

UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ”
Facultatea Psihologie și Psihopedagogie specială

Catedra ASISTENȚĂ SOCIALĂ

SERVICII MEDICO-SOCIALE

CURS UNIVERSITAR

PROGRAMUL DE STUDII SUPERIOARE DE MASTER

SERVICII SOCIALE ÎN DOMENIUL SĂNĂȚĂȚII POPULAȚIEI

CHIȘINĂU, 2023

Cursul universitar a fost aprobat la ședința Senatului Universității Pedagogice de Stat
„Ion Creangă”, proces verbal nr. 11 din 25.05 2023

Autori: Valentina Stratan, dr., conf. univ., UPS „I. Creangă”

Viorica Cerneavschi, dr., lector univ., UPS „I. Creangă”

Recenzenți: Victoria Plămădeală, dr., lector univ., UPS „I. Creangă”

Maria Ianioglo, dr., conf. univ., US din Comrat

Disciplina *Servicii medico-sociale* este continuarea logică a cursurilor ce vizează pregătirea masteranzilor pentru abordarea teoretico-praxiologică a serviciilor medico-sociale în domeniul sănătății populației. Se încadrează în categoria unităților de curs fundamentale, dezvoltate și adaptate domeniului de formare profesională. Are ca scop asigurarea achizițiilor de bază ce permit abordarea științifică a serviciilor de reabilitare medicală și socială, oferite în instituțiile de protecție socială și unitățile sanitare. Unitatea de curs dezvoltă, completează și structurează achizițiile profesionale din domeniul teoriei și practicii asistenței sociale, dobândite în cadrul Unităților de curs la programul de licență Asistență socială, și le extrapolează pe domeniile standardelor de competență profesională ale specialiștilor pentru asigurarea unui nivel ridicat de protecție socială populației vulnerabile, de sprijin medical și social, de sporire a bunăstării cetățenilor.

Cursul universitar este destinat studenților masteranzi de la programul de studii superioare de master *Servicii sociale în domeniul sănătății populației* și tuturor celor interesați de problematica serviciilor medico-sociale.

**DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA
Stratan, Valentina.**

Servicii medico-sociale : curs universitar : programul de studii superioare de master
Servicii sociale în domeniul sănătății populației / Valentina Stratan, Viorica
Cerneavschi ; Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă" din Chișinău,
Facultatea Psihologie și Psihopedagogie specială, Catedra Asistență Socială. –
Chișinău : [S. n.], 2023 (CEP UPSC). – 100 p. : tab.

Aut. indicați pe verso f. de tit. – Referințe bibliogr.: p. 98-100 (40 tit.). – [100] ex.
ISBN 978-9975-46-827-5.

364.4(075.8)

S 90

© Stratan Valentina, 2023

© Cerneavschi Viorica, 2023

© CEP UPSC, 2023

**Tipar executat la Centrul Editorial-Poligrafic al Universității Pedagogice de Stat
„Ion Creangă” din Chișinău, str. Ion Creangă, nr. 1, MD-2069**

CUPRINS

INTRODUCERE.....	4
1. Contribuția unității de curs la formarea competențelor profesionale.....	7
2. Valeologia ca știință a sănătății. Concepția de sănătate și patologie	
3. în aprecierea sănătății populației.....	13
4. Riscurile la adresa sănătății și securității populației.....	29
5. Asistența medico-socială ca gen de activitate profesională	
6. și promovarea sănătății.....	36
7. Problematika medico-socială a cetegoriilor defavorizate.....	64
8. Servicii sociale și medicale adresate persoanelor cu necesități de îngrijire și reabilitare..	77
9. Generalități.....	93
Surse bibliografice.....	98

INTRODUCERE

Organizația Mondială a Sănătății (O.M. S.) a dat o definiție oficială a sănătății (care face parte din constituția O.M.S.) și a fost adoptată de toate statele semnatare: „ *Sănătatea este acea stare de bine fizică, mintală și socială și care nu apare numai în absența bolii sau a infirmității*”. Potrivit OMS sub **sănătate** se înțelege starea completă de bunăstare fizică, mentală, sexuală și socială și capacitatea de a se adapta la condițiile în continuă schimbare ale mediului extern și intern, la procesul natural de îmbătrânire, precum și absența bolilor și a defectelor fizice.

Încă din cele mai vechi timpuri omenirea a încercat să înțeleagă ce este sănătatea și ce înseamnă să fii sănătos. În Antichitate, spre exemplu, sănătatea se afla în mare măsură sub influența religiei și era echivalentul obținerii unor favoruri de la zei, o credință a cărei amintire s-a păstrat până în zilele noastre prin toiagul lui Asclepius, simbolul internațional al medicinei. **Sănătate** înseamnă mai mult decât absența bolii, a anormalității și are un sens mult mai larg, multidimensional, pe mai multe planuri: fizic, psihic și social. Este vorba de un concept superior, cu un larg orizont, care nu poate fi separat de mediul social, de condițiile social-economice. Numai societatea în care totul este consacrat bunăstării omului poate oferi condițiile optime pentru păstrarea și promovarea sănătății. Într-o frumoasă exprimare, un mare endocrinolog (N. Pende) descoperă următoarele patru armonii în organismul sănătos: „sănătatea este armonia funcțiilor, așa cum frumusețea este armonia formelor corpului, așa cum adevărata bunătate este armonia sentimentelor etice și adevărata Înțelepciune este armonia intelectului”.

OMS consideră sănătatea un concept pozitiv care pune accent pe resursele sociale și personale, precum și pe capacitățile fizice. OMS mai susține și faptul că sănătatea trebuie tratată ca o resursă pentru viața de zi cu zi, nu ca obiectivul vieții.

Se disting următoarele componente ale sănătății: sănătatea somatică, fizică, psihică, socială și morală. **Sănătatea somatică** reflectă starea actuală a organelor și sistemelor corpului uman, care se bazează pe programul biologic de dezvoltare individuală, mediat de nevoile de bază care domină în diferite stadii de dezvoltare ontogenetică. Sub **sănătate fizică** se înțelege nivelul de creștere și dezvoltare a organelor și sistemelor corpului, care se bazează pe rezerve morfologice și funcționale care asigură reacții adaptative. Sănătatea fizică se referă la starea organismului și la răspunsurile acestuia în fața vătămarilor și a bolii. **Sănătatea mentală** are ca bază starea de confort mental general, oferind un răspuns comportamental adecvat. Această stare se datorează nevoilor biologice și sociale, precum și capacității de a le satisface. Intelectul, aspect important al planului mental care contribuie la luarea deciziilor importante, joacă un rol crucial în starea de

sănătate și de bunăstare a individului. Sănătatea intelectuală este uneori inclusă în sănătatea emoțională ca parte a sănătății mentale.

Sănătatea socială se refera la capacitatea de realizare a rolului din viață, cum ar fi rolul de fiu sau fiică, părinte, soț, prieten, apropiat sau cetățean, într-un mod eficient și confortabil, cu plăcere, fără a tulbura climatul de ecologie socială, de protecție al altor persoane. Fiecare dintre aceste roluri presupune diferite responsabilități și riscuri. Toate necesită o comunicare eficientă de genul oferă și ia, căci relaționările sănătoase niciodată nu se derulează într-un singur sens. Împlinirea trebuințelor umane pentru dragoste, intimitate, de apartenență, constituie un factor important în realizarea sănătății sociale. Persoanele care sunt private de aceste trebuințe pot dezvolta comportamente ce pot aduce amenințare la starea lor de sănătate și de bună dispoziție, intrând astfel în sfera anomiei (dezordine, dezorganizare), devianței și patologiei sociale.

Sănătatea socială reprezintă capacitatea de a aranja, de a se bucura, de a contribui și beneficia de relațiile dezvoltate cu alte persoane. Sănătatea socială constă în satisfacerea nevoii de a avea prieteni, de a aparține și a fi acceptat într-un grup social. Se dezvoltă din copilărie, în sânul unei familii iubitoare. Este necesară pentru a dezvolta sănătatea *emoțională și spirituală*. Sănătatea socială permite persoanelor să interacționeze și să relaționeze cu ceilalți în mod pozitiv, de asemenea determină modul în care persoana funcționează ca membru al societății. **Sănătatea morală** este un complex de caracteristici ale sferei motivaționale și informative ale vieții, a căror bază este determinată de sistemul de valori, atitudini și motive ale comportamentului individului în societate.

Este necesar să se facă distincția între sănătatea unei anumite persoane (**sănătatea individuală**) și sănătatea populației umane (**sănătatea populației**). Astfel, sănătatea unei anumite persoane se formează individual în condițiile societății pe baza factorilor ereditari și a stilului de viață pe care îl duce un individ. Sănătatea populației este un concept statistic, caracterizat printr-un set de indicatori, dintre care următorii au o importanță deosebită:

- rata natalității - măsurată prin numărul de copii născuți pe an la 1000 de persoane din populație;
- mortalitatea (inclusiv mortalitatea infantilă - mortalitatea copiilor în primul an de viață) - se măsoară prin numărul de decese pe an la 1000 de persoane din populație;
- speranța medie de viață;
- creșterea populației;
- componența pe sex și vârstă a populației;

- dezvoltarea fizică;
- morbiditate, invaliditate.

Toți factorii care afectează sănătatea, oamenii de știință i-au combinat în patru grupuri:

1. mediu natural, condiții naturale și climatice: poluarea aerului atmosferic, a apei, a solului, modificări bruște ale fenomenelor atmosferice, creșterea radiațiilor heliocosmice, magnetice și de altă natură. Ponderea influenței acestui grup de factori asupra sănătății umane este de 20%;
2. ereditate - predispoziție la boli ereditare (20%);
3. stil de viață – condiții, mod de muncă (antrenament) și odihnă, alimentație, cultură fizică, microclimat în familie și echipă, obiceiuri proaste (50%);
4. Îngrijirea sănătății - calitatea și oportunitatea asistenței medicale (10%).

Merită de evidențiat și conceptul de sănătate pozitivă propus de Downie (1992), care presupune două componenete:

1. bunăstarea psihică, fizică și socială;
2. fitness – forma fizică optimă, incluzând cei patru S (lb. engleză):
 - Strenght – forță fizică;
 - Stamina – vigoare (rezistență fizică);
 - Suppleness – suplețe fizică;
 - Skills – îndemânare (abilitate) fizică.

