52\%$ de populație generală, iar circa $4,81 \pm 1,25\%$ din medicii de familie s-au aflat la lucru peste hotarele țării pe o durată de timp de la 3 la 5 ani.

Fiind întrebați dacă venitul familiei acoperă cheltuielile strict necesare pentru viața cotidiană, circa $30,58 \pm 2,70\%$ de MF, aproximativ $20,83 \pm 1,24\%$ din populația generală și doar $7,37 \pm 1,04\%$ de AM au răspuns afirmativ, ceilalți negând posibilitatea acoperirii financiare a necesităților.

Respectiv, reieșind din aceste constatări, este clar tabloul autoaprecierii de către respondenți a stării materiale a familiei lor: circa $23,83 \pm 1,30\%$ persoane din populația generală, $23,20 \pm 1,87\%$ de AM și $12,71 \pm 1,95\%$ de MF susțin că trăiesc în sărăcie, apreciind starea materială a familiei "critică". Marea majoritate a populației, inclusiv lucrătorii medicali, recunosc că sunt nevoiți să economisească permanent și doar un procent foarte mic nu confruntă dificultăți materiale: $4,22 \pm 0,62\%$ populație generală; $2,06 \pm 0,84\%$ de MF și $0,47 \pm 0,27\%$ de AM.

Tabloul condițiilor locative ale respondenților noștri denotă faptul, ca marea majoritate, atât pacienții cât și lucrătorii medicali, sunt asigurați cu spații locative: apartamente, case sau o parte din casă. În cămine locuiesc $1,57 \pm 0,49\%$ de AM, $1,37 \pm 0,69\%$ de medici și circa $7,22 \pm 0,79\%$ de pacienți. Închiriază spații locative $1,31 \pm 0,35\%$ pacienți; $2,19 \pm 0,58\%$ de AM și circa $2,06 \pm 0,84\%$ de medici.

În ce privește condițiile de trai ale respondenților noștri sau asigurarea locuințelor cu apă-canalizare, surse energetice, etc., marea majoritate a medicilor ($60,82 \pm 2,88\%$) sunt asigurați cu toate condițiile, $33,68 \pm 2,77\%$ - au condiții parțiale, iar spațiile locative a circa $5,50 \pm 1,34\%$ de MF sunt fără condițiile necesare. Procentul asigurării cu condiții locative (totale și parțiale) al AM este a câte $43,73 \pm 1,96\%$, iar spații locative fără condiții dețin $12,23 \pm 1,29\%$ de asistenți medicali. Tabloul spațiilor locative ale pacienților este aproape de cel al AM, spații locative fără condiții dețin $9,85 \pm 0,91\%$ din respondenți.

Un alt interes manifestat pentru respondenți au fost condițiile de lucru, în care activează. Și, deoarece pacienții au diferite specialități și locuri de lucru, iar unii nici nu sunt angajați în câmpul muncii, este mai dificil de făcut comparația între toate trei loturi. Printre pacienți circa $34,62 \pm 1,46\%$ au o muncă intelectuală, $12,85 \pm 1,02\%$ - munca este soldată cu efort fizic, iar pentru $18,29 \pm 1,18\%$ caracterul muncii este mixt. Marea majoritate a respondenților ($57,79 \pm 1,51\%$) susțin, că serviciul lor este legat de acțiunea factorilor nocivi: suprarăcire, supraîncălzire, munca fizică grea, acțiunea factorilor chimici, a metalelor grele, a radiației și vibrației. Pentru lucrătorii medicali am comparat condițiile birourilor de lucru (birouri separate; birouri comune, dar mese de lucru separate; mese comune). Birouri separate au $47,08 \pm 2,93\%$ de MF și $32,29 \pm 1,85\%$ de AM. În birouri comune, dar la mese diferite de lucru activează $40,89 \pm 2,88\%$ de MF și $50,00 \pm 1,98\%$ de AM. Împart masa comună de lucru $12,03 \pm 1,90\%$ MF și $17,24 \pm 1,49\%$ de AM. Respectiv, apare întrebarea: cum se lucrează la componentele de asigurare

a intimității pacientului, confidențialității medicale în birourile comune ale MF și AM? Și care este asigurarea locului de muncă al angajatului (lucrătorului medical) în instituțiile medicale, unde se asigură doar o masă de lucru pentru doi specialiști? Mai cu seamă, că $5,15 \pm 1,30\%$ de medici și circa $5,17 \pm 0,88\%$ de asistenți medicali indică, că starea exterioară a oficiului este nesatisfăcătoare și necesită reparații curente și capitale, iar dotarea oficiilor medicilor de familie este insuficientă (în opinia a $13,40 \pm 1,99\%$ de MF și $17,71 \pm 1,51\%$ de AM) și nesatisfăcătoare (în opinia a $1,72 \pm 0,76\%$ de MF și $2,19 \pm 0,58\%$ de AM).

Toți respondenții au fost rugați să estimeze care sunt factorii ce influențează situația social-economică a familiilor lor. ”Salariul mic” și instabil (pentru persoanele care lucrează prin cumul) a fost menționat de $83,07 \pm 1,48\%$ AM; de $64,95 \pm 2,79\%$ MF și $54,78 \pm 1,52\%$ de pacienți, precum și ”prețurile mari” la serviciile comunale, alimente, medicamente, mărfuri de uz casnic, etc. au remarcat $54,13 \pm 1,53\%$ pacienți; $72,85 \pm 2,61\%$ de medici și $63,95 \pm 1,90\%$ de asistenți medicali. ”Probleme de sănătate și ITM” au fost constatate la $13,13 \pm 1,03\%$ de pacienți; la $10,65 \pm 1,81\%$ MF și la $9,56 \pm 1,17\%$ de AM.

Reieșind din datele anterioare, am fost curioși să aflăm cum a influențat situația social-economică a familiei asupra persoanei/individului (moralul și psihicul acestuia) (Figura 4.1).

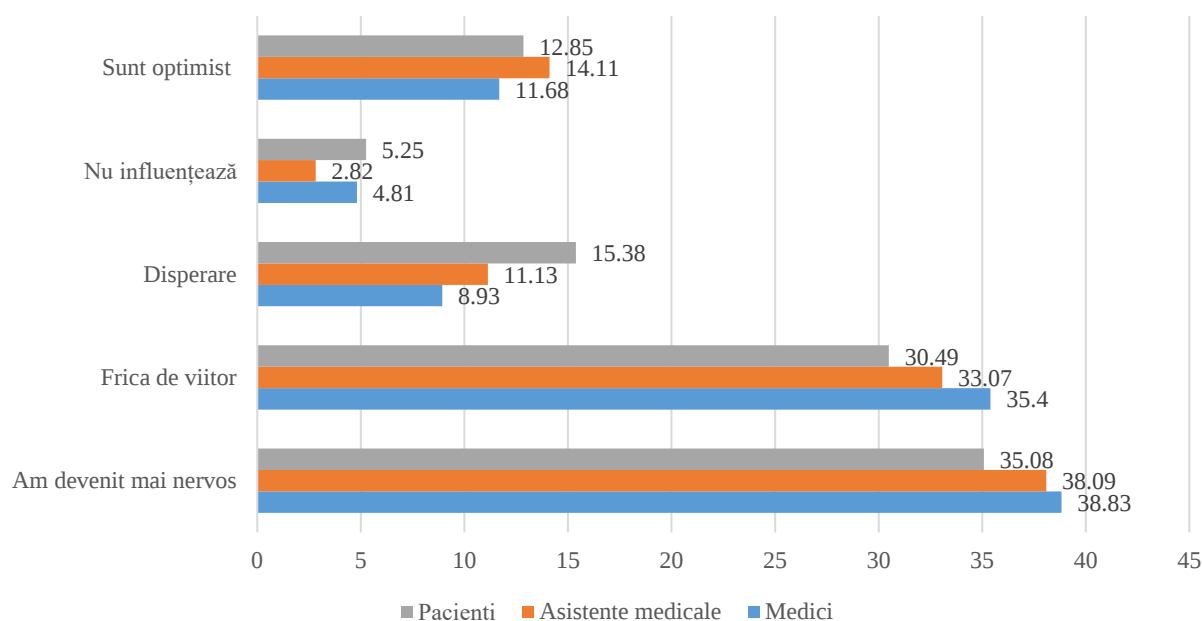


Fig.4.1. Influența situației social-economice asupra moralului și psihicului individului, %

Marea majoritate a respondenților, în toate trei loturi de cercetare, susțin, că au devenit mai nervoși, au frică de viitor, iar o parte ($15,38 \pm 1,10\%$ de pacienți; $8,93 \pm 1,67\%$ de MF și $11,13 \pm 1,24$ de AM) sunt disperați și doar pentru o cotă foarte mică de respondenți situația social-economică nu influențează, după cum susțin aceștia din urmă, moralul și psihicul ($5,25 \pm 0,68\%$ de pacienți; $4,81 \pm 1,25\%$ MF și $2,82 \pm 0,65\%$ AM).

Fiind întrebați care sunt problemele la moment, de care sunt preocupați, respondenții (în toate trei loturi) au răspuns, că preponderent sunt preocupați de problemele de sănătate ($67,54 \pm 1,43\%$ pacienți; $64,95 \pm 2,79\%$ MF și $70,69 \pm 1,80\%$ AM), urmate de starea materială precară a familiei ($43,81 \pm 1,52\%$ pacienți; $56,01 \pm 2,91\%$ MF și $48,12 \pm 1,98\%$ AM). Dar, au remarcat și faptul, că sunt deranjați de relațiile tensionate în familie sau la serviciu ($11,26 \pm 0,97\%$ pacienți; $8,59 \pm 1,64\%$ MF și $10,34 \pm 1,20\%$ AM). Singurătatea este un factor, de care sunt preocupați circa $10,41 \pm 0,94\%$ de pacienți; $3,78 \pm 1,12\%$ MF și $6,74 \pm 0,99\%$ AM.

Cu toate că sănătatea este problema de bază, de care sunt preocupați respondenții noștri, dar în lista valorilor vieții sănătatea este pe planul doi în două eșantioane (la pacienți și asistenți medicali), fiind depășit de "Familie", ca una din valorile de bază ale vieții respondenților și doar pentru medicii de familie sănătatea este valoarea supremă a vieții (Figura 4.2) Asigurarea materială a familiei, studiile și educația, dragostea, respectul și înțelegerea în familie, dar și cariera de serviciu prevalează în lista priorităților, ca valori ale vieții umane.

Respondenții au fost întrebați cu ce probleme de sănătate se confruntă la moment. De menționat, că în toate trei eșantioane a fost scoasă în evidență HTA ($35,55 \pm 1,47\%$ - pacienții; $32,99 \pm 2,76\%$ - MF; $32,13 \pm 1,85\%$ - AM), iar în lotul pacienților HTA prevalează. Pe locul doi pacienții au specificat durerile articulare ($30,02 \pm 1,40\%$), urmate de bolile tractului digestiv ($26,83 \pm 1,36\%$) și bolile sistemului nervos ($21,86 \pm 1,27\%$), obezitate ($12,20 \pm 1,00\%$) și depresie ($11,54 \pm 0,98\%$). Printre medicii de familie prevalează maladiile sistemului nervos ($35,40 \pm 2,80\%$), urmate de HTA și bolile tractului digestiv ($32,65 \pm 2,75\%$), osteoartropatiile constituie $25,09 \pm 0,89\%$, maladiile cardiovasculare – $20,62 \pm 2,37\%$, obezitatea – $15,81 \pm 2,14\%$, depresia – $11,34 \pm 1,86\%$. Tabloul maladiilor prezente la AM relevă, că prevalează bolile tractului digestiv ($38,40 \pm 1,93\%$), urmate de HTA și maladiile sistemului nervos ($28,21 \pm 1,78\%$), obezitate – $17,08 \pm 1,49\%$; depresie – $12,54 \pm 1,31\%$; osteoartropatii – $11,91 \pm 1,28\%$.

Care factori comportamentali (în viziunea personală a respondenților) au influențat direct starea sănătății acestora? În toate trei loturi de cercetare pe primul loc au fost nominalizate stresul și surmenajul cronic ($68,39 \pm 1,42\%$ - pacienți; $77,32 \pm 2,46\%$ - MF; $76,96 \pm 1,67\%$ - AM). Fumatul a provocat îmbolnăvirea în viziunea a $17,64 \pm 1,17\%$ de pacienți; $18,56 \pm 2,28\%$ de medici și $12,85 \pm 1,33\%$ de asistenți medicali. Un alt factor – sedentarismul ($14,26 \pm 1,07\%$ pacienți; $27,84 \pm 2,63\%$ MF și $10,97 \pm 1,24\%$ AM), urmat de consumul de alcool ($14,17 \pm 1,07\%$ - pacienți; $17,53 \pm 2,23\%$ - MF; $10,34 \pm 1,20\%$ - AM). Violența, ca factor declanșator al bolii de bază, este specificată de $8,16 \pm 0,84\%$ pacienți, $13,06 \pm 1,98\%$ de medici și $10,50 \pm 1,21\%$ de AM, urmată de "nerespectarea igienei personale" – $3,85 \pm 0,59\%$ pacienți; $6,53 \pm 1,45\%$ medici și $3,45 \pm 0,73\%$ AM. Dacă lucrătorii medicali mai specifică așa factori de risc ca HTA, nivelul

ridicat al colesterolului în sânge, apoi pacienții specifică ”drogurile” ($7,22 \pm 0,79\%$) și ”relațiile sexuale ocazionale” ($6,47 \pm 0,75\%$) ca factori care au provocat îmbolnăvirea.

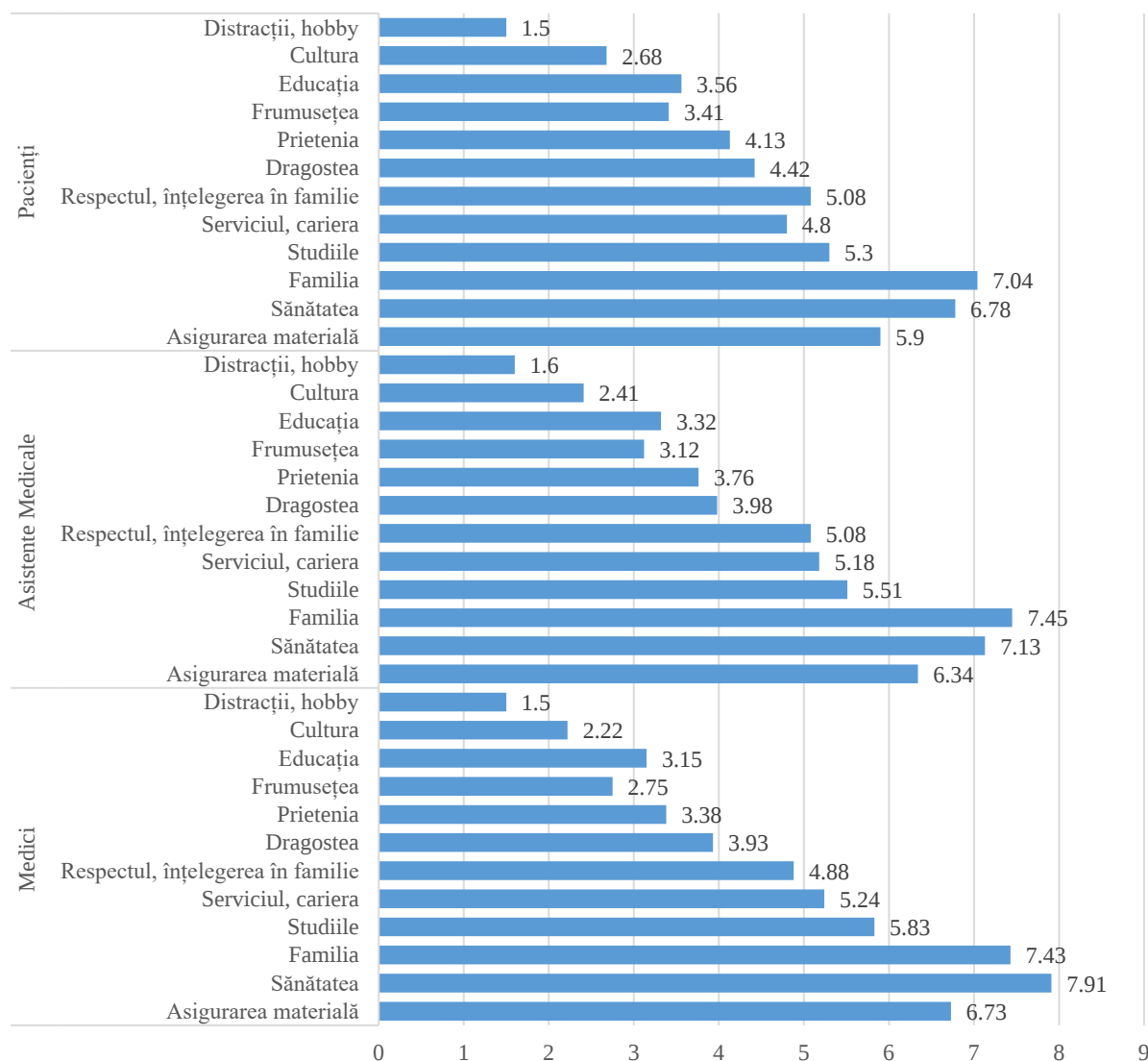


Fig.4.2. Valorile vieții omului în loturile de cercetare, %.

Comparația eșantioanelor privind cunoștințele respondenților despre principalii factori comportamentali de risc, cu impact asupra sănătății, denotă următoarele.

Marea majoritate a respondenților (din toate trei eșantioane) cunosc, că alimentația este unul din factorii principali de risc și au definit corect alimentația rațională. Însă, $6,94 \pm 0,78\%$ din pacienți, $1,41 \pm 0,47\%$ din AM și $1,72 \pm 0,76\%$ din MF consideră că alimentația rațională este cea vegetariană, pe când $16,32 \pm 1,13\%$ din pacienți, $10,03 \pm 1,19\%$ din AM și $6,87 \pm 1,49\%$ din MF sunt de părerea, că alimentația rațională este cea bazată pe consumul de carne, pește și lactate. Fiind întrebați care sunt consecințele alimentației incorecte, marea majoritate a respondenților (în toate trei eșantioane) au indicat afecțiunile aparatului digestiv, aparatului cardiovascular, genito-

urinar, a sistemului nervos și imunoendocrin, care se manifestă prin constipații și diaree, prin gastrite și ulcere, prin ateroscleroze, hipertensiune arterială, neuroze, cancer ș.a.

Cercetarea a demonstrat, că respondenții cunosc (cu excepția a $3,10 \pm 0,53\%$ din pacienți) și despre riscurile comportamentale, provocate de alcool, droguri și fumat, care provoacă un șir de patologii – HTA, infarct miocardic, diabet zaharat, cancer, encefalopatii, alcoolism, narcomanie, etc. Însă, fiind întrebați, dacă alcoolul și nicotina sunt narcotice, $65,20 \pm 1,46\%$ din pacienți, $61,91 \pm 1,92\%$ din AM și $54,64 \pm 2,92\%$ din MF au răspuns afirmativ, iar $9,47 \pm 0,89\%$ pacienți, $6,58 \pm 0,98\%$ AM și $3,09 \pm 1,02\%$ din MF - ”nu știu”. Marea majoritate a lucrătorilor medicali intervievați nu fumează și nici n-au încercat cândva să fumeze, pe când $1,88 \pm 0,54\%$ din AM și $8,25 \pm 1,62\%$ din MF sunt fumători ”înrașiți”, iar $1,25 \pm 0,45\%$ din AM și $2,06 \pm 0,84\%$ din MF fumează câte o țigară pe zi.

Administrarea regulată a drogurilor dezvoltă dependență psihologică și fizică ($33,96 \pm 1,45\%$ pacienți, $63,17 \pm 1,91\%$ AM și $72,51 \pm 2,62\%$ MF), iar $31,99 \pm 1,43\%$ din pacienți, $7,37 \pm 1,04\%$ AM și $2,75 \pm 0,97\%$ MF nu cunosc acest lucru. Respectiv, la întrebarea ce este alcoolismul și narcomania, marea majoritate a respondenților (în toate trei eșantioane) susțin, că e vorba de boală. (Figura 4.3), iar $26,45 \pm 1,35\%$ din pacienți, $25,55 \pm 1,79\%$ AM și $19,24 \pm 2,31\%$ MF consideră, că alcoolismul și narcomania sunt deprindere sau stil de viață ($5,07 \pm 0,67\%$; $2,66 \pm 0,64\%$ și $6,53 \pm 1,45\%$ respectiv).

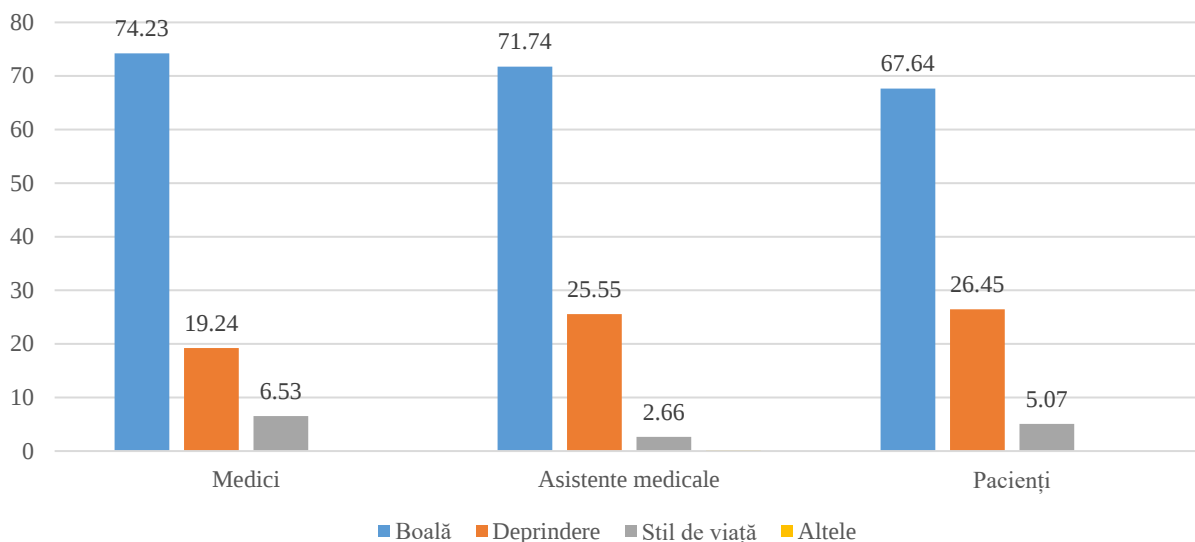


Fig.4.3. Rata cunoștințelor privind efectele alcoolului și drogurilor, %

Un alt factor de risc comportamental – sedentarismul. Astfel, $39,40 \pm 1,49\%$ din pacienți, $26,65 \pm 1,75\%$ AM și $24,40 \pm 2,52\%$ MF nu practică sportul și nici exercițiile sau lucrul fizic, pe când marea majoritate a respondenților duc un mod activ de viață (sau fac sport regulat, sau merg mai mult de 45 min/zi, sau lucrează fizic).

Respectă regimul de muncă/odihnă (a orelor de muncă, orei de prânz, pauzelor de cafea/ceai) doar $30,02 \pm 1,40\%$ de pacienți, $29,31 \pm 1,80\%$ AM și $22,68 \pm 2,46\%$ MF. Timpul liber, marea majoritate a respondenților (în toate trei eșantioane) îl petrec în fața televizorului ($42,87 \pm 1,52\%$ pacienți, $55,96 \pm 1,97\%$ AM și $41,58 \pm 2,89\%$ MF) sau navighează Internetul ($18,29 \pm 1,18\%$ pacienți, $14,42 \pm 1,39\%$ AM și $25,09 \pm 2,54\%$ MF). Preferă să doarmă ($11,35 \pm 0,97\%$ de pacienți, $4,86 \pm 0,85\%$ AM și $4,81 \pm 1,25\%$ MF) sau să citească ($14,45 \pm 1,08\%$, $15,05 \pm 1,42\%$ și $15,12 \pm 2,09\%$ respectiv) din respondenți. Și numai $12,20 \pm 1,00\%$ din pacienți, $9,56 \pm 1,17\%$ AM și $13,40 \pm 1,99\%$ MF se odihnesc activ (fac sport sau plimbări la aer).

Marea majoritate a respondenților (trei eșantioane) suferă de dereglări de somn și insomnie (din cauza stresului și surmenajului cronic) și doar $6,38 \pm 0,75\%$ din populație, $6,90 \pm 1,00\%$ AM și $3,78 \pm 1,12\%$ MF declară, că nu au probleme cu somnul de noapte.

Populația cunoaște măsurile eficiente de profilaxie a maladiilor, inclusiv vaccinarea pentru prevenirea maladiilor infecțioase ($37,90 \pm 1,49\%$) , controale medicale profilactice și consultații la MF, campaniile de informare ($25,98 \pm 1,34\%$) (Figura 4.4).

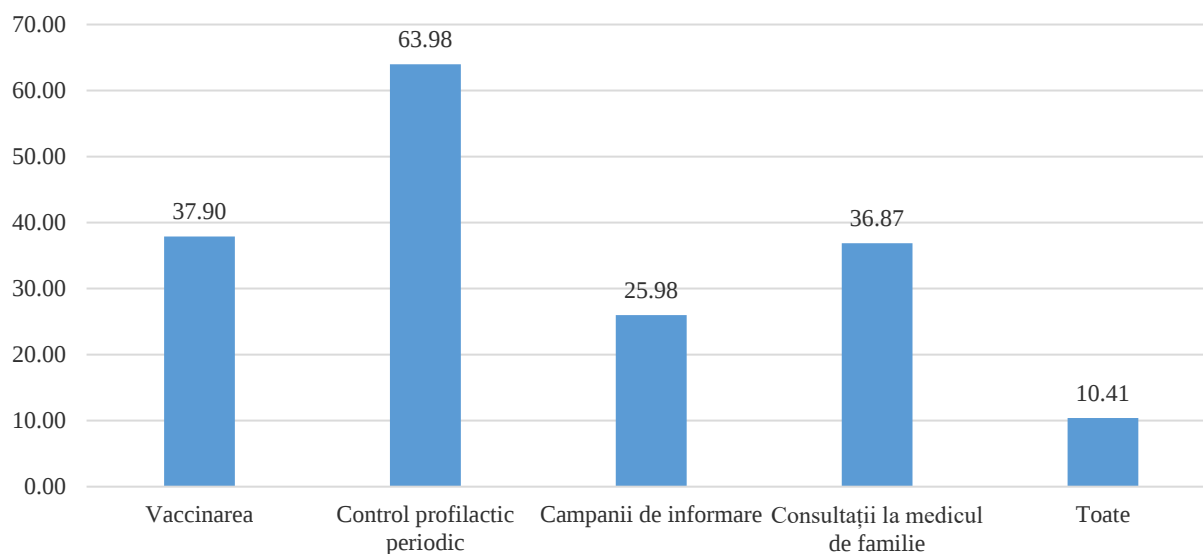


Fig.4.4. Ponderea cunoștințelor populației privind măsurile eficiente de profilaxie a maladiilor, %

La fel, respondenții cunosc (cu excepția a $6,75 \pm 0,77\%$) riscurile ce țin de relațiile sexuale ocazionale, prin care se transmit un șir de boli: sifilisul ($87,99 \pm 0,99\%$), gonoreea ($73,64 \pm 1,35\%$), trihomoniaza ($54,97 \pm 1,52\%$), micoplazmoza ($23,26 \pm 1,29\%$), hlamidioza ($29,17 \pm 1,39\%$) ș.a. ($7,79 \pm 0,82\%$), precum cunosc și măsurile de profilaxie a bolilor sexual-transmisibile.

Ce ține de cunoștințele respondenților privind infecția HIV/SIDA – sunt foarte variate. Spre exemplu, pacienții fiind întrebați care sunt căile de transmitere a infecției HIV/SIDA, marea

majoritate au dat răspunsuri corecte, indicând și transmiterea materno-fetală (dincolo de calea sexuală), prin utilizarea repetată a seringilor, prin sânge. Însă $9,57 \pm 0,90\%$ din respondenți au indicat transmiterea prin înțepătură de țânțar, iar $4,78 \pm 0,65\%$ - prin aer. Aproximativ $45,03 \pm 1,49\%$ nu cunosc, că părinții HIV-pozitivi pot da naștere unui copil sănătos. Circa $7,69 \pm 0,82\%$ din respondenți au indicat, ca măsură de profilaxie a infectării HIV evitarea frecventării bazinelor de apă și a băilor comune. Lucrătorii medicali, la fel, au fost întrebați dacă persoanele HIV infectate pot frecventa diferite instituții de menire socială (școală, grădiniță, sală de sport, bazin de apă, piscină, cinematograful, teatru). Doar $25,55 \pm 1,73\%$ AM și $56,01 \pm 2,91\%$ MF au indicat, că toate instituțiile enumerate pot fi frecventate de persoanele HIV-infectate. Printre AM circa $66,30 \pm 1,87\%$ și $63,92 \pm 2,82\%$ din MF se pronunță pozitiv pentru frecventarea persoanelor HIV-pozitive a piscinelor și bazinelor de apă, ceilalți respondenți sunt rezervați la acest capitol.

Capitolul IV al celor două chestionare elaborate pentru cercetare, diferă după conținut. Ne-am propus, pentru lucrătorii medicali, să evaluăm activitatea lor la capitolul profilaxia maladiilor și promovarea sănătății și serviciile de informare, prestate populației, la capitolul respectiv. Iar pentru populație – să identificăm care sunt sursele de informare a lor, la capitolul profilaxia maladiilor și promovarea sănătății, și să evaluăm atitudinea individuală a respondenților vis-a-vis de informația achiziționată pe dimensiunea respectivă (vezi capitolul III).

Pentru prestarea serviciilor medicale de promovare a sănătății și profilaxie a maladiilor, un rol important îl are timpul rezervat pentru aceste activități. În conformitate cu actele normative în vigoare, pentru consultația unui pacient MF are 20 min. [100]. Respectiv, am rugat respondenții să excludă din timpul consultației timpul rezervat pentru diagnostic și tratament și să indice strict cât timp se acordă doar pentru instruire în problemele de profilaxie a bolilor și promovarea a sănătății. Astfel, marea majoritate (trei eșantioane) au indicat 15-20 min, pînă la 10 min au indicat $25,61 \pm 1,34\%$ de pacienți, $21,31 \pm 1,62\%$ AM și $31,62 \pm 2,73\%$ MF și peste 30 min. au indicat $5,91 \pm 0,72\%$ pacienți, $3,13 \pm 0,69\%$ AM și $3,09 \pm 1,02\%$ MF. Totodată, opinia respondenților, în ce privește cât timp ar fi suficient pentru aceste activități, diferă: marea majoritate (mai mult de 40 la sută în toate trei eșantioane) consideră, că este necesar mai mult de 30 min., iar o bună parte nu se pot pronunța ($16,32 \pm 1,13\%$ pacienți, $9,40 \pm 1,16\%$ AM și $4,81 \pm 1,25\%$ MF). La întrebarea cine trebuie să se ocupe de problemele ce țin de profilaxia maladiilor și promovarea sănătății, ponderea esențială a răspunsurilor aparține medicului de familie și echipei lui (în trei eșantioane), adică lucrătorul medical din AMP se bucură de o credibilitate sporită pe segmentul dat.

Ținând cont de cunoștințele, abilitățile și aptitudinile dobândite în profilaxia maladiilor și promovarea sănătății, am rugat respondenții să-și autoaprecieze sănătatea proprie, la moment, și calitatea vieții lor. (Figura 4.5).

Starea satisfăcătoare a sănătății este cea mai sporită printre medici ($78,69 \pm 2,40\%$) și cea mai joasă printre pacienți ($67,17 \pm 1,16\%$), cota cea mai sporită de invaliditate este printre pacienți ($14,26 \pm 1,07\%$). Indiscutabil, tabloul stării de sănătate este diferit în dependență de vîrstă.

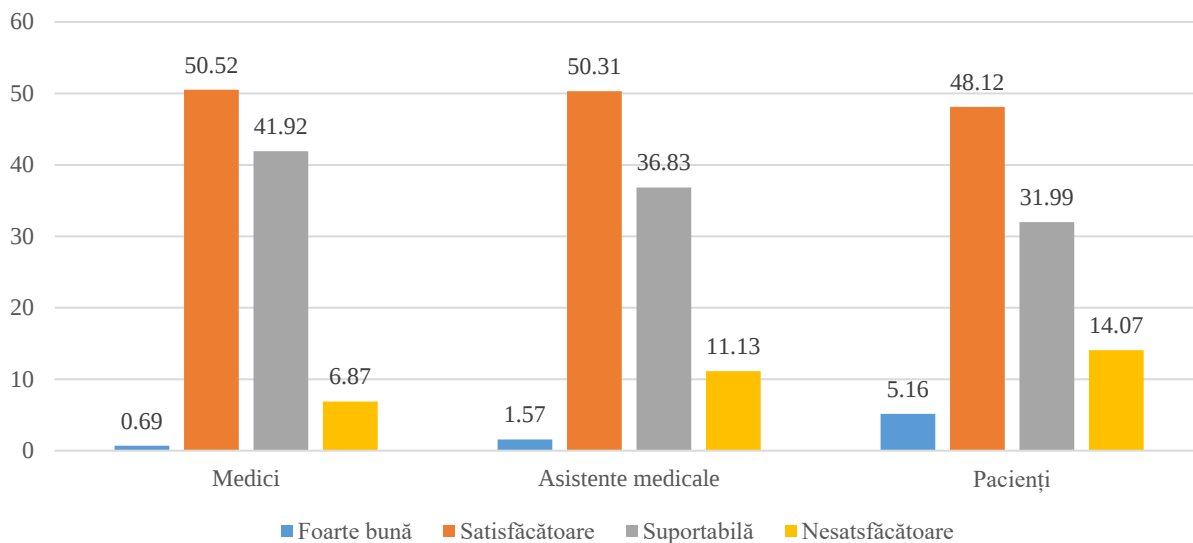


Fig.4.5. Ponderea satisfacției de calitatea vieții, %

Aproximativ jumătate din lucrătorii medicali (medici și asistente medicale) sunt satisfăcuți de calitatea vieții lor. O bună parte din respondenți califică calitatea vieții ca suportabilă (cea mai mare parte de MF – $41,92 \pm 2,89\%$ și $31,99 \pm 1,43\%$ de pacienți). Totodată, cel mai sporit procent al calității vieții foarte bună – $5,16 \pm 0,68\%$ - și cel mai nesatisfăcător – $14,07 \pm 1,06\%$ este printre pacienți.

4.2 Rezultatele studiilor STEPS și MICS-IV în Republica Moldova privind implicarea asistenței medicale primare în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății

Pentru a avea un tablou mai amplu în ce privește factorii de risc în dezvoltarea și evoluția maladiilor netransmisibile și transmisibile, în ce privește cunoștințele populației despre factorii de risc pentru sănătate și despre nivelul de implicare a AMP (MF și echipei lui) în profilaxia maladiilor și promovarea sănătății, precum și pentru a justifica necesitatea imperativă de implicare a medicului de familie/asistentei medicale de familie în aceste activități, am făcut comparație și cu datele obținute în cercetările efectuate la nivel național, în care am participat –

studiile STEPS și MICS-IV - luând pentru comparație doar datele care se referă în cercetarea de bază.

Studiul Prevalența factorilor de risc pentru bolile netransmisibile în Republica Moldova - STEPS, 2013.

Republica Moldova este într-un proces de tranziție epidemiologică de la începutul anilor 90. Ca urmare, prevalența bolilor legate de stilul de viață și comportamentul nesănătos, cum ar fi BCV, diabetul, cancerul, hepatitele cronice și cirozele, crește constant, aceste boli devenind cauzele principale ale mortalității populației [9]. BNT sunt responsabile de mai mult de 85% din toate decesele înregistrate anual. Republica Moldova, ca și alte țări în curs de dezvoltare, se confruntă în prezent cu povara dublă a bolilor, care cuprinde pe de o parte provocările noi, asemenea ca obezitatea și BNT, iar pe de altă parte – bolile infecțioase, precum tuberculoza și HIV/SIDA.

Conform statisticii medicale naționale, principale cauze de deces, în Republica Moldova, în anul 2012 le-au constituit:

- bolile sistemului circulator (641,6 la 100 000 populație)
- neoplasmale (163,2 la 100 000 populație)
- hepatitele cronice și cirozele (81,6 la 100 000 populație)
- traumele și otrăvirile (86,8 la 100 000 populație)
- diabetul (9,8 la 100 000 populație).

Consumul de tutun a fost al doilea cel mai prevalent factor de risc la bărbați, contribuind la povara bolilor cu 14,9% de ani de viață ajustați la dizabilitate (DALY) în anul 2002.

Conform statisticilor OMS, rata mortalității atribuibilă fumatului în Republica Moldova a constituit 678 decese la 100 000 populație în anul 2012 și este de aproape de două ori mai mare în comparație cu cea din Regiunea Europeană a OMS.

Consumul de alcool este factorul de risc principal la bărbați și al treilea cel mai mare factor de risc la femei, contribuind la povara bolilor cu 27,2% și 12,8% DALY, respectiv, în anul 2002. Conform OMS, povara bolilor atribuibile consumului de alcool în Republica Moldova a fost estimată la nivelul patru cel mai înalt de risc (pe o scală de la 1 la 4).

Doar a cincea parte din populație consuma fructe și legume în anul 2005. Consumul redus de fructe și legume a fost responsabil de 6,6% DALY la femei și 5,1% DALY la bărbați în anul 2002. Suplimentar, jumătate din populația adultă din Republica Moldova a fost supraponderală în anul 2005.

Hipertensiunea a fost factorul de risc principal la femei și al treilea cel mai important factor de risc la bărbați, constituind 15,3% și 11,3% DALY, respectiv, în anul 2000.

Consumul de tutun

Rata totală a fumătorilor actuali (fumători zilnici și ne zilnici) de toate produsele din tutun a constituit 25,3% (Î 95%: 23,4-27,2). Proporția bărbaților fumători (43,6%) a fost mult mai mare în comparație cu cea a femeilor fumătoare (5,6%). În același timp, s-a atestat o creștere considerabilă a proporției fumătorilor în grupurile de vârstă tinere, atât la respondenții bărbați, cât și la respondenții femei.

Concluzii

1. O pătrime din populația Republicii Moldova (25,3%) și 4 din 10 bărbați sunt fumători actuali, ceea ce îi plasează sub un risc înalt pentru BNT. Femeile din mediul urban fumează mai mult (10,4%) în comparație cu cele din mediul rural (1,3%).

2. Nouă din zece fumători (92,0%) au fost fumători zilnici. Cota fumătorilor zilnici printre bărbații fumători (93,0%) a fost mai înaltă în comparație cu cea a femeilor fumătoare (82,3%).

3. Țigarele fabricate sunt cel mai pe larg utilizat produs din tutun (utilizat de 99% din populația studiată). Bărbații au fumat zilnic mai multe țigarete (17,2) în comparație cu femeile (11,4).

4. Una din șase persoane (16,5%) a fost expusă la fumul de tutun acasă, iar una din patru persoane la locul de muncă (26,2%), cu mai mulți bărbați (35,0%) expuși în comparație cu femeile (17,2%), ceea ce crește considerabil riscul pentru BNT printre persoanele expuse la fumul de tutun.

Consumul de alcool

61,9% (Î 95%: 66,3-73,2) din toți respondenții cu vârsta cuprinsă între 18 și 69 de ani au consumat alcool pe parcursul ultimilor 30 de zile. Proporția bărbaților (69,8%, Î 95%: 66,3-73,2) a fost semnificativ mai înaltă în comparație cu cea a femeilor (53,5%, Î 95%: 50,5-56,4). Cifrele arată o descreștere a consumului de alcool în Republica Moldova în comparație cu rezultatele din SDS din anul 2005, care a raportat o prevalență de 81% printre bărbați și 59% printre femei. Cu toate că, SDS a analizat grupuri de vârstă diferite (15-59 ani pentru bărbați și 15-49 pentru femei), prevalența mai joasă a consumului de alcool în grupurile de vârstă mai tinere și cele mai vârstnice susține concluzia noastră referitor la tendința pozitivă privind reducerea consumului de alcool.

Concluzii:

1. Doar una din șapte persoane a fost abstinentă pe parcursul vieții referitor la consumul de alcool. Prevalența băutorilor curenți a fost mai mare în mediul rural (64,5%), în comparație cu mediul urban (58,0%).

2. Frecvența consumului de alcool a fost mai mare printre bărbați în comparație cu femeile.

3. Bărbații au consumat mai multe băuturi standard (4,2) la o ocazie medie în comparație cu femeile (2,2).

4. Una din cinci persoane a fost băutor înrăit, iar băutul înrăit a fost mai răspândit printre bărbați (29,0%) în comparație cu femeile (9,2%).