Percepția stării de sănătate este determinată de mai mulți factori, dar în general poate fi considerată drept un indice al bunăstării, precum și a sănătății fizice și mintale a populației. Sănătatea populației este determinată în mare parte de răspândirea și distribuția factorilor determinanți ai sănătății, de ordin socioeconomic, comportamental și de mediu. Stabilitatea economică și contextul social are un impact considerabil asupra stării de sănătate. Criza pandemică COVID-19, urmată de criza economică și cea energetică au aprofundat și mai tare nivelul sărăciei, cei mai vulnerabili fiind familiile cu mulți copii, vârstnicii, persoanele cu dizabilitate, precum și persoanele din mediul rural.

Factorii comportamentali - consumul de tutun, consumul de alcool, alimentație nesănătoasă și inactivitate fizică, și condițiile patologice determinate de acestea, comportă riscuri majore pentru sănătate. Starea mediului este esențială pentru sănătatea și bunăstarea oamenilor, iar apă și aerul poluat, expunere la zgomot și la substanțele chimice periculoase prezintă riscuri majore

pentru sănătatea populației. În Republica Moldova principalele surse de poluare ale aerului atmosferic sunt emisiile de la transportul auto și sursele staționare ale agenților economici.

Strategia Națională de Sănătate pentru anii 2022-2030 propune o abordare centrată pe persoană și pe resursele umane din sistemul de sănătate, cu asigurarea drepturilor fundamentale ale acestora la sănătate, la servicii medicale de calitate și la condiții de muncă sigure și decente. Sistemul de sănătate al Republicii Moldova este organizat conform principiilor accesului universal la serviciile de sănătate de bază și echității și solidarității în finanțarea serviciilor de sănătate atât de la stat, cât și de către persoane fizice și juridice prin mecanisme obligatorii de asigurări de sănătate. Strategia Națională de Dezvoltare „Moldova Europeană 2030”, document strategic de bază, care indică direcțiile de dezvoltare ale țării și ale societății pentru următorul deceniu și care stabilește dezvoltarea sistemelor economice și sociale accentuează recunoașterea și respectarea de către toate instituțiile responsabile și toate părțile interesate a următoarelor valori fundamentale și principii de bază: *centrare pe persoană, echitate și nediscriminare, respect și demnitate, calitate și accesibilitate, capacitate de răspuns, utilizare rațională și eficientă a resurselor, transparență și responsabilitate, etica profesională, responsabilitate individuală, angajament pentru obiectivele strategice.*

Grupurile vulnerabile prioritizate pentru intervenții socio-medice sunt: *copii și adolescenți, adolescenții și tineri, persoanele cu dizabilități, persoanele în etate, persoanele cu venituri mici, persoanele dependente cu vicii sociale (alcoolism, narcomanie etc.), persoanele infectate și afectate de HIV și SIDA.*

Personalul competent reprezintă resursa vitală a unui sistem de servicii socio-medice durabil, care prestează servicii calitative ca răspuns la nevoile populației. Intervențiile în acest domeniu sunt axate pe dezvoltarea personalului și menținerea forței de muncă pentru o aliniere mai bună a capacităților sistemului la nevoile de servicii a populației.

I. CONTRIBUȚIA UNITĂȚII DE CURS LA FORMAREA COMPETENȚELOR PROFESIONALE

Problemele ocrotirii sănătății populației reprezintă un obiect de studiu pentru științele medico-biologice și cele sociale. Din punct de vedere **social**, sănătatea este starea organismului în care capacitățile individuale sunt optime pentru ca persoana să-și îndeplinească în mod optim rolurile sociale (de prieten, vecin, cetățean, soț, părinte, etc.). Conceptul de sănătate a evoluat și

continuă să evolueze odată cu societatea, acesta fiind înțeles diferit de fiecare persoană în parte. Chiar dacă nu pare posibil să evităm complet îmbolnăvirile, putem totuși să ne pregătim corpul și mintea, pentru a face față cu succes problemelor, prin adoptarea unui stil de viață sănătos.

Experiența internațională, dar și din unele teritorii ale Republicii Moldova, demonstrează că un sistem integrat de asistență medicală în care prevenirea bolilor, protecția și promovarea sănătății, și serviciile de asistență medicală bine coordonate, inclusiv îngrijirea primară, secundară și terțiară, asigură creșterea rezultatului serviciului medical acordat, centrat pe pacient/beneficiar.

Serviciile sociale reprezintă un ansamblu de măsuri și activități, realizate pentru a satisface necesitățile sociale ale persoanei/familiei în vederea depășirii unor situații de dificultate, de prevenire a marginalizării și excluziunii sociale. Legea nr. 123 din 18.06.2010 cu privire la serviciile sociale (inclusiv cu modificările ulterioare), reiterează că serviciile sociale se clasifică în următoarele tipuri:

- a) servicii sociale primare;
- b) servicii sociale specializate;
- c) servicii sociale cu specializare înaltă:
 - cu componentă rezidențială;
 - fără componentă rezidențială.

Disciplina *Servicii medico-sociale* structurează achizițiile dobândite în cadrul Unităților de curs la programul de studii de licență *Asistența socială* și asigură atât aprofundarea cunoștințelor, cât și formarea unui sistem de cunoștințe și abilități științifice și practice în domeniul serviciilor medico-sociale, comportament și activități care oferă atitudini de valoare față de sănătate și sănătatea populației.

Competențe dezvoltate în cadrul unității de curs:

- Valorificarea politicilor și paradigmelor de bază ale asistenței sociale și sistemului de sănătate din perspectiva asigurării calității procesului de reabilitare medicală și socială în diverse contexte profesionale;
- Transpunerea în practică a liniilor directoare specifice politicilor sociale în domeniul sănătății populației în vederea dezvoltării/argumentării practicilor de reabilitare medicală și socială și modernizării practicilor de asistență medico-socială;
- Implementarea în activitatea profesională a cunoștințelor din științele sociale, medicale a inovațiilor organizării și gestionării procesului de reabilitare medicală și socială pentru

asigurarea condițiilor motivaționale și metodologice de formare a unui mediu apropiat social accesibil;

- Proiectarea activităților, programelor de sprijin medico-social pentru diferite categorii vulnerabile ale populației din perspectiva tehnicilor de muncă în echipa multidisciplinară la nivel intra- și inter - organizațional și de sporire a bunăstării cetățenilor;
- Desfășurarea procesului de asistență medico-socială prin aplicarea tehnologiilor avansate, adecvate paradigmei acceptate să răspundă necesităților diferite și în continuă schimbare ale beneficiarilor;
- Analiza obiectivă și argumentată a situațiilor problemă, corelată cu realizarea cercetărilor independente ale problemelor detectate în domeniul de activitate profesională și resursele disponibile cu scopul luării deciziilor, atrăgând în câmpul de activitate specialiști indicați;
- Demonstrarea capacității de informare privind problemele legate de procesul de asistență medico-socială și relaționarea profesionistă cu diverse categorii de beneficiari pentru a-i educa să-și mobilizeze propriile forțe, resurse fizice, mentale și sociale pentru a deveni participant activ al propriei schimbări;
- Autoreglarea și asumarea responsabilității pentru propria învățare și pentru un parcurs de formare profesională continuă într-o manieră ce ar putea fi în mare măsură autodirijată sau autonomă.

Repartizarea orelor pentru realizarea unităților de învățare

Nr. d/o	Unități de învățare	Total ore	Ore contact direct			Ore studiu individ
			C	S	L	
1.	Valeologia ca știință a sănătății. Concepția de sănătate și patologie în aprecierea sănătății populației	26	2	4		20
2.	Riscurile la adresa sănătății și securității populației	18	2	2		14
3.	Asistența medico-socială ca gen de activitate profesională	35	2	6		27
4.	Problematika medico-socială a cetegoriilor defavorizate	35	2	6		27
5.	Servicii sociale și medicale adresate persoanelor cu necesități de îngrijire și reabilitare	35	2	6		27
	TOTAL	150	10	25		115

Metode și tehnici de predare și învățare în cadrul unității de curs:

1. *Curs*: prelegere (clasică, interactivă, problematizată); metode didactice: conversația, explicația, descrierea, dezbateră; tehnici didactice: Brainstorming, Harta conceptuală ș.a.
2. *Seminar*: prezentări ale documentelor naționale/internaționale, documentare, analiză comparativă, lucrul în perechi/echipă, problematizarea, studiul de caz, exercițiul, analiza SWOT, etc.
3. *Laborator*: observare dirijată; simulare didactică; modelare; joc de rol, proiect, învățare bazată pe sarcini de lucru etc.
4. *Studiu individual* în baza elaborării ghidate a unor produse diferențiate/individualizate/de grup precum sistem de sarcini aplicative/practice, rezumat, proiect, studiu de caz, situație-problemă etc.

Strategiile de evaluare includ: evaluarea inițială; evaluarea curentă; evaluarea periodică și evaluarea semestrială (finală).

Evaluarea inițială este o evaluare predictivă/diagnostică și se va realiza la începutul unității de curs, va avea caracter interactiv, noninstrumental. Nota obținută de către student la evaluarea inițială nu se va lua în considerație la calculul notei semestriale. Notele la evaluarea inițială nu se vor înscrie în Catalogul grupei.

Evaluarea curentă (continuă) reprezintă o evaluare *formativă* și se va realiza continuu pe parcursul activităților în cadrul orelor practice și seminare în baza metodelor și tehnicilor complementare, cu accent pe autoevaluare și evaluare reciprocă. Notele pentru evaluările curente se vor introduce în Catalogul grupei academice.

Evaluarea periodică la unitatea de curs se realizează în baza unor probe scrise/orale/practice în perioadele reglementate: 2 evaluări periodice la unitățile de curs în semestrele fără stagii de practică. Notele pentru evaluările periodice se vor introduce în Catalogul grupei academice.

Evaluarea studiului individual presupune evaluarea unor produse diferențiate/individualizate, specificate în curriculum unității de curs. Nota/media notelor pentru activitatea individuală se vor introduce în Catalogul grupei academice.