5. Una din două persoane a consumat alcool neînregistrat, aceasta datorându-se tradițiilor locale de producere a alcoolului în condiții de casă.

Consumul de fructe și legume

Consumul de fructe și legume de către populația participantă la studiu a fost evaluat în funcție de sex, vârstă și mediul de reședință. Numărul mediu de zile pe săptămână, în care au fost consumate fructe și legume, a constituit 5,6 (ÎI 95%: 5,5-5,7) și 5,9 (ÎI 95%: 5,7-6,0) (pentru fructe și legume, respectiv).

Femeile au consumat mai frecvent fructe - 5,8 zile pe săptămână (ÎI 95%: 5,7-5,9) în comparație cu bărbații - 5,4 zile pe săptămână (ÎI 95%: 5,2-5,6), diferența fiind semnificativă statistic, pe când bărbații au consumat legume în medie 5,9 zile pe săptămână, iar femeile - 5,8 zile pe săptămână. Atât consumul de fructe, cât și cel de legume a fost mai frecvent printre grupurile de vârstă mai tinere.

Trebuie de menționat că colectarea datelor a fost făcută toamna, când disponibilitatea de fructe și legume se presupune a fi cea mai mare în țară. Aceste date, privind consumul mai mare de fructe și legume toamna (legat de creșterea disponibilității sezoniere), sunt confirmate de datele nepublicate din studiul privind consumul alimentar, efectuat în 1998. S-a stabilit, că frecvența consumului de fructe a fost mai mare printre populația rurală (5,7 zile pe săptămână cu ÎI 95%: 5,5-5,8) în comparație cu populația urbană (5,5 zile, ÎI 95%: 5,3-5,7). Și invers, populația urbană a consumat mai frecvent legume (6 zile pe săptămână) în comparație cu cea rurală (5,8 zile pe săptămână).

Concluzii:

1. Populația din Republica Moldova consumă în medie 4 porții de fructe și legume pe zi, cu o frecvență mai mare în mediul rural (4,2) în comparație cu mediul urban (3,9).

2. Două treimi din populația Republicii Moldova consumă mai puțin de 5 porții de fructe și legume pe zi.

3. Fiecare a patra persoană (24,3%) a raportat că adaugă sare în timpul consumului, cu o prevalență mai mare printre bărbați (28%), în comparație cu femeile (20,3%) și printre bărbați din mediul urban (29,8%) în comparație cu cei din mediul rural (26,4%).

4. Populația cunoaște, în general, beneficiile consumului sării iodate, 81,4% din respondenți raportând că folosesc sarea iodată la prepararea bucatelor în gospodărie (cu o prevalență mai mare printre populația urbană (89,2%) în comparație cu cea rurală (74,4%)).

Activitatea fizică

Una din zece persoane a fost inactivă fizic și nu a corespuns recomandărilor OMS privind activitatea fizică pentru sănătate, având ca rezultat un risc crescut pentru BNT. Prevalența inactivității fizice a fost mai mare în mediul urban în comparație cu cel rural și crește concomitent cu vârsta.

Populația din mediul rural, atât bărbații, cât și femeile, a fost mai expusă la activitatea fizică în comparație cu populația urbană, iar cea mai mare diferență a fost între femei. Durata mediană zilnică a tuturor activităților fizice a constituit 228,6 minute, bărbații fiind de 1,5 ori mai activi fizic în comparație cu femeile. Aproape două treimi (63,4%) din timpul petrecut în activitate fizică a fost legat de locul de muncă și aproape o treime a fost legată de deplasarea dintr-un loc în altul. Bărbații petrec mai mult timp în activitate fizică la locul de muncă, iar femeile petrec mai mult timp în activitatea fizică legată de deplasarea dintr-un loc în altul.

Tensiunea arterială

8,5% din toți respondenții au raportat că nu li s-a măsurat tensiunea arterială niciodată, cu o diferență semnificativă între sexe (10,8% bărbați vs. 6% femei). 4,3% din respondenți au fost diagnosticați cu tensiune arterială ridicată, mai mult de un an până la studiu, iar 18,3% respondenți au fost diagnosticați cu hipertensiune pe parcursul ultimilor 12 luni. Conformitatea cu tratamentul, pentru tensiunea arterială ridicată, este foarte joasă (mai puțin de jumătate).

Diabetul

40,3% din toți respondenții nu și-au măsurat niciodată nivelul de zahăr în sânge, cu o diferență semnificativă între sexe (45,4% de bărbați vs. 34,9% de femei). 1,2% dintre respondenții de toate vârstele au fost diagnosticați cu nivelul ridicat de zahăr în sânge mai mult de 12 luni anterior interviului, iar 4,3% pe parcursul ultimilor 12 luni.

Colesterolul

60% din respondenții de toate vârstele nu și-au măsurat niciodată nivelul de colesterol în sânge. Numai 0,9% din populația studiată a fost diagnosticată cu nivelul ridicat de colesterol în sânge mai mult de 12 luni până la interviu, iar 4% pe parcursul ultimilor 12 luni. 24,6% din respondenții diagnosticați cu nivelul total de colesterol în sânge ridicat primeau tratament oral pe parcursul a două săptămâni precedente, cu o diferență semnificativă între sexe (30,2% bărbați vs. 21,5% femei).

Sfaturi pentru stilul de viață de la un medic sau un lucrător medical pe parcursul ultimilor trei ani, pe sexe:

Consumul de fructe și legume, reducerea consumului de grăsimi și de sare în rația alimentară au fost cele mai frecvente sfaturi oferite populației de către medic sau un lucrător medical. Femeile au raportat că au primit mai frecvent asemenea sfaturi în comparație cu bărbații. Mai mult de jumătate din populația studiată a primit sfaturi referitor la activitatea fizică pentru sănătate și masa corporală sănătoasă, prevalența femeilor fiind mai mare în comparație cu cea a bărbaților.

Screening-ul cancerului cervical

Femeile respondente au fost întrebată dacă au fost supuse cândva testului de screening pentru cancerul cervical. De menționat, că în conformitate cu legislația națională, toate femeile cu vârsta de 25-64 de ani trebuie să fie supuse testului de screening pentru cancerul cervical o dată la fiecare doi ani, iar screening pentru cancerul cervical este, de asemenea, un indicator de performanță pentru asistența medicală primară. Conform statisticilor oficiale ale Ministerului Sănătății, rata femeilor supuse testului de screening pentru cancerul cervical în anii 2012-2013 a constituit 60,1% și 59,9% .

Șase din 10 femei (63,2%) au fost supuse screening-ului pentru cancerul cervical în trecut, cu o prevalență mai mare printre femeile din mediul rural în comparație cu cele din mediul urban. Șapte din 10 femei din grupul de vârstă cu cel mai mare risc pentru cancerul cervical (30-49 de ani) au fost supuse screening-ului pentru cancerul cervical. Femeile din grupul de vârstă 45-59 de ani au avut cea mai mare acoperire cu screening pentru cancerul cervical (73,1%) în comparație cu femeile din grupul de vârstă 18-29 de ani, care au avut cea mai mică acoperire pentru acest tip de screening (49,9%).

Măsurătorile fizice

Media TAs printre populația din Republica Moldova a constituit 132,8 mmHg, cu o valoare medie mai mare printre bărbați (134,5 mmHg) în comparație cu femeile. Valoarea medie a TAd a constituit 85 mmHg fără diferențe între sexe. Prevalența hipertensiunii arteriale printre populația adultă din Republica Moldova a constituit 39,8% fără diferențe între sexe. Opt din 10 (76,2%) persoane identificate cu hipertensiune arterială nu își controlau tensiunea arterială, cu o prevalență mai mare printre populația din mediul rural și printre bărbați. Aceasta poate fi condiționată de nivelul jos de cunoștințe despre hipertensiune ca factor de risc pentru BNT.

Greutatea corporală medie și înălțimea medie a bărbaților din Republica Moldova au constituit 79,2 kg și 173 cm, respectiv. Masa corporală medie a femeilor a constituit 70,7 kg, iar înălțimea medie 161,8 kg. Valoarea medie a IMC în populația studiată a constituit 26,6;(26,2 la

bărbați și 27,0 la femei). Media IMC la femeile rurale a fost mai mare în comparație cu cea a femeilor urbane și bărbaților rurali. Mai mult de una din două persoane (56%) a fost supraponderală sau obeză, bărbații prevalând în categoria supraponderalilor, iar femeile prevalând în categoria celor obezi. Prevalența supraponderalității și obezității crește odată cu vârsta (Figura 4.6). Populația de ambele sexe a fost la limita de jos a obezității în baza raportului lor talie-șolduri.

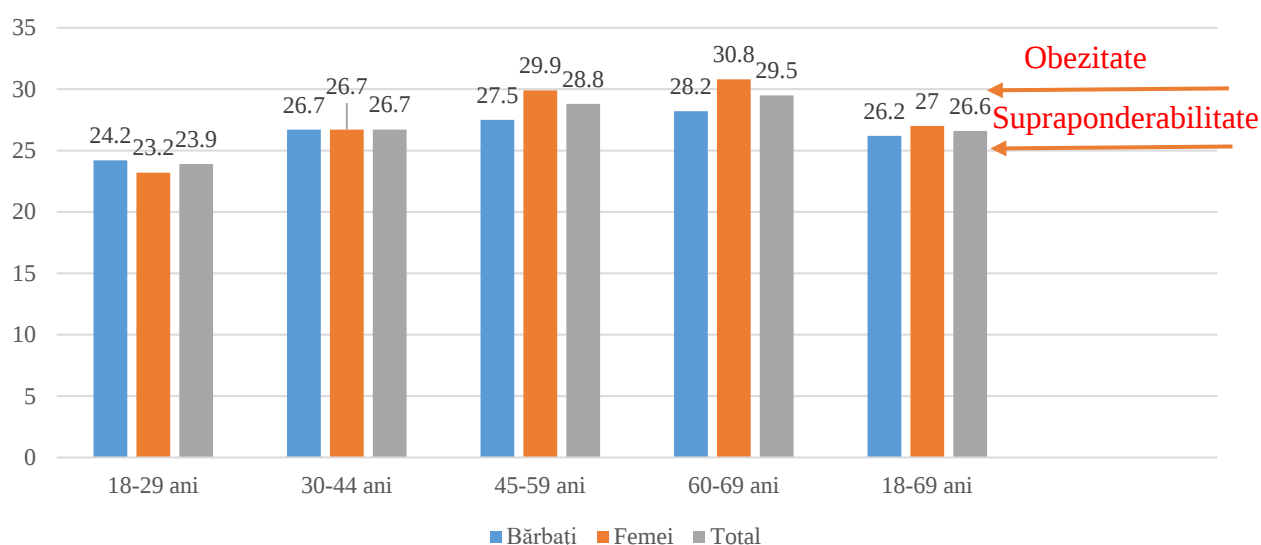


Fig.4.6. Valoarea medie a Indicelui Masei Corporale (IMC) (kg/m^2), în funcție de sex și grupul de vârstă

Măsurătorile biochimice

Valoarea medie a glicemiei bazale a constituit 5,2 mmol/l și crește cu vârsta la ambele sexe, situându-se la limita minimă pentru pre-diabet în grupul celor mai vârstnici. Una din 10 persoane (8,3%) a fost clasificată ca având GBM și, astfel, cu un risc ridicat pentru BCV, cu o prevalență mai mare printre femei în comparație cu bărbații. Mai mult decât una din 10 persoane (12,3%) a avut glucoza sanguină ridicată și diabet, iar proporția a crescut de peste 4 ori în grupul celor mai în vârstă în comparație cu grupul celor mai tineri. Valoarea medie a colesterolului sanguin total a constituit 4,5 mmol/l și a avut tendința de creștere cu vârsta pentru ambele sexe. Prevalența categoriei cu riscul înalt al nivelului de colesterol sau hipercolesterolemiei printre populație a constituit 29,4%, iar prevalența hipercolesterolemiei a constituit 6,5%, fiind mai mare printre femei în comparație cu bărbații. Patru din 10 femei și fiecare al patrulea bărbat are colesterolul HDL redus, ceea ce rezultă într-un risc mai înalt pentru BCV.

Concluzii generale ale studiului STEPS :

1. S-a stabilit, că o pătrime din populația adultă din Republica Moldova cu vârsta cuprinsă între 18 și 69 de ani sunt fumători actuali zilnici; 62% sunt consumatori actuali de alcool;

- 66,6% consumă mai puțin de 5 porții de fructe și legume pe zi; 10% sunt fizic inactivi; 56% sunt supraponderali; iar 40% sunt hipertensivi.
2. Populația conștientizează riscul consumului înalt de sare, dar nu cunoaște nivelul recomandat pentru consumul de sare. Opt din 10 persoane conștientizează beneficiile consumului sării iodate.
 3. Una din patru persoane adulte cu vârsta cuprinsă între 40 și 69 de ani are riscul de 10 ani pentru BCV mai mare de 30%.
 4. Prevalența înaltă a factorilor de risc pentru BNT în mijlocul populației adulte este dovedită prin faptul, că 8,3% au glicemia bazală modificată, iar 12,3% au glicemia bazală ridicată; 29,4% au colesterolul total ridicat; iar 39,8% dintre femei și 27,4% dintre bărbați au nivelele colesterolului HDL joase.
 5. Analiza factorilor de risc combinați demonstrează că una din trei persoane adulte din Republica Moldova, cu vârsta cuprinsă între 18 și 69 de ani, și unul din doi adulți, cu vârsta mai mare de 45 de ani, au trei sau mai mulți factori de risc comportamentali pentru BNT. Bărbații tineri au un risc pentru BNT de 2,5 ori mai mare în comparație cu femeile tinere, iar mai mult de jumătate dintre adulții cu vârsta de peste 45 de ani au un risc înalt pentru BNT.
 6. Șase din 10 femei (63,2%) au fost supuse screening ului pentru cancerul cervical.
 7. Venitul curent este sursa principală utilizată pentru plata cheltuielilor de asistență medicală (66%). Mai mult de două treimi din suma cheltuită pentru asistența medicală legată de vizita la o instituție medicală este pentru medicamente.

Studiul de indicatori multipli în cuiburi (MICS-IV), 2012

Consumul de tutun.

84% printre bărbați și 29 % femei cu vârsta de 15-49 ani au raportat că au folosit vreodată careva produs din tutun. Este destul de alarmant faptul, că din femeile gravide intervievate în studiu, 42 % au utilizat vreodată produse din tutun, iar 41% le-au utilizat pe parcursul a unei luni precedente studiului. Printre femei, semnificativ mai multe utilizatoare de tutun se află în diapazonul de vârstă 20-34 ani (în limitele de 35-41%), comparativ cu persoanele cu vârsta de 15-19 și 40-49 de ani (21-25%). Printre bărbați indicatorul analizat este în limitele de 85-91% în grupele de vârstă 20-49 de ani și semnificativ mai mic pentru bărbații tineri cu vârsta de 15-19 de ani (60%). În aria urbană au fost evidențiate semnificativ mai multe femei utilizatoare de produsele de tutun comparativ cu cea rurală, respectiv 47 și 15 la sută; numărul femeilor care utilizează produsele de tutun, este mult mai mare la Chișinău (53%) comparativ cu alte regiuni

(20-23%); pentru bărbați asemenea diferențe n-au fost evidențiate. Semnificativ mai multe femei din cele care au utilizat vreodată produse de tutun, au studii superioare (43%) și sunt din gospodăriile mai înstărite (52%). Chintila de bunăstare nu influențează procentul utilizatorilor de tutun printre bărbați și variază în limitele de 83-85 la sută. S-a constatat, că 2% dintre femei și 22% dintre bărbați cu vârsta de 15-49 de ani au fumat o țigară pentru prima dată înainte de vârsta de 15 ani.

Consumul de alcool.

57% dintre femei și 80% dintre bărbați cu vârsta de 15-49 de ani au consumat, cel puțin o porțiune de alcool, pe una sau mai multe zile, în ultima lună. Indicele care reflectă consumul de alcool înainte de vârsta de 15 ani este, de asemenea, mai înalt în rândul bărbaților (20%) decât în rândul femeilor (6%). Indicele în cauză este mai înalt la femei și bărbați printre persoanele mai tinere, cu vârsta de 15-19 de ani comparativ cu grupele de vârste mai mari. Consumul de alcool de către femei variază în dependență de reședință și nivelul de bunăstare, este mai frecvent în aria urbană (61%) comparativ cu cea rurală (54%) și în rândul femeilor care fac parte din gospodăriile mai înstărite (64%) comparativ cu cele din gospodăriile sărace (57 la sută). Cea mai mare proporție a consumului de alcool de către femei este găsită în Chișinău (66%), iar cea mai mică în regiunea de Nord (47%). Printre bărbați proporția consumatorilor de alcool în aria urbană și cea rurală este similară, respectiv 78 și 81 la sută, nu-s diferențe mari și în dependență de chintila de bunăstare, în limitele de 76-85%.

Infecția HIV

În Moldova 99 % din femei și 98% dintre bărbați intervievați au auzit de HIV sau SIDA. 76% dintre femeile cu vârsta de 15-24 ani și 68% dintre bărbații de 15-24 ani cunosc ambele metode de prevenire a infecției cu HIV (având un partener sexual fidel și neinfectat și folosind prezervativul la fiecare contact sexual). 36% dintre femeile cu vârsta de 15-24 ani și 28% dintre bărbații de 15-24 ani au cunoștințe în domeniul prevenirii infecției cu HIV. 79% printre femei cu vârsta de 15-49 ani cunosc unde pot să facă un test la HIV, 61 % au fost testate, din care o mică parte au fost testate în ultimele 12 luni (19%), iar 18 % au fost testate în ultimele 12 luni și cunosc rezultatul. La bărbați se observă indici mai reduși privind cunoștințele despre locul unde pot face un test la HIV (65%) și privind testarea lor la HIV (39%). Proporția bărbaților care au fost testați în ultimele 12 luni și cunosc rezultatul este mai înaltă în aria urbană (13%) comparativ cu cea rurală (7 %). La 83% femei li s-a oferit și au făcut un test la HIV în perioada antenatală și cunosc rezultatul. Doar 67 % femei au beneficiat de consiliere la HIV, li s-a oferit și au fost testate la HIV și au primit rezultatul. 93% printre femei cunosc, că infecția cu HIV poate fi transmisă de la mamă la făt. Procentul femeilor care cunosc toate cele 3 căi de transmitere a

infecției de la mamă la făt (în sarcină, în naștere și în timpul alăptării) constituie 53%, iar 6 la sută printre femei nu cunosc nici o cale specifică de transmitere. În timp ce în marea parte femeile cunosc că infecția HIV de la mamă la făt se transmite în perioada sarcinii (88%) și în timpul nașterii (81%), doar 59 % cunosc că și prin alăptare copilul poate fi infectat cu HIV.

Tuberculoza

42% femei și 30 % bărbați, care au auzit de tuberculoză, preferă că în caz de îmbolnăvire cu TB a unui membru de familie acest fapt să fie păstrat în secret. Circa 80 la sută din cei care au menționat că au auzit despre TB, au numit tusea nespecifică drept cel mai caracteristic simptom pentru tuberculoză.

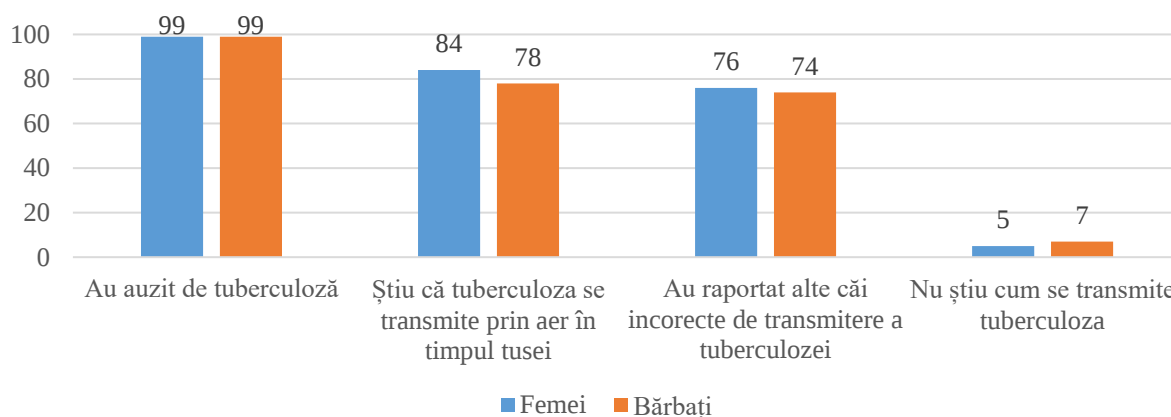


Fig.4.7. Cota femeilor și bărbaților cu vârstă de 15-49 ani care dețin cunoștințe despre tuberculoză și căile de transmitere, (%).

Sarea iodată

Sarea utilizată la prepararea bucatelor a fost testată în circa 94% din gospodării folosindu-se testele rapide pentru determinarea conținutului de iod. Testarea a fost făcută pentru determinarea prezenței iodatului de potasiu. În mai puțin de jumătate dintre gospodării (44%), sarea conținea 15 ppm și mai mult de iod. Cel mai jos nivel de utilizare a sării iodate este în regiunile Sud (34%) și Nord (37%) și cel mai înalt în Chișinău (68%). Aproape două treimi (61%) din gospodăriile din aria urbană folosesc sare iodată în comparație cu doar o treime de gospodării (34%) din aria rurală. Gospodăriile înstărite consumă sare iodată de aproape 3 ori mai frecvent (68%) în comparație cu gospodăriile sărace (24%), (Figura 4.8)

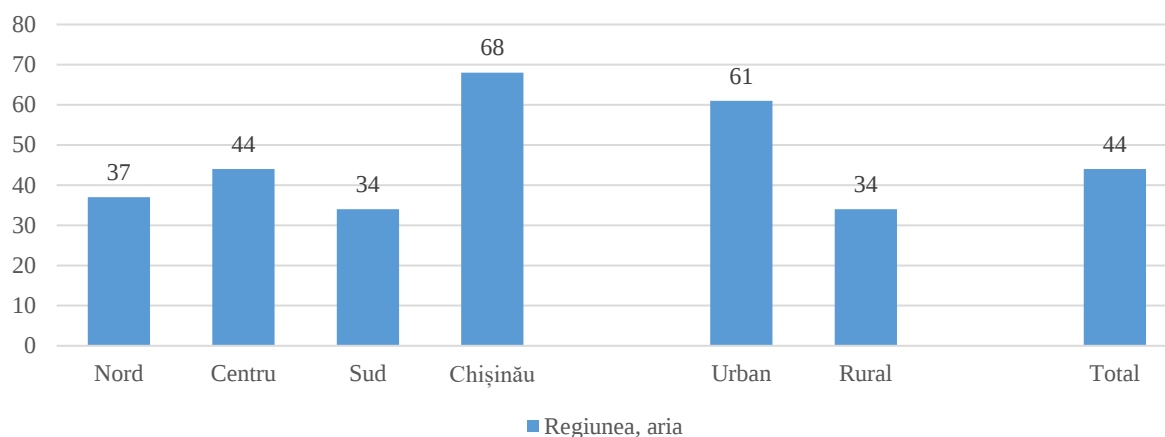


Fig.4.8. Rata gospodăriilor care consumă sare adecvat iodată, Moldova, 2012

Vaccinarea

În studiu au fost incluși copii cu vârsta de 15-26 luni. Astfel, că doar copiii suficient de maturi, pentru a fi pe deplin vaccinați, și toți copiii care au fost vaccinați în orice moment înainte de studiu, conform datelor din documentele medicale de vaccinare sau raportului mamei, au fost incluși în cercetare. Datele obținute mărturisesc, că printre copiii cu vârsta de 15-26 luni, până la vârsta de 12 luni, 98 % au primit o vaccinare BCG, 98 % au prima doză de vaccin contra hepatitei B, 95% - prima doză de vaccin poliomieltic și 94 % - prima doză de DPT. Pentru vaccinurile la care cursul primar de vaccinare constă din administrarea a trei doze, proporția de acoperire vaccinală scade cu câteva puncte procentuale pentru dozele ulterioare la vaccinul contra hepatitei B până la 96% pentru doza a doua și 94% pentru doza a treia; poliomieltic - 89% doza a treia; DTP - 92 la sută pentru a doua doză, și 91 la sută pentru a treia doză. Însă nici pentru un vaccin rata de abandon din programul de vaccinare nu depășește 10%, fiind egală cu 6% pentru vaccinul poliomieltic, 4% pentru vaccinurile contra hepatitei B și pentru DTP. Acoperirea cu vaccinul ROR către vârsta de 15 luni constituie 89%. Proporția copiilor, care au avut toate vaccinurile recomandate de OMS și UNICEF și prevăzute de calendarul național pentru ciclul primar de imunizare în primul an de viață, este de 79%.

Violența

A fost evaluată atitudinea femeilor și bărbaților cu vârsta de 15-49 ani privind comportamentul violent față de femeie, solicitând respondenților să răspundă, dacă ei cred că soții sunt justificați pentru a lovi sau a bate soțiile lor pentru o varietate de scenarii propuse. Aceste întrebări au fost puse pentru a avea informații privind tendințele culturale și altele, care tind să fie asociate cu prevalența violenței împotriva femeilor de către soții lor. 11% dintre femei consideră, că un soț are dreptul de a lovi sau a bate soția sa din cel puțin un motiv din cele listate. Această justificare este mai frecventă printre femeile din gospodăriile sărace (22%) comparativ

cu cele mai înstărite (6%). Femeile care aprobă violența din partea unui bărbat, în cele mai multe cazuri, sunt de acord să justifice violența atunci când femeia neglijează copiii (10%). În proporții egale (2%) femeile au răspuns că soțul are dreptul de a lovi sau a bate soția, dacă ea pleacă fără să-și anunțe soțul, dacă se ceartă cu el, dacă ea refuză să facă sex cu el sau dacă ea arde mâncarea. Bărbații sunt de acord cu cel puțin unul din oricare motive expuse, pentru a justifica bătaia soției (13%). 9% din bărbați sunt de acord, că un soț are dreptul de a-și bate soția dacă ea neglijează copiii. Circa 4% sunt de acord, că femeia poate fi bătută, dacă ea se ceartă cu soțul. Bărbații, care trăiesc în cele mai sărace gospodării, sunt mult mai probabil să fie de acord cu aprecierea violenței fizice, în unul din oricare motive expuse în chestionare (25%), decât bărbații care trăiesc în cele mai înstărite gospodării.

Bunătatea subiectivă

La analiza satisfacției femeilor tinere, cu vârsta de 15-24 de ani, în diferite domenii, s-a evidențiat, că ele sunt mai mulțumite cu modul în care acestea arată (91%), cu viața lor de familie (90%) și modul în care sunt tratate de alții (88%). Rezultatele pentru bărbații tineri arată, că ei sunt cel mai mulțumiți cu modul în care aceștia arată (94%), cu viața lor de familie (92%) și cu sănătatea lor (91%). Indici destul de înalți, în limitele de 88% - 90%, sunt observați pentru domeniile prietenie, condiții de trai, modul în care sunt tratați de alții. Printre domeniile, pentru care sunt cel mai puțin mulțumiți, (atât femeile tinere, cât și bărbații tineri) sunt venitul lor actual, respectiv 66% și 59%. O mare parte dintre tineri nu au un venit deloc: 65% printre femeile tinere și 55% din bărbații tineri.

Printre femeile cu vârsta de 15-24 de ani numai 50 % sunt mulțumite cu toate domeniile, inclusiv viața lor de familie, prietenie, școala, locul de muncă, sănătate, condițiile de trai, modul în care sunt tratate de alții și modul în care acestea/acești arată. Dintre femeile care trăiesc în cele mai bogate gospodării 53% sunt mulțumite cu viața, spre deosebire de 32% pentru cele mai sărace. Există o legătură evidentă dintre Scorul mediu de satisfacție față de viață și statutul socio-economic al femeilor.

Printre bărbații cu vârsta de 15-24 ani 53% sunt mulțumiți cu viața, diferențele în ceea ce privește caracteristicile de fond sunt în general similare cu cele observate printre femeile tinere, dar cu unele particularități, anume proporția celor care sunt mulțumiți de viața este similară în aria urbană și cea rurală, nu există o relație evidentă dintre Scorul mediu de satisfacție față de viață și nivelul de bunăstare. Proporția de femei și bărbați cu vârstă de 15-24 de ani, care cred că viața lor s-a îmbunătățit în ultimul an și care, în același timp, cred că viața lor va fi mai bună peste un an, este respectiv de 58% și 51%.

Astfel rezultatele studiilor MICS-IV și STEPS în Republica Moldova privind implicarea asistenței medicale primare în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății sunt în linii mari comparabile cu rezultatele studiilor personale.

4.3 Expertizarea timpului necesar medicului de familie pentru activitățile, prevăzute de legislația în vigoare, în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor

Medicul de familie (echipa de asistență medicală primară) fiind excesiv solicitat de multiple activități prescrise, de numeroasele acte normative în vigoare, nu este fizic în stare să le execute. În capitolele precedente am demonstrat suprasolicitarea medicului de familie (și a echipei lui) numai în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății populației. Dacă vom analiza sarcina totală prescrisă de actele normative în vigoare, situația este destul de dificilă. Astfel, noi ne-am pus scopul în acest capitol să optimizăm și să unificăm activitățile MF (echipei lui) în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății populației în comunitate. La baza evaluărilor au stat principalele ordine ale Ministerului Sănătății, care reglementează activitățile medicului de familie - Nr.695 din 13.10.2010 "Cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova" [85], dar și alte acte normative în vigoare (Anexa 1).

Astfel, în cadrul studiului nostru, a fost elaborată Lista actelor legislative, documentelor normative și directive în vigoare, la compartimentul asistență medicală primară, (Anexa 1) și o fișă de expert (Anexa 2) privind utilizarea principalelor acte normative în practica MF în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății, și timpul (în ore) de realizare a acestora. Fișele au fost completate și expertizate de un expert în domeniu, care a stabilit timpul mediu (în ore) pentru executare. Rezultatele obținute au fost generalizate și a fost elaborată o listă a principalelor acte normative, în practica MF, privind profilaxia maladiilor și promovarea sănătății, și timpul (ore/lună) de realizare a acestora (Anexa 3). S-a stabilit, că pentru a executa prevederile tuturor actelor normative în practica MF sunt necesare 2982,5 ore, sau 425,92 zile lucrătoare, comparativ cu bugetul de timp mediu anual, care este doar de 252 zile, sau de 1,7 ori mai mic decât necesitățile reale pentru a executa actele normative în vigoare. În această ordine de idei, Medicul de familie fiind suprasolicitat, nu reușește să execute nici funcțiile de management, diagnostic și tratament și nici măsurile de profilaxie a maladiilor și de promovare a sănătății. De aceea, ne-am propus să evaluăm și să propunem măsuri de optimizare și unificare a activității MF (echipei lui) în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății populației în comunitate.

4.4 Optimizarea și unificarea activității medicului de familie (echipei de asistență medicală primară) în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății în comunitate

Pentru realizarea acestui scop am stabilit următoarele obiective:

1. Documentarea cu acte normative și experiență în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății în comunitate.
2. Estimarea răspândirii principalelor maladii transmisibile și netransmisibile în comunitate.
3. Evaluarea răspândirii principalilor factori comportamentali de risc, cu impact asupra stării sănătății în comunitate.
4. Planificarea anuală și lunară a activității MF (echipei lui) în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății în comunitate.
5. Organizarea activităților MF (echipei lui) în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății în comunitate.
6. Evaluarea eficienței activității MF (echipei lui) în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății în comunitate și introducerea corectivelor.

În temeiul rezultatelor studiului efectuat, a datelor experienței țărilor și reieșind din propria experiență, am definit un șir de sarcini funcționale, care ar putea servi ca model în planificarea activităților MF (echipei lui) în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății în comunitate. Astfel, au fost formulate următoarele sarcini funcționale:

1. Acumularea actelor normative, directive și instructiv-metodice privind activitatea MF (și echipei lui) în PM și PS populației în comunitate.
2. Acumularea experienței în activitatea MF (echipei lui) privind PM și PS în comunitate.
3. Monitorizarea sistematică a maladiilor, cel mai des răspândite în comunitate, și evidența lor.
4. Efectuarea (executarea) activităților planificate a MF (echipei lui) în domeniul PM și PS în comunitate.
5. Instruirea în domeniul PM și PS în comunitate.
6. Evaluarea periodică a eficienței activităților MF (echipei lui) în domeniul PM și PS în comunitate.
7. Evidența și raportarea rezultatelor activităților MF (echipei lui) în domeniul PM și PS în comunitate.

Principalele componente ale activităților MF (echipei lui) în domeniul PM și PS în comunitate pot servi: documentarea, însușirea cunoștințelor teoretice și a deprinderilor practice în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății în comunitate, planificarea, efectuarea activităților practice, evaluarea rezultatelor, introducerea corectivelor, evidența și raportarea. În

acest context, un rol aparte în activitatea MF (echipei lui) le revine cuantumului de sarcini - cum ar fi imunizările, examenele profilactice, monitorizarea indicatorilor de sănătate, monitorizarea dezvoltării fizice și psihice a copiilor și tinerilor, etc. Pentru ca activitățile MF (echipei lui) în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății în comunitate să fie atractive și interesante, pentru pacienții deserviți, propunem să fie utilizate următoarele abordări: interactivitate, emotivitate, convingere, exemplificare locală, optimism, activități bazate pe dovezi.

În conformitate cu recente documente (HG nr. 1000 din 23.08.2016 "Cu privire la aprobarea Programului Național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020", publicat în MO nr. 277-287 din 26.08.2016, art.nr.1086 și Ordinul Ministerului Sănătății Nr.829 din 06.10.2016 "Privind implementarea HG nr. 1000 din 23.08.2016 "Cu privire la aprobarea Programului Național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020") [58, 88], recomandările OMS în domeniul respectiv și ținând cont de experiența proprie, recomand de a utiliza în planificarea și realizarea activităților MF (echipei lui) în domeniul PM și PS în comunitate următoarele metode și mijloace: campanii de comunicare, evenimente de promovare a sănătății, victorine, competiții sportive, lucru în comunitate, în familie, lucru individual cu pacienții din grupele "țintă", invitarea lectorilor și experților pentru "întreări- întrebări și răspunsuri", lecții, seminare, discuții, teatru, radio, TV local, de utilizat literatură despre modul de viață sănătos, exemple a vedetelor (personalităților) locale, care practică un mod de viață sănătos, utilizarea mijloacelor rețelei naționale de „Școli care promovează sănătatea”, "comunități sănătoase", concursuri, imunizări, examene medicale, monitorizarea sănătății, etc (Figura 4.9).

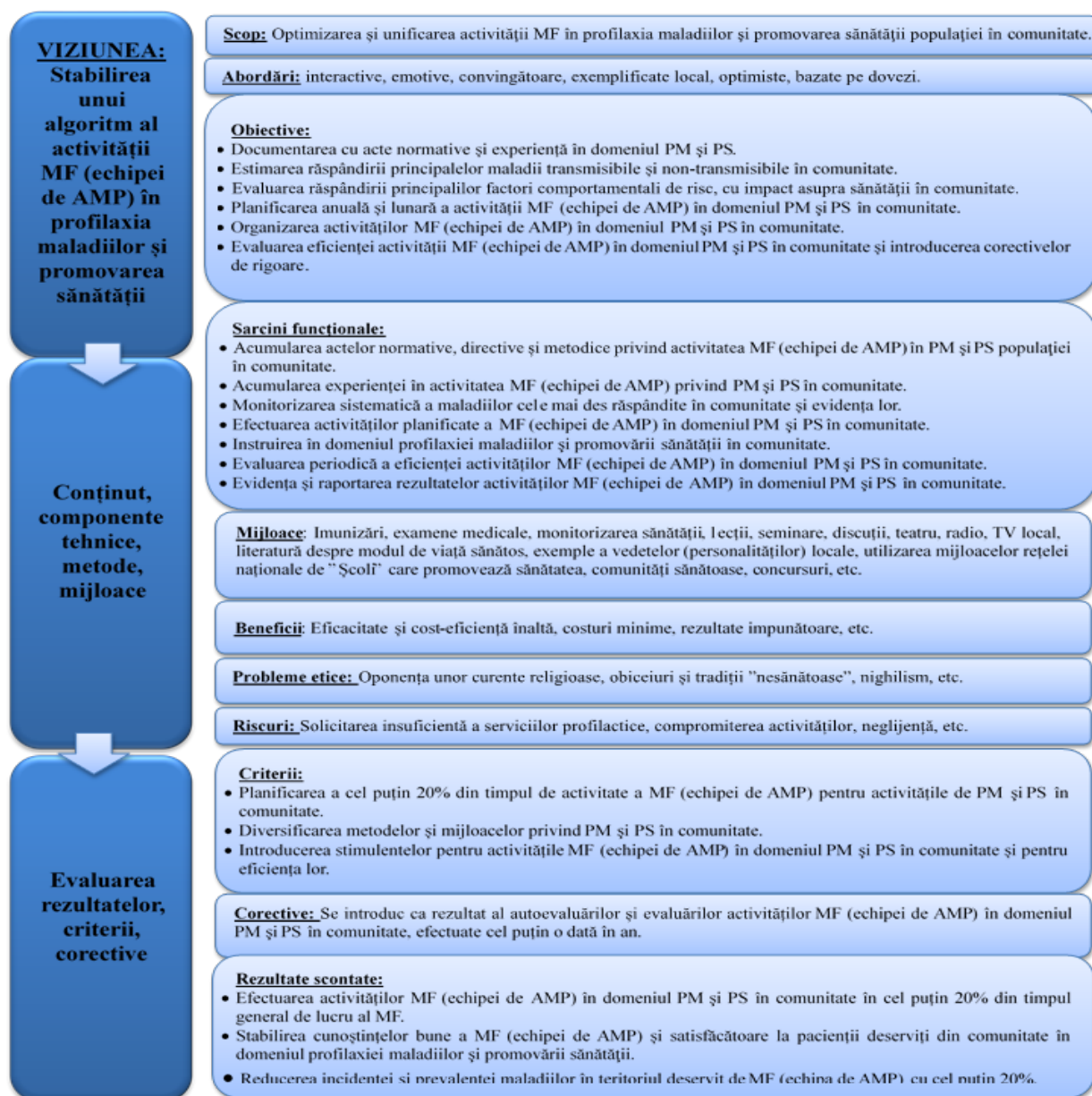


Fig. 4.9. Mecanismul de implementare a Algoritmului de conduită pentru Medicul de familie în profilaxia maladiilor (PM), promovarea și protecția sănătății (PS)

4.5 Elaborarea Algoritmului de activitate a medicului de familie (echipei lui) în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății

În baza argumentelor și recomandărilor din subcapitolul precedent, care descrie detaliat mecanismul de abordare și implementare în practica MF și a echipei lui, a sarcinilor în domeniul PM și PS populației în comunitate, am elaborat un Algoritm al activității MF (echipei lui) în domeniul vizat (Figura 4.10).

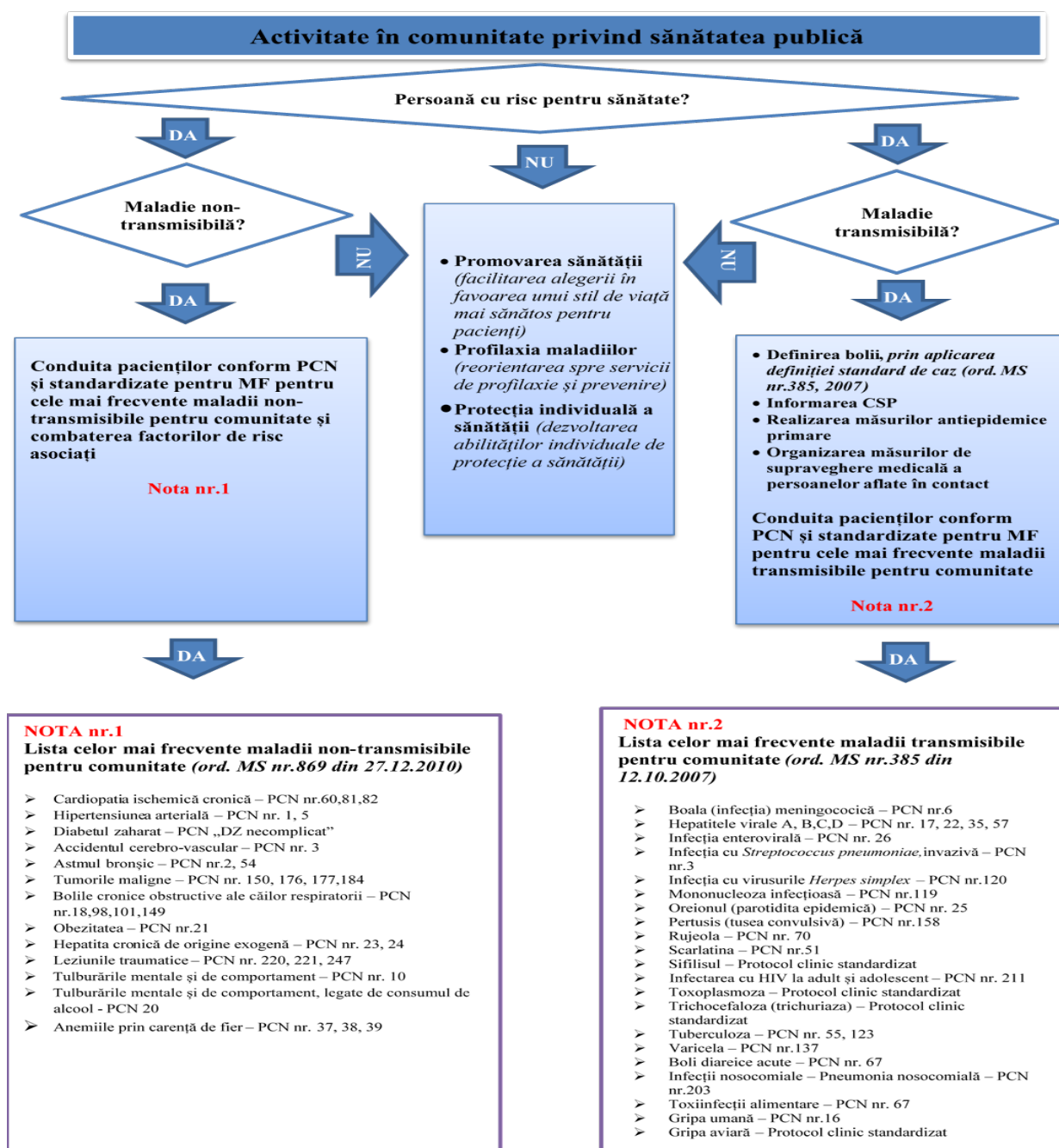


Fig. 4.10. Algoritm de conduită pentru Medicul de Familie în profilaxia maladiilor, promovarea și protecția sănătății.

Acest Algoritm prevede, ca toate persoanele adulte, înscrise în lista medicului de familie, indiferent de statutul acestuia (asigurat/neasigurat) să beneficieze de un management de conduită unificat: prima întrebare, pe care o abordează MF la o vizită eventuală – Persoana are riscuri pentru sănătate? Dacă răspunsul este ”Nu”, atunci persoanei i se acordă servicii medicale de profilaxie a maladiilor, de protecție individuală a sănătății sau de facilitare a alegerii unui stil de viață sănătos, durabil.

Dacă persoana are riscuri pentru sănătate (adică răspunsul este ”Da”), atunci sarcina MF este de a identifica ce riscuri – pentru dezvoltarea maladiei transmisibile sau netransmisibile?

Dacă riscurile sunt pentru maladiile netransmisibile, conduita pacientului se efectuează în conformitate cu prevederile PCN pentru cele mai frecvente maladii pentru comunitate și combaterea factorilor de risc asociați [87].

Dacă riscurile sunt persistente pentru dezvoltarea maladiilor infecțioase, MF aplică definiția standard de caz (conform prevederilor ordinului MS nr.385 din 12.10.2007) [83], organizează măsurile de supraveghere medicală a persoanelor aflate în contact, realizează măsuri antiepidemice primare, informează CSP teritorial, în modul stabilit, și aplică managementul de conduită conform PCN și standardelor pentru cele mai frecvente maladii transmisibile pentru comunitate.

Ulterior, la însănătoșirea pacientului (atât după maladie netransmisibilă, cât și după maladie infecțioasă), MF aplică servicii medicale de protecție individuală a sănătății, de profilaxie a maladiilor și de promovare a sănătății.

Pentru realizarea acestui algoritm am elaborat următoarele criterii de evaluare:

- Planificarea a cel puțin 20% din timpul de activitate a MF (echipei lui) pentru activitățile de PM și PS în comunitate.
- Diversificarea metodelor și mijloacelor privind PM și PS în comunitate.
- Introducerea stimulentei, prin indicatori de performanță, pentru activitățile MF (echipei lui) în domeniul PM și PS în comunitate și pentru sporirea eficienței lor.

În scopul îmbunătățirii și eficientizării, precum și încurajării de implementare a Algoritmului, se propun corective, ca rezultat al autoevaluărilor și evaluărilor activităților MF (echipei acestuia) în domeniul PM și PS în comunitate, efectuate cel puțin o dată în an.

De asemenea, pentru a facilita activitatea MF (echipei lui) în domeniul PM și PS în comunitate am elaborat și schema mecanismului de implementare a Algoritmului de activitate a MF în domeniul profilaxiei maladiilor, promovării și protecției sănătății pacienților. Concomitent, în baza recomandărilor OMS și experienței țărilor, am efectuat calcule privind ponderea optimală a timpului necesar pentru activitatea MF (echipei lui) în domeniul PM și PS în comunitate. Astfel, s-a stabilit, că ponderea optimală a timpului necesar pentru activitatea MF (echipei lui) în domeniul PM și PS în comunitate ar trebui să fie >20%. Se presupune, că sporirea timpului necesar pentru activitatea MF (echipei lui) în domeniul PM și PS în comunitate >20%, ar contribui la reducerea cu ~20% a incidenței patologiilor înregistrate în comunitate.

4.6 Concluzii la capitolul 4

1. Deși sănătatea nu este cea mai mare valoare a omului (reieșind din rezultatele studiului), oricum, este printre primele cele mai apreciate valori, de rând cu familia (care deține primul loc), asigurarea materială, studiile, respectul și buna înțelegere în familie, urmate de celelalte

valori specificate. Valorile care dețin locurile de frunte în lista priorităților (sănătatea, familia, asigurarea materială) sunt caracteristice vârstei tinere (18 – 35 ani), iar odată cu înaintarea în vârstă se prețuiesc relațiile în familie, dragostea, prietenia, se apreciază educația și cultura, diminuează atracția spre distracții.

2. Afecțiunile netransmisibile corelează cu anumiți factori de risc comportamentali la nivelul populației. Cauza celor mai frecvente adresări la medicul de familie în $58,91 \pm 1,51\%$ este pe motiv de boală acută sau acutizarea bolilor cronice. Adresabilitatea la medic cu scop profilactic constituie doar $24,95 \pm 1,33\%$.
3. Intervievații consideră, că factorii principali, care le-au influențat direct starea sănătății sunt în peste $68,39 \pm 1,42\%$ - stresul și oboseală cronică, $17,64 \pm 1,17\%$ consideră că fumatul este cauza principală a stării morbide, încă $14,26 \pm 1,07\%$ sunt de părerea, că sedentarismul le-a determinat starea sănătății. Astfel, sedentarismul este o caracteristică a modului de viață în Republica Moldova.
4. Lucrătorii medicali din asistența medicală primară oferă informații despre profilaxia maladiilor și importanța modului sănătos de viață la circa $57,97 \pm 1,51\%$ de populație la fiecare vizită la medicul de familie, iar aproximativ $4,13 \pm 0,61\%$ din populație recunosc, că foarte rar când lucrătorul medical din AMP, din inițiativă proprie, oferă informația privind subiectele în cauză.
5. Venitul de bază al familiei, care provine din salariu, constituie $99,37 \pm 0,31\%$ - la AM de familie și $62,95 \pm 1,48\%$ - la populația generală. În Republica Moldova este foarte caracteristic fenomenul migrației forțelor de muncă peste hotarele țării, cel mai mare procent l-a acumulat lotul pacienților ($19,04 \pm 1,20\%$), urmat de MF – $14,78 \pm 2,08\%$ și printre AM circa $9,72 \pm 1,17\%$ au lucrat peste hotarele țării.
6. ”Probleme de sănătate și ITM” au fost constatate la 14% de pacienți, la 11% MF și la 10% de AM. Marea majoritate a respondenților, în toate trei loturi de cercetare, susțin, că au devenit mai nervoși, au frică de viitor, iar o parte (16% de pacienți; 9% de MF și 12% de AM) sunt disperați și doar pentru o cotă foarte mică de respondenți situația social-economică nu influențează moralul și psihicul (6% de pacienți; 5% MF și 3% AM). În toate trei loturi de cercetare, privind factorii comportamentali, pe primul loc au fost nominalizate stresul și oboseala cronică (70% - pacienți; 79% - MF; 78% - AM), urmate de fumat (19% de pacienți; 20% de medici și 14% de asistenți medicali), sedentarism (15% pacienți; 30% MF și 12% AM), urmat de consumul de alcool (15% - pacienți; 19% - MF; 11% – AM).
7. Medicul de familie (echipa lui) fiind excesiv solicitat de multiple activități, prescrise de numeroasele acte normative în vigoare, nu este fizic în stare să le execute.

8. Rezultatele studiilor MICS-IV și STEPS în Republica Moldova privind implicarea asistenței medicale primare în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății sunt în linii mari comparabile cu rezultatele studiilor personale.
9. Algoritmul de activitate a asistenței medicale primare/MF în domeniul profilaxiei maladiilor, promovării și protecției sănătății populației va servi ca model pentru planificarea, efectuarea, evaluarea eficienței activităților din domeniu, dar și pentru optimizarea și unificarea acestor activități.
10. Mecanismul de implementare a Algoritmului de activitate a asistenței medicale primare/MF în domeniul profilaxiei maladiilor, promovării și protecției sănătății pacienților în comunitate va permite sporirea operativității și calității activităților de promovare a sănătății și profilaxie a maladiilor și va contribui la reducerea incidenței patologiilor înregistrate în comunitate, în general, și în sectorul deservit, în particular.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI PRACTICE

1. În prezent Medicina de Familie din Republica Moldova a devenit una din cele mai importante verigi ale sistemului ocrotirii sănătății. Medicina de Familie este implicată tot mai activ în realizarea acțiunilor și măsurilor de sănătate publică: protecția sănătății, profilaxia bolilor transmisibile și nontransmisibile, promovarea sănătății, pregătirea răspunsului și participarea la minimizarea urmărilor urgențelor de sănătate publică, etc. În același timp, majoritatea medicilor de familie actualmente sunt preocupați, preponderent (72%), de asistența medicală curativă decât de măsurile de prevenire ale bolilor și promovarea sănătății. Estimarea a peste 417 de acte normative în vigoare (Legi, Hotărâri de Guvern, ordine ale MS) unde este implicat MF, denotă, că preponderent, 38,7% din ordinele ale MS (315) orientează medicul de familie spre procesele de diagnostic și tratament. [103, 104, 105].
2. Rezultatele cercetării factorilor de risc comportamentali ai populației au permis a identifica următoarele: o pătrime din populația adultă din Republica Moldova cu vârsta între 18-69 ani sunt fumători zilnici [9, 126], 84% printre bărbați și 29% femei cu vârsta 15-49 ani au folosit vreodată careva produs din tutun [75]. Studiul a scos în evidență, că circa 10% din MF și 3,1% din asistenții medicali sunt fumători. Circa 62% din populație sunt consumatori actuali de alcool [9, 126], 57% dintre femei și 80% bărbați cu vârsta 15-49 ani au consumat cel puțin o porție de alcool, în una sau mai multe zile în ultima lună. [75]. Cu referire la alimentație – 66,6% din populație consumă mai puțin de 5 porții de fructe și legume pe zi [9], doar 25% din respondenții noștri se alimentează corect. Circa 10% din populație [9] și 39,4% din respondenți sunt fizic inactivi, 56 % din populație și din respondenți sunt supraponderali [9, 102, 126, 155], iar 40% [9] din populație și 39,8% de respondenți sunt hipertensivi. Aproximativ 11% de femei și 13 % dintre bărbați [75] justifică violența în familie. Circa 23% dintre respondenții MF și 33,4% dintre asistentele medicale au fost supuse la toate formele de violență (fizică, psiho-emoțională și verbală), pe parcursul ultimei luni.
3. Situația social-economică a familiilor din Republica Moldova este influențată de mai mulți factori: salarii și pensii mici, prețuri mari, lipsa locurilor de muncă, maladii cronice și invaliditatea, care au influențat direct sau indirect starea psiho-emoțională a populației, făcându-i mai nervoși (36%), mai fricoși în fața viitorului și disperați (16%) și doar 13% păstrează optimismul. Conform datelor obținute în cercetare, în 64% cazuri, venitul de bază al familiei respondenților îl constituie salariul și în 6% - indemnizațiile de invaliditate, circa 24% n-au alte venituri suplimentare, iar 5% din populație n-au nici un venit. Situația social-economică a respondenților și-a lăsat amprenta și a schimbat și valorile vieții.

4. Rezultatele cercetării demonstrează, că populația este preocupată la moment de probleme stringente, legate de starea de sănătate (68%), de asigurarea materială precară, relații tensionate în familie sau la serviciu, de singurătate și doar 0,6% din populație indică alte probleme, cu care se confruntă, inclusiv probleme de dragoste, prietenie, legate de studii ș.a. Printre problemele de sănătate prevalează hipertensiunea arterială (37%), artralgiile, bolile sistemului digestiv și nervos. Populația se confruntă cu diabetul zaharat, obezitatea, maladii oncologice și infecțioase, dependența de alcool (0,5%), tabagism (>1,7%), droguri (0,1%).
5. Datele obținute privind cunoștințele populației despre principalii factori de risc comportamentali, care au impact asupra sănătății sunt destul de insuficiente, efectele nocive ale cosumului abuziv de alcool și ale fumatului sunt cunoscute de 11,3% din respondenți, 65,2% din respondenți consideră alcoolul și nicotina sunt narcotice, 31,99% nu cunosc ce tip de dependență dezvoltă cunsumul de droguri, 5,07% consideră alcoolismul și narcomania ca "stil de viață". Nu sunosc riscurile relațiilor sexuale ocazionale – 6,75% din respondenți. La fel populația nu cunoaște căile de transmitere a HIV/SIDA (4,13% consideră că SIDA se transmite la strângerea mâinii, 4,78% consideră că se transmite prin aer și 9,57% consideră că SIDA se transmite prin înțepătură de țințar). Cercetările denotă o cultură sanitară joasă a populației noastre și justifică necesitatea primordială a implicării echipei medicului de familie în educația pacientului, în scopul prevenirii maladiilor [103, 104, 105].
6. În pofida faptului că, populația cunoaște definiția alimentației sănătoase și a efectelor ce le provoacă o alimentație nerațională, cunoaște ce este regimul de muncă și odihnă, cunoaște efectele sedentarismului, în 65-70% nu respectă aceste norme, nu este capabilă să confrunte aceste provocări și, ca urmare, suferă de insomnie – 14,73%, obezitate și supraponderabilitate - 56% și sedentarism – 39,4% [9, 126, 155]. În cadrul vizitelor la MF, populației i se oferă informații despre profilaxia bolii și promovarea stilului sănătos de viață foarte puțin: în cadrul "școlilor" pacientului >3%; la controlul profilactic – în 9%; preponderent (>60%) vizitele la MF sunt pe motiv de boală; iar circa 5% de respondenți comunică, că lucrătorii medicali niciodată nu abordează aceste subiecte de discuție.
7. S-a constatat, că timpul rezervat MF pentru consultul pacientului de 15 – 20 min., este insuficient pentru instruirea acestuia în problemele de profilaxie a maladiilor și de promovare a sănătății. Studiul nostru demonstrează, că circa 43% de respondenți solicită până la 15 min. doar pentru aceste probleme (în afara consultului medical), iar 42% se pronunță pentru rezervarea timpului de 30 min. și mai mult. Circa 78% de pacienți susțin, că cunoașterea profundă a riscurilor de sănătate, i-ar determina să-și schimbe stilul de viață. Se impune

necesitatea revizuirii timpului acordat MF pentru consultul pacientului, care ar include și aspectele interesante (dar și educaționale) ale pacientului.

8. Rezultatele cercetării denotă, că în persuasiunea de schimbare a stilului de viață sunt necesare abilități și aptitudini de comunicare, pe care trebuie să le posede lucrătorul medical (prin formare specială - actualmente au formare în PM și PS 35,4% din MF și 61% din AM), de care depinde reușita efortului depus, pentru a învinge tradițiile, obiceiurile, deprinderile nocive, neîncrederea pacientului/lucrătorului medical în succes. Aici rolul principal î-i revine MF, care se bucură de cea mai mare credibilitate (43%) în furnizarea informațiilor respective, pentru a ajuta pacientul să-și modifice stilul de viață.
9. În baza rezultatelor obținute, considerăm oportun a modifica procesul de activitate a MF/asistentului medical de familie la compartimentul de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății, oferind un model optimal al funcțiilor respective, la nivelul AMP, prin elaborarea Algoritmului de activitate, pe care-l propunem pentru implementare. Implementarea Algoritmului propus va contribui la reorientarea raportului activităților MF de la diagnostic și tratament spre prevenirea maladiilor, promovarea sănătății și educarea în populație a cererii (necesității) în serviciile respective. Pentru implementarea Algoritmului se propune și Mecanismul de implementare.
10. Problema științifică soluționată în teză constă în argumentarea științifică și elaborarea algoritmului optim de activitate pentru AMP, stabilirea sarcinei reale (prescrisă medicului de familie și asistentelor medicului de familie), în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății, și elaborarea măsurilor de corecție.

RECOMANDĂRI PRACTICE

Principalele rezultate și recomandări practice ale tezei se propun pentru Ministerul Sănătății, Ministerul Educației, CNAM, USMF "Nicolae Testemițanu", Societatea medicilor de familie, Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice, la nivel de asistență medicală primară din Republica Moldova (medicii/asistenții medicali de familie).

- **La nivelul Ministerului Sănătății:**

1. Continuarea armonizării legislației naționale în vigoare privind activitatea Asistenței Medicale Primare în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății cu cea a Uniunii Europene și Recomandările OMS.
2. Organizarea instruirii continue a personalului din Asistența Medicală Primară în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății în corespundere cu Directivele EU, Recomandările OMS și experiența țărilor.

3. Implementarea Algoritmului propus în studiu privind planificarea activităților de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății în AMP și a mecanismului de implementare a acestuia.
4. În scopul implementării cu succes a Algoritmului și pentru motivarea lucrătorilor medicali din AMP (de a promova sănătatea și a acorda mai multă atenție prevenirii maladiilor) de a elabora indicatori de performanță, care ar permite clasificarea populației înscrisă pe Lista MF, conform gradului de sănătate.
5. Perfecționarea continuă a politicilor de sănătate în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății în AMP.
 - **La nivelul Ministerului Educației:** introducerea unui curs de instruire a angajaților instituțiilor preșcolare în domeniul educației pentru sănătate.
 - **La nivelul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină:**
 1. Elaborarea de comun cu MS, în baza prezentului studiu, a normativelor de timp aprobate pentru activitățile AMP în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.
 2. Elaborarea și introducerea stimulentei (bonusuri) materiale pentru angajații din AMP, care prin activitățile de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății, obțin indicatori de performanță în sănătate, în comunitatea deservită.
 - **La nivelul Asistenței Medicale Primare:**
 1. Însușirea și implementarea în practica MF/AM de familie a metodelor și deprinderilor în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.
 2. Motivarea activă a populației și pacienților în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.
 3. Planificarea activităților, (în conformitate cu Algoritmul propus în studiu, privind planificarea activităților de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății în AMP și a mecanismului de implementare), executarea celor planificate și autoevaluarea activităților de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății.
 - **La nivelul Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice:**
 1. Elaborarea recomandărilor metodice pentru angajații din AMP, privind activitățile de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății.
 2. Supravegherea și monitorizarea continuă, analiza și interpretarea datelor privind activitățile de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății în AMP.

3. Conlucrarea intersectorială continuă cu Asistența Medicală Primară și Autoritățile APL în problema profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.
4. Fortificarea capacităților și potențialului profesional al Consiliilor de Sănătate Publică teritoriale.
5. Organizarea modulelor "Educație pentru sănătate" pentru perfecționarea medicilor din CSP teritoriale și a specialiștilor din instituțiile medico-sanitare publice.

- **La nivelul USMF "Nicolae Testemițanu", Societății Medicilor de Familie:**

1. Introducerea în programele de instruire ale studenților și medicilor-rezidenți a modulului de studii "Promovarea sănătății și educația pentru sănătate".
2. Introducerea în Curricula de pregătire a medicilor de familie a compartimentului actualizat privind activitățile Asistenței Medicale Primare în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.

Reexaminarea programelor de studii privind instruirea continuă a medicilor de familie în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.

BIBLIOGRAFIE

1. Ababii I. ș. a. Dezvoltarea medicinei de familie în Republica Moldova. În: Materialele Congresului II al Medicilor de familie din Republica Moldova. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al USM, 2006, P. 3-8.
2. Ababii I., Ghidirim Gh., Ciocanu M. Politica națională de sănătate. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, 3/2006, p. 7-17.
3. Bahnarel I. ș. a. Fundamentarea științifică și implementarea conceptului Noii Sănătăți Publice în Republica Moldova. În: Academos: Revista de Știință, Inovare, Cultură și Artă, 2015, nr.4 (39), p. 52-58.
4. Bahnarel I. ș.a. Supravegherea de stat a sănătății publice în Republica Moldova: Raport Național. Chișinău: Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice, 2015. 175 p.
5. Bahnarel I. Sănătatea Publică. În: Academos: Revista de Știință, Inovare, Cultură și Artă, 2009, nr. 1(12), p. 63-64.
6. Banca Mondială, Analiza experienței din medicina de familie în Europa și Asia Centrală. Studiu de caz – Republica Moldova. Raport nr.32354-ECA, Washington DC , 2005, 99 pag.
7. Biroul Regional OMS pentru Europa, Carta de la Ljubljana referitoare la reforma sistemelor ocrotirii sănătății în Europa, Copenhaga , 1996, 6 pag.
8. Biroul Regional OMS pentru Europa. Barierele și factorii ce facilitează accesul la serviciile de sănătate în Republica Moldova. Copenhaga:WHO, 2012. 104 p.
9. Biroul Regional OMS pentru Europa. Prevalența factorilor de risc pentru bolile netransmisibile în Republica Moldova – STEPS 2013. Copenhagen: WHO, 2014. 224 p.
10. Bivol Gr., Curocichin Gh. Medicina de familie în Republica Moldova: de la Declarația din AlmaAty până în prezent, În: Curierul Medical. nr.3 (327), 2012, p. 10-13.
11. Calmîc V. Fumatul la copii – o amenințare reală pentru sănătate. În: Cronica sănătății publice, nr. 3 (15), p. 8-11
12. Calmîc V. Nivelul de răspândire a tabagismului la adolescenții din republica Moldova. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale, 2005, nr.4, p. 34-37.
13. Calmîc V. Rezultatele studiilor privind răspândirea deprinderilor nocive, maladiile cu transmitere sexuală și informării populației despre măsurile de profilaxie. În: Sănătate publică, Economie și Management în Medicină, 2006, nr.1(12), p.15-20
14. Cazacu-Stratu A., Friptuleac Gr. Particularitățile igienice a condițiilor habituale ale elevilor cu afecțiuni respiratorii cronice. În: Actualități în etiologia, patogenia,

- profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice: materialele conf. șt. Chișinău, 2011, p. 152-159.
15. Centrul Național de Management în Sănătate. Anuar Statistic Medical “Sănătatea Publică în Moldova”. 2006 – 2015. În: CNMS. 2015 <http://www.cnms.md/ro/rapoarte/anuar-statistic-medical> (vizitat 19.03.2017).
 16. Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă. Studiul Demografic și de Sănătate din Republica Moldova 2005. Chișinău: Gunivas, 2006. 370 p.
 17. Ciobanu M. ș. a. Organizarea asistenței medicale primare și remunerarea activității medicilor generaliști (Recomandări metodice). Chișinău, 1996, 46 p.
 18. CNSP. Raportul pe țară a Republicii Moldova a studiului global din 2013 privind fumatul la adolescenți (GYTS). Chișinău: CNSP, 2014.
 19. Corcimari V. ș. a. Politica națională de sănătate a Republicii Moldova: 2007-2021. Chișinău: Trigraf-Tipar, 2007. 64 p.
 20. Corețchi L. ș. a. Caracteristica efectelor stocastice la participanții la diminuarea consecințelor accidentului nuclear de la Cernobîl. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Chișinău, 2010, nr. 5 (28). p. 75-82.
 21. Corețchi L. ș. a. Efectele medico-biologice ale expunerii la Radon. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2011, nr. 1, p. 24-27.
 22. Corețchi L. ș. a. Evaluarea stării de sănătate a copiilor născuți în familiile participanților la lichidarea consecințelor accidentului nuclear de la Cernobîl. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2011, nr. 2, p. 7-9.
 23. Corețchi L. ș. a. Monitoringul concentrațiilor de radon pe teritoriul Republicii Moldova. În: Sănătate publică, economie și management în medicină, 2012, nr.3 (42), p. 19-23.
 24. Corețchi I. ș. a. Probleme actuale și tehnologii de reducere a impactului negativ al concentrărilor avansate de Radon (^{222}Rn) în mediul ambiant. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, 2012, nr.4 (36), p. 181-186.
 25. Corețchi L. ș. a. Studiarea incidenței cancerului glandei tiroide la populația din Republica Moldova în relație cu accidentul nuclear de la Cernobîl. În: Sănătate publică, economie și management în medicină, 2012, nr.2 (41), p. 45-47.
 26. Ețco C. Esența, conținutul și caracteristicile calității serviciilor medicale. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2010, nr. 3,p. 4-8.
 27. Ețco C. ș. a. Program de promovare a sănătății adolescenților la nivel comunitar în Republica Moldova: (monografie). Chișinău, 2012, 147 p.

28. Ețco C., Calmîc V., Bahnarel I. Educația pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, 2012, nr. 1 (33), p. 103-106.
29. Ețco C., Calmîc V., Bahnarel I. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate. Chișinău: Epigraf, 2013, 600 p.
30. Ețco C., Ferdohleb A. Copilărie timpurie și adolescență – fenomene demografice și indicatori ai stării de sănătate. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2011, nr. 4, p. 4-9.
31. Ețco C., Ferdohleb A., Stefanet S. Managementul îngrijirii și supravegherii copiilor sub vârsta de 5 ani: (Monografie). Chișinău, 2011. 216 p.
32. Ețco C., Pantea V., Cernelea D. Povara medico-socială și economică a anilor potențiali de viață pierduți din cauza deceselor la vârsta aptă de muncă. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2011, nr. 4, p. 26-30.
33. Ețco C., ș. a. Informarea romilor despre principiile modului sănătos de viață. În: Materialele Congresului V al igieniștilor, epidemiologilor și microbiologilor din Republica Moldova, Chișinău: Centrul National Științifico-Practic de Medicină Preventivă, 2003, p. 282-286
34. Ețco C., Tomas G. Promovarea alimentației raționale și a efortului fizic dozat, ca un comportament protector de sănătate. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2011, nr. 3, p. 46-49.
35. Ferdohleb A., Ețco C. Particularitățile serviciului de asistență medicală primară în domeniul supravegherii și dezvoltării copilului. În: Curierul medical, 2012, nr.3 (327), p. 188-193.
36. Florea E. ș. a. Aspecte medico-sociale a stării de sănătate a persoanelor singurate din mediul urban. În: Anale științifice ale Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 2011, vol. 2, p. 311-316.
37. Friptuleac Gr. Azotații și sănătatea. În: Cronica sănătății publice, Nr.3, 2012, p. 6-8.
38. Friptuleac Gr. Ghid privind evaluarea programelor de acțiuni în domeniul promovării sănătății. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2006. 33 p.
39. Friptuleac Gr. Igiena mediului. Chișinău: „Reclama” Lexon Prim, 2012. 242 p.
40. Friptuleac Gr. Maladiile netransmisibile, o problemă a secolului nostru. În: Cronica sănătății publice, 2013, nr.1 (25), p. 9-10.
41. Friptuleac Gr. ș. a. Factorii de risc din mediu și sănătatea. În: materialele Conferinței științifico – practice, Societatea Științifică a Igieniștilor din RM. Chișinău: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, 2010. - 188 p.

42. Friptuleac Gr. ș. a. Particularitățile calității apei potabile și stătea de sănătate a copiilor în aspectul modificărilor sezoniere. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Chișinău, 2010, nr. 5 (28). p. 87-93.
43. Friptuleac Gr. ș. a. Particularitățile morbidității populației din localitățile adiacente r. Prut. În: Anale științifice ale Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 2011, vol. 2, p. 112-115.
44. Friptuleac Gr., Bahnarel I. Sănătatea copiilor și factorii de risc. În: Materialele Conferinței Științifico-practice Naționale cu participare Internațională „Sănătatea copiilor și factorii exogeni de risc”. Chișinău: UASM, 2012, p. 6-9.
45. Friptuleac Gr., Beț V. Evaluarea stării de sănătate a persoanelor obeze din diverse grupe profesionale. În: Anale Științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 2012, vol.2, p. 107-110.
46. Friptuleac Gr., Chicu V., Curocichin Gh. Activități practice la cursul promovarea sănătății. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2005. 224 p.
47. Friptuleac Gr., Chicu V., Curocichin Gh. Promovarea sănătății. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2005. 229 p.
48. Friptuleac Gr., Meșina V., Moraru M. Igiena Muncii. Vol. II. Chișinău: CEP Medicina, 2011. 299 p.
49. Friptuleac Gr., Opopol N., Bahnarel I. Factorii de risc din mediu și sănătatea. În: Materialele Conferinței științifico-practice. Chișinău: Societatea Științifică a Igieniştilor din RM, 2010, 188 p.
50. Friptuleac Gr., Pânzaru Iu. Igiena muncii lucrătorilor gospodăriilor țărănești. Chișinău: Baștina-RADOG SRL, 2011. 272 p.
51. Friptuleac Gr., Pînzaru I. Asistența medicală a lucrătorilor gospodăriilor țărănești. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2011, nr. 1, p. 39-42.
52. Friptuleac Gr., Rubanovici V. Aparatul proteinelor în alimentația elevilor din instituțiile preuniversitare cu profil sportiv. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, 2012, nr. 1(33), p. 142-148.
53. Friptuleac Gr., Vlaicu B. Evaluarea dezvoltării fizice a copiilor în relație cu factorii de mediu. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Chișinău, 2010, nr. 5 (28). p. 31-35.
54. Grejdeanu T. ș. a. Populația longevivă – problemă de sănătate publică. În: Anale științifice ale Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 2011, vol. 2, p. 316-320.

55. Grejdeanu T., Volecai V. Calitatea vieții pacienților cu cancer. În: Anale științifice ale Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 2011, vol. 2, p. 205-208.
56. Hotărîrea Guvernului cu privire la aprobarea cu privire la aprobarea Concepției reformării sistemului asistenței medicale din Republica Moldova în condițiile economice noi pentru anii 1997-2003. Nr. 668 din 17 iulie 1997. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 21.08.1997, nr. 54-55 (599).
57. Hotărîrea Guvernului cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate a Republicii Moldova pentru anii 2007-2021. Nr.886 din 06 August 2007. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 17.08.2007, nr. 127-130 (931)
58. Hotărîrea Guvernului cu privire la aprobarea Programului Național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008 – 2015. Nr. 658 din 12 iunie 2007. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 15.06.2007, nr. 82-85 (676).
59. Hotărîrea Guvernului cu privire la aprobarea Programului național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020. Nr. 1000 din 23 august 2016. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 26.08.2016, Nr. 277-287 (1086).
60. Hotărîrea Guvernului cu privire la aprobarea Programului Unic al AOAM pentru anul 2007. Nr. 1480 din 25 decembrie 2006. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 31.12.2006, nr. 203-206 (1588).
61. Hotărîrea Guvernului cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada anilor 2008-2017. Nr. 1471 din 24 decembrie 2007. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 15.01.2008, nr. 8-10 (43).
62. Hotărîrea Guvernului cu privire la aprobarea Strategiei naționale de sănătate publică pentru anii 2014-2020. Nr. 1032 din 20 decembrie 2013. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 27.12.2013, nr. Nr. 304-310 (1139).
63. Hotărîrea Guvernului cu privire la cu privire la aprobarea Programului Național de Imunizări pentru anii 2011-2015. Nr. 1192 din 23 decembrie 2010. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 31.12.2010, Nr. 259-263 (1319).
64. Hotărîrea Guvernului cu privire la dezvoltarea asistenței medicale primare. Nr.1134 din 09 decembrie 1997. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 29.01.1998, Nr. 6.
65. Hotărîrea Guvernului cu privire la Programul național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015. Nr. 658 din 12 iunie 2007. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 15.06.2007, Nr. 82-85 (676).

66. Hotărîrea Guvernului privind aprobarea Programului național de control al tuberculozei pentru anii 2011-2015. Nr. 1171 din 21 decembrie 2010. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 26.08.2016, Nr. 259-263 (1316).
67. Israfilov M., Grejdeanu T. Evaluarea unor aspecte socioprofesionale la persoanele cu dizabilități mentale și de comportament prin prisma conceptului „Grija egală pentru nevoi egale”. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2011, nr. 1, p. 42-45.
68. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medical. Nr.1585-XII din 27 februarie 1998. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 30.04.1998, nr. 38-39 (280).
69. Legea cu privire la ocrotirea sănătății. Nr.411-XII din 28 martie 1995. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 22.06.1995, nr. 34 (373).
70. Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice. Nr.10-XVI din 03 februarie 2009. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 03.04.2009, nr. 67 (183).
71. Malai E. Sănătoși într-un mediu sănătos. Chișinău: Continental Grup, 2011, 95 p.
72. Malai E., Prisacari V. Contribuții la optimizarea educației pentru sănătate în prevenția infecțiilor și invaziilor intestinale. În: Materialele Conferinței științifico-practice, consacrate jubileului de 60 ani ai Serviciului sanitaro-epidemiologic de stat și 10 ani de activitate a CNȘPMP, 15.10 2005, p. 164-165
73. Malai E., Prisacari V. Motivații spre amplificarea educației pentru sănătate. În: Materialele Congresului V al igieniștilor, epidemiologilor și microbiologilor din Republica Moldova, 2003, vol. 2A, p. 85-94
74. Malanciuc I., Grejdianu T., Gînu D. Copilul orfan 0-7 ani – problemă de sănătate publică în Republica Moldova. În: Anale științifice ale Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 2011, vol. 2, p. 302-306.
75. Ministerul Sănătății al Rep. Moldova, ș. a. Studiu de Indicatori Multipli în Cuiburi 2012 : Republica Moldova Raport final, 2012. Chișinău: Elan Poligraf, 2015. 324 p.
76. Moșin V., Ciubotaru V., Leșco G. Standarde de calitate a serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor în Republica Moldova. Chișinău: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, 2009, 28 p.
77. Negară A. ș. a. Unele particularități a condițiilor de viață și stării de sănătate a persoanelor longevive. În: Anale științifice ale Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 2011, vol. 2, p. 299-302.

78. Negară A., Grejdeanu T., Lisnic N. Particularitățile medico-sociale ale populației vârstnice – problemă a sistemului de sănătate. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2011, nr. 1, p. 10-13.
79. OMS. Declarația de la Jakarta despre promovarea sănătății în secolul XXI. În: A 4-a conferință internațională de promovare a sănătății – Parteneri noi pentru o eră nouă: Promovarea Sănătății în secolul XXI. Jakarta: WHO, 1997, 6 p.
80. Opopol N. ș. a. Decese suplimentare în Republica Moldova în vara neobișnuit de caldă a a.2007. În: Anale științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 2012, vol.2, p. 163-166.
81. Opopol N., Iziumov N., Tutunaru M. Sănătatea adolescenților și calitatea serviciilor prestate de asistența medicală primară. În: Materialele Conferinței Științifico-practice Naționale cu participare Internațională „Sănătatea copiilor și factorii exogeni de risc”, Chișinău: UASM, 2012, p. 70-74.
82. Ordinul comun al Ministerului Sănătății și a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Nr. 10/08-A din 14 ianuarie 2013. În: Compania Națională de Asigurări în Medicină. 2013. http://www.cnam.md/editorDir/file/Ordine_ale_CNAM/ordin_10_08_a_din_14_01_13.pdf (vizitat 19.03.2017).
83. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova cu privire la aprobarea definițiilor de caz pentru diagnosticul, evidența și raportarea bolilor transmisibile în Republica Moldova. Nr. 385 din 12 octombrie 2007. În: Centrul Național de Sănătate Publică. 2007. <http://cnsp.md/wp-content/uploads/2014/07/Ordin-385-Definitii-caz.pdf> (vizitat 10.03.2017).
84. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară. Nr. 828 din 31 octombrie 2011. În: Ministerul Sănătății. 2011. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr._828_din_31.10.2011.pdf (vizitat 10.03.2017).
85. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova. Nr. 695 din 13 octombrie 2010. În: Ministerul Sănătății. 2011. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_695_din_13.10.2010.pdf (vizitat 10.03.2017).

86. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova cu privire la optimizarea măsurilor de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015. Nr. 400 din 23 octombrie 2008. În: Ministerul Sănătății. 2008. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._400_din_23.10.08.pdf (vizitat 19.03.2017).
87. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova cu privire la supravegherea și controlul bolilor netransmisibile prioritare în Republica Moldova. Nr. 869 din 12 decembrie 2010. În: Ministerul Sănătății. 2010. http://old.ms.md/_files/7373-Binder1.pdf (vizitat 19.03.2017).
88. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova privind implementarea Hotărîrii Guvernului nr. 1000 din 23.08.2016 cu privire la aprobarea Programului național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020. Nr. 829 din 26 octombrie 2016. În: Ministerul Sănătății. 2016. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._829_din_26.10.16.pdf (vizitat 10.03.2017).
89. Pantea V. ș.a. Argumentarea direcțiilor de organizare a supravegherii epidemiologice și de profilaxie a maladiilor nontransmisibile. În: Sănătate publică, Economie și Management în medicină, 2009, nr.2, p. 12-18.
90. Pop D., Zdrengea D., Popescu M. Prevenție și recuperare cardiovasculară - ce e nou? În: Revista Română de Cardiologie, 2015, vol 25 Supliment 2015, p. 27-31.
91. Popușoi E., Calmîc V., Borșci V. Cu privire la măsurile de optimizare a educației pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață. În: Materialele Conferinței "Problemele actuale ale sănătății populației și reformei asistenței medicale", 2000, p. 126-129.
92. Prisacari V., Malai E. perfecționarea metodelor și mijloacelor de educație pentru sănătate în prevenția infecțiilor și invaziilor intestinale. În: Curierul medical, nr.2, 2005, p. 45-50.
93. Restian A. Stilul de viață ca factor patogen. În: Practica medicală, 2010, vol.5, nr.2 (18), p. 65-70.
94. Șalaru I. Atelierul de lucru național „Evaluarea serviciilor de sănătate publică în Republica Moldova și elaborarea proiectului Strategiei Naționale de Sănătate Publică”. În: Cronica sănătății publice, nr. 6 (18), p.40-41.
95. Șalaru I. Derularea campaniei naționale anti fumat 2013. În: Cronica sănătății publice, 2013, nr.1 (25), p. 30-31.

96. Salaru I. Doar restricțiile totale ne vor ajuta să scăpăm de fumat. În: Timpul, Chișinău 2012. <http://www.timpul.md/articol/ion-salaru-medic-sef-adjunct-sanitar-de-stat-doar-restrictiile-totale-vor-ajuta-sa-scapam-de-fumat-32684.html> (vizitat 19.03.2017)
97. Salaru I. Fierul din făină, generator de cancer? În: Timpul, Chișinău 2012. <http://www.timpul.md/articol/fierul-din-faina-generator-de-cancer-33038.html> (vizitat 19.03.2017)
98. Șalaru I. Organizarea și desfășurarea Atelierului de lucru regional al Organizației Mondiale a Sănătății „Cu privire la implementarea Convenției Cadru a Organizației Mondiale a Sănătății privind Controlul Tutunului”. În: Cronica sănătății publice, nr. 6 (18), p.37-38.
99. Salaru I., Pantea V., Pinzaru Iu. Supravegherea de stat a sănătății publice în Republica Moldova: Raport național. Chișinău: Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice, 2012. 146 p
100. Sănătatea în relație cu mediul: Materialele conferinței naționale / Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Ministerul Mediului al Republicii Moldova. Chișinău: Cu drag, 2010. 224 p.
101. Șciuca S., Friptuleac Gr., Selevestru R. Factorii de risc exogeni responsabili de dezvoltarea astmului bronșic la elevi. În: Materialele Conferinței Științifico-practice Naționale cu participare Internațională „Sănătatea copiilor și factorii exogeni de risc”. Chișinău: UASM, 2012, p. 97-101.
102. Serbulenco A. Implementarea screening-ului pentru identificarea factorilor de risc ce provoacă bolile cardiovasculare în raionul Căușeni. În: Anale științifice ale Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 2013, vol.3, p.163 – 172.
103. Serbulenco A. Profilaxia maladiilor și promovarea sănătății în practica medicului de familie” (revista literaturii). În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. 2013, 5 (41) p.242 – 247.
104. Serbulenco A. ș.a. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate – problemă de importanță majoră pentru Republica Moldova. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2016, 3 (67), p.09-12.
105. Silitrari N., Șalaru I., Serbulenco A. Evaluarea cadrului de politici în domeniul Promovării Sănătății. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2016, 3 (67), p. 20-24.
106. Tintiuc D. ș. a. Opiniile referitoare la modul de viață și starea de sănătate ale persoanelor longevive. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, 2011, nr.2 (30), p. 212-215.