Evaluarea semestrială (finală) la unitatea de curs se realizează în formă de examen scris/oral/mixt cu focalizare pe evaluarea de competențe. Nota semestrială se calculează ca media aritmetică dintre: nota/media notelor obținute la evaluările curente; media notelor obținute în cadrul evaluărilor periodice; nota/media pentru lucrul individual. Nota generală constituie

suma notelor: semestrială înmulțită la 0,6 și a examenului de finalizare, înmulțită la 0,4. Rezultatele evaluării semestriale se introduc în Sistemul Informațional Managerial Universitar (SIMU).

Studiul individual la unitatea de curs *Servicii medico-sociale* include următoarele sarcini:

Nr	Unități de învățare	Unități de conținut	Produsul preconizat	Modalități de evaluare
1.	Valeologia ca știință a sănătății. Concepția de sănătate și patologie în aprecierea sănătății populației	<ul style="list-style-type: none"> • Valeologia ca știință integratoare care cuprinde mijloacele și modelele ce vizează formarea, restabilirea și întărirea sănătății fiecărei persoane. • Subiect și obiect de studiu al valeologiei, scopurile, sarcinile, metode de valeologie, rolul științei valeologia în asistența socială. • Sănătatea și boala: delimitări conceptuale, stări ce caracterizează un anumit proces de adaptare a organismului la schimbări. • Factorul care dereglează echilibrul dintre organism și mediu. 	Glosar terminologic de valeologie Harta conceptuală a termenilor de sănătate, boală, stare patologică etc. Eseu/ppt ”Concepțiile despre omul psihic și funcțional sănătos”.	Evaluare inițială
2.	Riscurile la adresa sănătății și securității sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Riscurile la adresa sănătății și securității persoanelor. • Relevanța securității și sănătății persoanelor în măsurile de politică ale asistenței sociale și de îmbunătățire continuă a calității sprijinului medical și social, de sporire a bunăstării cetățenilor. 	Tabel generalizat al riscurilor Referat ” Măsuri de politică ale asistenței sociale și sprijinului medical privind sporirea bunăstării cetățenilor”	Evaluare curentă (notare selectivă)
3.	Asistența medico-socială ca gen de activitate profesională în domeniul asistenței sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Politici și paradigme de bază ale asistenței sociale și sistemului de sănătate din perspectiva asigurării calității procesului de reabilitare medicală și socială în diverse contexte profesionale. • Activitatea profesională a asistentului social prin prisma cunoștințelor din științele 	<ul style="list-style-type: none"> • Mini-investigație: Studiu comparativ (cel puțin 5 țări). <ul style="list-style-type: none"> • Studiu de caz • Comunicări orale 	Evaluare curentă, (notare selectivă) Evaluare reciprocă

		<p>sociale și medicale. Asistentul social ca un profesionist, ca un contributor esențial la schimbarea politicii de sănătate.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspecte metodologice privind implementarea, organizarea și gestionarea procesului de reabilitare medicală și socială a beneficiarilor pentru asigurarea unui mediu apropiat social accesibil. 		<p>Evaluare periodică nr.1</p>
4.	<p>Problematika medico-socială a ceteategoriilor defavorizate</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Socialul și geneticul/ereditarea ca factori declanșatori a nevoilor socio-mediceale a persoanei/grupului. • Categoriile defavorizate și starea de sănătate. • Implicarea sistemelor de asistență socială și sănătate în diminuarea și reducerea nevoilor socio-mediceale ale populației paupere. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel unificat al nevoilor socio-mediceale a populației paupere • Mini-nvestigație 	<p>Evaluare curentă (notare selectivă) Evaluare reciprocă</p>
5.	<p>Servicii sociale și medicale adresate persoanelor cu necesități de îngrijire și reabilitare</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nomenclatorul serviciilor sociale și Standarde minime de calitate. • Domeniile cheie pe care se concentrează serviciile medicale și sociale. • Aspecte metodologice privind specificul prestării serviciilor medico-sociale persoanelor din diferite grupuri 	<ul style="list-style-type: none"> • Micro-cercetare despre experiența implementării în instituțiile de protecție socială și sănătate a Standardelor minime de calitate • Lista de strategii • Grila de evaluare medico-socială 	<p>Evaluare curentă (notare selectivă) Evaluare reciprocă</p> <p>Evaluare periodică nr.2</p>

La finalizarea unității de curs și a programului de studii, studentul masterand va demonstra că este capabil:

- să explice conceptele, teoriile și tendințele actuale privind asistența socială în domeniul sănătății populației pentru promovarea schimbării sociale și rezolvarea problemelor beneficiarilor;
- să valorifice tezele de bază ale documentelor de politici și actelor legislative în domeniu, care fundamentează dezvoltarea practicilor medico-sociale și modalitățile de intervenție a asistentului social la nivel de individ, grup și comunitate.
- să evalueze situația socială a beneficiarului/persoanelor cu limitări funcționale, aplicând criteriile de atribuire persoanei a statutului de beneficiar al asistenței medico-sociale și modalitățile de formare a unui mediu apropiat social accesibil.
- să producă comportamente, judecăți și atitudini pozitive, deschise și relaționale despre structurile, procesele și valorile sistemului de asistență socială și ale celui de sănătate, promovate pentru susținerea practicilor medico-sociale privind problemele de socializare, abilitare și reabilitare.
- să elaboreze programe de asistență medico-socială și utilizare a tehnologiilor moderne, actuale de reabilitare în practica asistenței sociale din perspectiva diferitor categorii vulnerabile.
- să-și gestioneze cariera în concordanță cu cerințele și dinamica contextului actual privind performanțele profesionale personale din perspectiva beneficiilor serviciilor medico-sociale în procesul de reabilitare medicală și socială.

II. VALEOLOGIA CA ȘTIINȚĂ A SĂNĂTĂȚII. CONCEPȚIA DE SANATATE ȘI PATOLOGIE ÎN APRECIEREA SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI

Conținutul principal al teoriei valeologiei. În condițiile socio-economice actuale, starea de sănătate a populației țării rămâne una dintre cele mai acute probleme sociale, medicale și pedagogice, fiind un factor de securitate națională. Scăderea bruscă a nivelului de reproducere a populației și deteriorarea calității sănătății copiilor duc la necesitatea dezvoltării *strategie intersectorială pentru protecția sanatații publice*.

Datorită faptului că problema protejării sănătății populației în contextul crizei economice și demografice depășește competența asistenței medicale și devine sarcina primordială a politicii naționale, este necesar să se acorde sprijin de stat pentru implementarea conceptului de protecție

a sănătății populației. Problema centrală a valeologiei este atitudinea față de sănătatea individuală și educația culturii sănătății.

Sănătatea, conform OMS, este o stare de deplină bunăstare fizică, mentală și socială, și nu doar absența bolii sau infirmității în toate domeniile legate de sistemul vital al organismului, funcțiile și procesele acestuia. Formarea sănătății presupune un set de acțiuni care vizează optimizarea natalității, creșterii și educației adolescenților. Restabilirea sănătății presupune respectarea regulilor unui stil de viață sănătos (sub aspect valeologic), precum și măsuri care vizează restabilirea sănătății pierdute (recuperarea) și menținerea acesteia la același nivel.

În conceptul de valeologie, sănătatea este capacitatea corpului uman de a-și menține performanța în condiții de mediu în schimbare. Astfel, valeologia include instrumente teoretice și practice pentru gestionarea tuturor aspectelor sănătății umane - starea fizică, psihologică și spirituală, locul ei în societate. Or, valeologia este știința care se ocupă de problemele sănătății umane, atât fizice, cât și psihice.

Valeologie (din latinescul „*valeo*” – „*a fi sănătos*”) este o știință integratoare care cuprinde mijloacele și modelele care vizează formarea, restabilirea și întărirea sănătății fiecărei persoane folosind o varietate de metode și tehnologii de vindecare. Termenul de valeologie a fost introdus în anii 80 ai secolului nostru de către I.I. Brekhman. Aproape de acest termen se află și termenul de *helsasm*, comun în țările europene. Valeologia folosește abordări și metode genetice, biochimice, biofizice, fiziologice, morfologice, psihologice, sociale și de altă natură în studiul formării, dezvoltării și păstrării sănătății unui individ în ontogeneză.

Ca orice ramură a științei, valeologia are propriul subiect, obiect de studiu, metode, fundamente metodologice, scopuri și obiective. **Subiectul științei valeologiei** este sănătatea individuală a unei persoane, rezervele de sănătate, funcțiile corpului său și posibilitatea de reglare și corectare a acestora. **Obiectul valeologiei** îl constituie o persoană care este sănătoasă din toate punctele de vedere și o persoană care se află în stadiul de acțiuni pre-boală. Pre-îmbolnavirea reprezintă riscul deteriorării sănătății din cauza proceselor patologice care apar indiferent de acțiunea factorilor externi, ca urmare a reducerii rezervelor de sănătate. În concluzie, principalul subiect și obiect de studiu al valeologiei sunt:

- mecanismele fizice și genetice ale sănătății inerente fiecărui organism;
- o persoană într-un mod complex, incluzând toate componentele sale constitutive care afectează starea de sănătate.

Abordarea luării în considerare a sănătății umane în valeologie este integrativă, sistematică, metodele folosite în aceasta nu sunt medicale, ci în mare parte naturale. Prin scopul

său, valeologia vine a dota o persoană cu cunoștințe despre formarea, conservarea și întărirea sănătății. Astfel, **scopul principal al valeologiei** ca știință este îmbunătățirea corpului uman prin atragerea oamenilor către un stil de viață sănătos. Există un **scop definit** urmărit de valeologie ca știință: antrenează oameni pentru a insufla regulile de bază cu referire la întărirea și restabilirea sănătății organismului fără utilizarea medicamentelor, să învețe cum să elaboreze un program de viață corect: alimentație, practicarea sportului, renunțarea la obiceiurile proaste, respectarea regulilor de igienă de bază, apelarea la timp a ajutorului medical.

Aceste scopuri presupun automat rezolvarea următoarelor **sarcini directe ale valeologiei** ca știință a sănătății:

- studiul potențialului intern de sănătate al fiecărei persoane;
- evaluarea stării de sănătate conform tuturor indicatorilor medicali general acceptați;
- dorința de a forma un stil intern de viață sănătos pentru oameni;
- promovarea sănătății și prevenirea bolilor prin aplicarea elementelor de bază ale unui stil de viață sănătos.