107. Tintiuc D., Ețco C., Grossu Iu. ș.a. Sănătate publică și management. Chișinău, 2000, p.616-662.
108. Tintiuc D., Grejdeanu T., Margine I. Expertiza medicală a vitalității – problemă asupra sănătății populației. În: Anale științifice ale Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 2011, vol. 2, p. 185-191.
109. Tintiuc, D. ș. a. Dezvoltarea energiei atomice și impactul ei asupra sănătății populației. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, 2012, nr. 1(33), p. 100-103.
110. Tulcinsky T., Varavicova E. Noua sănătate publică : introducere în secolul XXI. Chișinău: Ulysse, 2003. 723 p.
111. Turcanu G. ș. a. Republic of Moldova: health system review. În: Health Systems in Transition, 2012, 14(7), p. 1-151.
112. Zepca V., Bahnarel I., Cerbușca P. Alege sănătatea. Ghidul elevului. Formarea stilului sănătos de viață. Chișinău: Elan Poligraf, 2012. 96 p.
113. Zepca V., Bahnarel I., Petrescu C. Promovează sănătatea. Ghidul specialistului. Formarea stilului sănătos de viață. Chișinău: Elan Poligraf, 2012. 168 p.
114. American Heart Association. Understand Your Risks to Prevent a Heart Attack. 2016. http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/UnderstandYourRiskofHeartAttack/Understand-Your-Risk-of-Heart-Attack_UCM_002040_Article.jsp (vizitat 19.03.2017).
115. Andreasen A., Kotler P. Strategic Marketing for Nonprofit Organizations (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, 2008. 528 p.
116. Annemans L. Maximizing health through the rapidly developing fields of comparative and cost-effectiveness. In: Journal of Comparative Effectiveness Research, 2012, 1(6). p. 479-480.
117. Bairey M. et al. Task Force #5—the role of cardiovascular specialists as leaders in prevention: from training to champion. In: Journal of the American College of Cardiology, 2002, 40(4). p. 641-649.
118. Bayer HealthCare. Bayer HealthCare joins forces with Stroke Alliance for Europe. In: PharmaNews, 2013. <http://www.pharmanews.eu/bayer/1267-bayer-healthcare-joins-forces-with-stroke-alliance-for-europe> (vizitat 19.03.2017).
119. Black D. et al. Inequalities in health: report of a Research Working Group. London: Department of Health and Social Security, 1980.
120. Bodrug-Lungu V., Kostina-Ritchey E. Demographic Trends and the Healthcare System in Moldova: Reforms and Challenges. In Family and Health: Evolving Needs,

- Responsibilities, and Experiences (Contemporary Perspectives in Family Research) Emerald Group Publishing Limited, Volume 8B, 2014, p. 105-130.
121. Brach C., Fraser I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. In: Medicare Care Research and Review, 2000, 57 (Suppl.1), p.181-217
 122. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in ischemic heart disease death rates for blacks and whites – United States 1981-1995. In: Mortality and Morbidity Weekly Report, 1998, 47(44), p. 945-949
 123. Chodosh J. Improving the Quality of Health Care for Older Adults. California: RAND Corporation, 2008. In: RAND. http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9320.html (vizitat 19.03.2017)
 124. Coker R., Atun R., McKee M. Health-care system frailties and public health control of communicable disease on the European Union's new eastern border. In: Lancet, 2004, 363(9418). p. 1389-1392.
 125. Cornelis J. et al. Prognostic respiratory parameters in heart failure patients with and without exercise oscillatory ventilation — A systematic review and descriptive meta-analysis. In: International Journal of Cardiology, 2015, 182. p. 476-486.
 126. Curocichin G. et al. STEPs approach in applying integrated management of diabetes, hypertension and cardiovascular risk factors at primary health care level in the Republic of Moldova. In: Workshop on implementation of a Package of Essential Interventions for Noncommunicable Diseases (PEN) for primary health care in eastern Europe and Central Asia, Poster, Helsinki, 2017.
 127. Dahlgren G., Whitehead M. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO, 2006. 44 p.
 128. Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991. 69 p.
 129. Declaration of Alma-Ata. In: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 1978. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (vizitat 19.03.2017).
 130. Ewles L., Simnett I. Promoting health : a practical guide. Edinburgh: Baillière Tindall, 2003. 348 p.
 131. Fernández-Alvira J. et al. Short Telomere Load, Telomere Length, and Subclinical Atherosclerosis. The PESA Study. In: Journal of the American College of Cardiology, 2016, 67(21). p. 2468-2476.

132. Fogel J. Psychosocial factors affecting atherosclerotic coronary artery disease. In: Einstein Quarterly Journal of Biology and Medicine. 2000, 17, p.91-97
133. Fried C. Juvenile curfews: Are they an effective and constitutional means of combating juvenile violence? In: Sciences and the Law. 2001, 19, p.127-141
134. Harding A. European and US groups draw up standards for CME. in: BMJ, 2004, 328(7451). p. 1279.
135. Harding A. Tobacco companies aimed to keep smokers hooked, court told. In: BMJ, 2004, 329(7473). p.1019.
136. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. In: Regional Committee for Europe sixty-second session. 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf (vizitat 19.03.2017).
137. Holden K. Chronic and disability conditions: The economic costs to individuals and families. In: The Public Policy and Aging Report, 2001, 11(2), p.1-6
138. Hooytman N., Kiyak A. Social gerontology (5th ed.), Boston: Allyn and Bacon, 2000. 542 p.
139. Jousilahti P. et al. Sex, Age, Cardiovascular Risk Factors, and coronary heart disease. In: Circulation, 1999, nr.99, p. 1165-1172.
140. Kekki P. Promoting clinical research in general practice. In: Educ Health (Abingdon), 2005, 18(2). p. 283-289.
141. Keller L., Strohschein S. Social marketing. Public Health Interventions, Applications for Public Health Nursing Practice. Minnesota Department of Health, Division of Community Health Services, Section of Public Health Nursing, Metrou Square Building. The 129th Annual Meeting of APHA, 2001, p. 284 – 293
142. Kotler Ph., Roberto N., Lee N. Social Marketing. Improving the Quality of Life. Second Edition. California: Sage Publications, 2002. 438 p.
143. Larsen B. Hygiene and health in developing countries: defining priorities through cost-benefit assessment. In: International Journal of Environmental Health Research, 2003, nr.13, p. 37-46.
144. Mackay J. et al. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Geneva: World Health Organization, 2004. 122 p.
145. Mackenbach JP. Genetics and health inequalities: hypotheses and controversies. In: Journal of Epidemiology & Community Health. 2005, 59, p 268-273.

146. Marmot M, Wilkinson R. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lznch et al. In: British Medical Journal, 2001, 322, p. 1233-1236.
147. Martikainen P., Blomgren J., Valkonen T. Change in the total and independent effects of education and occupational social class on mortality: analyses of all Finnish men and women in the period 1971–2000. In: Journal of Epidemiology & Community Health, 2007, 61, p. 499-505.
148. Maton A. Human Biology and Health. New Jersey: Prentice Hall, 1997, 272 p.
149. McGill H., McMahan C., Gidding S. Preventing heart disease in the 21st century: implications of the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY) study. In: Circulation, 2008, nr.117 (9), p. 1216-1227
150. Mendis S., Puska P., Norrving B. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization, 2011, 164 p.
151. NCCDPHP Atlanta. Chronic Disease Overview. In: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2016. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/> (vizitat 19.03.2017).
152. Pekka P. Commentary on Active Living. From Research to Practice? In: American Journal of Preventive Medicine, 2009, 36 (2 SUPPL.), p. S57-S59.
153. Rietzschel E., Bekaert S, Meyer T. Telomeres and Atherosclerosis : The Attrition of an Attractive Hypothesis. In: Journal of the American College of Cardiology, 2016, 67(21). p. 2477-2479.
154. Rietzschel E., De Buyzere M. High-sensitive C-reactive protein: universal prognostic and causative biomarker in heart disease?. In: Biomarkers in Medicine, 2012, 6(1). p. 19-34.
155. Serbulenco A. Les résultats du screening pour l'identification des facteurs de risque qui provoquent les maladies cardiovasculaires. In: Archives of the Balkan Medical Union, vol.48(3), 2013, p.392 - 395.
156. Smaranda R. et al. Heart Team in cardiovascular disease—between utility and limits. In: Romanian Journal of Cardiology, 2016, 26(4). p. 440-449.
157. Stone R. Long term care for the elderly with disabilities: Current policy, emerging trends, and implications for the twenty-first century. New York: Millbank Memorial Fund, 2000, 83 p.

158. Torp St., Eklund L., Thorpenberg St. Research on workplace health promotion in the Nordic countries: a literature review, 1986–2008. In: Global Health Promotion, 2011, Vol 18, Issue 3, p. 15-22.
159. Vian T. et al. Barriers to universal health coverage in Republic of Moldova: a policy analysis of formal and informal out-of-pocket payments. In: BMC Health Services Research, 2015, 15(1), p. 319.
160. Vladescu C. Romania: Health System Review. In: Health Syst Transition, 2016, 18(4). 170p.
161. Wallace S.P. American health promotion: Where individualism rules. In: The Gerontologist, 2000, 40(3), p. 373-377.
162. Whitehead M., Dahlgren G., Gilson L. Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. In: Challenging inequities in health. From ethics to action. New York, The Rockefeller Foundation, 2001. p. 309-323.
163. WHO, Geneva. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO, 2011. 85 p.
164. WHO, Geneva. Global strategy to reduce harmful use of alcohol. Geneva: WHO, 2010, 44 p.
165. WHO, Geneva. Report of the International Conference on Primary health Care. Alma-Ata. Geneva: WHO, 1978. 80 p.
166. WHO, Geneva. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO, 2003. 36 p.
167. WHO. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva:WHO, 1981. 90 p.
168. WHO. Health Impact Assessment: determinants of health. In:World Health Organization. 2006. <http://www.who.int/socialdeterminants> , vizitat 19 Aprilie 2006
169. WHO. Health promotion : a discussion document on the concept and principles : summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion. Copenhagen: WHO, 1984. 5 p.
170. WHO. HEALTH21 – health for all in the 21st century. Copenhagen:WHO, 1998. 36 p.
171. WHO. Prevention of Mental Disorders. Geneva: WHO, 2004, 68 p.
172. WHO. Republic of Moldova: WHO statistical profile. In: WHO. 2015. <http://www.who.int/gho/countries/mda.pdf?ua=1> (vizitat 09.03.2017)
173. WHO. Summary report on proceedings minutes and final acts of the international health conference. New York: WHO, 1948. 144 p. In: WHO, 2017. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf (vizitat 19.03.2017)

174. WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion. In: First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 1986
175. WHO-Euro. The European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen: WHO, 2011. 27 p.
176. WHO-Euro. The European health report 2005: public health action for healthier children and populations, Copenhagen: WHO, 2005. 141 p.
177. Wilkinson R, Pickett K. Income inequality and population health, a review and explanation of evidence. In: Social Science and Medicine, 2006, 62, p. 1768-1784.
178. Wilkinson R. Unhealthy societies: the affection of inequality. London: Routledge, 1996. 368 p.
179. Williams M., Restieaux N., Low C. Myocardial infarction in young people with normal coronary arteries. In: Heart, 1998, Nr.79 (2), p. 191-194.
180. World Heart Federation. Cardiovascular disease risk factors. 2017. <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/cardiovascular-disease-risk-factors> (vizitat 19.03.2017).
181. Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. Европейская стратегия борьбы против табака. Копенгаген: ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2002. 43с.
182. Кучма В., и др. Проблемы формирования здорового образа жизни у учащихся в общеобразовательных учреждениях. В: Гигиена и санитария, 2000, N3, с. 52-56
183. Медицинский Портал «Eurolab». Скрининг сердечно-сосудистой патологии и ассоциированных поведенческих факторов риска. 2011. В: Медицинский Портал «Eurolab». <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/565/44368/> (vizitat 19.03.2017)
184. Мкртумян А. Уровень гликемии как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. В: Сахарный диабет, 2010, № 3, р. 80-82.
185. Нейфельд И., Жирняков А., Скупова И. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний женщин. В: Бюллетень медицинских интернет-конференций, 2012, № 2 (12), р. 994-996.
186. Пономорева Л., и др. Формирование основ здорового образа жизни у школьников. В: Гигиена и санитария, 2002, N1, с.44-45
187. Розводовский Ю. Алкогольные проблемы как фактор ухудшения демографической ситуации. В: Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2002, N1, с.10-13

188. Тожиев М. С., Шестов Д. Б., Быков И.Н. и др. Динамика распространенности основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и их профилактика. В: Здоровоохранение Российской Федерации, 2000, N1, с.13-17

ANEXE

Anexa 1. Principalele acte normative, în practica Medicului de familie privind profilaxia maladiilor și promovarea sănătății

Nr. d/o	Actul normativ	Anul aprobării	În vigoare/abrogat
LEGI ale Parlamentului Republicii Moldova			
1.1.	Legea Nr. 1513 privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației*	1993	În vigoare
1.2.	LEGE Nr. 1456 cu privire la activitatea farmaceutică	1993	în vigoare
1.3.	Constituția Republicii Moldova	1994	În vigoare
1.4.	LEGE Nr. 190 cu privire la petiționare	1994	În vigoare
1.5.	Legea privind ocrotirea sănătății Nr. 411-XIII	1995	În vigoare
1.6.	Legea cu privire la standardizare Nr.590	1996	In vigoare
1.7.	Legea Nr. 1402 privind sănătatea mentală	1997	În vigoare
1.8.	Legea nr.1236 cu privire la regimul produselor și substanțelor nocive	1997	În vigoare
1.9.	Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală Nr. 1585-XIII	1998	În vigoare
1.10.	Legea Nr. 382 cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor	1999	În vigoare
1.11.	Legeanr.272 cu privire la apa potabilă	1999	În vigoare
1.12.	Legea nr.612 cu privire la protecția plantelor	1999	În vigoare
1.13.	LEGE Nr. 473 privind transplantul de organe și țesuturi umane	1999	În vigoare
1.14.	Legea asigurării pentru accidente de muncă și boli profesionale nr.756	1999	În vigoare
1.15.	LEGE Nr. 982 privind accesul la informație	2000	
1.16.	Legea nr.1100 cu privire la fabricarea si circulația Alcoolului etilic si a producției alcoolice	2000	În vigoare
1.17.	Legea Nr. 185 cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială	2001	În vigoare
1.18.	Legea nr.552 privind evaluarea și acreditarea în sănătate	2001	În vigoare
1.19.	Legea Nr. 713 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope	2001	În vigoare
1.20.	Legea nr.755 privind securitatea biologică	2001	În vigoare
1.21.	Legea nr.1491 cu privire la ajutoarele umanitare	2002	În vigoare

	acordate Republicii Moldova		
1.22.	Legea nr.1593 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală	2002	În vigoare
1.23.	Legea nr. 105 privind protecția consumătorilor	2003	În vigoare
1.24.	Codul muncii al Republicii Moldova nr.154	2003	În vigoare
1.25.	Legea nr.78 privind produsele alimentare	2004	În vigoare
1.26.	Legea nr.142 privind aprobarea Nomenclatorului domeniilor de formare profesională și al specialităților pentru pregătirea cadrelor în instituțiile de învățământ superior, ciclul I	2005	În vigoare
1.27.	Legea nr.263 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului	2005	În vigoare
1.28.	Legea nr.264 cu privire la exercitarea profesiei de medic	2005	În vigoare
1.29.	Legea Nr. 124 pentru ratificarea Convenției-cadru a OMS privind controlul tutunului	2007	În vigoare
1.30.	Legea Nr. 23 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA	2007	În vigoare
1.31.	LEGE Nr. 268 fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2008 (<i>pentru fiecare an gestionar</i>)	2007	Se aprobă pentru fiecare an
1.32.	Legea nr.278 privind controlul tutunului	2007	În vigoare
1.33.	LEGE Nr. 96 privind achizițiile publice	2007	In vigoare
1.34.	Legea metrologiei Nr.647	2008	În vigoare
1.35.	Legea nr.153 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei	2008	În vigoare
1.36.	Legea securității și sănătății în muncă nr.186	2008	În vigoare
1.37.	Legea Nr. 42 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane	2008	În vigoare
1.38.	Codul contravențional al Republicii Moldova	2008	În vigoare
1.39.	Legea nr.10 privind supravegherea de stat a sănătății publice	2009	În vigoare
1.40.	Legea nr.663 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare	2010	
1.41.	Hotărârea Parlamentului nr.82 privind aprobarea Strategiei naționale pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile, pentru anii 2012-2020.	2012	În vigoare
1.42.	Legea nr.113 cu privire la stabilirea principiilor și a	2012	În vigoare

	cerințelor generale ale legislației privind siguranța alimentelor		
1.43.	Legea nr.132 privind desfășurarea în siguranță a activităților nucleare și radiologice	2012	În vigoare
2. Hotărâri ale Guvernului Republicii Moldova			
2.1.	HG nr.556 cu privire la protecția sanitară a teritoriului RM de importul și răspândirea bolilor infecțioase convenționale și extrem de periculoase	1996	În vigoare
2.2.	HG Nr.7 Substanțele narcotice, substanțele psihotrope care se află sub controlul internațional, în corespundere cu Convențiile ONU din anii 1961, 1971 și 1988 pe teritoriul Republicii Moldova	1998	În vigoare
2.3.	HG nr.737 privind reglementarea funcționării zonelor de recreere aferente bazinelor acvatice.	2002	În vigoare
2.4.	HG nr.335 despre aprobarea Regulamentului cu privire la evaluarea condițiilor de muncă la locurile de muncă și modul de aplicare a listelor ramurale de lucrări pentru care pot fi stabilite sporuri de compensare pentru munca prestată în condiții nefavorabile	2002	În vigoare
2.5.	Strategia Națională a sănătății reproducerii pentru anii 2005-2015	2005	În vigoare
2.6.	HG nr.1361 pentru aprobarea Regulamentului privind modul de cercetare a accidentelor de muncă	2005	În vigoare
2.7.	HG Nr. 20 cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM	2006	În vigoare
2.8.	HG Nr. 13 privind utilizarea și comercializarea produselor alimentare în instituțiile pentru copii	2007	În vigoare
2.9.	HG.nr.658 privind aprobarea PN de promovare a modului sănătos de viață 2007-2015	2007	În vigoare
2.10.	HG nr.886 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate	2007	În vigoare
2.11.	HG nr.1209 cu privire la prestarea serviciilor de alimentație publică	2007	În vigoare
2.12.	HG Nr. 1387 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală	2007	În vigoare
2.13.	HG nr.1471 cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017	2007	În vigoare
2.14.	HG nr.934 cu privire la aprobarea Nomenclatorului	2008	În vigoare

	serviciilor de sănătate acordate copiilor, elevilor și studenților în instituțiile de învățământ		
2.15.	HG nr.95 pentru aprobarea unor acte normative privind implementarea Legii securității și sănătății în muncă nr.186 din 10 iulie 2008	2009	În vigoare
2.16.	HG nr.568 pentru aprobarea regulamentului pentru achiziționarea medicamentelor și altor produse de uz medical pentru necesitățile sistemului de sănătate publică	2009	În vigoare
2.17.	HG nr.820 cu privire la Comisia națională extraordinară de sănătate publică.	2009	În vigoare
2.18.	HG nr.353 privind cerințele minime de securitate și sănătate la locurile de muncă	2010	În vigoare
2.19.	HG nr.384 cu privire la Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice	2010	În vigoare
2.20.	HG nr.412 privind aprobarea Regulilor generale de igienă a produselor alimentare	2010	În vigoare
2.21.	HG Nr. 1099 pentru aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin HG nr. 1387 din 10 decembrie 2007	2010	În vigoare
2.22.	HG Nr. 1116 cu privire la parteneriatul public-privat pentru prestarea unor servicii de sănătate	2010	În vigoare
2.23.	HG nr.1143 cu privire la aprobarea PN de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și ITS pentru anii 2011-2015	2010	În vigoare
2.24.	HG nr.1171 privind aprobarea PN de control al Tuberculozei pentru anii 2011-2015	2010	În vigoare
2.25.	HG Nr. 1182 pentru aprobarea Regulamentului privind mecanismul de colaborare intersectorială în domeniul medico-social în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității infantile și a copiilor cu vârsta de pînă la 5 ani la domiciliu	2010	În vigoare
2.26.	HG nr. 1192 privind aprobarea PN de Imunizări pentru anii 2011-2015	2010	În vigoare
2.27.	HG Nr. 1214 cu privire la aprobarea Strategiei naționale pentru siguranță rutieră	2010	În vigoare
2.28.	HG Nr. 64 pentru aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în Regulamentul privind achiziționarea de medicamente și alte produse de uz medical pentru necesitățile sistemului de sănătate	2011	În vigoare
2.29.	HG nr.549 privind aprobarea PN de profilaxie și combatere a Diabetului zaharat pentru a.2011-2015	2011	În vigoare

2.30.	HG nr.1020 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare	2011	În vigoare
2.31.	HG nr.533 cu privire la aprobarea Listei și tarifelor serviciilor contra cost din sfera sănătății publice prestate persoanelor fizice și juridice	2011	În vigoare
2.32.	HG nr. 603 privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru folosirea de către lucrători a echipamentului de muncă la locul de muncă	2011	În vigoare
2.33.	HG nr.945 privind PN de dezvoltare a asistenței medicale de urgență pentru anii 2011-2015	2011	În vigoare
2.34.	HG Nr. 55 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor minime de calitate	2012	În vigoare
2.35.	HG nr. 80 privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru șantierele temporare sau mobile	2012	În vigoare
2.36.	HG nr.90 privind aprobarea PN de combatere a hepatitelor virale B, C și D pentru anii 2012-2016	2012	În vigoare
2.37.	HG nr.100 cu privire la aprobarea PN privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016	2012	În vigoare
2.38.	HG nr.134 aprobarea PN privind securitatea transfuzională și autoasigurarea țării cu produse sanguine pentru a.2012-2016	2012	În vigoare
2.39.	HG nr.171 cu privire la aprobarea PN de reducere a afecțiunilor determinate de deficiența de fier și acid folic pînă în anul 2017.	2012	În vigoare
2.40.	HG Nr. 280 cu privire la modificarea Normelor privind examinarea medicală a conducătorilor de vehicule și a candidaților pentru obținerea permisului de conducere	2012	În vigoare
2.41.	HG Nr. 295 pentru aprobarea Regulamentului privind modul de aplicare a spitalizării temporare coercitive în instituțiile medicale specializate antituberculoase a persoanelor bolnave de tuberculoză în formă contagioasă, care refuză tratamentul	2012	În vigoare
2.42.	HG nr.360 cu privire la aprobarea PN privind controlul alcoolului pentru anii 2012-2020	2012	În vigoare
2.43.	HG Nr. 504 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind dotarea și exploatarea farmaciilor și depozitelor farmaceutice	2012	În vigoare
2.44.	HG Nr. 545 cu privire la modificarea și completarea Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală	2012	În vigoare
2.45.	HG nr. 756 privind PN de transplant pentru anii 2012-2016	2012	În vigoare
2.46.	HG nr.1025 privind PN a sănătății mintale pentru anii 2012-2016	2012	În vigoare

2.47.	HG nr.248 cu privire la aprobarea Strategiei de gestionare a deșeurilor în Republica Moldova pentru anii 2013-2027	2013	În vigoare
2.48.	HG nr.951 pentru aprobarea Regulamentului privind sistemul național de supraveghere epidemiologică și control al bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică	2013	În vigoare
2.49.	HG nr. 988 cu privire la aprobarea PN de prevenire și reducere a mortalității și morbidității copiilor prin malformații congenitale și patologii ereditare pentru anii 2013-2017	2013	În vigoare
2.50.	HG nr.1032 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de sănătate publică pentru anii 2014-2020	2013	În vigoare
2.51.	HG nr.199 cu privire la aprobarea Strategiei de alimentare cu apă și sanitație (2014 – 2028)	2014	În vigoare
2.52.	HG nr.30 cu privire la aprobarea PN de prevenire și control al bolilor cardiovasculare pentru anii 2014-2020	2014	În vigoare
2.53.	HG nr.418 pentru aprobarea Regulamentului privind condițiile de plasare pe piață a dispozitivelor medicale	2014	În vigoare
2.54.	HG nr.531 cu privire la acțiunile de implementare a Regulamentului Sanitar Internațional în prevenirea transmiterii transfrontaliere a pericolelor pentru sănătatea publică	2014	În vigoare
2.55.	HG nr.730 cu privire la aprobarea PN în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014-2020 și Planului de acțiuni pentru anii 2014-2016 privind Implementarea Programului național.	2014	În vigoare
2.56.	HG nr.920 cu privire la aprobarea Strategiei de cercetare-dezvoltare a Republicii Moldova până în 2020	2014	În vigoare
2.57.	HG nr.1007 pentru aprobarea Regulamentului privind Organizarea studiilor superioare de doctorat, ciclul III	2014	În vigoare
2.58.	HG nr.464 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la studii superioare de master	2015	În vigoare
2.59.	HG nr.884 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea studiilor de rezidențiat	2015	În vigoare
11. 3. Ordinele Ministerului Sănătății			
3.1.	ORDIN Nr. 396 privind organizarea examinării medicale a tinerilor înainte de căsătorie	1995	abrogat

3.2	ORDIN Nr. 297 despre aplicarea Legii „Privind transplantul de organe și țesuturi umane” în RM	1999	abrogat
3.3	ORDIN nr. 89 privind aprobarea Regulamentului „Privind organizarea și efectuarea examenului medical obligatoriu al imigranților și al cetățenilor care emigrează peste hotare pentru angajarea provizorie în câmpul muncii”	2000	abrogat
3.4	ORDIN nr.418 cu privire la prestarea unor servicii suplimentare de imunizare a populației RM	2005	abrogat
3.5	ORDIN Nr. 490 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	2005	abrogat
3.6	ORDIN Nr. 549 despre aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulatoriu în cazul unor maladii cu diagnosticul confirmat, acordat de medicul de familie și echipa sa	2006	abrogat
3.7.	ORDIN Nr. 107/69 despre modificarea anexei nr.2 la Regulamentul cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulator a unor maladii cronice cu diagnosticul confirmat în stadiul de acutizare, acordat de medicul de familie și echipa sa, aprobat prin Ordinul MSPS și CNAM nr.489/215-A din 27.12.05	2006	abrogat
3.8.	Ordin nr. 317 cu privire la reorganizarea Serviciului AMU	2007	abrogat
3.9.	Ordinul nr.385 cu privire la aprobarea definițiilor de caz pentru diagnosticul, evidența și raportarea bolilor transmisibile în Republica Moldova	2007	În vigoare
3.10	Ordin nr.404 cu privire la delimitarea juridică a AMP la nivel raional	2007	abrogat
3.11	Ordin nr.454 din cu privire la planificarea asistentei medicale populației în situații excepționale	2007	abrogat
3.12	Ordin nr.111 cu privire la aprobarea cerințelor pentru sediile instituțiilor de AMP	2008	În vigoare
3.13	Ordin nr.124 cu privire la modalitatea de elaborare a protocoalelor clinice naționale	2008	În vigoare
3.14	Ordin nr.140 cu privire la coordonarea și monitorizarea Asistentei externe, acordate în sistemul sanatației de către partenerii de dezvoltare	2008	abrogat
3.15	Ordin nr.238 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Moartea subita cardiaca	2008	În vigoare
3.16	Ordin nr.239 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Urgente hipertensive	2008	În vigoare
3.17	Ordin nr.248 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Infecția meningococică la copii	2008	În vigoare
3.18	Ordin nr.249 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Artrita juvenila idiopatica	2008	În vigoare
3.19	Ordin nr.250 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Convulsii febrile la copii	2008	În vigoare

3.20	Ordin nr.253 cu privire la contractarea prestărilor de îngrijiri medicale la domiciliu și aprobarea formularelor de evidență medicală primară	2008	În vigoare
3.21	Ordin nr.282 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Schizofrenia	2008	În vigoare
3.22	Ordin nr.283 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Tulburări mentale si de comportament	2008	În vigoare
3.23	Ordin nr.284 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Otita medie la copii	2008	În vigoare
3.24	Ordin nr.285 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Anemia ferodeficitară	2008	În vigoare
3.25	Ordin nr.286 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Accidentul vascular cerebral ischemic	2008	În vigoare
3.26	Ordin nr.287 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Tonzilita cronica la copii	2008	În vigoare
3.27	Ordin nr.288 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Tireotxicoza	2008	În vigoare
3.28	Ordin nr.289 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Gripa la copii	2008	În vigoare
3.29	Ordin nr.290 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Hepatita virala A	2008	În vigoare
3.30	Ordin nr.291 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Bronhopneumopatia	2008	În vigoare
3.31	Ordin nr.292 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Ciroza hepatica la copii	2008	În vigoare
3.32	Ordin nr.294 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Tulburări mentale	2008	În vigoare
3.33	Ordin nr.451 cu privire la modul de comunicare cu Serviciului Operativ al MS	2008	În vigoare
3.34	Ordin nr.460 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Hepatita cronica virala B	2008	În vigoare
3.35	Ordin nr.502 cu privire la organizarea AM geriatrie în RM	2008	În vigoare
3.36	Ordin nr.504 cu privire la examinarea medicală profilactică a populației	2008	În vigoare
3.37	Ordin nr.507 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Diabetul Zaharat necomplicat	2008	În vigoare
3.38	Ordin nr.509 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Hepatita virala C acuta la adult	2008	În vigoare
3.39	Ordin nr.511 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Anemia aplastica	2008	În vigoare
3.40	Ord.nr.85 cu privire la organizarea si funcționarea Serviciului de AMU	2009	În vigoare
3.41	Ordin nr.30/99 cu privire la aprobarea Recomandărilor de munca in diverse limitări funcționale la persoane cu dizabilități	2009	În vigoare
3.42	Ordin nr.79 cu privire la ordinea examinării medicale a conducătorilor de vehicule și a candidaților pentru obținerea permisului de conducere	2009	În vigoare
3.43	Ordin nr.84 cu privire la aprobarea Nomenclatorului Instituțiilor medico-sanitare publice	2009	În vigoare
3.44	Ordin nr.132 cu privire la organizarea examinării medicale a candidaților pentru ocuparea	2009	În vigoare

	funcției de Președintele al RM		
3.45	Ordin nr.170 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Encefalopatia la adult	2009	În vigoare
3.46	Ordin nr.171 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Hepatita virală D acută	2009	În vigoare
3.47	Ordin nr.172 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Pancreatita cronică	2009	În vigoare
3.48	Ordin nr.173 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Pielonefrita acută la adult	2009	În vigoare
3.49	Ordin nr.174 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Fibrilația atrială	2009	În vigoare
3.50	Ordin nr.175 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Ascita în ciroza hepatică	2009	În vigoare
3.51	Ordin nr.176 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Traumatismul renal	2009	În vigoare
3.52	Ordin nr.177 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Hipertensiunea portală	2009	În vigoare
3.53	Ordin nr.178 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Limfoamele non -Hodgkin	2009	În vigoare
3.54	Ordin nr.179 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Leucemia limfocitară cronică	2009	În vigoare
3.55	Ordin nr.180 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Leucemia Mieloidă	2009	În vigoare
3.56	Ordin nr.181 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Boala diareică acută la copii	2009	În vigoare
3.57	Ordin nr.182 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Arsurile termice la copil	2009	În vigoare
3.58	Ordin nr.184 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Rujeola la copil	2009	În vigoare
3.59	Ordin nr.185 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Malformația luxată a soldului	2009	În vigoare
3.60	Ordin nr.296 cu privire la testarea formularelor statistice de evidență medicală primară	2009	abrogat
3.61	Ordin nr.340 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie Gripa A(H1N1)	2009	În vigoare
3.62	Ordin nr.348 cu privire la organizarea instruirii medicilor de familie	2009	expirat
3.63	Ordin nr.361 cu privire la organizarea instruirii medicilor de familie	2009	expirat
3.64	Ordin nr.383 cu privire la acordarea suportului instituțiilor de asistență medicală primară	2009	expirat
3.65	Ordin nr.388 cu privire la gestionarea fluxului de pacienți cu gripa pandemică A	2009	expirat
3.66	Ordin nr.394 cu privire la organizarea punctelor medicale în punctele de trecere a frontierei	2009	expirat
3.67	Ordin nr.397 cu privire la aprobarea Ghidului practic de management al complicațiilor severe ale gripei pandemice	2009	În vigoare
3.68	Ordin nr.476 cu privire la organizarea AM în zilele 01-10 ianuarie 2009	2009	expirat
3.69	Ordin nr.495 privind vaccinarea împotriva gripei pandemice	2009	expirat
3.70	Ordin nr.518 privind modificarea și completarea ordinului MS nr. 84 din 30.03.2009	2009	În vigoare
3.71	Ordin nr.16/10-a cu privire la organizarea AMP și acoperirea cheltuielilor de tratament, în condiții de staționar, a unor maladii social-condiționate, cu impact major asupra sănătății	2009	În vigoare

	publice, cu diagnostic confirmat, la persoanele neasigurate		
3.72	Ordin nr.5 cu privire la Planul de acțiuni privind implementarea Strategiei de comunicare și sensibilizare a publicului	2010	expirat
3.73	Ordin nr.8 cu privire la modificarea și completarea ordinului MS nr.91 din 09,04,2009 cu privire la modul de selectare a pacienților pentru tratament costisitor	2010	abrogat
3.74	Ordinul nr.79 cu privire la aprobarea unor formulare statistice	2010	abrogat
3.75	Ordinul nr.111 cu privire la organizarea dării de seamă a instituțiilor medico-sanitare	2010	expirat
3.76	Ordinul nr.112 cu privire la evaluarea Programelor naționale de sănătate	2010	expirat
3.77	Ordinul nr. 117 cu privire la organizarea instruirii	2010	expirat
3.78	Ordinul nr.139 cu privire la asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare	2010	În vigoare
3.79	Ordinul nr.141 cu privire la mecanismul protezării auditive	2010	În vigoare
3.80	Ordinul nr.176 cu privire la instituirea ”Centrului Național de cefalee și tulburări vegetative”	2010	În vigoare
3.81	Ordinul nr.188 cu privire la asigurarea asistenței medicale veteranilor de război	2010	abrogat
3.82	Ordinul nr. 205 cu privire la aprobarea Planului de activitate al Ministerului Sănătății pe anul 2010	2010	expirat
3.83	Ordinul nr. 257 cu privire la organizarea și desfășurarea în RM a zilei mondiale de combatere a Malariei – 25 aprilie	2010	expirat
3.84	Ordinul nr. 281 cu privire la modificarea și completarea Ord. MS nr.189 din 22.06.2005 ”Cu privire la realizarea a HG nr.69 din 24.05.2005 pentru aprobarea Instrucțiunii privind modul de eliberare a certificatului de concediu medical”	2010	În vigoare
3.85	Ordinul nr.303 cu privire la asigurarea accesului la informațiile privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea Acordului informat	2010	În vigoare
3.86	Ordin № 316 cu privire la vaccinări antigripale Panenza	2010	expirat
3.87	Ordinul nr. 338 cu privire la organizarea și desfășurarea în RM a zilei mondiale Fără Tutun – 31 mai 2010 și zilei internaționale de luptă împotriva drogurilor – 26 iunie 2010	2010	expirat
3.88	Ordinul nr. 337 cu privire la organizarea și desfășurarea săptămânii anticancer în perioada 31 mai – 5 iunie 2010	2010	expirat
3.89	Ordinul nr. 365 cu privire la Decada de promovare a donării de sânge voluntare și zilei mondiale a donatorului de sânge – 14 iunie	2010	expirat
3.90	Ordinul nr. 363 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind implementarea recomandărilor Raportului Auditului performanțelor sistemului ”Asistenței medicale Primare”	2010	expirat

3.91	Ordinul nr. 371 cu privire la organizarea măsurilor de profilaxie și combatere a holerei și altor boli diareice acute	2010	În vigoare
3.92	Ordinul nr. 440 cu privire la modificarea documentației medicale de evidență primara a laboratoarelor instituțiilor medico-sanitare	2010	În vigoare
3.93	Ordin Nr. 422 cu privire la măsurile de combatere a fenomenului de achitare de către pacienți a plăților neconforme actelor normative în vigoare	2010	În vigoare
3.94	Ordin Nr. 425 cu privire la participarea la ședințele festive cu prilejul Zilei lucrătorului medical și al farmacistului	2010	expirat
3.95	Ordin nr. 448/111 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală	2010	În vigoare
3.96	Ordin nr. 459/117 despre completarea Ordinului nr.545/215-A din 30.12.2009 „Cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală”	2010	În vigoare
3.97	Ordin Nr.460 cu privire la Strategia de dezvoltare a Asistentei Medicale Primare pentru anii 2010-2013	2010	expirat
3.98	Ordin Nr. 475 cu privire la organizarea și efectuarea Controlului treziei	2010	abrogat
3.99	Ordin Nr. 482 cu privire la Centrul Național de Sănătate Mintală	2010	În vigoare
3.100	Ordin Nr. 490 cu privire la Consiliile Medicale Consultative	2010	În vigoare
3.101	Ordin Nr. 537/135A cu privire la modificarea și completarea Ordinului nr. 522/207A din 24 decembrie 2009 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al AOAM	2010	expirat
3.102	Ordin Nr. 547 cu privire la organizarea acțiunilor medico-sanitare în perioada caniculară	2010	expirat
3.103	Ordin Nr. 552 cu privire la organizarea Expoziției internaționale specializate "MoldMedizin"&"MoldDent" în perioada 07-10 septembrie 2010	2010	expirat
3.104	Ordin Nr. 574 cu privire la vigilența în organizarea asistenței medicale populației din republică în perioada 27-31 august 2010	2010	expirat
3.105	Ordin Nr.569 cu privire la organizarea studiului epidemiologic a urgențelor medico-chirurgicale	2010	expirat
3.106	Ordin Nr. 591 cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din RM	2010	În vigoare