Valeologia se confruntă și cu **sarcinile** care au conținut atât medical, cât și social:

- îmbunătățirea sănătății,
- îmbunătățirea nivelului de viață al individului,
- promovarea adaptării acestuia în societate,
- explorarea tiparelor de formare și conservare a sănătății individuale.

Valeologia este o știință a sănătății, ceea ce înseamnă că folosește un anumit set de metode pentru cercetare:

1. Evaluarea stării fizice și psihice a unei persoane folosind diagnosticarea computerizată.
2. Metodologia observării a subiecților în timpul procesului de activitate, fie școlară/academică dacă e elev/student, fie profesională, dacă e adult. Scopul este de a acumula o bază de informații pentru o analiză și cercetare mai profundă.
3. Experiment (cel mai adesea de laborator/natural). Se desfășoară împreună cu subiecții pentru a confirma vizual unul sau altul postulat al valeologiei și pentru a demonstra importanța semnificației sale.
4. Sociometodologice. Aceste metode includ chestionare, sondaje de opinie și alte tipuri de interacțiuni sociale pentru a identifica indicatori statistici medii pe diverse probleme ale sănătății umane și pentru a acumula o bază de informații pentru studiu și analiză.
5. Metode matematice. Sunt necesare pentru prelucrarea datelor obținute în anterior.

6. Pedagogice. Este necesar pentru formarea concluziilor asupra problemelor legate de copii/tineri (creșterea lor, predarea stilurilor de viață sănătoase etc.).

Datorită metodelor și tehnologiilor valeologice, este posibilă detectarea în timp util a persoanelor care trebuie să-și îmbunătățească sănătatea. Prin aplicarea metodelor de recuperare, acestea sunt scoase din stadiul de pre-imbolnavire. Astfel, tehnologiile valeologice servesc ca fundație pentru prevenirea primară a morbidității. În plus, tehnologiile valeologice sunt aplicabile unei persoane deja bolnave. În acest caz, se manifestă aspectul de prevenire valeologică secundară a bolii. Aplicarea directă a tehnicilor de vindecare duce la creșterea rezervelor de sănătate, reluarea funcțiilor de autoreglare și auto-reproducere, precum și prevenirea consecințelor bolii și a răspândirii acesteia în organism.

Combinăția și aplicarea complexă a tuturor metodelor de studiu ale valeologiei face posibilă obținerea unor rezultate foarte bune cu dinamică de dezvoltare pozitivă. Și nu numai în rândul copiilor/tinerilor, ci și în rândul adulților. De exemplu, acest lucru a dus la faptul că secolul XXI a fost marcat de o „modă pentru sănătate”. Adică, acum a duce un stil de viață sănătos este relevant, la modă, tineretul devine tot mai preocupat de sport (orice gen), de unde și apare necesitatea de a întreține o alimentație sănătoasă. Și aici nu putem să negăm această influență intenționată pe termen lung asupra conștiinței copiilor/tinerilor a valeologiei și științele conexe.

În valeologie sănătatea este înțeleasă ca o categorie socio-medicală independentă care poate fi descrisă calitativ și cantitativ. Sarcina valeologiei este de a forma, menține și întări sănătatea. Trecerea de la stadiul de sănătate la stadiul de pre-boală este precedată de o anumită afecțiune. În același timp, sănătatea este o categorie mai largă, în timp ce boala și pre-boală sunt concepte destul de înguste.

Valeologia ia în considerare sănătatea într-un mod complex, holistic, incluzând toate laturile și aspectele sale și studiind din toate părțile și opțiunile (mental, social, psihic, moral, fizic). Datorită naturii globale a conceptului, valeologia este asociată cu o întregă gamă de alte științe.

Mulți compară valeologia cu igiena. Fără îndoială, au ceva în comun, dar totuși sunt două științe diferite. Subiectul valeologiei este sănătatea individului, funcțiile corpului său și capacitatea de a le influența. Iar subiectul igienei este studiul relației dintre factorii externi (naturali și sociali) și sănătatea umană. Obiectul valeologiei este o persoană sănătoasă și o persoană în „starea a treia” (pre-boală). Obiectul igienei îl reprezintă factorii externi și o

persoană. Astfel, igiena trece de la mediul extern la persoană, iar valoricismul, dimpotrivă, de la persoană la mediu.

Există o părere eronată că valeologia este știința de a duce un stil de viață sănătos. Dar modul de viață este un grup social larg, care include nu numai absența obiceiurilor proaste și a sportului, ci și viabilitatea financiară, profesia, nivelul de educație, gradul de cultură al unei persoane și multe altele. Studiul influenței stilului de viață asupra sănătății este subiectul igienei sociale. Și valeologia dezvoltă doar principiile unui mod de viață, datorită căruia are loc formarea, restabilirea și întărirea sănătății.

Nevoia de cunoștințe valeologice se datorează faptului că, în absența lor, o persoană poate să-și înțeleagă greșit sănătatea și să se grăbească de la o extremă la alta - să o întărească cu un fanatism înspăimântător sau să abandoneze formarea și întărirea sănătății de teamă să nu se facă rău. Lipsa de cunoștințe în domeniul valeologiei dă naștere la multe speculații și mituri cu privire la anumite boli, de exemplu:

1. Mitul bisericesc - toate bolile îmi sunt date pentru păcatele mele.
2. Mitul psihogenetic – mi-am moștenit toate bolile psihice.
3. Mitul bioenergiei - Mă îmbolnăvesc pentru că „vampirii energetici” îmi epuizează forța vitală.
4. Mitul psihanalitic - toate bolile se datorează faptului că relația mea cu părinții mei a fost nereușită.
5. Mitul karmic: bolile de acum sunt o pedeapsă pentru păcatele dintr-o viață trecută sau pentru păcatele strămoșilor mei.
6. Mit sociocentric - M-am îmbolnăvit pentru că mi-am îndeplinit destinul pe Pământ și nu mai am nevoie.
7. Mitul astrologic – m-am îmbolnăvit pentru că așa s-au „aranjat” stelele.

Datorită valeologiei, generația mai tânără își poate forma corect ideea despre sănătate, o poate aprecia și este sceptică cu privire la astfel de presupuneri. Formarea sănătății este o categorie în care nu există loc pentru presupuneri, aceasta este o problemă serioasă a societății moderne care necesită o abordare serioasă și holistică a soluției, atât de către persoana înșiși, cât și de către profesioniștii din domeniul lor – medici, oameni de știință, profesori, asistenți sociali.

Dacă știința reușește să rezolve toate problemele de mai sus, atunci omenirea va trece la un nivel complet nou în ceea ce privește menținerea sănătății. Numărul bolilor de orice plan și natură va scădea, nivelul activităților fizice și de prevenire va crește, numărul patologiilor la naștere va scădea, vor fi mai puțini pacienți cu dizabilități și incurabili.

Valeologia este studiată în principal ca curs facultativ *în școală* sau ca disciplină academică în *universitate*. Bazele unui stil de viață sănătos ar trebui puse tocmai la aceste vârste. **Chiar de la școală** este foarte important să-l faci pe copil să înțeleagă cât de important este să fie sănătos. La urma urmei, copiii au valori ușor diferite și încep să înțeleagă semnificația deplină a sănătății abia după ce se îmbolnăvesc de ceva. Prin urmare, ar trebui să încercăm să le explicăm că valeologia este știința sănătății, conservarea acesteia, prevenirea bolilor și întărirea stării fizice generale a oamenilor. Copiii vor înțelege cel mai bine acest lucru dacă li se oferă ca exemplu cazuri concrete din viața oamenilor înainte de a se gândi la un stil de viață sănătos și după ce au început să-l conducă activ. Este impresionant pentru ei să se arate ce boli ereditare și tragedii umane pot fi evitate dacă te întorci și ascuți la timp corpul tău.

În **studiul universitar** al valeologiei se ține cont de faptul, că valeologia fiind o știință complexă, completată organic cu multe alte științe și secțiuni care studiază persoana și sănătatea sa, este evident că este un concept foarte labil și extins care se referă la aproape toate aspectele vieții unei persoane care afectează cumva sănătatea mintală, fizică, psihică, socială și morală. Astfel, cu studenții este nevoie de un întreg curs serios, care să includă o serie de ore teoretice și practice, laborator, care să acopere toate problemele valeologiei în întregime și să arate semnificația acesteia.

În concluzie,

1. Valeologia este știința unui stil de viață sănătos, a măsurilor complexe care trebuie luate pentru a menține propria sănătate, a o întări și a preveni bolile.
2. Acesta este o de ramură a științei medicale cu aspect social accentuat extins, care vizează modelarea conștiinței oamenilor cu privire la importanța sănătății proprii și generale a omului, a sănătății populației.
3. Această știință are propriile sarcini și scopuri, metode de cercetare care o ajută să obțină rezultate pozitive.
4. Valeologia a devenit o nouă direcție printre părțile constitutive ale științei omului. Termenul "*valeologie*" a fost propus pentru prima dată în 1980 de I.I. Brekhman. Este derivat din cuvântul latin „valeo” - salut, fii sănătos. În prezent, valeologia este înțeleasă ca știința tiparelor de manifestare, a mecanismelor și a metodelor de menținere, întărire și conservare a sănătății umane.
5. Necesitatea creării unei direcții sociale speciale în ciclul științelor biomedicale se datorează faptului că prevenția primară nu se încadrează în cadrul medicinei și este nevoie de o medicină științifică prietenoasă omului. Omenirea acumulează de secole

cunoștințe despre un stil de viață sănătos, dar acestea au fost împrăștiate, nu sistematizate, fără justificare științifică. Toate aceste probleme sunt tratate de valeologie.

6. Datorită cunoștințelor valeologiei, o persoană va putea să-și construiască viața în mod intenționat, să se protejeze de stresul nervos/emoțional, să slăbească influența factorilor cu urmări asupra corpului său și să elimine cauzele multor boli și îmbătrânirea prematură. În acest sens, valeologia își stabilește scopul de a crea o astfel de stare a organismului în care factorii adversi nu pot fi eficienți, adică provoca boala.
7. Valeologia rezolvă problemele studierii factorilor „sănătății umane”, depistarea precoce a abaterilor de la normă a tuturor funcțiilor fiziologice, atunci când nu există încă manifestări clinice ale bolii, dar capacitățile de rezervă ale sistemelor organismului sunt deplasate spre reducerea lor. Acest lucru permite un tratament în timp util și de succes.