3.107	Ordin Nr. 617 cu privire la implementarea Sistemului informațional pentru Asistența Medicală Primară Medex 2	2010	În vigoare
3.108	Ordin Nr. 619 cu privire la activitatea serviciului geriatric din Republica Moldova	2010	În vigoare
3.109	ORDIN Nr. 647 cu privire la efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii în condiții de siguranță	2010	În vigoare
3.110	Ordin nr. 627/163 despre aprobarea Regulamentului cu privire la înregistrarea populației în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală	2010	În vigoare
3.111	Ordin Nr. 628 cu privire la organizarea și desfășurarea Zilei Mondiale a Inimii-26 septembrie 2010	2010	expirat
3.112	Ordin Nr. 632 cu privire la realizarea HG nr.663 din 23.07.2010 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare-	2010	În vigoare
3.113	Ordin Nr. 635 cu privire la organizarea și desfășurarea Zilei Mondiale de combatere și profilaxie a rabiei la 28 septembrie 2010	2010	expirat
3.114	Ordin Nr. 637 cu privire la organizarea și desfășurarea în Republica Moldova a Zilei Mondiale fără alcool -2 octombrie 2010	2010	expirat
3.115	Ordin nr. 663/175 despre aprobarea Regulamentului privind criteriile și modalitatea de selectare și derulare a proiectelor investiționale finanțate din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale	2010	abrogat
3.116	Ordin Nr. 667 cu privire la intensificarea activităților de implementare a Regulamentului Sanitar Internațional (2005)	2010	În vigoare
3.117	Ordin Nr. 668 cu privire la organizarea și desfășurarea Zilei Mondiale a sănătății mintale - 10 octombrie 2010	2010	expirat
3.118	Ordin Nr. 687/186-A Despre completarea Ordinului nr.545/215-A din 30.12.2009 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistenta medicala	2010	În vigoare
3.119	Ordin Nr. 684 cu privire la distribuirea medicamentului Tamiflu	2010	expirat
3.120	Ordin Nr. 693 cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice	2010	În vigoare
3.121	Ordin Nr. 695 cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova	2010	În vigoare
3.122	Ordin Nr. 707/194-A Despre modificarea Ordin Nr. 522/207-A din 24.12.2009 cu privire la aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al AOAM	2010	expirat
3.123	Ordin Nr. 749 cu privire la programarea vaccinărilor pentru anul 2011 și organizarea	2010	expirat

	efectuării lor		
3.124	Ordin Nr. 750 cu privire la întocmirea și prezentarea dărilor de seamă statistice medicale anuale de către instituțiile medico - sanitare pe anul 2010	2010	expirat
3.125	Ordin Nr. 763 cu privire la descentralizarea supravegherii medicale și tratamentului antiretroviral	2010	În vigoare
3.126	Ordin Nr. 767 cu privire la organizarea măsurilor consacrate Zilei Internaționale a Persoanelor cu Dizabilități - 3 decembrie	2010	expirat
3.127	Ordin Nr. 806 cu privire la aprobarea formularelor statistice de evidență medicală primară	2010	În vigoare
3.128	Ordin Nr. 811-A/223-A cu privire la modificările și completările ce se operează în Capitolul IV „Modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor de servicii medicale”	2010	În vigoare
3.129	Ordin nr. 843 cu privire la perfecționarea mecanismului de organizare a accesului populației la medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	2010	În vigoare
3.130	Ordin Nr. 845 cu privire la realizarea HG nr.1047 din 08.11.2010 cu privire la consemnarea a 25 ani de la catastrofa produsă la centrala atomo-electrică de la Cernobîl	2010	expirat
3.131	Ordin Nr. 866 cu privire la organizarea asistenței medicale gastroenterologice și hepatologice populației Republicii Moldova	2010	În vigoare
3.132	Ord. nr.869 privind supravegherea și controlul bolilor netransmisibile prioritare în Republica Moldova	2010	În vigoare
3.133	Ordin Nr. 877 despre modificarea și completarea ordinului Nr.100 din 10.03.2008 cu privire la normativele de personal medical	2010	În vigoare
3.134	Ordin Nr. 883 cu privire la implementarea în practica medicală a Standardelor medicale de diagnostic și tratament	2010	În vigoare
3.135	Ordin Nr. 884 cu privire la aprobarea Standardului Național de Îngrijiri Paliative	2010	În vigoare
3.136	Ordin anexa nr.407 DECADA promovării donării voluntare de sânge	2011	expirat
3.137	Ordinul nr.54 cu privire la măsurile de profilaxie și organizarea AM în caz de gripă	2011	În vigoare
3.138	Ordinul nr.120 cu privire la aprobarea Planului de activitate al MS în cadrul proiectului Servicii de Sănătate si Asistenta Socială	2011	În vigoare
3.139	Ordinul nr.134 cu privire la organizarea AM populației în perioada 7-8 martie 2011	2011	expirat
3.140	Ordinul nr.135 cu privire la organizarea si desfășurarea săptămânii de profilaxie a tuberculozei	2011	expirat

3.141	Ordinul nr.136 cu privire la organizarea si desfășurarea in RM a zilei mondiale a Rinichiului	2011	expirat
3.142	Ordinul nr.193 cu privire la desfășurarea săptămânii europene a imunizărilor în RM	2011	expirat
3.143	Ordinul nr.204 cu privire la organizarea conferinței Sporirea rolului comunității în controlul tuberculozei în RM	2011	expirat
3.144	Ordinul nr.234 cu privire la organizarea si desfășurarea activității de prelevare si transplant de țesut, organe si celule de origine umana	2011	În vigoare
3.145	Ordinul nr.323 cu privire la organizarea și asigurarea AM populației din RM în zilele Sfintelor Pasti 23, 24,25 aprilie și 30 aprilie și 1, 2 mai 2011	2011	expirat
3.146	Ordinul nr.348/56-a cu privire la aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2001 a Programului unic a asigurării obligatorii de AM	2011	expirat
3.147	Ordinul nr.362 cu privire la aprobarea formularelor statistice pentru formarea si implementarea sistemului de supraveghere a malformațiilor congenitale	2011	În vigoare
3.148	Ordinul nr.408 cu privire al echipa de evaluare comună a PN a infecției HIV/ SIDA/ IST	2011	expirat
3.149	Ordinul nr.419 cu privire la Ziua mondiala fără tutun	2011	expirat
3.150	Ordinul nr.423 cu privire la organizarea si desfășurarea bisăptămîinii Anticancer 30 mai	2011	expirat
3.151	Ordinul nr.432 cu privire la organizarea si funcționarea serviciului Reabilitare Medicala si Med. Fizica din RM	2011	În vigoare
3.152	Ordinul nr.435 cu privire la organizarea AM veteranilor de război	2011	expirat
3.153	Ordinul nr.465 cu privire la instruirea Centrelor Comunitare pentru suportul tratamentului pacienților cu tuberculoza în condiții de ambulator	2011	În vigoare
3.154	Ordinul nr.569 cu privire la aprobarea listei indicatorilor calității AM	2011	În vigoare
3.155	Ordinul nr.604/106a cu privire la organizarea AM populației din satele Mereni, Merenii Noi, Chirca și Maximovca, rn. Anenii Noi	2011	În vigoare
3.156	Ordinul nr.606 cu privire la organizarea Conferinței Naționale in domeniul Îngrijirilor Paliative	2011	expirat
3.157	Ordinul nr.614 privind selectarea pacienților pentru trimiterea la tratament si/ sau investigații costisitoare peste hotarele RM	2011	abrogat
3.158	Ordinul nr.653 cu privire la organizarea AM în perioada 27-31 august 2011	2011	expirat
3.159	Ordinul nr.828 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară	2011	În vigoare

3.160	Ordinul nr.833/302/342 cu privire la aprobarea Regulamentului privind ordinea examinării medicale a migraților	2011	În vigoare
3.161	Ordinul nr.864 cu privire la prezentarea deciziilor in comisia centrala de expertiză medico-militară	2011	În vigoare
3.162	Ordinul nr.928 cu privire la coordonarea masurilor de pregătire, răspuns si lichidare a consecințelor medicale	2011	În vigoare
3.163	Ordinul nr.969 cu privire la realizarea programului național strategic in domeniul securității demografice 2011-2025	2011	În vigoare
3.164	Ordinul nr.1013 cu privire la organizarea AM in zilele de iarna si de odihna 31 decembrie 07-08 ianuarie	2011	expirat
3.165	Ordinul nr.1023 privind aprobarea formularelor statistice de evidență medicală primară	2011	În vigoare
3.166	Ordinul nr.1024 cu privire la asigurarea serviciilor de transport de date in cadrul SIA Serviciul de Singe	2011	În vigoare
3.167	Ordinul nr.276 cu privire la organizarea și desfășurarea Zilei mondiale a Sănătății – 7 aprilie	2012	expirat
3.168	Ordinul nr.301 cu privire la implementarea PN de combatere a hepatitelor pentru anii 2012 - 2016	2012	În vigoare
3.169	Ordinul nr. 302/70A privind aprobarea Regulamentului de validare a indicatorilor de performanță	2012	abrogat
3.170	Ordinul nr.341 cu privire la implementarea Strategiei naționale anticorupție pentru anii 2011-2015	2012	expirat
3.171	Ordinul nr.344 cu privire la organizarea asistenței medicale veteranilor de război	2012	expirat
3.172	Ordinul nr.390 cu privire la organizarea și asigurarea AM populației din RM în zilele odihnă 28-30, 1, 9 mai 2012	2012	expirat
3.173	Ordinul nr. 426 cu privire la aprobarea formularelor statistice	2012	În vigoare
3.174	Ordinul nr.443 cu privire la aprobarea Programului de sănătate orală la copii cu disabilități și cerințe educative speciale pentru a. 2012-2014	2012	expirat
3.175	Ordinul nr.444 cu privire la organizarea studiului de evaluare rapidă a orbirii evitabile în RM	2012	expirat
3.176	Ordinul nr.524 cu privire la elaborarea si utilizarea continua a materialelor educaționale si informaționale destinate promovării sănătății.	2012	În vigoare

3.177	Ordinul nr.653 cu privire la desfășurarea stagiunii de formare in conduita integrată a sănătății adolescenților AMP	2012	În vigoare
3.178	Ordinul nr.662 cu privire la implementarea vaccinării contra infecției rotavirale la copii	2012	În vigoare
3.179	Ordinul nr.771 cu privire la organizarea AM populației din satul Borogani, rn. Leova	2012	În vigoare
3.180	Ordinul nr.790 cu privire la Regulile de examinare și supraveghere medicala pentru depistarea contaminării cu SIDA	2012	În vigoare
3.181	Ordinul nr.954/446 cu privire la examenul medical pentru persoanele care doresc să se căsătorească	2012	arogat
3.182	Ordinul nr.957 cu privire la modificarea și completarea ordinului nr.404 din 30.07.2007 "Cu privire la delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel de raion"	2012	În vigoare
3.183	Ordinul nr.958 cu privire la eficientizarea expertizei incapacității temporare de munca	2012	În vigoare
3.184	Ordinul nr.959 cu privire la accesul populației la medicamente și dispozitive medicale de importanță socială	2012	abrogat
3.185	Ordinul nr.960 cu privire la modul de prescriere și eliberare a medicamentelor	2012	În vigoare
3.186	Ordinul nr.962 cu privire la modificarea și completarea ordinului nr.695 din 13.10.2010 "Cu privire la asistența medicală primară în RM"	2012	În vigoare
3.187	Ordinul nr.1000 cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu și a Carnetului de dezvoltare al copilului	2012	În vigoare
3.188	Ordinul nr.1010 cu privire la organizarea AM persoanelor ținute la pat	2012	În vigoare
3.189	Ordinul nr.1088 cu privire la vaccinarea contra gripei sezoniere către sezonul gripal 2012-2013	2012	expirat
3.190	Ordinul nr.1159 cu privire la organizarea Conferinței "Parteneriate reale în dezvoltarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu pentru asigurarea bunăstării persoanelor aflate în vîrsta neputințelor"	2012	expirat
3.191	Ordinele nr.1208, 1209, 1210 – cu privire la organizarea cursurilor de instruire zonale pe perioadele: 5-7; 17-19 și 18-21 decembrie	2012	expirat
3.192	Ordinul nr.1217 cu privire la instruirea personalului medical implicat in activitățile pe prelevare si transplant de organe si țesuturi de origine umana	2012	În vigoare
3.193	Ordinul nr.1227 cu privire la aprobarea Regulamentului de transmitere a informației medicale, cu caracter personal, despre pacienții infectați cu HIV	2012	În vigoare

3.194	Ordinul nr.1235 cu privire la modificarea și completarea ordinului nr.828 din 31 octombrie 2011 ”Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară”	2012	În vigoare
3.195	Ordinul nr.1239/253A cu privire la aprobarea Normelor metodologice de aplicare în a.2013 a Programului Unic al AOAM	2012	expirat
3.196	Ordinul nr.1240 cu privire la modificarea Regulamentului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice	2012	În vigoare
3.197	Ordinul nr.1285/265A cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor de tuberculoză, caz nou și readmis, în condiții de ambulatoriu	2012	În vigoare
3.198	Ordinul nr.1296 cu privire la organizarea și asigurarea AM populației din RM în zilele sărbătorilor de iarnă și de odihnă	2012	expirat
3.199	Ordinul nr.1315 cu privire la Programul de fondare a Centrelor de Sănătate autonome	2012	În vigoare
3.200	Ordinul nr.1318 cu privire la aprobarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice la nivel de raion	2012	În vigoare
3.201	Ordinul nr.1365 cu privire la organizarea AM populației din satul Sadic, rl. Cantemir, și satul Borogani, rl. Leova	2012	În vigoare
3.202	Ordinul nr. 10/08-A cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de AM	2013	În vigoare
3.203	Ordinul nr.13/11A cu privire la aprobarea Regulamentului privind modul de calculare și achitare a plăților cu caracter stimulator pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță a personalului instituțiilor medico-sanitare de AMP	2013	abrogat
3.204	Ordinul nr.27 cu privire la aprobarea adeverinței pentru primirea biletului de tratament, formular 070/e	2013	În vigoare
3.205	Ordinul 12/70 cu privire la aprobarea criteriilor de determinare a dizabilității și capacității de muncă la adulți	2013	În vigoare
3.206	Ordinul nr.13/71/41 cu privire la aprobarea criteriilor de determinare a dizabilității la copii până la vârsta de 18 ani	2013	În vigoare
3.207	Ordinul nr.164 cu privire la supravegherea epidemiologică a tifosului exantematic, măsurile de combatere și profilaxie a pediculozei	2013	În vigoare
3.208	Ordinul nr.165 cu privire la organizarea trimiterii la expertizare pentru determinarea dizabilității și capacității de muncă	2013	În vigoare
3.209	Ordinul nr. 193/68/32 cu privire la organizarea examinării medicale a migrantilor	2013	În vigoare
3.210	Ordinul nr.239 cu privire la organizarea dialogului privind politicile în sănătate, cu accent pe	2013	expirat

	AMP		
3.211	Ord nr.364 cu privire la cursul de baza in asistenta integrata a sănătății adolescenților în cadrul Centrului Prietenos Tinerilor	2013	expirat
3.212	Ord nr.466 cu privire la organizarea asistentei medicale veteranilor de război	2013	expirat
3.213	Ord.nr.502 cu privire la aprobarea Regulamentului privind modul de selectare și trimitere a pacienților la tratament balneo-sanatorial	2013	În vigoare
3.214	Ord.504 cu privire la organizarea și asigurarea AM populației din RM în zilele sărbătorilor din luna mai	2013	expirat
3.215	Ordinul nr.577 cu privire la instituirea grupului de lucru responsabil pentru elaborarea ghidului pentru medicii de familie în promovarea sănătății și profilaxia maladiilor	2013	În vigoare
3.216	Ord.nr.587 cu privire la aprobarea trimerii la Consiliul pentru determinarea dizabilității și capacității de muncă, formular 088/e	2013	În vigoare
3.217	Ord.nr.588 cu privire la instruirea formatorilor în asistența integrată și promovarea sănătății adolescenților, conform standardelor de calitate ale serviciilor prietenoase tinerilor	2013	expirat
3.218	Ord nr.610 cu privire la strategia de dezvoltare a serviciilor de sănătate mintala, la nivel de comunitate si integrarea sănătății mintale în AMP pentru anii 2013-2016	2013	În vigoare
3.219	Ord.613/441 cu privire la serviciile de sănătate în instituțiile de învățământ preuniversitar	2013	În vigoare
3.220	Ord. nr. 627 privind raportarea operativă a cazurilor de mortalitate infantilă în republică	2013	În vigoare
3.221	Ord. nr 648/189 cu privire la modificarea Normelor metodologice de aplicare a PU în a.2013	2013	expirat
3.222	Ord nr.676 cu privire la organizarea dialogului de politici privind plățile pentru performanță in AMP	2013	expirat
3.223	Ord.nr.684 cu privire la organizarea si desfășurarea stagiului de formare integrata a sănătății adolescenților pentru lucrătorii medicali.	2013	expirat
3.224	Ord.750 cu privire la modul de organizare a accesului de medicamente pentru tratamentul compensat al diabetului zaharat (insulinei) și a glaucomului	2013	În vigoare
3.225	Ord.1022 cu privire la implementarea vaccinării contra infecției pneumococice a copiilor în RM	2013	În vigoare
3.226	Ord.1130 cu privire la organizarea mesei rotunde "Aspecte moderne în conduita gravidei"	2013	expirat
3.227	Ord.1158 cu privire la participarea la Conferința "Metode contemporane de screening a cancerului de col uterin – citologie în mediu lichid	2013	expirat
3.228	Ord. nr.1168 cu privire la analiza mortalității materne în RM (cu completarea prin ordinul nr.1280, 2013)	2013	În vigoare

3.229	Ord.1190 supravegherea epidemiologică santinelă a pneumoniilor comunitare la copiii până la 5 ani	2013	În vigoare
3.230	Ord.1222 cu privire la organizarea cursului de instruire "Managementului tuberculozei rezistente în condiții de ambulatoriu"	2013	expirat
3.231	Ord.1249 privind vaccinarea contra gripei în sezonul 2013-2014	2013	expirat
3.232	Ordinul nr. 1257 cu privire la aprobarea Instrucțiunii cu privire la aprecierea volumului incapacității permanente de muncă	2013	În vigoare
3.233	Ord. nr.1265 cu privire la aprobarea formularelor de evidență a vaccinurilor și a vaccinărilor	2013	În vigoare
3.234	Ord. 1303 cu privire la realizarea HG nr.766 din 2013 "Cu privire la realizarea Planului de acțiuni privind preschimbarea pașapoartelor de tip sovietic"	2013	expirat
3.235	Ordinul nr.1605/414A privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a PU în anul 2014	2013	expirat
3.236	Ordinul nr.1606 cu privire la punerea în aplicare a HG nr.988 din 5 decembrie 2013 "Cu privire la aprobarea PN de prevenire și reducere a mortalității și morbidității copiilor prin maladii congenitale"	2013	În vigoare
3.237	Ordinul nr.40 cu privire la fortificarea procesului de îngrijire a noi-născuților prematuri cu greutate mică la naștere	2014	În vigoare
3.238	Ordinul nr.97 – dialogul de politici "Fortificarea sistemului de sănătate pentru rezultate mai bune în controlul BNT"	2014	expirat
3.239	Ordinul. 142/68A cu privire la aprobarea Regulamentului privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță"	2014	expirat
3.240	Ord nr.157 cu privire la organizarea activității asistentului medical comunitar	2014	În vigoare
3.241	Ord. nr.194 cu privire la unele masuri de eficientizare a serviciilor prestate la nivel de AMP	2014	În vigoare
3.242	Ord. 198/86A cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul AOAM	2014	În vigoare
3.243	Ord.nr.319 cu privire la unele masuri de ameliorare a activității consiliilor medico-militare	2014	În vigoare
3.244	Ord. nr.342 cu privire la implementarea Strategiei naționale de Sănătate Publică 2014-2020 (HG nr. 1032, a.2013)	2014	În vigoare
3.245	Ordin nr. 346 cu privire la organizarea AM populației din RM în zilele sărbătorilor Sfintelor Paști 19, 20, 21 aprilie și 26, 27, 28 aprilie 2014	2014	expirat
3.246	ordinul nr.358 cu privire la medicii rezidenți în medicina de familie	2014	În vigoare
3.247	Ordin 360 cu privire la măsurile de prevenire a afecțiunii hemolitice	2014	În vigoare

3.248	Ordin nr.372 cu privire la organizarea și asigurarea AM populației din RM în zilele din luna mai 2014	2014	expirat
3.249	Ordinul nr.376 cu privire la implementarea Planului național de acțiuni privind menținerea statutului RM – țară liberă de poliomielită 2014-2015	2014	expirat
3.250	Ord. nr.407 cu privire la centrele comunitare de sănătate mintală	2014	În vigoare
3.251	Ord.nr.468 cu privire la organizarea instruirii, consilierea și examinarea la HIV cu teste rapide pe salivă în cadrul Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor	2014	În vigoare
3.252	Ordinul nr.470/263A cu privire la modificarea unor ordine comune ale MS și CNAM	2014	În vigoare
3.253	Ordinul nr.471/264A cu privire la aprobarea Regulamentului privind modul de calculare și achitare a plăților cu caracter stimulator pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță pentru personalul din IMSP de asistență medicală primară	2014	abrogat
3.254	Ordinul nr.474 cu privire la modul de organizare a accesului la medicamente compensate pentru tratamentul pacienților cu mucoviscidoză, scleroză multiplă, ciroză biliară primitivă, colangită sclerozantă primară, hepatită și ciroză	2014	În vigoare
3.255	Ord.nr. 625 privind implementarea HG nr.406 (2014) ”Cu privire la aprobarea Programului pentru integrarea problemelor îmbătrânirii în politici”	2014	În vigoare
3.256	Ord. nr.629 cu privire la organizarea Campaniei de comunicare și informare ”Investiții în sănătatea tinerilor”	2014	expirat
3.257	Ordinul nr.634/320A cu privire la organizarea măsurilor de informare a populației privind drepturile persoanei asigurate și combatere a plăților neformale pentru serviciile medicale prestate	2014	În vigoare
3.258	Ord. nr.779 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni pentru implementarea PN strategic în domeniul securității demografice a RM (2014-2016)	2014	În vigoare
3.259	Ord. nr 789/404-a cu privire la organizarea screening-ului de col uterin	2014	expirat
3.260	Ord. nr.812/414A cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind asigurarea cu contraceptive a populației din grupele social-vulnerabile la nivelul AMP	2014	În vigoare
3.261	Ord. Nr.823/417A cu privire la modificarea Normelor metodologice de aplicare a PU pentru a.2014	2014	expirat
3.262	Ord. nr. 827 cu privire la modificarea ordinului MS nr.914 (2012) ”Cu privire la Consiliul pentru medicamente compensate”	2014	În vigoare
3.263	Ord. nr. 830 cu privire la modificarea și completarea anexelor ordinului 492/139A (2013) ”Cu privire la medicamentele compensate din fondurile AOAM	2014	În vigoare

3.264	Ord. nr. 831/422A cu privire la modificarea Regulamentului privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță	2014	expirat
3.265	Ord. nr.864 cu privire la organizarea cursului de instruire în domeniul evaluării și tratamentului durerii cronice în practica medicului de familie	2014	expirat
3.266	Ord. nr.902 cu privire la aprobarea Regulamentului privind comunicarea între instituțiile medico-sanitare, instituțiile de sănătate publică și sursele mass-media a informațiilor care se referă la copii	2014	În vigoare
3.267	Ordin nr.961 din cu privire la aprobarea fisei post-cadru a specialistului principal in asistenta mamei si copilului	2014	În vigoare
3.268	Ord. nr.975 cu privire la lista contraceptivelor recomandate pentru procurare la nivel de AMP	2014	În vigoare
3.269	Ord.nr.1042 cu privire la aprobarea Fișei de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic a copiilor	2014	În vigoare
3.270	Ordin nr. 1080 cu privire la masurile de eficientizare a depistării tuberculozei	2014	În vigoare
3.271	Ordin nr. 1081 cu privire la organizarea asistenței medicale veteranilor de război	2014	expirat
3.272	Ord. 1248 Privind vaccinarea contra gripei în sezonul 2014-2015	2014	expirat
3.273	Ordin nr 1249 cu privire la intensificarea masurilor de prevenire si control al bolii determinate de virusul Ebola	2014	În vigoare
3.274	Ord.1316 privind excluderea revaccinării cu BCG	2014	În vigoare
3.275	Ord.1353 cu privire la programarea vaccinărilor pentru a.2015	2014	expirat
3.276	Ord. 1454 cu privire la organizarea si asigurarea AM in zilele sărbătorilor de iarna	2014	expirat
3.277	Ord.nr.1489 cu privire la aprobarea nomenclatorului IMSP de AMP la nivel de raion	2014	În vigoare
3.278	Ord. nr.1490/672A cu privire la aprobarea Normelor metodologice privind aplicarea PU în a. 2015	2014	expirat
3.279	Ord. nr. 1492/678A privire la aprobarea Regulamentului privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță	2014	expirat
3.280	Ordin nr.1498 cu privire la organizarea activităților de control si profilaxie a tuberculozei in RM	2014	În vigoare
3.281	Ord. nr. 22 privind realizarea Programelor Naționale de Sănătate în a.2014	2015	expirat
3.282	Ord. nr. 82/5A cu privire la modificarea și completarea ordinului comun nr. 292/27A din 01.04.14	2015	În vigoare

3.283	Ord. nr.98 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind îmbunătățirea sănătății materne 2015-2017	2015	În vigoare
3.284	Ord. nr.136 cu privire la gestionarea fluxului de pacienți cu boli respiratorii acute și gripă	2015	În vigoare
3.285	Ordinul nr. 139 cu privire la măsurile de prevenire și organizare a asistenței medicale primare în caz de gripă, boli respiratorii acute	2015	În vigoare
3.286	Ord. nr. 160 cu privire la implementarea PN de alimentație și nutriție 2014-2020	2015	În vigoare
3.287	ordin nr. 190 cu privire la implementarea Programului național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016	2015	În vigoare
3.288	Ordinul nr 273 cu privire la organizarea AM in zilele de sfintele Pasti	2015	expirat
3.289	Ord nr.64/317 cu privire la aprobarea listei dizabilităților care afectează ireversibil starea sănătății copiilor, funcționalitatea si capacitatea de munca la adulți, care servesc drept bază pentru stabilirea dizabilității pe termen nelimitat la adulți si copii	2015	În vigoare
3.290	Ord. nr. 393 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni pentru implementarea PN de prevenire și control al maladiilor cardiovasculare 2014-2020	2015	În vigoare
3.291	Ord. nr. 400/219A privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a PU al AOAM în a.2016	2015	În vigoare
3.292	Ord. nr.435 cu privire la aprobarea Nomenclatorului IMSP de AMP la nivel de raion	2015	În vigoare
3.293	Ord. nr.437 cu privire la organizarea și desfășurarea Cursului de instruire în conduita integrată a sănătății adolescenților pentru lucrătorii din AMP	2015	expirat
3.294	Ordin nr. 445 cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor med. în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului	2015	În vigoare
3.295	Ord nr.446 cu privire la unele masuri de eficientizare a Centrelor de sănătate mintala	2015	În vigoare
3.296	Ord. nr.450 cu privire la aprobarea listei medicamentelor și dispozitivelor medicale destinate pentru IMSP pentru achiziționarea în mod centralizat pentru a.2016	2015	În vigoare
3.297	Ord nr.600/320-a cu privire la mecanismul de includere a medicamentelor compensare din fondurile asigurării obligatorii de asist. medicala	2015	În vigoare
3.298	Ordin 602 cu privire la modificarea ord.619 cu privire la activitatea serviciului geriatrie din RM	2015	În vigoare
3.299	Ord. nr. 658 cu privire la asigurarea cu contraceptive la nivel de AMP	2015	În vigoare

3.300	Ord. nr.618 cu privire la modif. Si complet. Anexelor nr.1si 2 la regulamentul cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu	2015	În vigoare
3.301	Ord nr. 786 cu privire la modific. Si complet. Anexei l a ord. nr. 658 din 18.08.15	2015	În vigoare
3.302	Ordinul nr. 791/467 cu privire la practica medicului de familie	2015	În vigoare
3.303	Ordin nr. 832 cu privire la organizarea auditului medical în infarctul miocardic acut	2015	În vigoare
3.304	Ord nr. 849 cu privire la organizarea ședinței de prezentare a SIA AMP	2015	expirat
3.305	Ordin nr. 860 cu privire la organizarea activităților de comunicare dedicate Zilei Mondiale a diabetului în perioada 12-18 noiembrie 2015	2015	expirat
3.306	Ordin nr 877 cu privire la organizarea evenimentului de totalizare a săptămânii dedicate Zilei Internaționale a Diabetului Zaharat	2015	expirat
3.307	Ord. nr 911 cu privire la cursul de instruire în domeniul sănătății mintale comunitare	2015	expirat
3.308	Ordinul nr 922 cu privire la organizarea și desfășurarea forumului național pentru sănătate 2015	2015	expirat
3.309	Ordin nr.924 cu privire la evaluarea complexă a serviciului ftiziopneumologic	2015	expirat
3.310	Ordin nr. 937 cu privire la programarea vaccinărilor pentru a. 2016 și organizarea efectuării lor	2015	În vigoare
3.311	Ord. nr.953 cu privire la verificarea SIA AMP	2015	expirat
3.312	Ord. nr. 973 cu privire la aprob. Nomenclatorului IMSP de AMP la nivel de raion	2015	În vigoare
3.313	Ordin nr. 997 cu privire la organizarea si asigurarea AM în zilele sărbătorilor de iarna si Anul nou 2016 (25,26,27, decembrie 2015 și 01,02, 03, 07,08,09 și 10 ianuarie 2016)	2015	expirat
3.314	Ordin nr.1015/674- a privind aprobarea normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a Programului Unic al asigurării obligatorii de AM	2015	În vigoare
3.315	Ordin nr. 1022 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative	2015	În vigoare

Anexa 2. Fișa de expert

FIȘA DE EXPERT

privind utilizarea principalelor acte normative în practica Medicului de familie în domeniul profilaxiei bolilor și promovării sănătății și timpul (în ore) de realizare a acestora

1. Tipul de act normativ (lege, hotărâre de Guvern, ordin sau Dispoziție de ministru, hotărâre de Colegiu, hotărâre a Consiliul de Experți, hotărâre a APL, alte)- de subliniat.

2. Organul Emitent (Parlament, Guvern, MS, Consiliul de Experți, Standarde medicale, APL, alte) - de subliniat.

3. Denumirea actului normativ _____

4. Numărul și data actului normativ _____

5. Timpul mediu anual necesar pentru examinarea și executarea actului normativ (în ore)-

6. Semnătura expertului _____

Anexa 3. Principalele acte normative, în practica Medicului de familie privind profilaxia Maladiilor și promovarea sănătății, și timpul (ore/lună) de realizare a acestora

Nr. d/o	Actul normativ	Anul aprobării	În vigoare/abrogat	De moment	De cât TIMP are nevoie MF pentru executare? (ore/lună) 0 lună=20-21 zile lucr. × 7 ore=140-147ore/lună	NOTĂ
1. LEGI ale Parlamentului Republicii Moldova						
1.1.	Legea Nr. 1513 privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației*	1993	În vigoare		2 ore	
1.2.	LEGE Nr. 1456 cu privire la activitatea farmaceutică	1993	în vigoare		21,5 ore	
1.3.	Constituția Republicii Moldova	1994	În vigoare		0,5 ore	
1.4.	LEGE Nr. 190 cu privire la petiționare	1994	În vigoare		2 ore	
1.5.	Legea privind ocrotirea sănătății Nr. 411-XIII	1995	În vigoare		3,5 ore	
1.6.	Legea cu privire la standardizare Nr.590	1996	În vigoare		0,5 ore	
1.7.	Legea Nr. 1402 privind sănătatea mentală	1997	În vigoare		1 oră	
1.8.	Legea nr.1236 cu privire la regimul produselor și substanțelor nocive	1997	În vigoare		0,5 ore	
1.9.	Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală Nr. 1585-XIII	1998	În vigoare		25 ore	
1.10.	Legea Nr. 382 cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor	1999	În vigoare		11,5 ore	
1.11.	Legeanr.272 cu privire la apa potabilă	1999	În vigoare		0,5 ore	
1.12.	Legea nr.612 cu privire la protecția plantelor	1999	În vigoare		0,5 ore	
1.13.	LEGE Nr. 473 privind transplantul de organe și țesuturi umane	1999	În vigoare		1 oră	
1.14.	Legea asigurării pentru accidente de muncă și boli profesionale nr.756	1999	În vigoare		2 ore	
1.15.	LEGE Nr. 982 privind accesul la informație	2000			7,5 ore	
1.16.	Legea nr.1100 cu privire la fabricarea si circulația	2000	În vigoare		0,5 ore	

	Alcoolului etilic si a producției alcoolice					
1.17.	Legea Nr. 185 cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială	2001	În vigoare		44 ore	
1.18.	Legea nr.552 privind evaluarea și acreditarea în sănătate	2001	În vigoare		7 ore	
1.19.	Legea Nr. 713 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope	2001	În vigoare		6 ore	
1.20.	Legea nr.755 privind securitatea biologică	2001	În vigoare		3 ore	
1.21.	Legea nr.1491 cu privire la ajutoarele umanitare acordate Republicii Moldova	2002	În vigoare		1 oră	
1.22.	Legea nr.1593 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală	2002	În vigoare		10 ore	
1.23.	Legea nr. 105 privind protecția consumătorilor	2003	În vigoare		1,5 ore	
1.24.	Codul muncii al Republicii Moldova nr.154	2003	În vigoare		1 oră	
1.25.	Legea nr.78 privind produsele alimentare	2004	În vigoare		1 oră	
1.26.	Legea nr.142 privind aprobarea Nomenclatorului domeniilor de formare profesională și al specialităților pentru pregătirea cadrelor în instituțiile de învățământ superior, ciclul I	2005	În vigoare		1 oră	
1.27.	Legea nr.263 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului	2005	În vigoare		8 ore	
1.28.	Legea nr.264 cu privire la exercitarea profesiei de medic	2005	În vigoare		4 ore	
1.29.	Legea Nr. 124 pentru ratificarea Convenției-cadru a OMS privind controlul tutunului	2007	În vigoare		4 ore	
1.30.	Legea Nr. 23 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA	2007	În vigoare		8 ore	
1.31.	LEGE Nr. 268 fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2008 (pentru fiecare an gestionar)	2007	Se aprobă pentru fiecare an		2 ore	
1.32.	Legea nr.278 privind controlul tutunului	2007	În vigoare		3 ore	
1.33.	LEGE Nr. 96 privind achizițiile publice	2007	In vigoare		8 ore	

1.34.	Legea metrologiei Nr.647	2008	În vigoare		4 ore	
1.35.	Legea nr.153 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei	2008	În vigoare		28 ore	
1.36.	Legea securității și sănătății în muncă nr.186	2008	În vigoare		22 ore	
1.37.	Legea Nr. 42 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane	2008	În vigoare		4 ore	
1.38.	Codul contravențional al Republicii Moldova	2008	În vigoare		1,5 ore	
1.39.	Legea nr.10 privind supravegherea de stat a sănătății publice	2009	În vigoare		15 ore	
1.40.	Legea nr.663 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare	2010			5 ore	
1.41.	Hotărârea Parlamentului nr.82 privind aprobarea Strategiei naționale pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile, pentru anii 2012-2020.	2012	În vigoare		84 ore	
1.42.	Legea nr.113 cu privire la stabilirea principiilor și a cerințelor generale ale legislației privind siguranța alimentelor	2012	În vigoare		28 ore	
1.43.	Legea nr.132 privind desfășurarea în siguranță a activităților nucleare și radiologice	2012	În vigoare		6 ore	
390 h ~ 55,71 zile lucrătoare						
2. Hotărâri ale Guvernului Republicii Moldova						
2.1.	HG nr.556 cu privire la protecția sanitară a teritoriului RM de importul și răspândirea bolilor infecțioase convenționale și extrem de periculoase	1996	În vigoare		1 oră	
2.2.	HG Nr.7 Substanțele narcotice, substanțele psihotrope care se află sub controlul internațional, în corespundere cu Convențiile ONU din anii 1961, 1971 și 1988 pe teritoriul Republicii Moldova	1998	În vigoare		1 oră	
2.3.	HG nr.737 privind reglementarea funcționării zonelor de	2002	În vigoare		0,5 ore	

	recreere aferente bazinelor acvatice.					
2.4.	HG nr.335 despre aprobarea Regulamentului cu privire la evaluarea condițiilor de muncă la locurile de muncă și modul de aplicare a listelor ramurale de lucrări pentru care pot fi stabilite sporuri de compensare pentru munca prestată în condiții nefavorabile	2002	În vigoare		2 ore	
2.5.	Strategia Națională a sănătății reproducerii pentru anii 2005-2015	2005	În vigoare		24 ore	
2.6.	HG nr.1361 pentru aprobarea Regulamentului privind modul de cercetare a accidentelor de muncă	2005	În vigoare		2 ore	
2.7.	HG Nr. 20 cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM	2006	În vigoare		2 ore	
2.8.	HG Nr. 13 privind utilizarea și comercializarea produselor alimentare în instituțiile pentru copii	2007	În vigoare		1,5 ore	
2.9.	HG.nr.658 privind aprobarea PN de promovare a modului sănătos de viață 2007-2015	2007	În vigoare		15 ore	
2.10.	HG nr.886 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate	2007	În vigoare		2 ore	
2.11.	HG nr.1209 cu privire la prestarea serviciilor de alimentație publică	2007	În vigoare		1 oră	
2.12.	HG Nr. 1387 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală	2007	În vigoare		140 ore	
2.13.	HG nr.1471 cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017	2007	În vigoare		10 ore	
2.14.	HG nr.934 cu privire la aprobarea Nomenclatorului serviciilor de sănătate acordate copiilor, elevilor și studenților în instituțiile de învățământ	2008	În vigoare		24 ore	
2.15.	HG nr.95 pentru aprobarea unor acte normative privind implementarea Legii securității și sănătății în muncă nr.186 din 10 iulie 2008	2009	În vigoare		2 ore	
2.16.	HG nr.568 pentru aprobarea regulamentului pentru	2009	În vigoare		8 ore	

	achiziționarea medicamentelor și altor produse de uz medical pentru necesitățile sistemului de sănătate publică					
2.17.	HG nr.820 cu privire la Comisia națională extraordinară de sănătate publică.	2009	În vigoare		1,5 ore	
2.18.	HG nr.353 privind cerințele minime de securitate și sănătate la locurile de muncă	2010	În vigoare		2 ore	
2.19.	HG nr.384 cu privire la Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice	2010	În vigoare		1,5 ore	
2.20.	HG nr.412 privind aprobarea Regulilor generale de igienă a produselor alimentare	2010	În vigoare		1 oră	
2.21.	HG Nr. 1099 pentru aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin HG nr. 1387 din 10 decembrie 2007	2010	În vigoare		14 ore	
2.22.	HG Nr. 1116 cu privire la parteneriatul public-privat pentru prestarea unor servicii de sănătate	2010	În vigoare		0,5 ore	
2.23.	HG nr.1143 cu privire la aprobarea PN de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și ITS pentru anii 2011-2015	2010	În vigoare		9 ore	
2.24.	HG nr.1171 privind aprobarea PN de control al Tuberculozei pentru anii 2011-2015	2010	În vigoare		18 ore	
2.25.	HG Nr. 1182 pentru aprobarea Regulamentului privind mecanismul de colaborare intersectorială în domeniul medico-social în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității infantile și a copiilor cu vârsta de până la 5 ani la domiciliu	2010	În vigoare		58 ore	
2.26.	HG nr. 1192 privind aprobarea PN de Imunizări pentru anii 2011-2015	2010	În vigoare		44 ore	
2.27.	HG Nr. 1214 cu privire la aprobarea Strategiei naționale pentru siguranță rutieră	2010	În vigoare		4 ore	
2.28.	HG Nr. 64 pentru aprobarea modificărilor și	2011	În vigoare		12 ore	

	completărilor ce se operează în Regulamentul privind achiziționarea de medicamente și alte produse de uz medical pentru necesitățile sistemului de sănătate					
2.29.	HG nr.549 privind aprobarea PN de profilaxie și combatere a Diabetului zaharat pentru a.2011-2015	2011	În vigoare		8 ore	
2.30.	HG nr.1020 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare	2011	În vigoare		2,5 ore	
2.31.	HG nr.533 cu privire la aprobarea Listei și tarifelor serviciilor contra cost din sfera sănătății publice prestate persoanelor fizice și juridice	2011	În vigoare		0,5 ore	
2.32.	HG nr. 603 privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru folosirea de către lucrători a echipamentului de muncă la locul de muncă	2011	În vigoare		0,5 ore	
2.33.	HG nr.945 privind PN de dezvoltare a asistenței medicale de urgență pentru anii 2011-2015	2011	În vigoare		2 ore	
2.34.	HG Nr. 55 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor minime de calitate	2012	În vigoare		6 ore	
2.35.	HG nr. 80 privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru șantierele temporare sau mobile	2012	În vigoare		0,5 ore	
2.36.	HG nr.90 privind aprobarea PN de combatere a hepatitelor virale B, C și D pentru anii 2012-2016	2012	În vigoare		8 ore	
2.37.	HG nr.100 cu privire la aprobarea PN privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016	2012	În vigoare		8 ore	
2.38.	HG nr.134 aprobarea PN privind securitatea transfuzională și autoasigurarea țării cu produse sanguine pentru a.2012-2016	2012	În vigoare		4 ore	
2.39.	HG nr.171 cu privire la aprobarea PN de reducere a afecțiunilor determinate de deficiența de fier și acid folic până în anul 2017.	2012	În vigoare		10 ore	
2.40.	HG Nr. 280 cu privire la modificarea Normelor privind examinarea medicală a conducătorilor de vehicule și a	2012	În vigoare		3 ore	

	candidaților pentru obținerea permisului de conducere					
2.41.	HG Nr. 295 pentru aprobarea Regulamentului privind modul de aplicare a spitalizării temporare coercitive în instituțiile medicale specializate antituberculoase a persoanelor bolnave de tuberculoză în formă contagioasă, care refuză tratamentul	2012	În vigoare		0 ore	
2.42.	HG nr.360 cu privire la aprobarea PN privind controlul alcoolului pentru anii 2012-2020	2012	În vigoare		3 ore	
2.43.	HG Nr. 504 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind dotarea și exploatarea farmaciilor și depozitelor farmaceutice	2012	În vigoare		1 oră	
2.44.	HG Nr. 545 cu privire la modificarea și completarea Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală	2012	În vigoare		2 ore	
2.45.	HG nr. 756 privind PN de transplant pentru anii 2012-2016	2012	În vigoare		0,5 ore	
2.46.	HG nr.1025 privind PN a sănătății mintale pentru anii 2012-2016	2012	În vigoare		6 ore	
2.47.	HG nr.248 cu privire la aprobarea Strategiei de gestionare a deșeurilor în Republica Moldova pentru anii 2013-2027	2013	În vigoare		4 ore	
2.48.	HG nr.951 pentru aprobarea Regulamentului privind sistemul național de supraveghere epidemiologică și control al bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică	2013	În vigoare		5 ore	
2.49.	HG nr. 988 cu privire la aprobarea PN de prevenire și reducere a mortalității și morbidității copiilor prin malformații congenitale și patologii ereditare pentru anii 2013-2017	2013	În vigoare		42 ore	
2.50.	HG nr.1032 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de sănătate publică pentru anii 2014-2020	2013	În vigoare		10 ore	

2.51.	HG nr.199 cu privire la aprobarea Strategiei de alimentare cu apă și sanitație (2014 – 2028)	2014	În vigoare		6 ore	
2.52.	HG nr.30 cu privire la aprobarea PN de prevenire și control al bolilor cardiovasculare pentru anii 2014-2020	2014	În vigoare		60 ore	
2.53.	HG nr.418 pentru aprobarea Regulamentului privind condițiile de plasare pe piață a dispozitivelor medicale	2014	În vigoare		2 ore	
2.54.	HG nr.531 cu privire la acțiunile de implementare a Regulamentului Sanitar Internațional în prevenirea transmiterii transfrontaliere a pericolelor pentru sănătatea publică	2014	În vigoare		2,5 ore	
2.55.	HG nr.730 cu privire la aprobarea PN în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014-2020 și Planului de acțiuni pentru anii2014-2016 privind Implementarea Programului național.	2014	În vigoare		6 ore	
2.56.	HG nr.920 cu privire la aprobarea Strategiei de cercetare-dezvoltare a Republicii Moldova până în 2020	2014	În vigoare		0,5 ore	
2.57.	HG nr.1007 pentru aprobarea Regulamentului privind Organizarea studiilor superioare de doctorat, ciclul III	2014	În vigoare		0,5 ore	
2.58.	HG nr.464 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la studii superioare de master	2015	În vigoare		0,5 ore	
2.59.	HG nr.884 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea studiilor de rezidențiat	2015	În vigoare		0,5 ore	
606,5h ~ 86,64 zile lucrătoare						
3. Ordinele Ministerului Sănătății						
3.1.	ORDIN Nr. 396 privind organizarea examinării medicale a tinerilor înainte de căsătorie	1995	abrogat		-	
3.2	ORDIN Nr. 297 despre aplicarea Legii „Privind transplantul de organe și țesuturi umane” în RM	1999	abrogat		-	
3.3	ORDIN nr. 89 privind aprobarea Regulamentului „Privind organizarea și efectuarea examenului medical	2000	abrogat		-	

	obligatoriu al imigranților și al cetățenilor care emigrează peste hotare pentru angajarea provizorie în câmpul muncii”					
3.4	ORDIN nr.418 cu privire la prestarea unor servicii suplimentare de imunizare a populației RM	2005	abrogat		-	
3.5	ORDIN Nr. 490 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	2005	abrogat		-	
3.6	ORDIN Nr. 549 despre aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulatoriu în cazul unor maladii cu diagnosticul confirmat, acordat de medicul de familie și echipa sa	2006	abrogat		-	
3.7.	ORDIN Nr. 107/69 despre modificarea anexei nr.2 la Regulamentul cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulator a unor maladii cronice cu diagnosticul confirmat în stadiul de acutizare, acordat de medicul de familie și echipa sa, aprobat prin Ordinul MSPS și CNAM nr.489/215-A din 27.12.05	2006	abrogat		-	
3.8.	Ordin nr. 317 cu privire la reorganizarea Serviciului AMU	2007	abrogat		-	
3.9.	Ordinul nr.385 cu privire la aprobarea definițiilor de caz pentru diagnosticul, evidența și raportarea bolilor transmisibile în Republica Moldova	2007	În vigoare		18 ore	
3.10	Ordin nr.404 cu privire la delimitarea juridică a AMP la nivel raional	2007	abrogat		-	
3.11	Ordin nr.454 din cu privire la planificarea asistentei medicale populației în situații excepționale	2007	abrogat		-	
3.12	Ordin nr.111cu privire la aprobarea cerințelor pentru sediile instituțiilor de AMP	2008	În vigoare		2 ore	
3.13	Ordin nr.124 cu privire la modalitatea de elaborare a protocoalelor clinice naționale	2008	În vigoare		0,5 ore	
3.14	Ordin nr.140 cu privire la coordonarea și monitorizarea	2008	abrogat		-	

	Asistentei externe, acordate în sistemul sanatații de către partenerii de dezvoltare					
3.15	Ordin nr.238 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Moartea subita cardiaca	2008	În vigoare		1,5 ore	
3.16	Ordin nr.239 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Urgente hipertensive	2008	În vigoare		12 ore	
3.17	Ordin nr.248 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Infecția meningococică la copii	2008	În vigoare		1 oră	
3.18	Ordin nr.249 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Artrita juvenila idiopatica	2008	În vigoare		1 oră	
3.19	Ordin nr.250 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Convulsii febrile la copii	2008	În vigoare		2 ore	
3.20	Ordin nr.253 cu privire la contractarea prestărilor de îngrijiri medicale la domiciliu și aprobarea formularelor de evidență medicală primară	2008	În vigoare		1 oră	
3.21	Ordin nr.282 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Schizofrenia	2008	În vigoare		1 oră	
3.22	Ordin nr.283 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Tulburări mentale si de comportament	2008	În vigoare		1 oră	
3.23	Ordin nr.284 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Otita medie la copii	2008	În vigoare		4 ore	
3.24	Ordin nr.285 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Anemia ferodeficitară	2008	În vigoare		6 ore	
3.25	Ordin nr.286 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Accidentul vascular cerebral ischemic	2008	În vigoare		6 ore	
3.26	Ordin nr.287 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Tonzilita cronica la copii	2008	În vigoare		8 ore	
3.27	Ordin nr.288 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Tireotxicoza	2008	În vigoare		4 ore	
3.28	Ordin nr.289 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Gripa la copii	2008	În vigoare		2 ore	
3.29	Ordin nr.290 cu privire la aprobarea Protocolului clinic	2008	În vigoare		1 oră	

	National Hepatita virală A					
3.30	Ordin nr.291 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Bronhopneumopatia	2008	În vigoare		5 ore	
3.31	Ordin nr.292 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Ciroza hepatică la copii	2008	În vigoare		2 ore	
3.32	Ordin nr.294 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Tulburări mentale	2008	În vigoare		1 oră	
3.33	Ordin nr.451 cu privire la modul de comunicare cu Serviciului Operativ al MS	2008	În vigoare		1 oră	
3.34	Ordin nr.460 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Hepatita cronică virală B	2008	În vigoare		3 ore	
3.35	Ordin nr.502 cu privire la organizarea AM geriatrie în RM	2008	În vigoare		2 ore	
3.36	Ordin nr.504 cu privire la examinarea medicală profilactică a populației	2008	În vigoare		6 ore	
3.37	Ordin nr.507 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Diabetul Zaharat necomplicat	2008	În vigoare		5 ore	
3.38	Ordin nr.509 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Hepatita virală C acută la adult	2008	În vigoare		3 ore	
3.39	Ordin nr.511 cu privire la aprobarea Protocolului clinic National Anemia aplastică	2008	În vigoare		2 ore	
3.40	Ord.nr.85 cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de AMU	2009	În vigoare		-	
3.41	Ordin nr.30/99 cu privire la aprobarea Recomandărilor de muncă în diverse limitări funcționale la persoane cu dizabilități	2009	În vigoare		1 oră	
3.42	Ordin nr.79 cu privire la ordinea examinării medicale a conducătorilor de vehicule și a candidaților pentru obținerea permisului de conducere	2009	În vigoare		2 ore	
3.43	Ordin nr.84 cu privire la aprobarea Nomenclatorului Instituțiilor medico-sanitare publice	2009	În vigoare		-	
3.44	Ordin nr.132 cu privire la organizarea examinării	2009	În vigoare		-	

	medicale a candidaților pentru ocuparea funcției de Președintele al RM					
3.45	Ordin nr.170 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Encefalopatia la adult	2009	În vigoare		3 ore	
3.46	Ordin nr.171 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Hepatita virală D acută	2009	În vigoare		3 ore	
3.47	Ordin nr.172 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Pancreatita cronică	2009	În vigoare		4 ore	
3.48	Ordin nr.173 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Pielonefrită acută la adult	2009	În vigoare		4 ore	
3.49	Ordin nr.174 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Fibrilația atrială	2009	În vigoare		2 ore	
3.50	Ordin nr.175 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Ascită în ciroza hepatică	2009	În vigoare		2 ore	
3.51	Ordin nr.176 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Traumatismul renal	2009	În vigoare		1 oră	
3.52	Ordin nr.177 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Hipertensiunea portală	2009	În vigoare		3 ore	
3.53	Ordin nr.178 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Limfoamele non -Hodgkin	2009	În vigoare		2 ore	
3.54	Ordin nr.179 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Leucemia limfocitară cronică	2009	În vigoare		3 ore	
3.55	Ordin nr.180 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Leucemia Mieloidă	2009	În vigoare		3 ore	
3.56	Ordin nr.181 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Boala diareică acută la copii	2009	În vigoare		6 ore	
3.57	Ordin nr.182 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Arsurile termice la copil	2009	În vigoare		2,5 ore	
3.58	Ordin nr.184 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Rujeola la copil	2009	În vigoare		2 ore	
3.59	Ordin nr.185 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Malformația luxată a soldului	2009	În vigoare		1,5 ore	

3.60	Ordin nr.296 cu privire la testarea formularelor statistice de evidenta medicala primara	2009	abrogat		-	
3.61	Ordin nr.340 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie Gripa A(H1N1)	2009	În vigoare		2 ore	
3.62	Ordin nr.348 cu privire la organizarea instruirii medicilor de familie	2009	expirat		6 ore	
3.63	Ordin nr.361 cu privire la organizarea instruirii medicilor de familie	2009	expirat		7 ore	
3.64	Ordin nr.383 cu privire la acordarea suportului instituțiilor de asistență medicală primară	2009	expirat		2 ore	
3.65	Ordin nr.388 cu privire la gestionarea fluxului de pacienti cu gripa pandemica A	2009	expirat		84 ore	
3.66	Ordin nr.394 cu privire la organizarea punctelor medicale în punctele de trecere a frontierei	2009	expirat		12 ore	
3.67	Ordin nr.397 cu privire la aprobarea Ghidului practic de management al complicațiilor severe ale gripei pandemice	2009	În vigoare		0,5 ore	
3.68	Ordin nr.476 cu privire la organizarea AM in zilele 01-10 ianuarie 2009	2009	expirat		60 ore	
3.69	Ordin nr.495 privind vaccinarea împotriva gripei pandemice	2009	expirat		20 ore	
3.70	Ordin nr.518 privind modificarea și completarea ordinului MS nr. 84 din 30.03.2009	2009	În vigoare		0,5 ore	
3.71	Ordin nr.16/10-a cu privire la organizarea AMP și acoperirea cheltuielilor de tratament, în condiții de staționar, a unor maladii social-condiționate, cu impact major asupra sănătății publice, cu diagnostic confirmat, la persoanele neasigurate	2009	În vigoare		15 ore	
3.72	Ordin nr.5 cu privire la Planul de acțiuni privind implementarea Strategiei de comunicare și sensibilizare a publicului	2010	expirat		20 ore	
3.73	Ordin nr.8 cu privire la modificarea și completarea	2010	abrogat		4 ore	

	ordinului MS nr.91 din 09,04,2009 cu privire la modul de selectare a pacienților pentru tratament costisitor					
3.74	Ordinul nr.79 cu privire la aprobarea unor formulare statistice	2010	abrogat		-	
3.75	Ordinul nr.111 cu privire la organizarea dării de seamă a instituțiilor medico-sanitare	2010	expirat		28 ore	
3.76	Ordinul nr.112 cu privire la evaluarea Programelor naționale de sănătate	2010	expirat		10 ore	
3.77	Ordinul nr. 117 cu privire la organizarea instruirii	2010	expirat		8 ore	
3.78	Ordinul nr.139 cu privire la asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare	2010	În vigoare		120 ore	
3.79	Ordinul nr.141 cu privire la mecanismul protezării auditive	2010	În vigoare		12 ore	
3.80	Ordinul nr.176 cu privire la instituirea "Centrului Național de cefalee și tulburări vegetative"	2010	În vigoare		0,5 ore	
3.81	Ordinul nr.188 cu privire la asigurarea asistenței medicale veteranilor de război	2010	abrogat		-	
3.82	Ordinul nr. 205 cu privire la aprobarea Planului de activitate al Ministerului Sănătății pe anul 2010	2010	expirat		1 oră	
3.83	Ordinul nr. 257 cu privire la organizarea și desfășurarea în RM a zilei mondiale de combatere a Malariei – 25 aprilie	2010	expirat		0,5 ore	
3.84	Ordinul nr. 281 cu privire la modificarea și completarea Ord. MS nr.189 din 22.06.2005 "Cu privire la realizarea a HG nr.69 din 24.05.2005 pentru aprobarea Instrucțiunii privind modul de eliberare a certificatului de concediu medical"	2010	În vigoare		42 ore	
3.85	Ordinul nr.303 cu privire la asigurarea accesului la informațiile privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea Acordului informat	2010	În vigoare		30 ore	
3.86	Ordin № 316 cu privire la vaccinări antigripale Panenza	2010	expirat		12 ore	

3.87	Ordinul nr. 338 cu privire la organizarea și desfășurarea în RM a zilei mondiale Fără Tutun – 31 mai 2010 și zilei internaționale de luptă împotriva drogurilor – 26 iunie 2010	2010	expirat		1 oră	
3.88	Ordinul nr. 337 cu privire la organizarea și desfășurarea săptămânii anticancer în perioada 31 mai – 5 iunie 2010	2010	expirat		9 ore	
3.89	Ordinul nr. 365 cu privire la Decada de promovare a donării de sânge voluntare și zilei mondiale a donatorului de sânge – 14 iunie	2010	expirat		5 ore	
3.90	Ordinul nr. 363 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind implementarea recomandărilor Raportului Auditului performanțelor sistemului ”Asistenței medicale Primare”	2010	expirat		12 ore	
3.91	Ordinul nr. 371 cu privire la organizarea măsurilor de profilaxie și combatere a holerei și altor boli diareice acute	2010	În vigoare		4 ore	
3.92	Ordinul nr. 440 cu privire la modificarea documentației medicale de evidență primară a laboratoarelor instituțiilor medico-sanitare	2010	În vigoare		0,5 ore	
3.93	Ordin Nr. 422 cu privire la măsurile de combatere a fenomenului de achitare de către pacienți a plăților neconforme actelor normative în vigoare	2010	În vigoare		0,5 ore	
3.94	Ordin Nr. 425 cu privire la participarea la ședințele festive cu prilejul Zilei lucrătorului medical și al farmacistului	2010	expirat		2 ore	
3.95	Ordin nr. 448/111 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală	2010	În vigoare		12 ore	
3.96	Ordin nr. 459/117 despre completarea Ordinului nr.545/215-A din 30.12.2009 „Cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală”	2010	În vigoare		22 ore	

3.97	Ordin Nr.460 cu privire la Strategia de dezvoltare a Asistentei Medicale Primare pentru anii 2010-2013	2010	expirat		-	
3.98	Ordin Nr. 475 cu privire la organizarea și efectuarea Controlului treziei	2010	abrogat		-	
3.99	Ordin Nr. 482 cu privire la Centrul Național de Sănătate Mintală	2010	În vigoare		2 ore	
3.100	Ordin Nr. 490 cu privire la Consiliile Medicale Consultative	2010	În vigoare		28 ore	
3.101	Ordin Nr. 537/135A cu privire la modificarea și completarea Ordinului nr. 522/207A din 24 decembrie 2009 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al AOAM	2010	expirat		2 ore	
3.102	Ordin Nr. 547 cu privire la organizarea acțiunilor medico-sanitare în perioada caniculară	2010	expirat		2,5 ore	
3.103	Ordin Nr. 552 cu privire la organizarea Expoziției internaționale specializate "MoldMedizin"&"MoldDent" în perioada 07-10 septembrie 2010	2010	expirat		1 oră	
3.104	Ordin Nr. 574 cu privire la vigilența în organizarea asistenței medicale populației din republică în perioada 27-31 august 2010	2010	expirat		12 ore	
3.105	Ordin Nr.569 cu privire la organizarea studiului epidemiologic a urgențelor medico-chirurgicale	2010	expirat		4 ore	
3.106	Ordin Nr. 591 cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din RM	2010	În vigoare		12 ore	
3.107	Ordin Nr. 617 cu privire la implementarea Sistemului informațional pentru Asistența Medicală Primară Medex 2	2010	În vigoare		20 ore	
3.108	Ordin Nr. 619 cu privire la activitatea serviciului geriatric din Republica Moldova	2010	În vigoare		5 ore	
3.109	ORDIN Nr. 647 cu privire la efectuarea întreruperii	2010	În vigoare		4 ore	

	voluntare a cursului sarcinii în condiții de siguranță					
3.110	Ordin nr. 627/163 despre aprobarea Regulamentului cu privire la înregistrarea populației în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală	2010	În vigoare		2 ore	
3.111	Ordin Nr. 628 cu privire la organizarea și desfășurarea Zilei Mondiale a Inimii-26 septembrie 2010	2010	expirat		1 oră	
3.112	Ordin Nr. 632 cu privire la realizarea HG nr.663 din 23.07.2010 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare-	2010	În vigoare		12 ore	
3.113	Ordin Nr. 635 cu privire la organizarea și desfășurarea Zilei Mondiale de combatere și profilaxie a rabiei la 28 septembrie 2010	2010	expirat		2 ore	
3.114	Ordin Nr. 637 cu privire la organizarea și desfășurarea în Republica Moldova a Zilei Mondiale fără alcool -2 octombrie 2010	2010	expirat		1 oră	
3.115	Ordin nr. 663/175 despre aprobarea Regulamentului privind criteriile și modalitatea de selectare și derulare a proiectelor investiționale finanțate din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale	2010	abrogat		-	
3.116	Ordin Nr. 667 cu privire la intensificarea activităților de implementare a Regulamentului Sanitar Internațional (2005)	2010	În vigoare		1 oră	
3.117	Ordin Nr. 668 cu privire la organizarea și desfășurarea Zilei Mondiale a sănătății mintale - 10 octombrie 2010	2010	expirat		1 oră	
3.118	Ordin Nr. 687/186-A Despre completarea Ordinului nr.545/215-A din 30.12.2009 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistenta medicala	2010	În vigoare		2 ore	

3.119	Ordin Nr. 684 cu privire la distribuirea medicamentului Tamiflu	2010	expirat		15 ore	
3.120	Ordin Nr. 693 cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice	2010	În vigoare		0,5 ore	
3.121	Ordin Nr. 695 cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova	2010	În vigoare		8 ore	
3.122	Ordin Nr. 707/194-A Despre modificarea Ordin Nr. 522/207-A din 24.12.2009 cu privire la aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al AOAM	2010	expirat		12 ore	
3.123	Ordin Nr. 749 cu privire la programarea vaccinărilor pentru anul 2011 și organizarea efectuării lor	2010	expirat		4 ore	
3.124	Ordin Nr. 750 cu privire la întocmirea și prezentarea dărilor de seamă statistice medicale anuale de către instituțiile medico - sanitare pe anul 2010	2010	expirat		1 oră	
3.125	Ordin Nr. 763 cu privire la descentralizarea supravegherii medicale și tratamentului antiretroviral	2010	În vigoare		0,5 ore	
3.126	Ordin Nr. 767 cu privire la organizarea măsurilor consacrate Zilei Internaționale a Persoanelor cu Disabilități - 3 decembrie	2010	expirat		0,5 ore	
3.127	Ordin Nr. 806 cu privire la aprobarea formularelor statistice de evidență medicală primară	2010	În vigoare		0,5 ore	
3.128	Ordin Nr. 811-A/223-A cu privire la modificările și completările ce se operează în Capitolul IV „Modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor de servicii medicale”	2010	În vigoare		0,5 ore	
3.129	Ordin nr. 843 cu privire la perfecționarea mecanismului de organizare a accesului populației la medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	2010	În vigoare		20 ore	
3.130	Ordin Nr. 845 cu privire la realizarea HG nr.1047 din 08.11.2010 cu privire la consemnarea a 25 ani de la	2010	expirat		3 ore	

	catastrofa produsă la centrala atomo-electrică de la Cernobîl					
3.131	Ordin Nr. 866 cu privire la organizarea asistenței medicale gastroenterologice și hepatologice populației Republicii Moldova	2010	În vigoare		14 ore	
3.132	Ord. nr.869 privind supravegherea și controlul bolilor netransmisibile prioritare în Republica Moldova	2010	În vigoare		14 ore	
3.133	Ordin Nr. 877 despre modificarea și completarea ordinului Nr.100 din 10.03.2008 cu privire la normativele de personal medical	2010	În vigoare		1 oră	
3.134	Ordin Nr. 883 cu privire la implementarea în practica medicală a Standardelor medicale de diagnostic și tratament	2010	În vigoare		0,5 ore	
3.135	Ordin Nr. 884 cu privire la aprobarea Standardului Național de Îngrijiri Paliative	2010	În vigoare		1 oră	
3.136	Ordin anexa nr.407 DECADA promovării donării voluntare de sânge	2011	expirat		2 ore	
3.137	Ordinul nr.54 cu privire la măsurile de profilaxie și organizarea AM în caz de gripă	2011	În vigoare		8 ore	
3.138	Ordinul nr.120 cu privire la aprobarea Planului de activitate al MS în cadrul proiectului Servicii de Sănătate și Asistentă Socială	2011	În vigoare		4 ore	
3.139	Ordinul nr.134 cu privire la organizarea AM populației în perioada 7-8 martie 2011	2011	expirat		10 ore	
3.140	Ordinul nr.135 cu privire la organizarea și desfășurarea săptămânii de profilaxie a tuberculozei	2011	expirat		7 ore	
3.141	Ordinul nr.136 cu privire la organizarea și desfășurarea în RM a zilei mondiale a Rinichiului	2011	expirat		3 ore	
3.142	Ordinul nr.193 cu privire la desfășurarea săptămânii europene a imunizărilor în RM	2011	expirat		18 ore	
3.143	Ordinul nr.204 cu privire la organizarea conferinței	2011	expirat		4 ore	

	Sporirea rolului comunității în controlul tuberculozei în RM					
3.144	Ordinul nr.234 cu privire la organizarea și desfășurarea activității de prelevare și transplant de țesut, organe și celule de origine umană	2011	În vigoare		0,5 ore	
3.145	Ordinul nr.323 cu privire la organizarea și asigurarea AM populației din RM în zilele Sfintelor Paști 23, 24,25 aprilie și 30 aprilie și 1, 2 mai 2011	2011	expirat		36 ore	
3.146	Ordinul nr.348/56-a cu privire la aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2001 a Programului unic a asigurării obligatorii de AM	2011	expirat		2 ore	
3.147	Ordinul nr.362 cu privire la aprobarea formularelor statistice pentru formarea și implementarea sistemului de supraveghere a malformațiilor congenitale	2011	În vigoare		0,5 ore	
3.148	Ordinul nr.408 cu privire la echipa de evaluare comună a PN a infecției HIV/ SIDA/ IST	2011	expirat		-	
3.149	Ordinul nr.419 cu privire la Ziua mondială fără tutun	2011	expirat		4 ore	
3.150	Ordinul nr.423 cu privire la organizarea și desfășurarea bisăptămânii Anticancer 30 mai	2011	expirat		25 ore	
3.151	Ordinul nr.432 cu privire la organizarea și funcționarea serviciului Reabilitare Medicală și Med. Fizică din RM	2011	În vigoare		0,5 ore	
3.152	Ordinul nr.435 cu privire la organizarea AM veteranilor de război	2011	expirat		1 oră	
3.153	Ordinul nr.465 cu privire la instruirea Centrelor Comunitare pentru suportul tratamentului pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulator	2011	În vigoare		1,5 ore	
3.154	Ordinul nr.569 cu privire la aprobarea listei indicatorilor calității AM	2011	În vigoare		1 oră	
3.155	Ordinul nr.604/106a cu privire la organizarea AM populației din satele Mereni, Merenii Noi, Chirca și	2011	În vigoare		-	

	Maximovca, rn. Anenii Noi					
3.156	Ordinul nr.606 cu privire la organizarea Conferinței Naționale in domeniul Îngrijirilor Paliative	2011	expirat		3 ore	
3.157	Ordinul nr.614 privind selectarea pacienților pentru trimiterea la tratament si/ sau investigații costisitoare peste hotarele RM	2011	abrogat		0,5 ore	
3.158	Ordinul nr.653 cu privire la organizarea AM în perioada 27-31 august 2011	2011	expirat		12 ore	
3.159	Ordinul nr.828 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară	2011	În vigoare		2 ore	
3.160	Ordinul nr.833/302/342 cu privire la aprobarea Regulamentului privind ordinea examinării medicale a migraților	2011	În vigoare		1 oră	
3.161	Ordinul nr.864 cu privire la prezentarea deciziilor in comisia centrala de expertiză medico-militară	2011	În vigoare		6 ore	
3.162	Ordinul nr.928 cu privire la coordonarea masurilor de pregătire, răspuns si lichidare a consecințelor medicale	2011	În vigoare		1 oră	
3.163	Ordinul nr.969 cu privire la realizarea programului național strategic in domeniul securității demografice 2011-2025	2011	În vigoare		4 ore	
3.164	Ordinul nr.1013 cu privire la organizarea AM in zilele de iarna si de odihna 31 decembrie 07-08 ianuarie	2011	expirat		10 ore	
3.165	Ordinul nr.1023 privind aprobarea formularelor statistice de evidență medicală primară	2011	În vigoare		2 ore	
3.166	Ordinul nr.1024 cu privire la asigurarea serviciilor de transport de date in cadrul SIA Serviciul de Singe	2011	În vigoare		0,5 ore	
3.167	Ordinul nr.276 cu privire la organizarea și desfășurarea Zilei mondiale a Sănătății – 7 aprilie	2012	expirat		4 ore	
3.168	Ordinul nr.301 cu privire la implementarea PN de combatere a hepatitelor pentru anii 2012 - 2016	2012	În vigoare		18 ore	
3.169	Ordinul nr. 302/70A privind aprobarea Regulamentului	2012	abrogat		26 ore	

	de validare a indicatorilor de performanță					
3.170	Ordinul nr.341 cu privire la implementarea Strategiei naționale anticorupție pentru anii 2011-2015	2012	expirat		0,5 ore	
3.171	Ordinul nr.344 cu privire la organizarea asistenței medicale veteranilor de război	2012	expirat		1,5 ore	
3.172	Ordinul nr.390 cu privire la organizarea și asigurarea AM populației din RM în zilele odihnă 28-30, 1, 9 mai 2012	2012	expirat		18 ore	
3.173	Ordinul nr. 426 cu privire la aprobarea formularelor statistice	2012	În vigoare		1 oră	
3.174	Ordinul nr.443 cu privire la aprobarea Programului de sănătate orală la copii cu disabilități și cerințe educative speciale pentru a. 2012-2014	2012	expirat		2 ore	
3.175	Ordinul nr.444 cu privire la organizarea studiului de evaluare rapidă a orbirii evitabile în RM	2012	expirat		2 ore	
3.176	Ordinul nr.524 cu privire la elaborarea și utilizarea continua a materialelor educaționale și informaționale destinate promovării sănătății.	2012	În vigoare		1 oră	
3.177	Ordinul nr.653 cu privire la desfășurarea stagiunii de formare în conduita integrată a sănătății adolescenților AMP	2012	În vigoare		1 oră	
3.178	Ordinul nr.662 cu privire la implementarea vaccinării contra infecției rotavirale la copii	2012	În vigoare		1,5 ore	
3.179	Ordinul nr.771 cu privire la organizarea AM populației din satul Borogani, rn. Leova	2012	În vigoare		-	
3.180	Ordinul nr.790 cu privire la Regulile de examinare și supraveghere medicala pentru depistarea contaminării cu SIDA	2012	În vigoare		28 ore	
3.181	Ordinul nr.954/446 cu privire la examenul medical pentru persoanele care doresc să se căsătorească	2012	arogat		-	
3.182	Ordinul nr.957 cu privire la modificarea și completarea ordinului nr.404 din 30.07.2007 "Cu privire la	2012	În vigoare		-	

	delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel de raion”					
3.183	Ordinul nr.958 cu privire la eficientizarea expertizei incapacității temporare de munca	2012	În vigoare		31 ore	
3.184	Ordinul nr.959 cu privire la accesul populației la medicamente și dispozitive medicale de importanță socială	2012	abrogat		-	
3.185	Ordinul nr.960 cu privire la modul de prescriere și eliberare a medicamentelor	2012	În vigoare		60 ore	
3.186	Ordinul nr.962 cu privire la modificarea și completarea ordinului nr.695 din 13.10.2010 ”Cu privire la asistența medicală primară în RM”	2012	În vigoare		2 ore	
3.187	Ordinul nr.1000 cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu și a Carnetului de dezvoltare al copilului	2012	În vigoare		40 ore	
3.188	Ordinul nr.1010 cu privire la organizarea AM persoanelor ținute la pat	2012	În vigoare		3 ore	
3.189	Ordinul nr.1088 cu privire la vaccinarea contra gripei sezoniere către sezonul gripal 2012-2013	2012	expirat		6 ore	
3.190	Ordinul nr.1159 cu privire la organizarea Conferinței ”Parteneriate reale în dezvoltarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu pentru asigurarea bunăstării persoanelor aflate în vîrsta neputințelor”	2012	expirat		3 ore	
3.191	Ordinele nr.1208, 1209, 1210 – cu privire la organizarea cursurilor de instruire zonale pe perioadele: 5-7; 17-19 și 18-21 decembrie	2012	expirat		10 ore	
3.192	Ordinul nr.1217 cu privire la instruirea personalului medical implicat în activitățile pe prelevare și transplant de organe și țesuturi de origine umană	2012	În vigoare		-	
3.193	Ordinul nr.1227 cu privire la aprobarea Regulamentului de transmitere a informației medicale, cu caracter	2012	În vigoare		0,5 ore	

	personal, despre pacienții infectați cu HIV					
3.194	Ordinul nr.1235 cu privire la modificarea și completarea ordinului nr.828 din 31 octombrie 2011 "Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară"	2012	În vigoare		1 oră	
3.195	Ordinul nr.1239/253A cu privire la aprobarea Normelor metodologice de aplicare în a.2013 a Programului Unic al AOAM	2012	expirat		2 ore	
3.196	Ordinul nr.1240 cu privire la modificarea Regulamentului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice	2012	În vigoare		0,5 ore	
3.197	Ordinul nr.1285/265A cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor de tuberculoză, caz nou și readmis, în condiții de ambulatoriu	2012	În vigoare		44 ore	
3.198	Ordinul nr.1296 cu privire la organizarea și asigurarea AM populației din RM în zilele sărbătorilor de iarnă și de odihnă	2012	expirat		10 ore	
3.199	Ordinul nr.1315 cu privire la Programul de fondare a Centrelor de Sănătate autonome	2012	În vigoare		0,5 ore	
3.200	Ordinul nr.1318 cu privire la aprobarea Nomenclatorului Instituțiilor Medico-Sanitare Publice la nivel de raion	2012	În vigoare		0,5 ore	
3.201	Ordinul nr.1365 cu privire la organizarea AM populației din satul Sadic, rl. Cantemir, și satul Borogani, rl. Leova	2012	În vigoare		-	
3.202	Ordinul nr. 10/08-A cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de AM	2013	În vigoare		1 oră	
3.203	Ordinul nr.13/11A cu privire la aprobarea Regulamentului privind modul de calculare și achitare a plăților cu caracter stimulator pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță a personalului instituțiilor medico-sanitare de AMP	2013	abrogat		4 ore	
3.204	Ordinul nr.27 cu privire la aprobarea adeverinței pentru primirea biletului de tratament, formular 070/e	2013	În vigoare		0,5 ore	
3.205	Ordinul 12/70 cu privire la aprobarea criteriilor de	2013	În vigoare		22 ore	

	determinare a dizabilității și capacității de muncă la adulți					
3.206	Ordinul nr.13/71/41 cu privire la aprobarea criteriilor de determinare a dizabilității la copii până la vârsta de 18 ani	2013	În vigoare		10 ore	
3.207	Ordinul nr.164 cu privire la supravegherea epidemiologică a tifosului exantematic, măsurile de combatere și profilaxie a pediculozei	2013	În vigoare		6 ore	
3.208	Ordinul nr.165 cu privire la organizarea trimiterii la expertizare pentru determinarea dizabilității și capacității de muncă	2013	În vigoare		15 ore	
3.209	Ordinul nr. 193/68/32 cu privire la organizarea examinării medicale a migranților	2013	În vigoare		3 ore	
3.210	Ordinul nr.239 cu privire la organizarea dialogului privind politicile în sănătate, cu accent pe AMP	2013	expirat		1 oră	
3.211	Ord nr.364 cu privire la cursul de baza in asistenta integrata a sănătății adolescenților în cadrul Centrului Prietenos Tinerilor	2013	expirat		1 oră	
3.212	Ord nr.466 cu privire la organizarea asistentei medicale veteranilor de război	2013	expirat		1 oră	
3.213	Ord.nr.502 cu privire la aprobarea Regulamentului privind modul de selectare și trimitere a pacienților la tratament balneo-sanatorial	2013	În vigoare		0,5 ore	
3.214	Ord.504 cu privire la organizarea și asigurarea AM populației din RM în zilele sărbătorilor din luna mai	2013	expirat		9 ore	
3.215	Ordinul nr.577 cu privire la instituirea grupului de lucru responsabil pentru elaborarea ghidului pentru medicii de familie în promovarea sănătății și profilaxia maladiilor	2013	În vigoare		-	
3.216	Ord.nr.587 cu privire la aprobarea trimiterii la Consiliul pentru determinarea dizabilității și capacității de muncă, formular 088/e	2013	În vigoare		20 ore	
3.217	Ord.nr.588 cu privire la instruirea formatorilor în asistența integrată și promovarea sănătății adolescenților, conform standardelor de calitate ale serviciilor	2013	expirat		-	

	prietenos tinerilor					
3.218	Ord nr.610 cu privire la strategia de dezvoltare a serviciilor de sănătate mintală, la nivel de comunitate și integrarea sănătății mintale în AMP pentru anii 2013-2016	2013	În vigoare		22 ore	
3.219	Ord.613/441 cu privire la serviciile de sănătate în instituțiile de învățământ preuniversitar	2013	În vigoare		34 ore	
3.220	Ord. nr. 627 privind raportarea operativă a cazurilor de mortalitate infantilă în republică	2013	În vigoare		1 oră	
3.221	Ord. nr 648/189 cu privire la modificarea Normelor metodologice de aplicare a PU în a.2013	2013	expirat		2 ore	
3.222	Ord nr.676 cu privire la organizarea dialogului de politici privind plățile pentru performanță în AMP	2013	expirat		2 ore	
3.223	Ord.nr.684 cu privire la organizarea și desfășurarea stagiului de formare integrată a sănătății adolescenților pentru lucrătorii medicali.	2013	expirat		1,5 ore	
3.224	Ord.750 cu privire la modul de organizare a accesului de medicamente pentru tratamentul compensat al diabetului zaharat (insulinei) și a glaucomului	2013	În vigoare		15 ore	
3.225	Ord.1022 cu privire la implementarea vaccinării contra infecției pneumococice a copiilor în RM	2013	În vigoare		9 ore	
3.226	Ord.1130 cu privire la organizarea mesei rotunde "Aspecte moderne în conduita gravidei"	2013	expirat		18 ore	
3.227	Ord.1158 cu privire la participarea la Conferința "Metode contemporane de screening a cancerului de col uterin – citologie în mediu lichid	2013	expirat		2 ore	
3.228	Ord. nr.1168 cu privire la analiza mortalității materne în RM (cu completarea prin ordinul nr.1280, 2013)	2013	În vigoare		1 oră	
3.229	Ord.1190 supravegherea epidemiologică santinelă a pneumoniilor comunitare la copiii până la 5 ani	2013	În vigoare		5 ore	
3.230	Ord.1222 cu privire la organizarea cursului de instruire "Managementului tuberculozei rezistente în condiții de	2013	expirat		3 ore	

	ambulatoriu”					
3.231	Ord.1249 privind vaccinarea contra gripei în sezonul 2013-2014	2013	expirat		12 ore	
3.232	Ordinul nr. 1257 cu privire la aprobarea Instrucțiunii cu privire la aprecierea volumului incapacității permanente de muncă	2013	În vigoare		7 ore	
3.233	Ord. nr.1265 cu privire la aprobarea formularelor de evidență a vaccinurilor și a vaccinărilor	2013	În vigoare		1 oră	
3.234	Ord. 1303 cu privire la realizarea HG nr.766 din 2013 ”Cu privire la realizarea Planului de acțiuni privind preschimbarea pașapoartelor de tip sovietic”	2013	expirat		-	
3.235	Ordinul nr.1605/414A privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a PU în anul 2014	2013	expirat		2 ore	
3.236	Ordinul nr.1606 cu privire la punerea în aplicare a HG nr.988 din 5 decembrie 2013 ”Cu privire la aprobarea PN de prevenire și reducere a mortalității și morbidității copiilor prin maladii congenitale”	2013	În vigoare		14 ore	
3.237	Ordinul nr.40 cu privire la fortificarea procesului de îngrijire a noi-născuților prematuri cu greutate mică la naștere	2014	În vigoare		8 ore	
3.238	Ordinul nr.97 – dialogul de politici ”Fortificarea sistemului de sănătate pentru rezultate mai bune în controlul BNT”	2014	expirat		4 ore	
3.239	Ordinul. 142/68A cu privire la aprobarea Regulamentului privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță”	2014	expirat		9 ore	
3.240	Ord nr.157 cu privire la organizarea activității asistentului medical comunitar	2014	În vigoare		-	
3.241	Ord. nr.194 cu privire la unele masuri de eficientizare a serviciilor prestate la nivel de AMP	2014	În vigoare		6 ore	
3.242	Ord. 198/86A cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul	2014	În vigoare		2 ore	

	AOAM					
3.243	Ord.nr.319 cu privire la unele masuri de ameliorare a activității consiliilor medico-militare	2014	În vigoare		5 ore	
3.244	Ord. nr.342 cu privire la implementarea Strategiei naționale de Sănătate Publică 2014-2020 (HG nr. 1032, a.2013)	2014	În vigoare		10 ore	
3.245	Ordin nr. 346 cu privire la organizarea AM populației din RM in zilele sărbătorilor Sfintelor Pasti 19, 20, 21 aprilie și 26, 27, 28 aprilie 2014	2014	expirat		20 ore	
3.246	ordinul nr.358 cu privire la medicii rezidenți în medicina de familie	2014	În vigoare		0,5 ore	
3.247	Ordin 360 cu privire la masurile de prevenire a afecțiunii hemolitice	2014	În vigoare		1 oră	
3.248	Ordin nr.372 cu privire la organizarea și asigurarea AM populației din RM în zilele din luna mai 2014	2014	expirat		9 ore	
3.249	Ordinul nr.376 cu privire la implementarea Planului național de acțiuni privind menținerea statutului RM – țară liberă de poliomielită 2014-2015	2014	expirat		2 ore	
3.250	Ord. nr.407 cu privire la centrele comunitare de sănătate mintala	2014	În vigoare		1 oră	
3.251	Ord.nr.468 cu privire la organizarea instruirii, consilierea și examinarea la HIV cu teste rapide pe saliva in cadrul Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor	2014	În vigoare		2,5 ore	
3.252	Ordinul nr.470/263A cu privire la modificarea unor ordine comune ale MS și CNAM	2014	În vigoare		0,5 ore	
3.253	Ordinul nr.471/264A cu privire la aprobarea Regulamentului privind modul de calculare și achitare a plăților cu caracter stimulator pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță pentru personalul din IMSP de asistență medicală primară	2014	abrogat		2 ore	
3.254	Ordinul nr.474 cu privire la modul de organizare a accesului la medicamente compensate pentru tratamentul	2014	În vigoare		2,5 ore	

	pacienților cu mucoviscidoză, scleroză multiplă, ciroză biliară primitivă, colangită sclerozantă primară, hepatită și ciroză					
3.255	Ord.nr. 625 privind implementarea HG nr.406 (2014) "Cu privire la aprobarea Programului pentru integrarea problemelor îmbătrânirii în politici"	2014	În vigoare		0,5 ore	
3.256	Ord. nr.629 cu privire la organizarea Campaniei de comunicare și informare "Investiții în sănătatea tinerilor"	2014	expirat		4 ore	
3.257	Ordinul nr.634/320A cu privire la organizarea măsurilor de informare a populației privind drepturile persoanei asigurate și combatere a plăților neformale pentru serviciile medicale prestate	2014	În vigoare		1,5 ore	
3.258	Ord. nr.779 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni pentru implementarea PN strategic în domeniul securității demografice a RM (2014-2016)	2014	În vigoare		2 ore	
3.259	Ord. nr 789/404-a cu privire la organizarea screening-ului de col uterin	2014	expirat		2 ore	
3.260	Ord. nr.812/414A cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind asigurarea cu contraceptive a populației din grupele social-vulnerabile la nivelul AMP	2014	În vigoare		4 ore	
3.261	Ord. Nr.823/417A cu privire la modificarea Normelor metodologice de aplicare a PU pentru a.2014	2014	expirat		1 oră	
3.262	Ord. nr. 827 cu privire la modificarea ordinului MS nr.914 (2012) "Cu privire la Consiliul pentru medicamente compensate"	2014	În vigoare		4 ore	
3.263	Ord. nr. 830 cu privire la modificarea și completarea anexelor ordinului 492/139A (2013) "Cu privire la medicamentele compensate din fondurile AOAM	2014	În vigoare		20 ore	
3.264	Ord. nr. 831/422A cu privire la modificarea Regulamentului privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță	2014	expirat		9 ore	
3.265	Ord. nr.864 cu privire la organizarea cursului de instruire	2014	expirat		5 ore	