Concepția de sanătate și patologie. Starea de sănătate – este o noțiune relativă, privind un fenomen biologic deosebit de complex, dificil de identificat, separat, definit și cuantificat. Starea de sănătate cuprinde numeroase definiții dar nici una pe deplin satisfăcătoare, fiecare aduc idei noi, utile înțelgerii unui fenomen contraversat. Hipocraț spunea: "stare de echilibru între corp, minte și mediu", la care astăzi se adaugă relațiile social-economice.

- sănătatea reprezintă un "echilibru somatic și psihic dublat de o capacitate de a reacționa adecvat la solicitările mediului natural și social".
- sănătatea induce implicații deosebite: medicale, economice, sociale, psihono-emoționale. Schopenhauer menționa că:
 - "sănătatea nu este totul, dar fără sănătate totul este nimic"
 - "sănătatea înseamnă posibilitatea unei perfecționări adaptive, armonioase a organismului uman, perfecționare realizată deliberat, printr-o activitate educativă"
 - "sănătatea este o stare care reflectă echilibrul dintre individ și mediul său natural și social și este o condiție de autorealizare".

Filozoful Hans George Gadamer din Heidenburg numește starea în care toate energiile sunt funcționale și armonizate, "sănătate ascunsă". Sintagma dată exprimă faptul că sănătatea există când nu suntem conștienți de stările și senzațiile pe care le produce. Pe scurt: cine este sănătos nu se gândește la sănătate.

Din punct de vedere strict biologic, sănătatea omului constă în acea stare funcțională a celulelor, țesuturilor și organelor care asigură continuitatea biologică și armonizarea perfectă (optimă) a organismului uman în raporturile sale cu mediul. Aceasta înseamnă că: fiecare celulă a organismului funcționează și se reproduce la capacitate optimă și în armonie cu toate celelalte

celule din organism; fiecare organ funcționează la capacitate optimă și în armonie cu toate celelalte celule din organism; fiecare organ funcționează la capacitate optimă și în armonie cu toate celelalte organe ale ființei umane; organismul uman în ansamblul său se află în relații de armonie cu mediul natural în care trăiește. Sănătatea perfectă, în cadrul strict psihologic, constă în perceperea și reflectarea de către ființa umană a existenței unei armonii perfecte în privința funcționării biologice a organismului său și a relației acestuia cu mediul natural și social în care trăiește, astfel că individul poate să facă față, în mod optim, tuturor contingențelor (legăturilor exterioare).

Sub aspect social, sănătatea reprezintă acea stare a organismului în care capacitățile individuale, necesare îndeplinirii sarcinilor și rolurilor sociale, se află la un nivel optim.

Un organism viu poate fi definit ca un sistem complex și sisteme în echilibru dinamic. Toate componentele acestui sistem complex sunt în activitate echilibrată, în sensul că uneori domină funcția unuia dintre sisteme, alteori a altui în cursul digestiei predomină activitatea aparatului digestiv, în timp ce în cursul efortului fizic activitatea musculară. Coordonarea funcțiilor și adaptarea organismului la mediu sunt asigurate de sistemul nervos. Nivelul funcțiilor organismului se modifică în urma reacțiilor de adaptare. De exemplu: în cursul unui efort fizic cresc frecvența bătăilor cardiace, tensiunea arterială, frecvența și amplitudinea mișcărilor respiratorii se intensifică procesele metabolice; se mobilizează sângele din depozite; se ridică nivelul glicemiei; crește acidul lactic din sânge.

În aceste condiții devierile de la normal nu sunt patologice, pentru ca, prin aceste reacții asemănătoare cu acelea din efortul fizic, febra fiind manifestarea unei stări patologice, care apare sub acțiunea unor agenți neobișnuiți din mediul de viață. Febra este deci manifestarea unei boli, limitând capacitatea de adaptare a organismului la mediu. Deci echilibrul biologic dintre organism și mediu, cu posibilitate manifestării reacțiilor de adaptare ale organismului, se numește **stare de sănătate**. Modificarea acestui echilibru biologic sub influența unor factori interni sau externi, cu limitarea capacității de adaptare a organismului la mediu, se numește **stare de boala**.

Boala se manifestă ca o formă particulară de existență a omului, caracterizată printr-un proces care tulbură echilibrul părților în organism și al organismului în raport cu mediul și care duce, fie la limitarea sau dispariția libertății și a capacității de muncă, fie la moartea celui care s-a îmbolnăvit.

Definirea bolii ca "viață îngrădită în libertate" scoate în evidență atât aspectele biologice cât și sociale importante, cum ar fi funcția și poziția specifică a omului la locul de muncă

(salariat, patron, lucrător pe cont propriu, lucrător intelectual, funcționar public ș.a.) sau în familie (bunic, soț, fiu, persoană dependentă de ceilalți sau persoană cu responsabilități sporite față de membrii familiei etc.). În cadrul microgrupurilor sociale profesionale și neprofesionale, al diferitelor organizații și instituții sociale, culturale etc.

Conceptul de boală este orice dereglare organică sau psihică, reală sau imaginară, care perturbă senzația de bunăstare a unei persoane, amenințându-i existența. Noțiunea de boală include mii de entități nosologice, fiecare cu stadialități greu de definit. Boala reprezintă o formă particulară de existență al materiei vii, caracterizată prin apariția unui proces care tulbură unitatea părților în organism și a organismului cu mediul natural și social.

Bolile pot fi considerate a fi manifestări ale eșecurilor adaptive ale organismului uman și ale insucceselor rezultate din conflictul cu agresiunile biologice, fizice și chimice. Boala este un proces complex, dinamic, la care i-a parte întregul organism, ca rezultat al corelațiilor care se stabilesc între mediul intern și extern, pe de o parte și al corelațiilor dintre organismul privat ca un tot unitar și diferitele sale părți componente, pe de altă parte. Factorul care dereglează echilibrul dintre organism și mediu se numește **cauză patogenă**, iar efectul – stare patologică.

Boala este deci o stare patologică; reacții patologice, care duc la distrugerea celulelor și a țesuturilor; reacțiile patologice apar pe parcursul bolii, pe seama reacțiilor de compensare sau adaptare, dacă acestea depășesc o anumită intensitate. Este important de cunoscut faptul, care dintre reacții sunt utile și care pot deveni nocive, în evoluția unei boli, funcțional precedă organicul; cu alte cuvinte, tulburările inițiale sunt funcționale, deci reversibile, dar cu timpul apar leziuni organice (distracții tisulare), care în faze avansate pot deveni ireversibile.

Pentru a preveni apariția leziunilor organice, mai greu de tratat, bolile trebuie diagnosticate și tratate în faze inițiale, funcționale. Perioada de latentă de evoluție a bolii reprezintă intervalul de timp care se scurge din momentul acțiunii agentului patogen asupra organismului și până la apariția modificărilor funcționale ale organismului. Această perioadă poate lipsi uneori, ca exemplu în traumatisme sau arsuri, în bolile infecțioase, perioada de latență se numește *incubație*. La sfârșitul perioadei de latență, procesul patologic se poate termina sau poate evolua către a doua fază a bolii - perioada de stare.

Perioada de stare reprezintă intervalul de timp în care apar tulburări ale funcțiilor organismului, reacțiile fiind generale, indiferent dacă agentul patogen a acționat asupra unui teritoriu limitat sau asupra unui anumit organ. Aceasta se datorează excitării terminațiilor nervoase prin produsele de metabolism microbial și din țesuturile degradate, excitația transmisă la centrul nervos determinând o reacție generală, care antrenează și modificări umorale.

Reacțiile de răspuns ale organismului sunt de mai multe feluri:

- reacții de adaptare, care constau în modificări metabolice și morfologice; în afara reacțiilor de apărare specifice față de agenții de agresiune (anticorpi etc.), organismul poate răspunde agresiunilor și prin reacții de apărare nespecifice, prin intermediul secrețiilor glandelor endocrine (hipofiza, suprarenala);

- reacții de compensare, care urmăresc suplینirea funcțiilor organismului lezat, intrat în inhibiție de protecție.

În problema patogeniei concepțiile au evoluat:

- Potrivit concepției organo-localiciste, boala este considerată ca fiind urmarea acțiunii locale a agentului patojen asupra unui organ; prin leziune se modifică funcția, ceea ce duce la boală.

- Concepția patologiei moleculare (Schada) susține că, sub acțiunea agenților patogeni, în organism se schimbă constanta umorilor (homeostaza mediului intern), aparținând modificările moleculare care explică toate tulburările funcționale ale organismului bolnav. Prin constanta umorilor se înțeleg unele valori invariabil constante. Astfel constanta temperaturii (*izotermie*), constanta conținutului de apă (*izohidrie*), presiunea osmotică constantă (*izotonie*), concentrația constantă a diferitor ioni (*izoionie*). Această concepție a însemnat un progres important în medicină.

- Concepția sindromului de adaptare a lui H. Selye a arătat că, în afara reacțiilor de apărare specifică față de agenții de agresiune (anticorpi etc.), organismul poate răspunde agresiunilor și prin reacții de apărare nespecifice, prin intermediul secrețiilor endocrine (hipofizare, suprarenale).

Indiferent de agentul agresor, organismul răspunde totdeauna în același fel agresiunilor (stresurilor), și anume prin modificări morfologice, cu creșterea rezistenței față de agentul în cauză. Sindromul de adaptare poate fi declanșat de agenți foarte diferiți (frig, radiații solare, traumatisme, infecții, intoxicații, eforturi musculare) și evoluează în mai multe etape:

- faza de alarmă, cu declanșarea secreției de adrenalină, cuprinzând oprimă etapă de șoc, urmată de una de contrașoc, caracterizată printr-o exagerare a catabolismului, reprezentând apariția manifestărilor de apărare împotriva șocului;

- faza de rezistență, caracterizată prin creșterea rezistenței organismului față de agentul agresor în cauză. Agentul agresor acționează asupra glandei hipofize pe cale nervoasă și probabil umorală. Prin intermediul hormonului hipofizar adrenocorticotrop este excitată glanda corticosuprarenală și se declanșează secreția de hormoni glucocorticoizi. Aceștea cresc

glicemia, glicogenul hepatic, măresc eficacitatea contracției musculare, duc la involuția țesutului limfatic, cu eliberarea în circulație de anticorpi, și scad reacția inflamatorie;

➤ faza de epuizare se instalează când acțiunea agentului patogen continuă, ajungându-se nu numai la epuizarea organismului, dar și la moarte.