	în domeniul evaluării și tratamentului durerii cronice în practica medicului de familie					
3.266	Ord. nr.902 cu privire la aprobarea Regulamentului privind comunicarea între instituțiile medico-sanitare, instituțiile de sănătate publică și sursele mass-media a informațiilor care se referă la copii	2014	În vigoare		1 oră	
3.267	Ordin nr.961 din cu privire la aprobarea fisei post-cadru a specialistului principal in asistenta mamei si copilului	2014	În vigoare		0,5 ore	
3.268	Ord. nr.975 cu privire la lista contraceptivelor recomandate pentru procurare la nivel de AMP	2014	În vigoare		1 oră	
3.269	Ord.nr.1042 cu privire la aprobarea Fișei de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic a copiilor	2014	În vigoare		0,5 ore	
3.270	Ordin nr. 1080 cu privire la masurile de eficientizare a depistării tuberculozei	2014	În vigoare		6 ore	
3.271	Ordin nr. 1081 cu privire la organizarea asistenței medicale veteranilor de război	2014	expirat		1 oră	
3.272	Ord. 1248 Privind vaccinarea contra gripei în sezonul 2014-2015	2014	expirat		20 ore	
3.273	Ordin nr 1249 cu privire la intensificarea masurilor de prevenire si control al bolii determinate de virusul Ebola	2014	În vigoare		0,5 ore	
3.274	Ord.1316 privind excluderea revaccinării cu BCG	2014	În vigoare		-	
3.275	Ord.1353 cu privire la programarea vaccinărilor pentru a.2015	2014	expirat		8 ore	
3.276	Ord. 1454 cu privire la organizarea si asigurarea AM in zilele sărbătorilor de iarna	2014	expirat		6 ore	
3.277	Ord.nr.1489 cu privire la aprobarea nomenclatorului IMSP de AMP la nivel de raion	2014	În vigoare		-	
3.278	Ord. nr.1490/672A cu privire la aprobarea Normelor metodologice privind aplicarea PU în a. 2015	2014	expirat		2 ore	
3.279	Ord. nr. 1492/678A privire la aprobarea Regulamentului	2014	expirat		2 ore	

	privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță					
3.280	Ordin nr.1498 cu privire la organizarea activităților de control si profilaxie a tuberculozei in RM	2014	În vigoare		12 ore	
3.281	Ord. nr. 22 privind realizarea Programelor Naționale de Sănătate în a.2014	2015	expirat		-	
3.282	Ord. nr. 82/5A cu privire la modificarea și completarea ordinului comun nr. 292/27A din 01.04.14	2015	În vigoare		2 ore	
3.283	Ord. nr.98 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind îmbunătățirea sănătății materne 2015-2017	2015	În vigoare		8 ore	
3.284	Ord. nr.136 cu privire la gestionarea fluxului de pacienți cu boli respiratorii acute și gripă	2015	În vigoare		1,5 ore	
3.285	Ordinul nr. 139 cu privire la măsurile de prevenire și organizare a asistenței medicale primare în caz de gripă, boli respiratorii acute	2015	În vigoare		2 ore	
3.286	Ord. nr. 160 cu privire la implementarea PN de alimentație și nutriție 2014-2020	2015	În vigoare		4 ore	
3.287	ordin nr. 190 cu privire la implementarea Programului național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016	2015	În vigoare		3 ore	
3.288	Ordinul nr 273 cu privire la organizarea AM in zilele de sfintele Pasti	2015	expirat		14 ore	
3.289	Ord nr.64/317 cu privire la aprobarea listei dizabilităților care afectează ireversibil starea sănătății copiilor, funcționalitatea si capacitatea de munca la adulți, care servesc drept bază pentru stabilirea dizabilității pe termen nelimitat la adulți si copii	2015	În vigoare		0,5 ore	
3.290	Ord. nr. 393 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni pentru implementarea PN de prevenire și control al maladiilor cardiovasculare 2014-2020	2015	În vigoare		68 ore	
3.291	Ord. nr. 400/219A privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a PU al AOAM în a.2016	2015	În vigoare		2 ore	
3.292	Ord. nr.435 cu privire la aprobarea Nomenclatorului	2015	În vigoare		-	

	IMSP de AMP la nivel de raion					
3.293	Ord. nr.437 cu privire la organizarea și desfășurarea Cursului de instruire în conduita integrată a sănătății adolescenților pentru lucrătorii din AMP	2015	expirat		2,5 ore	
3.294	Ordin nr. 445 cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor med. în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului	2015	În vigoare		1 oră	
3.295	Ord nr.446 cu privire la unele masuri de eficientizare a Centrelor de sănătate mintala	2015	În vigoare		-	
3.296	Ord. nr.450 cu privire la aprobarea listei medicamentelor și dispozitivelor medicale destinate pentru IMSP pentru achiziționarea în mod centralizat pentru a.2016	2015	În vigoare		1 oră	
3.297	Ord nr.600/320-a cu privire la mecanismul de includere a medicamentelor compensare din fondurile asigurării obligatorii de asist. medicala	2015	În vigoare		1 oră	
3.298	Ordin 602 cu privire la modificarea ord.619 cu privire la activitatea serviciului geriatrie din RM	2015	În vigoare		1 oră	
3.299	Ord. nr. 658 cu privire la asigurarea cu contraceptive la nivel de AMP	2015	În vigoare		1 oră	
3.300	Ord. nr.618 cu privire la modif. Si complet. Anexelor nr.1si 2 la regulamentul cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu	2015	În vigoare		2,5 ore	
3.301	Ord nr. 786 cu privire la modif. Si complet. Anexei 1 a ord. nr. 658 din 18.08.15	2015	În vigoare		1 oră	
3.302	Ordinul nr. 791/467 cu privire la practica medicului de familie	2015	În vigoare		1 oră	
3.303	Ordin nr. 832 cu privire la organizarea auditului medical în infarctul miocardic acut	2015	În vigoare		2 ore	
3.304	Ord nr. 849 cu privire la organizarea ședinței de	2015	expirat		-	

	prezentare a SIA AMP					
3.305	ordin nr. 860 cu privire la organizarea activităților de comunicare dedicate Zilei Mondiale a diabetului în perioada 12-18 noiembrie 2015	2015	expirat		4 ore	
3.306	Ordin nr 877 cu privire la organizarea evenimentului de totalizare a săptămânii dedicate Zilei Internaționale a Diabetului Zaharat	2015	expirat		-	
3.307	Ord. nr 911 cu privire la cursul de instruire în domeniul sănătății mintale comunitare	2015	expirat		1 oră	
3.308	ordinul nr 922 cu privire la organizarea și desfășurarea forumului național pentru sănătate 2015	2015	expirat		2 ore	
3.309	ordin nr.924 cu privire la evaluarea complexă a serviciului ftiziopneumologic	2015	expirat		1,5 ore	
3.310	ordin nr. 937 cu privire la programarea vaccinărilor pentru a. 2016 și organizarea efectuării lor	2015	În vigoare		2 ore	
3.311	Ord. nr.953 cu privire la verificarea SIA AMP	2015	expirat		-	
3.312	Ord. nr. 973 cu privire la aprob. Nomenclatorului IMSP de AMP la nivel de raion	2015	În vigoare		0,5 ore	
3.313	ordin nr. 997 cu privire la organizarea și asigurarea AM în zilele sărbătorilor de iarnă și Anul nou 2016 (25,26,27, decembrie 2015 și 01,02, 03, 07,08,09 și 10 ianuarie 2016)	2015	expirat		20 ore	
3.314	Ordin nr.1015/674- a privind aprobarea normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a Programului Unic al asigurării obligatorii de AM	2015	În vigoare		2 ore	
3.315	Ordin nr. 1022 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative	2015	În vigoare		1 oră	
					1985 h ~283,57 zile lucrătoare	252 Zile lucrătoare
	TOTAL				2982,5 h ~ 425,92 zile lucrătoare	

Anexa 4. Chestionar de evaluare a cunoștințelor și aptitudinilor pacienților în domeniul profilaxiei bolilor și a modului sănătos de viață și a deprinderilor lor

Stimate(ă) Domn(ă)!

Dvs. aveți posibilitatea de a participa la studiul cu privire la optimizarea managementului promovării sănătății și profilaxiei bolilor populației din Republica Moldova în asistența medicală primară.

Vom aprecia foarte mult participarea Dvs. în acest studiu, deoarece rezultatele studiului ne vor ajuta să evidențiem factorii comportamentali de risc, care au impact asupra sănătății populației, precum și să determinăm cunoștințele, abilitățile și aptitudinile igienice ale populației din Republica Moldova în domeniul promovării modului sănătos de viață și profilaxiei bolilor. în scopul elaborării programelor de sănătate la acest compartiment, care vor contribui la îmbunătățirea calității serviciilor prestate în asistența medicală primară.

Nu este necesar să indicați numele! Răspunsurile dumneavoastră vor fi anonime, dar datele trebuie să corespundă opiniilor și acțiunilor Dvs. reale. Informațiile Dvs., inclusiv cu caracter personal, vor fi gestionate și protejate conform actelor legislative ale Republicii Moldova în vigoare.

Vă rugăm să răspundeți la toate întrebările! (marcați varianta corectă)

I. Date generale

1. Domiciliu:

Raionul _____ Satul _____ Orașul _____

2. Regiunea:

- ☐ Nord.
- ☐ Centru.
- ☐ Sud.

3. Mediul de reședință :

- ☐ urban
- ☐ rural

4. Vârsta _____ (ani)

5. Sexul

- ☐ bărbat
- ☐ femeie

6. Studiile:

- ☐ primare.
- ☐ medii incomplete.
- ☐ medii.
- ☐ medii de specialitate.
- ☐ superioare incomplete.
- ☐ superioare.
- ☐ postuniversitare.

7. Specialitatea Dvs. (numiți) _____

8. Statutul social :

- ☐ angajat
- ☐ neangajat (șomer, gospodină de casă – subliniați)
- ☐ invalid
- ☐ student
- ☐ pensionar

9. Starea civilă:

- ☐ căsătorit (ă)
 - ☐ necăsătorit (ă)
 - ☐ divorțat (ă)
 - ☐ concubinaj (căsătorie neînregistrată)
 - ☐ văduv (ă)
10. Lucrați în prezent:
- ☐ Da.
 - ☐ Nu (treceți la nr.13).
11. Caracterul muncii:
- a) fizic. b) intelectual. c) mixt.
12. Factori nocivi la locul de muncă: (puteți nota câteva variante de răspuns):
- ☐ munca nu este legată de factori nocivi.
 - ☐ suprarăcire.
 - ☐ supraîncălzire.
 - ☐ munca fizică grea (ridicarea greutăților).
 - ☐ factori toxici, chimici (tutun, pesticide, vopsele ș.a).
 - ☐ metale grele.
 - ☐ vibrație.
 - ☐ radiație.
 - ☐ altele(numiți) _____
13. Dacă nu lucrați, din ce cauză:
- ☐ nu pot găsi un loc de lucru.
 - ☐ din motiv de boală (invaliditate).
 - ☐ altele (notați ce anume) _____

II. Activitatea în condițiile social-economice noi

14. Venitul familiei (indicați variantele Dvs):
- ☐ salariu
 - ☐ venit suplimentar :
 - a) dau în chirie spațiu locativ.
 - b) am venit suplimentar din lotul de pământ
 - c) am grădină, livadă, vie.
 - d) cresc animale, păsări.
 - e) mă ocup cu businessul individual.
 - f) mă ajută (părinții, copiii, altcineva - subliniați)
 - ☐ nu am venit suplimentar
 - ☐ indemnizație de invalid
15. Ați lucrat peste hotare?
- a) da
 - b) nu
16. Dacă da, atunci specificați cât timp :
- ☐ 1- 3 ani
 - ☐ 3- 5 ani
 - ☐ mai mult de 5 ani
17. Venitul familiei Dvs. acoperă cheltuielile pentru alimentație, îmbrăcăminte, servicii comunale?
- a) da
 - b) nu

18. Cum apreciați starea materială a Dvs?
- ☐ critică (trăim în sărăcie)
 - ☐ economisim permanent
 - ☐ satisfăcătoare
 - ☐ nu avem dificultăți materiale
19. Ce sumă cheltuiți, în mediu, lunar pentru serviciile medicale (inclusiv medicamente)?
- ☐ Până la 100 lei
 - ☐ De la 150 – 300 lei
 - ☐ Peste 350 lei
20. Cum caracterizați condițiile locative ale familie Dvs:
- ☐ apartament separat.
 - ☐ casă proprie.
 - ☐ o parte de casă.
 - ☐ cămin.
 - ☐ altceva (notați ce anume, de ex. chiria)_____
21. Spațiul locativ al Dvs. este asigurat:
- ☐ cu toate condițiile (gaz, apă, canalizare, încălzire).
 - ☐ cu condiții parțiale.
 - ☐ fără condiții.
22. Enumerați factorii, care influențează situația social-economică a familiei Dvs.:
- ☐ salariul mic, instabil.
 - ☐ pensie mică
 - ☐ nivelul ridicat al prețurilor alimentelor, serviciilor comunale.
 - ☐ lipsa locului de muncă.
 - ☐ înrăutățirea sănătății și pierderea capacității de muncă.
 - ☐ altele (enumerați)_____
23. Cum influențează situația actuală social-economică la starea Dvs. morală și psihică?
- ☐ am devenit mai nervos (ă), îngrijorat (ă).
 - ☐ cu frică mă uit în viitor.
 - ☐ mă simt disperat (ă).
 - ☐ nu influențează
 - ☐ sunt optimist (ă).
 - ☐ altele_____
24. Care sunt valorile vieții Dvs.? (Apreciați, de la 10 puncte la 1punct, conform prioritizării)

Nr. d/o	Criterii	Punctaj
1.	Asigurarea materială	
2.	Sănătatea	
3.	Familia	
4.	Studiile	
5.	Serviciul, cariera	
6.	Respectul și buna înțelegere în familie	
7.	Dragostea	
8.	Prietenia	
9.	Frumusețea	
10.	Educația	
11.	Cultura	

12.	Distrațiile, hobby	
-----	--------------------	--

25. Care sunt problemele care vă preocupă cel mai mult la moment?

- ☐ Sănătatea
- ☐ Asigurarea materială precară
- ☐ Singurătatea
- ☐ Relațiile tensionate în familie, la serviciu
- ☐ Altele _____

III. Determinarea cunoștințelor despre principalii factori comportamentali de risc cu impact asupra sănătății

26. Cît de des apelați Dvs. la medicul de familie după servicii medicale?

- ☐ Săptămînal
- ☐ Lunar
- ☐ Periodic, o dată în semestru
- ☐ Altele (specificați) _____

27. Indicați cauza adresărilor cele mai frecvente la medicul de familie:

- ☐ Pe motiv de boală acută, cînd mă simt rău
- ☐ Cu scop profilactic
- ☐ Vaccinare
- ☐ La invitația medicului de familie (sau asistentei medicale)

28. Puteți afirma, că Dvs. preferați cît mai rar să apelați la serviciile medicului de familie?

- ☐ Da, dacă este vorba despre ceva nu grav (răceală, contuzia țesuturilor moi) – mă isprăvesc desinestătător;
- ☐ Da, apelez doar la necesitate (acutizarea maladiilor cronice, febră, traume, intoxicații)
- ☐ Nu, prefer asistența calificată celei desinestătătoare;
- ☐ Nu, eu apelez medicul de familie ori de cîte ori este nevoie;
- ☐ Altele (specificați) _____

29. Care din aspectele modului sănătos de viață, enumerate mai jos, prezintă interes pentru Dvs., în scopul cunoașterii a mai multor aspecte?

- ☐ Profilaxia alcoolismului
- ☐ Profilaxia fumatului
- ☐ Profilaxia narcomaniei
- ☐ Profilaxia bolilor cu transmitere sexuală și a SIDA
- ☐ Alimentația rațională
- ☐ Educația fizică și sportul
- ☐ Igiena personală
- ☐ Relațiile în colectivul de muncă
- ☐ Relațiile în familie
- ☐ Profilaxia stresului

30. Care din factorii enumerați a influențat direct starea de sănătate a Dvs.?

- ☐ Consumul de alcool
- ☐ Fumatul
- ☐ Drogurile
- ☐ Sedentarismul și hipodinamia
- ☐ Relațiile sexuale ocazionale
- ☐ Stresul și surmenajul
- ☐ Violența (în familie sau la serviciu)

- ☐ Nerespectarea igienei personale
 - ☐ Altele _____
31. Cu ce probleme de sănătate Vă confrunțați la moment?
- ☐ Hipertensiunea arterială
 - ☐ Maladii cardiovasculare
 - ☐ Boli a tractului digestiv (colecistită cronică, hepatită cronică, pancreatită cronică)
 - ☐ Dureri articulare
 - ☐ Maladii ale sistemului nervos (inclusiv dureri în coloana vertebrală)
 - ☐ Obezitate
 - ☐ Diabet zaharat
 - ☐ Boli ale sistemului respirator
 - ☐ Maladii oncologice
 - ☐ Depresie
 - ☐ Maladii infecțioase
 - ☐ Maladii sexualtransmisibile
 - ☐ Dependență de: alcool, nicotină. Droguri (subliniați)
32. Care sunt măsurile eficiente de profilaxie a maladiilor?
- ☐ Vaccinarea
 - ☐ Controlul profilactic medical
 - ☐ Campanii de informare despre promovarea modului sănătos de viață
 - ☐ Consultațiile individuale la medicul de familie
33. În viziunea Dvs. alcoolismul, fumatul și narcomania sunt probleme de sănătate?
- ☐ Da
 - ☐ Nu
 - ☐ Nu știu
 - ☐ Altele (specificați) _____
34. La administrarea regulată a drogurilor se dezvoltă:
- ☐ Dependență psihologică
 - ☐ Dependență fizică
 - ☐ Dependență psihologică și fizică
 - ☐ Nu știu
35. Alcoolul și fumatul provoacă apariția următoarelor boli:
- ☐ Alcoolism
 - ☐ Hipertensiunea arterială
 - ☐ Infarct miocardic
 - ☐ Diabet zaharat
 - ☐ Boli oncologice
 - ☐ Encefalopatii
 - ☐ Altele _____
36. Alcoolul și nicotina sunt narcotice?
- ☐ Da
 - ☐ Nu
 - ☐ Nu știu
37. În viziunea Dvs. alcoolismul și narcomania sunt:
- ☐ Boală
 - ☐ Deprindere
 - ☐ Stil de viață

- o Altele _____
38. Alcoolismul și dependența de droguri se tratează?
- o Da
- o Nu
- o Nu știu
- o Altele _____
39. Ce boli cu transmitere sexuală cunoașteți?
- o Sifilis
- o Gonoreea
- o Trihomonioza
- o Micoplasmoza
- o Hlamidioza
- o Altele (specificați) _____
40. Cum credeți, relația sexuală ocazională poate provoca riscuri pentru sănătate?
- o Da, totdeauna
- o Nu, dacă partenerii se protejează
- o Nu știu
41. Infecțiile cu transmitere sexuală se pot contracta în cazurile:
- o Scăldatul în bazine, lacuri
- o La utilizarea comună a obiectelor de igienă
- o Transfuzii de sânge
- o Contact sexual neprotejat
42. Profilaxia bolilor cu transmitere sexuală constă în:
- o Abținerea vieții sexuale
- o Folosirea prezervativului
- o Administrarea contraceptivelor (orale, introducerea steriletului intrauterin)
- o Spălături vaginale după actul sexual
43. Indicați care sunt căile transmitere a SIDA?
- o La strângerea mâinii
- o Împănături de țigar
- o Pe calea aerului (în timpul vorbirii, strănutului)
- o Calea sexuală
- o Prin sânge
- o De la mamă la făt (în sarcină, naștere, la alăptare)
- o Prin utilizarea repetată a seringelor (injectarea drogurilor cu aceeași seringă)
44. Părinții HIV infectați pot da naștere la un copil sănătos?
- o Da
- o Nu
- o Nu știu
- o Altele (specificați) _____
45. Care sunt metodele de profilaxie a SIDA?
- o Evitarea relațiilor sexuale ocazionale
- o Folosirea prezervativului
- o Modul sănătos de viață (fără droguri)
- o Profilaxia mușcăturilor de țigar
- o Neutilizarea în comun a obiectelor de igienă personală
- o Evitarea frecventării băilor comune, a bazinelor de apă

- ☐ Prelucrarea organelor genitale cu soluții dezinfectante
- 46. Dați definiția alimentației raționale (un singur răspuns):
 - ☐ Alimentația bazată pe consumul carne, pește, lactate
 - ☐ Alimentația bazată pe consumul echilibrat între proteine, glucide și lipide
 - ☐ Alimentația vegetariană
 - ☐ Alimentația bogată în fructe și legume
 - ☐ Alimentația bazată pe respectarea regimului alimentar
- 47. În viziunea Dvs. alimentația incorectă poate provoca?:
 - ☐ Constipațiile și diareea,
 - ☐ Gastrite, ulcere stomacale
 - ☐ Ateroscleroza
 - ☐ Hipertensiunea arterială
 - ☐ Obezitatea
 - ☐ Nevrozele
 - ☐ Cancerul
- 48. Dvs. respectați regimul de muncă?
 - ☐ Da (respect ora mesei, pauzele de cafea, nu mă rețin peste program la serviciu)
 - ☐ Nu (nici o dată nu-mi reușește)
 - ☐ Parțial
- 49. Câte ore durează somnul de noapte?
 - ☐ Sufer de insomnie (adorm cu greu, somn superficial, întrerupt, mă trezesc obosit (ă));
 - ☐ 3 – 5 ore somn profund;
 - ☐ 5 – 7 ore;
 - ☐ Nu mai puțin de 8 ore;
 - ☐ Nu am probleme cu somnul (peste 8 ore)
- 50. Cât de des practicați sportul, exercițiile fizice?
 - ☐ Nu practic de loc
 - ☐ De 2 -3 ori pe săptămână;
 - ☐ Zilnic (mersul pe jos de cel puțin 40 min.)
 - ☐ Munca (serviciul) este legată de efort fizic
- 51. Cum Vă petreceți timpul liber?
 - ☐ Privesc televizorul (mai mult de 2 - 3 ore)
 - ☐ Navighez internetul
 - ☐ Fac sport, plimbări la aer liber
 - ☐ Citesc
 - ☐ Prefer să dorm

IV. Determinarea surselor de informare a populației despre profilaxia maladiilor și promovarea sănătății și a atitudinii individuale

- 52. Din care surse Dvs. primiți informații despre sănătate?
 - ☐ Convorbiri cu lucrătorii medicali
 - ☐ Prelegeri
 - ☐ Serate tematice
 - ☐ ”Școala pacientului” – școala mamei, școala diabetului, școala bolnavului cu hipertensiune arterială, ș.a.
 - ☐ Emisiuni șa radio, televiziune
 - ☐ Internet
 - ☐ Publicații în presă

- ☐ Spoturi publicitare la radio și televiziune
 - ☐ Reviste științifico-populare
 - ☐ Foi volante, broșuri
 - ☐ Panouri informative
 - ☐ Buletine sanitare
 - ☐ Literatura medicală de specialitate
53. Cât de des Vă oferă lucrătorii medicali din asistența medicală primară informații privind profilaxia bolilor și importanța modului sănătos de viață?
- ☐ La fiecare vizită a mea la oficiul medicului de familie
 - ☐ Doar atunci când abordez eu problema care mă interesează
 - ☐ Foarte rar din inițiativă proprie
 - ☐ Nici o dată
 - ☐ În cadrul controlului profilactic
 - ☐ În perioada epidemiei
 - ☐ În cadrul săptămânalelor și lunarelor de profilaxie a anumitor boli
 - ☐ În cadrul instruirilor prin intermediul ”Școala pacientului”
 - ☐ Altele _____
54. Ce subiecte, de cele mai deseori, abordează medicul de familie (asistenta medicală) în cadrul vizitei Dvs.?
- ☐ Tratatamentul maladiilor
 - ☐ Investigații de laborator
 - ☐ Profilaxia maladiilor
 - ☐ Schimbarea stilului de viață
 - ☐ Factorii de risc
 - ☐ Controlul medical profilactic
 - ☐ Altele _____
55. Cât timp Vă acordă medicul de familie, asistenta medicală de familie (la o vizită) pentru a Vă instrui pe problemele de profilaxie a bolilor și de promovare a modului sănătos de viață?
(Exclueți timpul pentru consultație și indicațiile de tratament)
- ☐ Până la 10 min.
 - ☐ 15 – 20 min
 - ☐ 20 – 30 min.
 - ☐ Mai mult de 30 min
56. Cât timp considerați că este oportun pentru ca să Vă acorde pentru aceste probleme?
- ☐ Până la 15 min
 - ☐ Mai mult de 30 min
 - ☐ Nu știu
57. Știind despre riscurile care Vă pasc, ați schimba ceva în comportamentul Dvs.?
- ☐ Da ☐ Nu (treceți la p.60)
58. Dacă da, indicați ce:
- ☐ Aș lăsa fumatul
 - ☐ Aș face sport
 - ☐ N-aș consuma alcool
 - ☐ Aș lăsa drogurile
 - ☐ Aș slăbi
 - ☐ Aș schimba regimul alimentar
 - ☐ Altele _____
59. Cine ar putea să Vă ajute?

- ☐ Nimeni, sunt în stare singur (ă) să fac schimbarea
 - ☐ Medicul de familie
 - ☐ Asistenta medicală de familie
 - ☐ Medicul specialist de profil
 - ☐ Membrii familiei (soțul, soția, părinții, copiii – subliniați)
 - ☐ Altele (specificați) _____
60. Dacă nu, de ce?
- ☐ Mă aranjează totul și așa
 - ☐ Nu m-a convins medicul/asistenta medicală despre dauna factorilor de risc
 - ☐ Este o tradiție (națională, de familie)
 - ☐ Nu am încredere în forțele proprii că am să reușesc să fac schimbarea
 - ☐ Altele _____
61. Cum influențează informațiile achiziționate despre profilaxia maladiilor și promovarea modului sănătos de viață asupra stilului Dvs. de viață?
- ☐ Respect cu strictețe sfaturile medicilor (am lăsat fumatul, mă alimentez conform recomandărilor medicilor, respect măsurile de igienă personală, practic sportul, nu consum alcool – subliniați)
 - ☐ Țin cont de sfaturile medicilor, (dar mai puțin schimb în comportamentul meu)
 - ☐ Practic nu iau în considerație sfaturile medicilor
 - ☐ Altele _____
62. Cum au influențat cunoștințele acumulate asupra stării de sănătate a Dvs.?
- ☐ S-a îmbunătățit esențial
 - ☐ Este o îmbunătățire moderată
 - ☐ Nu a suferit nici o modificare
 - ☐ S-a agravat
63. Despre care probleme de sănătate ați fi dorit să discutați mai detaliat?
- ☐ Probleme ce țin de o boală cronică a Dvs. mai veche
 - ☐ Profilaxia bolilor
 - ☐ Vaccinare
 - ☐ Sănătatea mintală (anxietate, apatie, depresie, surmenaj, stres)
 - ☐ Educația fizică
 - ☐ Alimentația rațională
 - ☐ Educația sexuală
 - ☐ Primul ajutor
 - ☐ Hipertensiunea arterială
 - ☐ Bolile oncologice
64. Cine ați prefera să Vă ofere informația respectivă?
- ☐ Medicul de familie
 - ☐ Asistenta medicală de familie
 - ☐ Medicul specialist de profil (oncolog, psiholog, endocrinolog, etc.)
 - ☐ Lucrătorii medicali (cu pregătire specială în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării modului sănătos de viață)
 - ☐ Sursele mass media (televiziune, radio, presă)
 - ☐ Lecții, seminare, organizate de specialiști
 - ☐ Altele (specificați) _____
65. Cum apreciați sănătatea Dvs. la moment?
- ☐ Nesatisfăcătoare (invaliditate)
 - ☐ Pierderea temporară a capacității de muncă

- ☐ Satisfăcătoare
 - ☐ Foarte bună
66. Cum ați aprecia calitatea vieții Dvs.?

- ☐ Nesatisfăcătoare
- ☐ Suportabilă
- ☐ Satisfăcătoare
- ☐ Foarte bună

Vă mulțumim pentru participare!

Anexa 5. Chestionar de evaluare a cunoștințelor și aptitudinilor lucrătorilor medicali din asistența medicală primară în domeniul profilaxiei bolilor și a modului sănătos de viață și a deprinderilor lor

Stimate(ă) Domn(ă)!

Dvs. aveți posibilitatea de a participa la studiul cu privire la optimizarea managementului promovării sănătății și profilaxiei bolilor populației din Republica Moldova în asistența medicală primară.

Vom aprecia foarte mult participarea Dvs. în acest studiu, deoarece rezultatele studiului ne vor ajuta să evidențiem factorii comportamentali de risc, care au impact asupra sănătății populației, precum și să determinăm cunoștințele, abilitățile și aptitudinile igienice ale populației din Republica Moldova în domeniul promovării modului sănătos de viață și profilaxiei bolilor. în scopul elaborării programelor de sănătate la acest compartiment, care vor contribui la îmbunătățirea calității serviciilor prestate în asistența medicală primară.

Nu este necesar să indicați numele! Răspunsurile dumneavoastră vor fi anonime, dar datele trebuie să corespundă opiniilor și acțiunilor Dvs. reale. Informațiile Dvs., inclusiv cu caracter personal, vor fi gestionate și protejate conform actelor legislative ale Republicii Moldova în vigoare.

Vă rugăm să răspundeți la toate întrebările! (marcați varianta corectă)

I. Date generale

1. Domiciliu:

Raionul _____ Satul _____ Orașul _____

2. Regiunea:

- ☐ Nord.
- ☐ Centru.
- ☐ Sud.

3. Mediul de reședință :

- ☐ urban
- ☐ rural

4. Vârsta _____ (ani)

5. Sexul:

- ☐ Bărbat
- ☐ Femeie

6. Studiile:

- ☐ medii de specialitate.
- ☐ superioare incomplete.
- ☐ superioare.
- ☐ postuniversitare.

7. Specialitatea Dvs.:

- ☐ medic de familie
- ☐ asistentă medicală de familie

8. Starea civilă:

- ☐ căsătorit (ă)
- ☐ necăsătorit (ă)
- ☐ divorțat (ă)
- ☐ concubinaj (căsătorie neînregistrată)
- ☐ văduv (ă)

II. Activitatea în condițiile social-economice noi

9. Venitul familiei (indicați variantele Dvs):

- ☐ salariu
- ☐ venit suplimentar :
 - a) dau în chirie spațiu locativ.
 - b) am venit suplimentar din lotul de pământ
 - c) am grădină, livadă, vie.
 - d) cresc animale, păsări.
 - e) mă ocup cu businessul individual.
 - f) mă ajută (părinții, copiii, altcineva - subliniați)

- ☐ nu am venit suplimentar
- ☐ indemnizație de invalid

10. Ați lucrat peste hotare?

- a) da
- b) nu

11. Dacă da, atunci specificați cât timp :

- ☐ 1- 3 ani
- ☐ 3- 5 ani
- ☐ mai mult de 5 ani

12. Venitul familiei Dvs. acoperă cheltuielile pentru alimentație, îmbrăcăminte, servicii comunale?

- a) da
- b) nu

13 Cum apreciați starea materială a Dvs?

- ☐ critică (trăim în sărăcie)
- ☐ economisim permanent
- ☐ satisfăcătoare
- ☐ nu avem dificultăți materiale

14. Cum caracterizați condițiile locative ale familie Dvs:

- ☐ apartament propriu
- ☐ casă proprie
- ☐ o parte de casă sau apartament (trăiesc cu părinții, cu copiii maturi)
- ☐ cămin
- ☐ altceva (notați ce anume, de ex. chiria apartamentului) _____

15. Spațiul locativ al Dvs. este asigurat:

- ☐ cu toate condițiile (gaz, apă, canalizare, încălzire).
- ☐ cu condiții parțiale.
- ☐ fără condiții.

16. Care sunt condițiile de lucru unde activați?

- ☐ Am birou separat (pentru medic și asistentă medicală)
- ☐ Biroul este comun pentru medic și asistenta medicală, dar mese separate

- ☐ Birou unic, o masă comună
 - ☐ Altele _____
17. Care este starea exterioară a oficiului medicului de familie?
- ☐ Excelentă (reparație modernă, posibilitatea prelucrării suprafețelor, mobilier)
 - ☐ Satisfăcătoare
 - ☐ Nesatisfăcătoare (specificați) _____
18. Cum caracterizați Dvs. dotarea cabinetului medicului de familie conform actelor normative în vigoare?
- ☐ Excelentă
 - ☐ Satisfăcătoare
 - ☐ Insuficientă
 - ☐ Nesatisfăcătoare (specificați) _____
19. Enumerați factorii, care influențează situația social-economică a familiei Dvs.:
- ☐ salariul mic
 - ☐ salariu instabil (lucrul în cumul)
 - ☐ nivelul ridicat al prețurilor alimentelor, serviciilor comunale.
 - ☐ înrăutățirea sănătății și pierderea capacității de muncă
 - ☐ altele (enumerați) _____
20. Care sunt problemele care vă preocupă cel mai mult la moment?
- ☐ Sănătatea
 - ☐ Asigurarea materială precară
 - ☐ Singurătatea
 - ☐ Relațiile tensionate în familie, la serviciu
 - ☐ Altele _____
21. Cum influențează situația actuală social-economică la starea Dvs. morală și psihică?
- ☐ am devenit mai nervos (ă), îngrijorat (ă).
 - ☐ cu frică mă uit în viitor.
 - ☐ mă simt disperat (ă).
 - ☐ nu influențează
 - ☐ sunt optimist (ă).
 - ☐ altele _____
22. Care sunt valorile vieții Dvs.? (*Apreciați, de la 10puncte la 1punct, conform prioritizării*)

Nr. d/o	Criterii	Punctaj
1.	Asigurarea materială	
2.	Sănătatea	
3.	Familia	
4.	Studiile	
5.	Serviciul, cariera	
6.	Respectul și buna înțelegere în familie	
7.	Dragostea	
8.	Prietenia	
9.	Frumusețea	
10.	Educația	
11.	Cultura	

12.	Distracțiile, hobby	
-----	---------------------	--

III. Determinarea cunoștințelor despre principalii factori comportamentali de risc cu impact asupra sănătății

23. Alegeți varianta corectă a definiției "Profilaxia maladiilor" – Profilaxia maladiilor este:
- o Un ansamblu de măsuri ale sistemului de sănătate și a Statului, îndreptate la prevenirea maladiilor infecțioase și nontransmisibile;
 - o Ansamblul măsurilor luate de individ, familie, societate, stat, îndreptate spre promovarea și protecția sănătății și prevenirea maladiilor;
 - o Ansamblul măsurilor comune, îndreptate la prevenirea bolilor, reducerea consecințelor lor și la evitarea deceselor premature;
 - o Ansamblul măsurilor luate de individ, familie, societate, stat, îndreptate spre promovarea și protecția sănătății, prevenirea maladiilor, reducerea consecințelor lor și la evitarea deceselor premature.
24. Promovarea sănătății include următoarele domenii de interes, cu excepția (*o variantă de răspuns*):
- o Acces la sănătate
 - o Dezvoltarea unui mediu sanogenetic (sănătatea – o componentă a procesului general de dezvoltare socio-economică)
 - o Promovarea comportamentelor favorabile sănătății
 - o Dezvoltarea cunoștințelor privind sănătatea
 - o Fortificarea rețelelor sociale și a sprijinului social
 - o Vaccinarea populației
25. Educația pentru stilul de viață sanogenetic constă în: (*enumerați toate variantele corecte, în viziunea Dvs.*)
- o Evitarea factorilor de risc
 - o Alimentația corectă
 - o Combaterea exceselor
 - o Cultivarea exercițiului fizic
 - o Cultivarea factorilor sanogenetici
 - o Promovarea unei vieți familiare, bazată pe relații armonioase
 - o Educația spirituală
26. Care din factorii enumerați influențează direct starea de sănătate, în viziunea Dvs.?
- o Alcoolismul
 - o Fumatul
 - o Drogurile
 - o Sedentarismul și hipodinamia
 - o Supraponderabilitatea și obezitatea
 - o Relațiile sexuale ocazionale
 - o Hipertensiunea arterială
 - o Stresul și surmenajul
 - o Violența
 - o Nerespectarea igienei personale
27. Alimentația nerațională influențează activitatea:
- o Aparatului digestiv
 - o Aparatului cardiovascular
 - o Aparatului genitourinar
 - o Sistemului nervos
 - o Sistemului imunoendocrin

28. Dați definiția alimentației raționale (un singur răspuns):
- ☐ Alimentația bazată pe consumul carne, pește, lactate
 - ☐ Alimentația bazată pe consumul echilibrat între proteine, glucide și lipide
 - ☐ Alimentația vegetariană
 - ☐ Alimentația bogată în fructe și legume
 - ☐ Alimentația bazată pe respectarea regimului alimentar
29. Dvs. respectați regimul de muncă?
- ☐ Da (respect ora mesei, pauzele de cafea, nu mă rețin peste program la serviciu)
 - ☐ Nu (nici o dată nu-mi reușește)
 - ☐ Parțial
30. Câte ore durează somnul de noapte?
- ☐ Sufer de insomnie (adorm cu greu, somn superficial, întrerupt, mă trezesc obosit (ă));
 - ☐ 3 – 5 ore somn profund;
 - ☐ 5 – 7 ore;
 - ☐ Nu mai puțin de 8 ore;
 - ☐ Nu am probleme cu somnul (peste 8 ore)
31. Cât de des practicați sportul, exercițiile fizice?
- ☐ Nu practic de loc
 - ☐ De 2 -3 ori pe săptămână;
 - ☐ Zilnic (mersul pe jos de cel puțin 40 min.)
 - ☐ Munca (serviciul) este legată de efort fizic
32. Cum Vă petreceți timpul liber?
- ☐ Privesc televizorul (mai mult de 2 - 3 ore)
 - ☐ Navighez internetul
 - ☐ Fac sport, plimbări la aer liber
 - ☐ Citesc
 - ☐ Prefer să dorm
33. La administrarea regulată a drogurilor se dezvoltă:
- ☐ Dependență psihologică
 - ☐ Dependență fizică
 - ☐ Dependență psihologică și fizică
 - ☐ Nu știu
34. Alcoolul și nicotina sunt narcotice?
- ☐ Da
 - ☐ Nu
 - ☐ Nu știu
35. În viziunea Dvs. alcoolismul și narcomania sunt:
- ☐ Boală
 - ☐ Deprindere
 - ☐ Stil de viață
 - ☐ Altele _____
36. Atitudinea Dvs. personală față de fumat:
- ☐ N-am încercat nici o dată să fumez
 - ☐ Nu fumez
 - ☐ Fumez regulat
 - ☐ Fumez rareori (în mediu mai puțin de o țigară pe zi)