▪ Concepția nervistă, consideră că agentul patogenic comun tuturor bolilor este următorul: agentul patogen acționează asupra terminațiilor nervoase din teritoriul unde își exercită acțiunea nocivă, terminații prin care stimulul este transmis scoarței cerebrale. Aceasta e calea directă, reflexă. Dar scoarța e excitată și pe cale umorală, de către produsele de degradare apărute la nivelul leziunii. Centrii nervoși acționează asupra periferiei pe cale endocrină (prin cuplul hipofizo- suprarenal) și pe cale nervoasă directă. Prin repetarea acțiunii agentului patogen, apare posibilitatea condiționării reacțiilor de răspuns.

Evoluția unei boli este de asemenea foarte importantă, urmărirea în detalii a evoluției permițând adeseori stabilirea mai exactă a diagnosticului, prevenirea complicațiilor. Practic, **sănătatea se degradează treptat** - nimeni nu devine bolnav cronic peste noapte – astfel încât organismul are nevoie de timp pentru a-și recăpăta echilibrul. În existența cotidiană a oamenilor, nici un individ nu este perfect sănătos (sănătate optimă), dar nici toți oamenii nu sunt bolnavi (în același moment), existând astfel o zonă de sănătate mai puțin perfectă, considerată ca sănătate normală; nici sănătatea și nici boala nu sunt entități în sine, ci stări ce caracterizează un anumit proces de adaptare, în conformitate cu schimbările vieții și sensul pe care îl atribuim acestor schimbări.

În concluzie,

1. Boala, ca și sănătatea, este dificil de definit și evaluat.
2. Definirea și aprecierea corectă a indicatorilor de sănătate ar permite evidențierea grupelor umane după gradul de sănătate.
3. În dependență de gradul de sănătate am putea elabora măsuri de fortificare sau îmbunătățire a stării de sănătate a populației.
4. Boala nu este caracteristică numai individului uman, dar un criteriu de apreciere a factorilor caracteristici mediului și societății, care diminuează nivelul de sănătate a populației.
5. Interpretarea cazuală a corelației dintre sănătate și boală permit a elabora metode mai eficiente de profilaxie.

În 1977 psihiatrul elvețian de origine germană George Engel, propunea un model - ce va deveni celebru pentru explicarea naturii factorilor ce concură la apariția bolii - **modelul bio-**

psiho-social. Modelul bio-psiho-social reprezintă o concepție holistică ce integrează în explicarea sănătății și bolii 3 categorii de factori care interacționează - fie negativ= patogeneza, fie pozitiv = salutogeneza - și a căror abordare cu metode specifice fiecăruia dintre acești factori (de către biologi, medici, psihologi, sociologi și alte specialități) contribuie la păstrarea/restabilirea sănătății. Modelul Bio Psiho Social (MBPS) a fost precedat multă vreme de către modelul biologic (biomedical) al bolii deoarece acțiunea factorilor biomedicali, mai ales în bolile somatice a fost evidențiată cu mai multă ușurință, constituind, de fapt, elementul care este implicat cel mai direct și care poate contribui exclusiv la apariția bolii (de exemplu, o fractură).

Modelul biomedical, centrat pe date biologice, privește în interiorul persoanei bolnave, absolutizează date clinice și de laborator, implică interpretări unilaterale și biologice ale bolii. Din acest motiv, chiar și după recunoașterea valabilității - necontestate a modelului bio-psiho-social (MBPS), cei mai mulți dintre medicii practicieni continuă să utilizeze, și în zilele noastre, în plan diagnostic și terapeutic exclusive modelul bio medical, aflându-se pe o poziție considerată ca o "biologizare" a bolii (**atitudine biologizantă**). Faptul că, în realitate, acest MBPS este valid, chiar și în cazul unei boli somatice fără o cauză psihogenă (în exemplul dat, o fractură), este argumentat însă de către elementele de ordin psihic, însoțitoare ale afectării în plan biologic a bolnavului, reacția somato-psihică la durere și imobilizare (anxietate, iritabilitate, etc) ca și de către factorii sociali implicați (consecințe în plan social = absenteism, diminuarea veniturilor în cursul spitalizării, relații familiale posibil a fi perturbate, etc).

Există și o altă tendință (actuală) de psihologizare a bolii (**atitudine psihologizantă**) mai ales în rândul psihologilor, care ar trebui să fie informați - în cadrul pregătirii lor universitare și postuniversitare - de faptul că există unele boli psihosomatice cu pondere ereditară (de ex, diabetul zaharat, cancerul, astmul bronșic, etc) în apariția cărora factorul biologic este inevitabil dar, trebuie, totodată, recunoscut că - după apariția bolilor respective - ele se "comportă" și în funcție de factorii psiho-sociali.

În cele ce urmează, vom detalia succint aspectele legate de cei trei factori biologici, psihici și sociali.

Factorii biologici sunt reprezentați de stimuli externi cu caracter fizic (ex. radiațiile solare - insolația), chimic (ex. intoxicația cu CO) și microbiologic (bacterii, virusuri, paraziți, și alte microorganisme) ce participă la apariția bolii. În același timp, factorul biologic trebuie considerat și din **perspectiva sa „internă” de expresie a terenului biologic** al individului ce va fi afectat de boală, deoarece foarte des boala apare ca rezultat al unei evoluții interne a proceselor sale constitutive biologice (ex. diabet zaharat) accelerat sau încetinit de factorii externi biologici (ex.

consum de dulciuri) și/sau psihosociali (ex. concediere, divorț, stressuri zilnice minore, compensate prin consum de dulciuri).

Din perspectivele salutogenezei, acest teren biologic reprezintă **resursele sănătății** iar din perspectiva bolii, **terenul de organ „meiopragic”** (cu o fragilitate la nivelul unor structuri considerate ca „locus minoris resistentiae”), pe care se grefează acțiunea nu numai a factorilor psiho-sociali, ci și a celor biologici eterni. De exemplu, un ulcer este agravat de reactivarea bacteriei *Helicobacter Pylori*, pe lângă acțiunea combinată a factorilor psihologici și sociali ce exprimă reacția bolnavului la un conflict social (ex. campania electorală a unui candidat). La rândul său acest „stress electoral” se concretizează și printr-un comportament cumulând alți factori de risc pentru boala respectivă (ex. fumat excesiv, consum crescut de cafea și alcool).

Toate considerațiile de mai sus tind să lărgescă accepțiunea de factor biologic prin evidențierea numeroaselor sale **interacțiuni cu ceilalți factori fundamentali ai sănătății și bolii: psihic și social**, care îl modelează în permanență, putând să producă uneori modificări calitative, care să îi confere o nouă dimensiune (de asemenea biologică) dar capabilă să inducă un alt mod de relaționare de același tip sau cu altă configurație psiho socială.

Un exemplu pentru a ilustra această afirmație este acela al unui bolnav care face un infarct miocardic în urma unui stres major (concediere) pe un teren biologic favorizant (tatăl decedat infarct miocardic). Acest teren biologic anterior infarctului se modifică considerabil (agravarea bolii după infarctul recent) devenind mult mai sensibil la o serie de factori externi organo-specifici precum efortul fizic excesiv, fumatul, etc. Totodată în plan psihologic survine apariția unei depresii secundare infarctului care constituie un factor agravant pentru prognosticul rezervat al bolii, mai ales dacă factorii psihosociali -reprezenți de consecințele concedierii, și greutățile materiale consecutive bolii - își exercită presiunea lor tot mai crescută iar suportul social ar putea să fie minim sau chiar absent (văduv sau divorțat).

Absolutizarea factorilor biologici a generat, însă, un **model biomedical de abordare a bolnavilor** care poate fi rezumat (modificat după Restian) în modul următor. **Factorii biologici** sunt reprezentați de:

- a. Agenți fizici, chimici și biologici
 - b. Comportamente nocive ~ stilul de viață (factori de risc)
 - ✓ Permisiv pentru a.
 - ✓ Scad imunitate (la indivizi cu trăsături imunogene negative)
 - ✓ Afectează sistemul neuro-endocrino-vegetativ
- Acționează din exterior spre interior (organe —>sisteme; celule —>moleculare)

- modificarea lor prin medicație sau chirurgie omite:

- ✓ efectul somato-psihiac al bolii
- ✓ etiopatogenia psihogenă
- ✓ mobilizarea resurselor psihologice ale pacientului

- nu explică integral multe boli (cum ar fi schizofrenia, cancer, HTA).

Tendențele biologizante în explicarea bolii, proprii corpului medical se manifestă prin absolutizarea factorilor de teren (ereditari) și/sau dobândiți - ex un diabet insulinar apărut după o parotidită urbană -oreion- cu complicație pancreatică, implicând distrugerea celulelor Langerhans, dar acest debut al unui astfel de diabet insulinar poate fi grăbit printr-o alimentație bogată în dulciuri și de către stresuri majore.

Factorii psihologici sunt reprezentați de cel mai adesea de stresul psihic dar și de vulnerabilitatea psihică a individului (trăsături de personalitate favorizând instalarea distresului și efectele nocive ale acestuia). Rolul factorilor psihologici este de **domeniul evidenței clinice**, inclusiv prin con-siderarea unor date furnizate de **epidemiologie** și, desigur, de **cercetarea experimentală**. Din păcate, observațiile clinice nu pot fi invocate cu certitudine în toate cazurile -chiar dacă apar convingătoare - ca în cazul paralelismului dintre evenimentul biografic și evoluția bolii (v. Kourilsky) sau riscului pentru sănătate generat de modificările de viață, însumate după modelul scalei Holmes și Rahe.

Totuși, se poate vorbi de faptul că rolul stresului psihic este admis de toată lumea (în special distressul ca factor declanșant sau coparticipant în declanșarea și agravarea bolilor) astfel încât vom încerca în tabelul 2 să prezentăm o sistematizare a unora dintre principalele "contribuții" ale stresului psihic în patogeneza subliniind faptul că acest rol este mijlocit de punerea în mișcare a unei mașinării complexe de **mecanisme psiho-neuro-endocrino-imune** ce răspund de efectele somatice (psihosomatice) ale distresului.

Factori psihologici

1. Dezvăluiri prin observație clinică și epidemiologică

- psihogeneza tulburărilor mentale (ex. PTSD) și tulburărilor somatice (boli psihosomatice)
- rolul permisiv al stresului psihic pentru agravarea bolii și pentru răspunsul prost la tratament
- comportamente de risc pentru boală și răspunsul psihologic al bolii, efectul placebo
- efectul favorizant în longevitate al eustresului și trăsăturilor imunogene de personalitate
- efectul benefic al psihoterapiei

2. Demonstrați prin date de laborator ce se referă la:

- hormoni de stres și efectele lor viscerale și imune (celule NK, INF gama)
- receptorii neuroendocrini (catecolamine, serotonină, histamină, endorfine)
- neuro-pattern pentru unele boli psihosomatice și tulburări somatoforme (Hellhammer - 2004)
- date neurofiziologice asupra schimbărilor din cursul proceselor neuropsihologice
- Tomografie cu pozitroni, poligraf, etc.

3. Expresia lor majoră: bolile psihosomatice

- multifactoriale (factorii psihologici - rol major)
- vulnerabilitate dublă: psihologică (stres) și de organ
- evoluție ciclică (pusee de activitate separate de pauze - acalmie clinică)
- influență favorabilă a psihoterapiei și medicației psihotrope.

În plus, acțiunea lui asupra compartimentului somatic al organismului - cu suprasolicitare predominant funcțională - nu provoacă boala decât la nivelul unor **funcții și structuri somatice "fragile" predispușe**, motiv pentru care, în cadrul unui stres psihosocial general ca de exemplu în calamități naturale sau sociale (războaie, revoluții) - unii indivizi se îmbolnăvesc de ulcer, alții fac infarct, dar rămân destui neafecțați de boală.

Factorii sociali acționează cel mai frecvent, prin intermediul factorilor psihici generând stresuri psihosociale (omul nu trăiește singur!) dar poate condiționa acțiunea unor factori biologici (ex. accidentele auto, bolile transmisibile, etc.) întrucât acțiunea lor a fost deja evidențiată parțial și va mai fi prezentată în capitolele următoare, vom reda succint rolul lor în sănătate și boală în tabelul 3. Va trebui, să menționăm, în plus, faptul că Jane Ogden (2002) - conturând în mod precis și convingător domeniul sociologiei medicale - ne furnizează exemple care ne pot sugera o necesară și posibilă demarcație, în cadrul sintagmei „psihosociali”:

- *Factorii sociali* care exprimă presiunea socială/dar și suportul social, ca un context eminamente extern;

- *Factorii psihologici*, ca o expresie a unui teren psihic cu o rezonanță specifică individului (indusă genetic sau biografic), la interacțiunea acestuia cu mediul extern (sociali dar și natural/artificial);

- Ar urma ca, după o astfel de delimitare să ne așteptăm ca implicarea sociologilor și respectiv psihologilor să se facă cu precădere la nivelul fiecăreia dintre cele două laturi (cu randament maxim în cercetare) dar, în practica celor care se ocupă de Psihologia Sănătății, cel

mai adesea apropierea teoretică a celor două domenii nu solicită în mod expres înființarea unor „tabu-uri” în acest sens.

Factorii sociali implicați în sănătate și boală:

- Condiționează stresul psihic personal,
- Cresc frecvența bolilor în timpul catastrofelor,
- Afectează biologia individuală,
- Condiții de viață non-igienice,
- Statusul material socio-economic scăzut cu rol favorizant pentru anumite boli (infarctul miocardic, tbc),
- Comportamente de risc, condiționate social (tipul comportamental A, fumatul „contagios”, alcoolism, abuz de substanțe).
- Comunicare/izolare: influențe opuse asupra sănătății,
- Abordare individuală (medici, psihologi) și colectivă - socio-politică (campaniile anti-fumat din SUA).

Modelul bio-psiho-social tridimensional al lui Engel deși este considerat încă viabil, începe să acumuleze și unele critici (v. Armstrong, 2002) dar menținerea lui ca reper fundamental pentru înțelegerea sănătății și bolii este deosebit de necesară, în plus, el a fost îmbogățit cu adaosuri precum factorii ecologici (Ikemi) sau spirituali (Poldingier).

Religia impune o serie de comportamente salutogenetice și constituie o sursă lăuntrică de rezistență față de boală. În cazul persoanelor care nu aderă la credințele și practicile religioase, dar și la credincioși, există și alte valori spirituale cu caracter normativ, inclusiv față de sănătate.

Este cazul să amintim o parte dintre acestea, cu rol pozitiv: tendința de **recreere în mijlocul naturii**, procurarea unor emoții estetice furnizate de valorile artistice, practicarea mișcării (a unui sport sau a fitness-ului dar și obiceiul efectuării unor plimbări lungi, etc) toate aceste obiceiuri favorabile păstrării sănătății oglindind preferințe și constituind mentalități compatibile cu salutogeneza.

Rolul religiei în salutogeneza

- Suport moral
 - ✓ Luptă împotriva anxietății și depresiei
 - ✓ Remisiune mai rapidă (Milcu)
 - ✓ Conceptele de păcat și postul sunt implicate în stilul de viață salutogenetic
- Credința ar determina o prevalență mai scăzută a bolii

- ✓ Rugăciunea pentru sine eliberează forțe spirituale latente - eliberează endorfine
- Rugăciunea pentru persoanele bolnave (de la distanță): scade complicațiile post-chirurgicale (ex. bypass = -30%, după Krucoff)

Factorii ecologici / existențiali (IKEMI) = a patra dimensiune a MBPS

- ✓ reglează mentalitatea/ comportamente salutogenetice ale indivizilor (ieșiri în natură, artă, muzică, teatru)
- ✓ implică reglarea contactului individual cu mediul social
- ✓ derivă din concepțiile filozofice (religioase, de asemenea) asupra vieții
- ✓ reflectă influența religiei asupra sănătății individuale și colective
- ✓ generează terapia prin mijloace naturiste și ale terapiei complementare (yoga, acupunctura, etc.).

III. RISCURILE LA ADRESA SĂNĂTĂȚII ȘI SECURITĂȚII POPULAȚIEI

OMS definește sănătatea ca fiind bunăstarea completă din punct de vedere fizic, psihic și social, precum și abilitarea persoanelor în vederea utilizării propriului potențial de sănătate și pentru a face față cu succes cerințelor mediului în care se găsesc.

Aproximativ 10 % dintre lucrătorii din Uniunea Europeană își desfășoară activitatea în sectorul asistenței medicale și al asistenței sociale, mulți dintre aceștia lucrând în spitale. Potrivit statisticilor, în Republica Moldova femeile constituie aproximativ 80% din colaboratoarele sectoarelor sănătate și social. Acești lucrători pot fi expuși unei mari varietăți de riscuri. Legislația UE privind sănătatea și securitatea în muncă acoperă în prezent cea mai mare parte dintre aceste riscuri, însă combinațiile create între diferitele categorii de riscuri, care apar simultan, precum și faptul că acest sector al asistenței medicale și al asistenței sociale este, fără îndoială, unul de mare risc, au dat naștere unei dezbateri cu privire la necesitatea unei abordări specifice în vederea îmbunătățirii protecției sănătății și securității personalului spitalicesc și din sectorul social.

Aspectele legate de sănătatea și securitatea în muncă constituie o parte importantă a managementului calității, gestionării riscurilor și responsabilității sociale a instituțiilor. În acest sens, aceste aspectele trebuie să reprezinte un element integrat în toate procesele de evoluție managerială, de exemplu strategia instituției, resursele umane și dezvoltarea organizațională.

Măsurile privind sănătatea și securitatea în muncă și promovarea sănătății la locul de muncă au ca scop prevenirea afecțiunilor medicale, a bolilor ce au legătură cu locul de muncă.

Perspectiva unor locuri de muncă mai bune, mai sănătoase și mai competitive are drept fundament crearea unei culturi organizaționale în care conducerea și lucrătorii (în calitate de experți în ceea ce privește locurile lor de muncă) discută despre toate riscurile aferente și despre posibilele măsuri de îmbunătățire. O asemenea cultură organizațională pozitivă este esențială pentru dezvoltarea durabilă și pentru succesul instituțiilor de sănătate și a celor sociale.

Această competență importantă a lucrătorilor în materie de sănătate poate fi obținută numai în condițiile în care într-o instituție predomină o cultură a prevenției care permite în mod sistematic integrarea chestiunilor legate de sănătate în toate aspectele acesteia. Conducerea nu are doar responsabilitatea punerii în aplicare a măsurilor de promovare a sănătății în cadrul instituției, în sensul prevenirii în funcție de circumstanțe. Mai presus de toate, ea trebuie să reprezinte un exemplu prin conduita proprie. Astfel, conducerea are un impact crucial asupra culturii corporative și inițiază schimbări la nivel comportamental în rândul lucrătorilor.

Un factor de **risc** este o caracteristică, o condiție sau un comportament care sporește riscul de a contracta o boală sau de a suferi o leziune. **Factorii de risc** sunt deseori prezentați separat; în realitate, însă, aceștia nu apar independent unii de ceilalți. Deseori, aceștia coexistă și interacționează unii cu ceilalți. De exemplu, sedentarismul va cauza, în timp, creșteri de greutate, hipertensiune și un nivel înalt al colesterolului. Împreună, acești factori sporesc semnificativ riscul de apariție a bolilor cardiace cronice și a altor probleme de sănătate.

În general, factorii de risc pot fi clasificați în următoarele categorii:

- Comportamentali.
- Fiziologici.
- Demografici.
- De mediu.
- Genetici.

Factorii de risc comportamentali țin, în mod normal, de „acțiunile” pe care o persoană alege să le efectueze. Prin urmare, aceștia pot fi eliminați sau reduși prin intermediul unor alegeri ținând de comportament sau stil de viață. Iată câteva exemple:

- fumatul,
- consumul excesiv de alcool,
- alegerile care țin de alimentație,
- sedentarismul,
- petrecerea unui timp excesiv la soare fără protecție adecvată,
- neadministrarea anumitor vaccinuri,

- sexul neprotejat.