- ☐ Sunt ex-fumător (cu stagiul mai mare de 3 ani)
37. Care sunt semnele clinice ale maladiei SIDA?
- ☐ Mărirea ganglionilor limfatici
 - ☐ Afecțiuni inflamatorii ale pielii
 - ☐ Diareea de durată
 - ☐ Maladii septico-purulente
 - ☐ Pneumonia
38. Persoanelor HIV infectate li se permite să frecventeze:
- ☐ Grădinița, școala
 - ☐ Sălile de sport
 - ☐ Bazinele de apă
 - ☐ Piscinile
 - ☐ Cinematograful, teatrul
39. În viziunea Dvs. păcatele (lăcomia, invidia, lauda ș.a.) sunt factori de risc pentru sănătate?
- ☐ Da
 - ☐ Nu
 - ☐ Nu știu
 - ☐ Nu văd legătura
40. Cât de des mergeți la biserică?
- ☐ Regulat (o dată în săptămână)
 - ☐ O dată în lună
 - ☐ Periodic (o dată în câteva luni)
 - ☐ Foarte rar (o dată în an)
 - ☐ Nu merg la biserică
41. În ultimele patru săptămâni ați fost supus (ă) violenței (la domiciliu sau la serviciu)?:
- ☐ Fizice
 - ☐ Verbale
 - ☐ Psihoemoționale
42. Care din factorii enumerați a influențat direct starea de sănătate a Dvs.?
- ☐ Fumatul
 - ☐ Consumul de alcool
 - ☐ Sedentarismul și hipodinamia
 - ☐ Obezitatea
 - ☐ Hipertensiunea arterială
 - ☐ Stresul și surmenajul
 - ☐ Violența (în familie sau la serviciu)
 - ☐ Nerespectarea igienei personale
 - ☐ Nivelul ridicat al colesterolului în sânge
43. Cu ce probleme de sănătate Vă confrunțați la moment?
- ☐ Hipertensiunea arterială
 - ☐ Maladii cardiovasculare
 - ☐ Boli a tractului digestiv (colecistită cronică, hepatită cronică, pancreatită cronică)
 - ☐ Maladii ale sistemului nervos (inclusiv dureri în coloana vertebrală)
 - ☐ Obezitate
 - ☐ Diabet zaharat
 - ☐ Boli ale sistemului respirator
 - ☐ Maladii oncologice

- ☐ Depresie
 - ☐ Osteoartropatii
 - ☐ Maladii infecțioase
 - ☐ Maladii sexualtransmisibile
 - ☐ Altele (specificați) _____
44. Cum apreciați sănătatea Dvs.?
- ☐ Nesatisfăcătoare (invaliditate)
 - ☐ Pierderea temporară a capacității de muncă
 - ☐ Satisfăcătoare
 - ☐ Foarte bună
45. Cum ați aprecia calitatea vieții Dvs.?
- ☐ Nesatisfăcătoare
 - ☐ Suportabilă
 - ☐ Satisfăcătoare
 - ☐ Foarte bună

IV. Evaluarea activității de informare a populației despre profilaxia maladiilor și promovarea sănătății

46. Indicați cauza celor mai frecvente adresări ale populației la medicul de familie:
- ☐ Pe motiv de boală acută sau acutizarea maladiilor cronice
 - ☐ Cu scop profilactic
 - ☐ Vaccinare
 - ☐ La invitația medicului de familie (sau asistentei medicale)
47. Cât timp acordați (în mediu la o vizită) unui pacient pentru a-l instrui pe problemele de profilaxie a bolilor și de promovare a modului sănătos de viață? (Excludeți timpul pentru consultație și indicațiile de tratament)
- ☐ Pînă la 10 min.
 - ☐ 15 – 20 min
 - ☐ 20 – 30 min.
 - ☐ Mai mult de 30 min
48. Cât timp considerați că este oportun pentru aceste probleme?
- ☐ Pînă la 15 min
 - ☐ Mai mult de 30 min
 - ☐ Nu știu
49. În viziunea Dvs. cînd este optimal de a educa pacientul la un stil de viață sănătos și de a-l instrui în problemele de profilaxie a bolilor?
- a) cît de des?:
- ☐ Zilnic
 - ☐ Săptămînal
 - ☐ Lunar
 - ☐ Trimestrial
 - ☐ Semestrial
 - ☐ Anual
 - ☐ Altele _____
- b) Cînd?
- ☐ În cadrul vizitelor profilactice
 - ☐ La fiecare vizită la medic
 - ☐ În cadrul prelegerilor și seminarelor tematice

- o Doar la inițiativa pacientului (cînd este interesat de careva probleme)
- c) De la ce vîrstă?
 - o De la naștere
 - o De la grădiniță
 - o Din școală
 - o De la vîrsta de majorat
 - o La necesitate
- d) Cît timp?
 - o Permanent
 - o Anual
 - o La necesitate
 - o La cererea pacientului
- 50. Cine trebuie să se ocupe de probleme ce țin de profilaxia maladiilor și promovarea sănătății?
 - o Medicul de familie cu echipa lui
 - o Asistenta medicală din școală, grădiniță
 - o Pedagogii
 - o Psihologii
 - o Medicii-specialiști de profil îngust (pe problemele ce-i vizează)
 - o Toți în echipă
 - o Specialiști din diferite domenii ale economiei, familia, structurile statale
 - o Nu știu
- 51. În ce volum de prestat informația?
 - o Volum deplin (tot ce cunoaște specialistul)
 - o Volum parțial (acceptabil pentru pacient)
 - o Nu știu
- 52. Modul cel mai oportun de informare și instruire în problemele vizate:
 - o Individuală
 - o În grupuri de interese
 - o În masă (prin intermediul mass media)
- 53. Locul cel mai potrivit:
 - o Oficiul medicului de familie
 - o Sală de conferință
 - o Birouri specializate
- În viziunea Dvs. care este rolul mass media în promovarea sănătății și profilaxia maladiilor?
 - o Esențială
 - o Importanță majoră
 - o Moderată
 - o Minimă
 - o Nici un rol
- 54. Sursele de informare în masă (TV, radio, presa, Internetul) propagă suficient informații despre profilaxia bolilor sexualtransmisibile, SIDA, combaterea narcomaniei, tabacismului, alcoolismului?
 - o Foarte puțin
 - o Insuficient
 - o Suficient
 - o Din contra, se publică multă reclamă a băuturilor spirtoase, a țigărilor, relațiilor sexuale

☐ Multă informație de violență, amoralitate

55. Exemplificați, din experiența Dvs., cum au influențat emisiunile televizate, radio și presa atitudinea populației față de (încercuiți):

1. Vaccinare:

- a. a crescut cota populației vaccinate
- b. a scăzut cota populației vaccinate
- c. confruntăm opoziție dură a populației contra vaccinării
- d. nu s-a modificat procentul vaccinărilor

2. Stilul de viață:

- a. a scăzut numărul fumătorilor și a consumatorilor de alcool și droguri
- b. a crescut numărul fumătorilor și a consumatorilor de alcool și droguri
- c. a crescut numărul persoanelor care se alimentează corect și practică sportul
- d. a scăzut numărul persoanelor care se alimentează corect și practică sportul
- e. oamenii au devenit mai buni, indulgenți, mărinimoși
- f. oamenii au devenit mai irascibili, agresivi, violenți

56. Implicarea căror structuri statale considerați oportună pentru promovarea modului sănătos de viață?

- ☐ Ministerul Educației
- ☐ Ministerul Mediului
- ☐ Ministerul Transportului
- ☐ Ministerul Muncii, Protecției sociale și a Familiei
- ☐ Ministerul Agriculturii
- ☐ Ministerul Afacerilor Interne
- ☐ Ministerul Afacerilor Externe
- ☐ Ministerul Administrației Publice
- ☐ Ministerul Tineretului și Sportului
- ☐ Ministerul Finanțelor
- ☐ Ministerul Economiei
- ☐ Ministerul Tehnologiilor Informaționale
- ☐ Altele _____

57. Din experiența Dvs. câte persoane și-au schimbat stilul de viață în urma instruirii privind factorii de risc comportamentali?

- ☐ _____ pers. au lăsat fumatul
- ☐ _____ pers. nu consumă droguri
- ☐ _____ pers. nu consumă alcool
- ☐ _____ pers. au slăbit (fiind anterior obeze)
- ☐ _____ pers. au tratat hipertensiunea arterială
- ☐ Altele _____

58. Indicați câteva acte normative (ordinele MS, Hotărâri de Guvern, legi) – cele mai relevante – care reflectă problemele de profilaxie a maladiilor și de promovare a sănătății:

1. _____
2. _____

3. _____

59. Indicați cele mai răspândite probleme sociale, care determină stilul de viață al populației din Moldova:

- ☐ Sărăcia
- ☐ Șomajul
- ☐ Migrația
- ☐ Tradițiile și obiceiurile
- ☐ Instabilitatea politică
- ☐ Instabilitatea economică
- ☐ Infrastructura nedezvoltată
- ☐ Diferența mare între oraș și sat
- ☐ Divorțurile
- ☐ Abandonul copiilor (cel puțin unul din părinți plecați peste hotare),
- ☐ Altele _____

60. Aveți pregătire (reciclare, specializare, instruire) în problemele de promovare a modului sănătos de viață și a profilaxiei maladiilor?

- ☐ Da, indicați în ce an _____
- ☐ Nu

61. Indicați 3 (trei) activități de bază, pentru asistența medicală primară, în domeniul "Promovarea sănătății și profilaxia maladiilor":

- a) _____
- b) _____
- c) _____

62. Estimați, cât constituie cota fiecărui serviciu (procentual) din activitatea medicală lunară, pe care o desfășurați în sectorul deservit (de la 0 – 100%, suma totală fiind de 100%):

- a) Intervenții în urgențele medico-chirurgicale, inclusiv la domiciliu _____%
- b) Monitorizarea bolilor cronice (copii, maturi), cu indicarea tratamentului _____%
- c) Servicii medicale de consultanță gravidelor, copiilor, adolescenților, vîrstnicilor, persoanelor cu handicap (pe motiv de boală) _____%
- d) Planificare familială _____%
- e) Imunoprofilaxia populației (conform cerințelor) _____%
- f) Supravegherea gravidelor, copiilor, lăuzelor _____%
- g) Controlul profilactic și oncoprofilactic al populației _____%
- h) Depistarea activă a grupelor de risc și formelor precoce de boală _____%
- i) Școlarizarea populației în vederea promovării modului sănătos de viață _____%
- j) Unele proceduri medicale (pansamente, picurători, injecții) _____%
- k) Servicii medico-sociale (serv. paliative, serv. de îngrijiri la domiciliu) _____%
- l) Altele _____%

63. Care sunt problemele în relație cu pacientul, cu care Vă confrunțați în activitatea de promovare a sănătății și profilaxiei maladiilor?

- o Nu-mi ajunge timp (în cadrul unei vizite)
- o Insuficiența cunoștințelor în domeniu
- o Opinii contradictorii asupra anumitor probleme de sănătate
- o Neconformarea individului, familiei
- o Multitudinea de probleme de sănătate pe care trebuie să la rezolv în sector
- o Susținerea insuficientă a altor actori (administrația, pedagogii, agenții sociali, autoritățile administrației publice locale, ș.a.)
- o Probleme de comunicare
- o Neconformarea pacientului indicațiilor medicale
- o Lipsa spațiului (conform normelor sanitaro-igienice)
- o Probleme de incompatibilitate

Vă mulțumim pentru participare!

Anexa 6.**Fișa de evaluare****Date Personale:**

1. Numele pacientului:.....
2. Cod fiscal (conform buletinului de identitate):.....
3. Adresa:.....
4. Telefon:.....
5. Mediu: a) Urban ☐ b) Rural ☐
6. Stare civilă: a) necăsătorit ☐ b) căsătorit ☐ c) divorțat ☐ d) văduv ☐
7. Educație: a) școală primară ☐ b) gimnaziu ☐ c) studii liceale ☐ d) studii profesionale ☐
e) studii universitare ☐
8. Numele medicului investigator:.....
9. Data completării fișei:.....

Evaluare:

- 10 Vârsta:.....
11. Sex: M ☐ F ☐
12. Fumător: a) Da ☐ b) Nu ☐ c) ex-fumător ☐ .
13. Tensiune arterială sistolică: mmHg.
14. Tensiune arterială diastolică: mmHg.
15. Colesterol total mmol/l.
16. Glucoză total mmol/l.
17. Talia cm, Greutatea kg, IMC .
18. Tratament antihipertensiv: a) Da ☐ b) Nu ☐.
19. Tratament hipolipemiant: a) Da ☐ b) Nu ☐.
20. Riscul SCORE %.
21. Contribuția factorilor de risc la riscul total:
 - 21.1. Tensiune arterială sistolică: a) Da ☐ b) Nu ☐.
 - 21.2. Colesterol a) Da ☐ b) Nu ☐.
 - 21.3. Fumat a) Da ☐ b) Nu ☐.
22. Măsuri aplicate:
 - 22.1 Schimbarea stilului de viață: a) Da ☐ b) Nu ☐.
23. Instituirea de măsuri farmacologice:
 - 23.1 Tratament antihipertensiv: a) Da ☐ b) Nu ☐.
 - 23.2 Tratament antidislipidemic: a) Da ☐ b) Nu ☐.
24. Trimitere la specialist: a) Da ☐ b) Nu ☐.

CONSIMTĂMÎNT INFORMAT

Stimată Doamnă/ Stimate Domn, _____

Dvs, participați la programul de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardio-vascular. Programul are ca scop diagnosticarea precoce și monitorizarea bolilor cardiovasculare, pentru evitarea deceselor premature, îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin prevenirea, controlul și monitorizarea bolilor cardiovasculare, îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate al populației Republicii Moldova. În cadrul acestui program veți beneficia de o consultație la medicul de familie și în funcție de rezultatul consultației, de un set de analize pentru depistarea unor eventuale afecțiuni cardiace și aprecierea riscului cardiovascular global, aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit.

Plata consultației și a setului de analize de laborator este suportată integral de programul de screening.

Datele dvs, cu caracter personal, vor fi gestionate și protejate conform legislației Republicii Moldova în vigoare.

Vom aprecia foarte mult participarea Dvs, la acest program, deoarece informația primită ne va ajuta să contribuim la îmbunătățirea sănătății Dvs și calității serviciilor prestate.

Vă mulțumim pentru participare!

Semnătura _____

Anexa 7. Implementarea rezultatelor



COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ

MD-2012, mun. Chișinău, str. Vlaicu Pârcălab, 46; tel. 022 780 240; fax. 022 222 032; www.cnam.md; e-mail: secretariat@cnam.gov.md

02.05.14 Nr. 09/14-684
La nr. _____ din _____

Către Consiliul Științific Specializat
DH 331.02
pe lângă Centrul Național de Sănătate Publică

Prin prezenta, Compania Națională de Asigurări în Medicină confirmă, că rezultatele investigațiilor la teza de doctor în medicină, a d-nei Aliona Serbulenco, cu tema **”Optimizarea activităților de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății la nivelul asistenței medicale primare”** sunt implementate în perioada 2012-2016 în practica medicilor de familie din țară în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.



Vicedirector general CNAM

Iurie Osoianu

IURIE OSOIANU

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”
DIN REPUBLICA MOLDOVA



NICOLAE TESTEMIȚANU STATE UNIVERSITY
OF MEDICINE AND PHARMACY
OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

MD-2004, Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, tel.: (+373) 22 205 701, fax: (+373) 22 242 344, rector@usmf.md, www.usmf.md

02. 05. 2017 nr. 03-1896

la nr. _____ din _____

ACT DE IMPLEMENTARE

Prin prezenta, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie ”Nicolae Testemițanu” confirmă, că rezultatele investigațiilor la teza de doctor în științe medicale a d-nei Aliona Serbulenco cu tema ”**Optimizarea activităților de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății la nivelul asistenței medicale primare**” sunt implementate în procesul didactic cu referire la profilaxia maladiilor și promovarea sănătății, realizat în cadrul facultăților Medicină și Sănătate Publică, pentru studenți, medici rezidenți și în educația medicală continuă a specialiștilor din asistența medicală primară și igienă.

Prorector pentru calitate
și integrare în învățământ,
Profesor universitar, dr. hab. st. med.



Olga CERNETCHI



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
CENTRUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

MD 2028, mun. Chișinău, str. Gh. Asachi 67A, Tel. +373 22 574 501; Fax. + 373 22 729 725,
<http://www.cnspl.md>, e-mail: anticamera@cnspl.md, cnspl@cnspl.md, IDNO 1007601001123

28.04.2018 Nr. 01/4129
La nr. _____ din _____

Către Consiliul Științific
Specializat DH 331.02
pe lângă Centru Național
de Sănătate Publică

Prin prezenta, Centrul Național de Sănătate Publică confirmă că, rezultatele investigațiilor la teza de doctor în medicină cu tema "**Optimizarea activităților de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății la nivelul asistenței medicale primare**" a d-nei Aliona Serbulenco sunt implementate în perioada 2015-2016 în practica medicilor instituției în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.



Director general,
dr. șt. med. conf. univ.

Iurie PÎNZARU

Nr. 36 din 02.05.14

Către Consiliul Științific Specializat
DH 331.02
pe lângă Centrul Național de Sănătate Publică

Prin prezenta, Clinica de Medicină Estetică SANCOS confirmă, că rezultatele investigațiilor la teza de doctor în medicină, a d-nei Aliona Serbulenco, cu tema **"Optimizarea activităților de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății la nivelul asistenței medicale primare"** sunt implementate în perioada 2012-2016 în practica medicilor instituției, în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.

Director CME SANCOS

L. G.

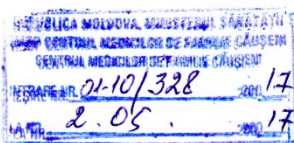


Valeriu OGLINDĂ



Laureat al Premiului de Stat (fondat în 1987); ISO: 9001 PMI CERT

Cod Fiscal: 1004600048025
Cont de decontare: 2224000010100003 (MDL)
BCA „Victoriabank”, fil. nr. 12; Cod Bancar: VICBMD2X884



Către Consiliul Științific Specializat

DH 331.02

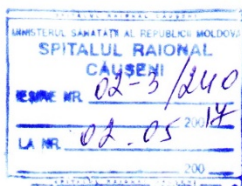
pe lângă Centrul Național de Sănătate Publică

Prin prezenta, IMSP Centrul de Sănătate Căușeni confirmă, că rezultatele investigațiilor la teza de doctor în medicină, a d-nei Aliona Serbulenco, cu tema **”Optimizarea activităților de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății la nivelul asistenței medicale primare”** sunt implementate în perioada 2012-2016 în practica medicilor instituției, în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.



Director IMSP CS Căușeni

Valentina Panfilov
Valentina PANFILOV



Către Consiliul Științific Specializat

DH 331.02

pe lângă Centrul Național de Sănătate Publică

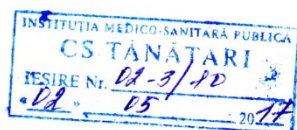
Prin prezenta, IMSP Spitalul Raional Căușeni confirmă, că rezultatele investigațiilor de laborator la teza de doctor în medicină ” a d-nei Aliona Serbulenco cu tema **”Optimizarea activităților de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății la nivelul asistenței medicale primare”** au fost implementate în perioada 2012-2013 în practica medicilor instituției.

Director IMSP SR Căușeni

L.S.



Alexandru COJOCARU



Către Consiliul Științific Specializat
DH 331.02
pe lângă Centrul de Sănătate Publică

Prin prezenta, IMSP Centrul de Sănătate Tănătari confirmă, că rezultatele investigațiilor la teza de doctor în medicină, a d-nei Aliona Serbulenco, cu tema "Optimizarea activităților de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății la nivelul asistenței medicale primare" sunt implimentate în perioada 2012-2016 în practica medicilor instituției, în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.

Șef IMSP CS Tănătari



A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

Savelie Iepure



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
CENTRUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ DIN MUNICIPIUL CHIȘINĂU

MD 2001, mun. Chișinău, str. A.Hîjdeu 49, Tel. +373 22 574300; Fax. + 373 22 574300,
<http://www.cspchisinau.md>, e-mail: csp.chisinau@ms.md, IDNO 1006601004068

02.05.17 Nr. 01 - 1741

La nr. _____ din _____

Către Consiliul Științific
Specializat

DH 331.02 pe lângă Centrul
Național de Sănătate Publică

Prin prezenta, Centrul de Sănătate Publică Chișinău confirmă, că rezultatele investigațiilor la teza de doctor în medicină, a d-nei Aliona Serbulenco, cu tema **"Optimizarea activităților de profilaxie a maladiilor și promovare a sănătății la nivelul asistenței medicale primare"** sunt implementate în perioada 2015-2016 în practica medicilor instituției, în domeniul profilaxiei maladiilor și promovării sănătății.

Medic șef sanitar de stat a CSP Chișinău

Luminița SUVEICĂ





Consumul de alcool

*„Alcoolismul - nebunie liberă consimțită”
(Seneca)*



Această publicație a fost editată cu sprijinul financiar al
Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.



Fumatul

Fumatul ucide!
Alege viața spunînd NU fumatului!



Această publicație a fost editată cu sprijinul financiar al
Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.



Alimentația sănătoasă

*„Hrana corespunzătoare
este adevăratul tău medicament”
(Hipocrate)*

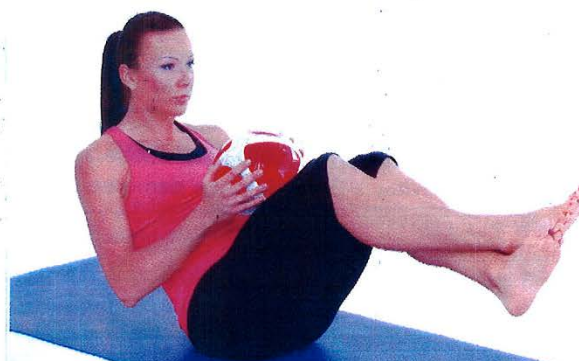


Această publicație a fost editată cu sprijinul financiar al
Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.



Mișcarea este viață

*Cînd vine vremea să începi exerciții,
nu există „voi începe de mâine”. Mîine este boala.
(V. L. Allineare)*



Această publicație a fost editată cu sprijinul financiar al
Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

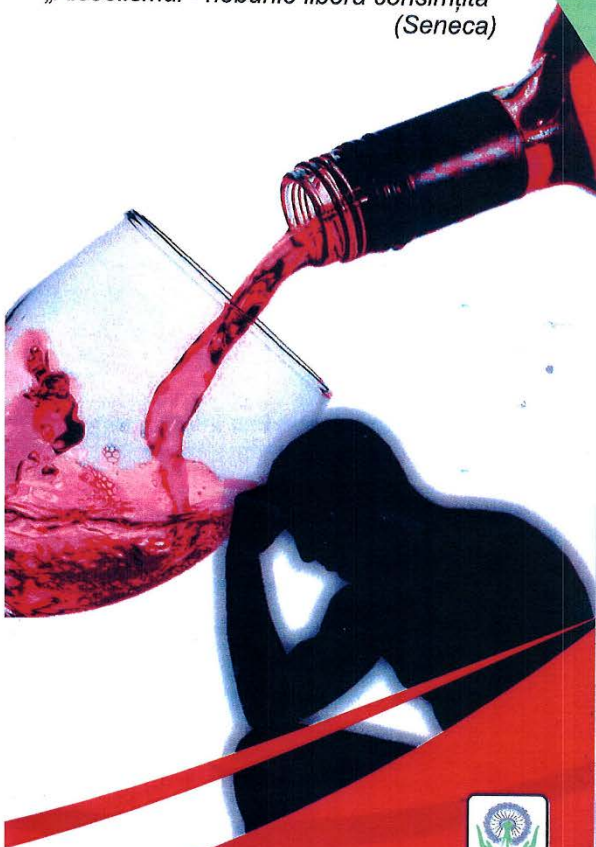


...eterna poveste a feminității



 **Consumul
de alcool**

*„Alcoolismul - nebunie liberă consimțită”
(Seneca)*





Această publicație a fost editată cu sprijinul financiar al
Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

 **Fumatul**

*Fumatul ucide!
Alege viața spunând NU fumatului!*



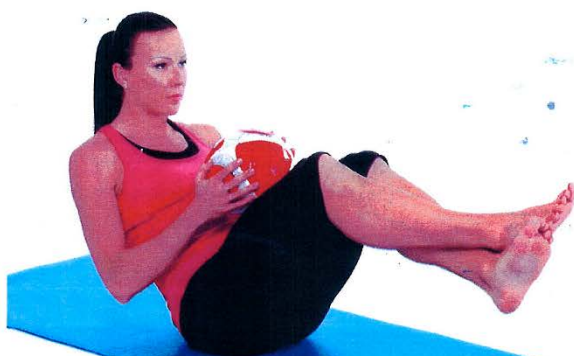


Această publicație a fost editată cu sprijinul financiar al
Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.



Mișcarea este viață

*Cînd vine vremea să începi exerciții,
nu există „voi începe de mîine”. Mîine este boala.
(V. L. Allineare)*



Această publicație a fost editată cu sprijinul financiar al
Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.



Alimentația sănătoasă

*„Hrana corespunzătoare
este adevăratul tău medicament”
(Hipocrate)*



Această publicație a fost editată cu sprijinul financiar al
Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.



Copii sănătoși - părinți liniștiți !

*Un copil e o rază de soare,
ce vă luminează viața.*







UNIVERSITATEA TEHNICĂ DIN CLUJ-NAPOCA

sub egida MINISTERULUI EDUCAȚIEI NAȚIONALE ȘI CERCETĂRII ȘTIINȚIFICE
ȘI ACADEMIEI DE ȘTIINȚE TEHNICE DIN ROMÂNIA, FILIALA CLUJ

SALONUL INTERNAȚIONAL DE INVENTICĂ

PRO INVENT, Ediția a XIV-a, 2016, Cluj-Napoca, România

DIPLOMA

DE EXCELENȚĂ
ȘI MEDALIA DE AUR CU MENȚIUNE SPECIALĂ

Se acordă C. Spînu, P. Scoferța, Ig. Spînu, V. Eder, A. Donos, A. Serbulenco

De la CENTRUL NATIONAL DE SANATATE PUBLICA REPUBLICA MOLDOVA

Pentru METODĂ OPTIMIZATĂ DE VACCINARE CONTRA GRIPEI

PREȘEDINTELE SALONULUI,
Prof. dr. ing. VASILE ȚOPA
Rector al
Universității Tehnice din Cluj-Napoca



PREȘEDINTELE JURIULUI,
Prof. dr. ing. RADU MUNTEANU

Radu Munteanu



UNIVERSITATEA TEHNICĂ DIN CLUJ-NAPOCA

sub egida MINISTERULUI EDUCAȚIEI NAȚIONALE ȘI CERCETĂRII ȘTIINȚIFICE
și ACADEMIEI DE ȘTIINȚE TEHNICE DIN ROMÂNIA, FILIALA CLUJ

SALONUL INTERNAȚIONAL DE INVENTICĂ

PRO INVENT, Ediția a XIV-a, 2016, Cluj-Napoca, România

DIPLOMA

DE EXCELENȚĂ PROINVENT

Se acordă C. Spînu, Ig. Spînu, S. Cebotari, O. Sajen, M. Isac, M. Apostol, L. Suveică, A. Serbulenco, A. Rosca

De la CENTRUL NAȚIONAL DE SANATATE PUBLICA REPUBLICA MOLDOVA

Pentru METODA DE IDENTIFICARE A HEPATITEI VIRALE B LA DONATORII DE SÂNGE

PREȘEDINTELE SALONULUI,
Prof. dr. ing. VASILE ȚOPA
Rector al
Universității Tehnice din Cluj-Napoca



PREȘEDINTELE JURIULUI,
Prof. dr. ing. RADU MUNTEANU

Radu Munteanu

SALONUL INTERNAȚIONAL AL CERCETĂRII,
INOVĂRII ȘI INVENTICII



PRO INVENT

Editia a XV-a, 2017, Cluj-Napoca, România



DIPLOMA

DE EXCELENȚĂ
ȘI MEDALIA DE AUR CU MENȚIUNE SPECIALĂ

Se acordă **Constantin Spînu, Petru Scoferța, Igor Spînu, Iurie Pînzaru, Ala Donos, Luminița Suveică, Aliona Serbulenco, Alina Druc**

De la **Centrul National de Sanatate Publica Republica Moldova**

Pentru **Metodă de izolare și studiere a virusurilor gripale**

PREȘEDINTELE SALONULUI,
Prof. dr. ing. VASILE ȚOPA
Rector al
Universității Tehnice din Cluj-Napoca



PREȘEDINTELE JURIULUI,
Prof. dr. ing. RADU MUNTEANU

Radu Munteanu



INTERNATIONAL ASSOCIATION
OF "HEALTHY SOCIETY"
«МЕЖДУНАРОДНАЯ АССОЦИАЦИЯ
«ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА»

**ЗОЛОТОЙ МЕДАЛЬЮ
НАГРАЖДАЕТСЯ
АЛЕНА СЕРБУЛЕНКО**

*За благородную миссию в жизни общества,
за весомый вклад в науку и достигнутые успехи в
развитии новых технологий, как важнейшего
условия сохранения и укрепления здоровья
граждан разных стран*

Президент



Олег Шекера

2016

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnatul, Aliona Serbulenco, declar pe proprie răspundere că materialele prezentate în teza de doctorat, se referă la propriile activități și realizări, în caz contrar urmând să suport consecințele, în conformitate cu legislația în vigoare.

Data _____ Aliona Serbulenco

CURRICULUM VITAE

Numele: Serbulenco

Prenumele: Aliona

Data nașterii: 11 iunie 1968

Locul nașterii: s. Hădărăuți, r-nul Ocnîța, Republica Moldova

Cetățenia: Republica Moldova



Studii:

Medii: 1976 – 1985 – școala medie din s. Hădărăuți, Ocnîța

Superioare: 1985 – 1992 – USMF ”N. Testemițanu” – medicina generală

Postuniversitare:

- 1992 – 1995 - rezidențiat în obstetrică-ginecologie, USMF ”N. Testemițanu”
- 2005 – 2007 – masterat, management în sănătatea publică, USMF ”N. Testemițanu”
- 2010 – 2014 – doctorat, catedra igienă, USMF ”N. Testemițanu”

Stagieri:

- 2003, 10.03 – 10.04 – Obstetrica clinică și ocrotirea antenatală a fătului
- 2004, 03.02 – 14.02 – Asigurarea obligatorie de asistență medicală în Republica Moldova
- 2005, 06.06 – 01.07 – Terapia intensivă în obstetrică-ginecologie
- 2005, 12.06 – 02.07 – Managementul General
- 2006, 05.06 – 06.07 – Obstetrică- ginecologie la etapa ambulatorie

Activitatea profesională:

- 1995 – 1997 – medic obstetrician-ginecolog la spitalul raional Cantemir
- 1997 – 2003 – medic șef adjunct pe asistența medicală primară și reforme
- 2003 – 2008 – Director al Centrului Medicilor de Familie Cantemir
- 2008 – 2012 – șef Direcție sănătate publică, Ministerul Sănătății
- 2012 – 2015 – Director medical CME ”SANCOS”
- 2015 – prezent – Viceministru, Ministerul Sănătății

Participări în proiecte științifice (naționale și internaționale):

- Studiul MICS IV, 2012
- Studiul STEPS, 2013

Participări la conferințe științifice naționale și internaționale:

- Conferința științifica-practică ”Aspecte contemporane în terapia diabetului zaharat. Inițierea și intensificarea insulinoterapiei în diabetul zaharat tip II.” Chișinău, 01-03 octombrie 2010

- Trilateral (Moldova - United States - Romania) Civilian Military Forum on Outbreak Response and Bioterrorism Investigation. Chișinău, Moldova, 19-21 October 2010
- Measuring the burden of drug-resistant TB. Chisinau, Republic of Moldova, 30 November- 02 December 2010.
- TEACH VIP Workshop on alcohol, violence and injury prevention. Chisinau, Republic of Moldova, 02-03 March 2011.
- Policy Round Table on implementing the Hospital Master Plan in the Republic of Moldova. 18-19 May 2011.
- Managementul medical integrat al infecției HIV. Chișinău, 12-16 septembrie 2011.
- Conferința Internațională ”Priorități în managementul tuberculozei rezistente la etapa actuală”, Chișinău, Republica Moldova, 13-14 decembrie 2011.
- ”Promovarea Protocoalelor Clinice Naționale și legislației modificate în domeniul Îngrijirilor Paliative”, Chișinău, 28 februarie 2013.
- ”Managementul maladiilor în baza protocoalelor clinice”, Chișinău, 12 aprilie 2013.
- Conferința Internațională Științifico-Practică ”Aspecte contemporane în tratamentul Cardiopatiei Ischemice”, Chișinău, Moldova, 23 aprilie 2013.
- Congresul specialiștilor din domeniul Sănătății Publice și Managementului Sanitar din Republica Moldova, Chișinău, 25 – 26 octombrie 2013;
- Conferința științifico-practică națională cu participare internațională „Sănătatea ocupațională: probleme și realizări”, Chișinău, 5 – 7 iunie 2014;
- Conferința I-a națională în sănătatea adolescenților (cu participare internațională), Chișinău, 4 – 5 decembrie 2014;
- Conferința științifico-practică națională cu participare internațională „Problemele actuale ale prevenirii și controlului bolilor netransmisibile”, Chișinău, 18 – 20 iunie 2015;
- Congresul IV al oncologilor din Moldova cu participare internațională ”Modernizarea serviciului oncologic în contextul integrării europene”, Chișinău, Moldova, 08-09 Octombrie 2015.
- ”Evaluarea riscurilor pentru sisteme de apă potabilă și planificarea siguranței apei potabile”, Chișinău, Moldova, 05-06 noiembrie 2015.
- ”Implementarea politicilor naționale în domeniul alimentației și nutriției”, Chișinău, Moldova, 03 decembrie 2015.
- ”Implementarea legislației în domeniul controlului tutunului”, Chișinău, Moldova, 04 decembrie 2015.

- "Prevenirea și Controlul Diabetului Zaharat în Republica Moldova", Chișinău, Moldova, 10 februarie 2016.
- "Aspecte privind implementarea legislației în domeniul controlului tutunului", Chișinău, Moldova, 26 februarie 2016.
- Conferința Internațională "Realizări și provocări în fortificarea resurselor umane în managementul Sănătății Publice", Chișinău, Moldova, 29-30 mai 2015.
- "Îmbunătățirea managementului calității serviciilor medicale", Orhei, Moldova, 01-02 iunie 2016.
- "Prevenirea rănilor provocate de obiecte ascuțite în spital și sectorul medical", Chișinău, Moldova, 08 iunie 2016.
- Conferința Națională cu participare Internațională "Promovarea Sănătății – o prioritate a sănătății publice", Orhei, Republica Moldova, 22-24 iunie 2016.
- Conferința Națională "Managementul Sănătății Publice: Actualități și perspective. În Memoriam prof. Eugen Popușoi", Chișinău, Moldova, 12-15 septembrie 2016.
- Simpozion Național de Oncologie cu participare internațională "Vigilența oncologică în activitatea medicală, depistarea precoce și tratamentul tumorilor", dedicat aniversării a 40-a de la fondarea Catedrei de Oncologie, Hematologie și Radioterapie a USMF "N. Testemițanu" din Republica Moldova, 13 octombrie 2016.
- Conferința Națională cu participare Internațională "Siguranța chimică și toxicologia la confluența între domenii", Chișinău, Republica Moldova, 24-25 noiembrie 2016.
- ASAP Eastern Europe and Central Asia Regional Workshop on Strategic and Operational Planning for HIV/AIDS, Budapest, Hungary, 29 September - 10 October 2008.
- Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice. Iași, Romania, 06 iunie 2011
- Путь к успеху. Региональный Диалог высокого уровня по обеспечению успешного перехода на национальное финансирование мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в странах Восточной Европы и Центральной Азии, Тбилиси, Грузия, 28-30 сентября 2015
- Regional Workshop on Development and Implementation of National AMR (Antimicrobial Resistance). Action Plans. Istanbul, Turkey, 15-17 March 2016.
- Making tobacco a thing of the past – a roadmap for the WHO European Region, Ashgabat, Turkmenistan, 2016

- Профилактика и борьба с неинфекционными заболеваниями в странах Центральной Азии и Восточной Европы, Москва, Россия, 18-23 апреля 2016 г.
- Внедрение пакета основных мероприятий ВОЗ по неинфекционным заболеваниям (WHO PEN) для первичной медико-санитарной помощи в Восточной Европе и Центральной Азии, Самарканд, Узбекистан, 17-19 мая 2016 г.
- Dialog de politici în domeniul sănătății mediului, București, Romania, 22 iulie 2016.
- Copiii inspiră viitorul, viitorul nu inspiră Tutun. 2035 – prima generație fără tutun. București, Romania, 8 septembrie 2016.
- Обзор глобальной ситуации в отношении сезонного и не сезонного гриппа, Тбилиси, Грузия, 29-30 ноября 2016.

Lucrări științifice publicate:

- În baza tezei au fost publicate 12 lucrări științifice, 4 lucrări științifice în domeniul Igienei, 3 lucrări științifice fără coautori.

Premii, mențiuni, distincții, titluri onorifice etc.

- Diplomă de gradul I a Guvernului Republicii Moldova. Pentru activitate fructuoasă în domeniul ocrotirii sănătății și cu prilejul Zilei lucrătorului medical și a farmacistului. a. 2005.
- Diplomă de gradul I a Guvernului Republicii Moldova. Pentru activitate profesională prodigioasă în domeniul medical și contribuție personală la îmbunătățirea serviciilor medicale, rezultate remarcabile în fortificarea sistemului de sănătate, precum și cu ocazia Zilei Mondiale a Sănătății.
- Diploma Consiliului Județean Cahul. Pentru înaltă competență profesională, exercitare perfectă a angajamentelor funcționale, devotament civic și cu prilejul Zilei lucrătorului medical și farmacistului. a. 2004
- Diploma Consiliului Județean Cahul. Cu ocazia Zilei Profesionale a lucrătorului medical și a farmacistului. a. 2005
- Diplomă de Onoare a Primăriei mun. Chișinău. În semn de recunoștință și înaltă apreciere pentru contribuția adusă în domeniul sănătății oferite populației municipiului Chișinău, cu prilejul sărbătorii ”Ziua Internațională a Femeii”. a. 2015.
- Diplomă de Excelență și Medalia de Aur cu Mențiune Specială, Ediția XIV, 2016, Cluj-Napoca, Romania. Pentru Metoda optimizată de vaccinare contra Gripei. (Universitatea Tehnică din Cluj-Napoca sub egida Ministerului Educației Naționale și Cercetării Științifice și Academiei de Științe Tehnice din Romania, filiala Cluj.)

- Diplomă de Excelență Proinvent, Ediția XIV, 2016, Cluj-Napoca, Romania. Pentru metoda de identificare a Hepatitei virale B la donatorii de sânge. (Universitatea Tehnică din Cluj-Napoca sub egida Ministerului Educației Naționale și Cercetării Științifice și Academiei de Științe Tehnice din Romania, filiala Cluj.)
- ЗОЛОТАЯ МЕДАЛЬ за благородную миссию в жизни общества, за весомый вклад в науку и достигнутые успехи в развитии новых технологий, как важнейшего условия сохранения и укрепления здоровья граждан разных стран. International Association of “HEALTHY SOCIETY”, 2016.
- Diploma Ministerului Sănătății și a Sindicatului ”Sănătatea”. Cu prilejul Zilei lucrătorului medical și a farmacistului pentru activitate rodnică, responsabilitate și contribuție personală la ameliorarea nivelului sănătății publice. a. 2002.
- Diploma Ministerului Sănătății din Republica Moldova. Cu prilejul Zilei lucrătorului medical și a farmacistului, pentru activitate prodigioasă în sistemul ocrotirii sănătății, responsabilitate și contribuție personală la perfecționarea calității asistenței medicale acordate populației. a. 2007.
- Diplomă de Merit. Pentru implicare activă în răspunsul național la HIV/SIDA a persoanelor și comunităților din Republica Moldova (Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, UNAIDS Moldova, Compania Globală împotriva SIDA (WAC), Y-PEER Moldova), 2011.

Apartenență la societăți medicale:

- Membru al Societății Igieniştilor din Republica Moldova (din a.2011).
- Membru al Societății medicilor Obstetricienilor-ginecologi (din a. 1996).
- Membru al Societății medicilor de Familie (din a.2004).
- Membru al Societății masterilor în Managementul Sănătății Publice (din a. 2008).

Cunoaștere limbi străine:

1. rusă – fluent, 2. franceza – utilizator independent, 3. engleză– utilizator elementar.

Date de contact: Republica Moldova, 2003, or. Durlești, str-la I Nicolae Testemițanu 16.

Tel. (+373) 69765533; dom. (+373) 22 51 17 21;

e-mail: aserbulenco@mail.ru