Factorii de risc fiziologici sunt cei legați de corpul sau biologia unei persoane. Aceștia pot fi influențați de o combinație între factorii genetici, stilul de viață și alți factori generali. Iată câteva exemple:

- supraponderabilitatea sau obezitatea,
- hipertensiunea arterială,
- nivelul înalt al colesterolului în sânge,
- hiperglicemia,

Factorii de risc demografici sunt cei asociați anumitor categorii demografice. Iată câteva exemple:

- vârsta,
- sexul,
- subgrupurile demografice, cum ar fi cele definite pe baza ocupației, religiei sau veniturilor.

Factorii de risc legați de mediu acoperă o varietate largă de criterii, precum cele sociale, economice, culturale și politice, precum și o serie de factori fizici, chimici și biologici. Iată câteva exemple:

- accesul la apă curată și articole de igienă,
- riscurile profesionale,
- poluarea aerului,
- condițiile sociale.

Factorii de risc genetici depind de genele fiecărei persoane. Unele boli, precum fibroza chistică și distrofia musculară, țin în totalitate de caracteristicile genetice ale persoanelor afectate. Multe alte boli, precum astmul sau diabetul, reflectă interacțiunea dintre genele unei persoane și factorii de mediu. Alte boli, precum anemia falciformă, sunt mai des întâlnite în anumite categorii demografice.

Reducerea expunerii la factorii de risc ar îmbunătăți considerabil sănătatea și speranța de viață a oamenilor.

Persoanele din domeniul asistenței sociale sunt acele persoane invizibile care fac o muncă enormă pentru societate, inclusiv pentru persoanele social-vulnerabile. Indiferent de situația socială, politică sau de sănătate, indiferent dacă există carantină sau nu sistemul de asistență socială trebuie să fie funcțional, iar asistentele, asistenții, lucrătoarele și lucrătorii sociali au rolul să acorde suport persoanelor în dificultate, să meargă în vizite în familii, la persoanele în etate și

la persoane cu dizabilități, să acorde sprijin în soluționarea problemelor apărute din cauza șomajului, precum și în rezolvarea problemelor de ordin financiar, social și emoțional, inclusiv să ofere suportul necesar femeilor afectate de fenomenul violenței în familie.

Riscurile psihosociale și stresul la locul de muncă se numără printre cele mai mari provocări în materie de securitate și sănătate în muncă în domeniul asistenței sociale. Acestea au un impact semnificativ asupra sănătății oamenilor, organizațiilor și economiilor naționale. Aproximativ jumătate din lucrătorii din acest domeniu consideră că stresul este un factor uzual la locul de muncă și că reprezintă cauza a aproape jumătate din totalul zilelor de lucru pierdute. Ca și alte aspecte care afectează sănătatea psihică, stresul este deseori înțeleș greșit sau stigmatizat. Cu toate acestea, atunci când sunt privite la nivel organizațional și nu ca problemă individuală, riscurile psihosociale și stresul pot fi gestionate în aceeași măsură ca orice alt risc pentru sănătatea și securitatea în muncă.

Riscurile psihosociale sunt generate de conceperea, organizarea și gestionarea precară a activității, precum și de un context social necorespunzător la locul de muncă și pot avea efecte negative pe plan psihologic, fizic sau social, precum stresul la locul de muncă, epuizarea sau depresia. Printre condițiile de lucru care determină riscuri psihosociale în asistența medicală și socială se numără:

- volumul excesiv de muncă;
- cerințele contradictorii și lipsa de claritate privind rolul pe care îl are de îndeplinit lucrătorul;
- lipsa de implicare în luarea deciziilor care afectează lucrătorul și lipsa de influență asupra modului de desfășurare a activității;
- schimbările organizatorice gestionate necorespunzător, nesiguranța locului de muncă;
- comunicarea ineficientă, lipsa de sprijin din partea conducerii sau a colegilor;
- hărțuirea psihologică și sexuală, violența din partea terților.

Atunci când se analizează exigențele de la locul de muncă, este important să nu se confunde riscurile psihosociale, precum volumul de muncă excesiv, cu condițiile în care mediul de lucru, deși deosebit de stimulator și uneori reprezentând o provocare, este favorabil, lucrătorii fiind bine pregătiți și motivați să își realizeze cât mai bine sarcinile de serviciu. Un mediu psihosocial favorabil sporește performanțele și dezvoltarea personală, precum și bunăstarea psihică și fizică a lucrătorilor.

Lucrătorii sunt confrunțați cu stresul când solicitările de la locul de muncă sunt prea mari, depășindu-le capacitatea de adaptare. Pe lângă problemele de sănătate psihică, lucrătorii care se

confruntă cu un stres prelungit pot dezvolta ulterior probleme grave de sănătate fizică, de exemplu afecțiuni cardiovasculare sau musculo-scheletice.

La nivelul organizației, printre efectele negative se numără performanța economică generală slabă, creșterea absenteismului, prezenteismul (prezența lucrătorilor la locul de muncă când sunt bolnavi sau când nu își pot îndeplini în mod eficient sarcinile de serviciu) și înmulțirea vătămărilor și a accidentelor. Absențele tind să fie mai lungi decât cele care au la bază alte cauze, stresul la locul de muncă putând să contribuie și la creșterea ratei de pensionare anticipată. Estimările costurilor suportate de instituții și de societate din cauza stresului la locul de muncă sunt considerabile, ridicându-se la miliarde de euro la nivel național.

Se consideră că cea mai efectivă abordare a gestionării riscurilor psihosociale este una preventivă, globală și sistematică. Sondajul european în rândul instituțiilor privind riscurile noi și emergente (ESENER) al EU-OSHA demonstrează convingerea că riscurile psihosociale sunt mai complexe și mai greu de gestionat decât riscurile „tradiționale” la adresa sănătății și securității în muncă. Este nevoie de o mai mare conștientizare și de instrumente practice și simple care să faciliteze abordarea stresului, violenței și hărțurii la locul de muncă.

Printr-o abordare corespunzătoare, riscurile psihosociale și stresul la locul de muncă pot fi prevenite și gestionate cu succes. Ele pot fi abordate în același mod sistematic și logic ca alte riscuri pentru securitatea și sănătatea la locul de muncă. Gestionarea stresului nu reprezintă numai o obligație morală și o investiție bună pentru angajatori, ci și un imperativ juridic, sprijinit de acordurile-cadru ale partenerilor sociali privind stresul, hărțuirea și violența la locul de muncă.

În plus, Pactul european pentru sănătate mintală și bunăstare recunoaște problema exigențelor în schimbare și a presiunii din ce în ce mai mari la locul de muncă și încurajează angajatorii să pună în aplicare măsuri voluntare suplimentare pentru promovarea bunăstării psihice. Cu toate că responsabilitatea juridică pentru asigurarea evaluării și controlului adecvat al riscurilor la locul de muncă revine angajatorilor, este esențial ca și lucrătorii să fie implicați. Lucrătorii și reprezentanții lor înțeleg cel mai bine problemele care pot apărea la locul lor de muncă. Implicarea lor va asigura instituirea unor măsuri corespunzătoare și eficiente.

În conformitate cu articolul 153 din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene, „Uniunea susține și completează acțiunea statelor membre în domeniile următoare:

- a) îmbunătățirea, în special, a mediului de muncă, pentru a proteja sănătatea și securitatea lucrătorilor;
- b) condițiile de muncă;

- c) securitatea socială și protecția socială a lucrătorilor;
- d) protecția lucrătorilor în caz de reziliere a contractului de muncă;
- e) informarea și consultarea lucrătorilor [...].”

Directiva 89/391/CEE a Consiliului Europei privind punerea în aplicare de măsuri pentru promovarea îmbunătățirii securității și sănătății lucrătorilor la locul de muncă a stabilit reguli minime care promovează îmbunătățirea, în special, a mediului de lucru, pentru a oferi un grad mai ridicat de protecție a sănătății și securității lucrătorilor. Angajatorii sunt obligați să evalueze riscurile și să ia măsuri practice de protecție a sănătății și securității lucrătorilor lor.

Măsurile de prevenire și de protecție trebuie să fie puse în aplicare în următoarea ordine a priorităților:

- eliminarea pericolului/riscului;
- controlul pericolului/riscului la sursă, prin utilizarea de măsuri tehnice de control sau organizatorice;
- minimizarea pericolului/riscului prin proiectarea unor sisteme de lucru sigure, care includ măsuri de control administrative;
- în cazul în care pericolele/riscurile reziduale nu pot fi controlate prin măsuri colective, asigurarea de către angajator, în mod gratuit, a echipamentelor individuale de protecție adecvate (inclusiv costume) și punerea în aplicare a unor măsuri care să asigure utilizarea și întreținerea acestor echipamente.

Nu doar angajatorii au obligația de a pune în aplicare măsurile privind sănătatea și securitatea în muncă. Fiecărui lucrător îi revine obligația de a avea grijă, în măsura posibilului, de sănătatea și securitatea sa și a altor persoane care pot fi afectate de actele sau omisiunile sale la locul de muncă, în conformitate cu formarea și instrucțiunile date de angajatorul său. O abordare structurată a gestionării asigură evaluarea completă a riscurilor și introducerea și respectarea unor metode de lucru sigure. Analizele periodice asigură menținerea caracterului adecvat al acestor măsuri.

În continuare este prezentat un model tipic de gestionare:

- *Politici*: se stabilesc un angajament clar și obiective, responsabilități și proceduri la nivelul organizației.
- *Planificare*: se identifică și se evaluează riscurile care apar în desfășurarea activităților la locul de muncă și modul în care acestea pot fi controlate. Activitățile procesului de planificare includ:

- » evaluarea riscurilor și identificarea măsurilor de prevenire;
- » identificarea modalităților de gestionare și organizarea necesară pentru exercitarea controlului;
- » identificarea nevoilor de formare;
- » asigurarea disponibilității cunoștințelor, competențelor și expertizei în materie de sănătate și securitate la locul de muncă.

• *Punere în aplicare și funcționare:* implică punerea planurilor în practică. Aceasta poate să însemne: introducerea unor schimbări în ceea ce privește procedurile organizatorice și de lucru, mediul de lucru, echipamentele și produsele utilizate; formarea conducerii și a personalului și îmbunătățirea comunicării.

• *Verificare și acțiuni corective:* este necesară monitorizarea performanțelor. Aceasta poate avea loc sub forma reacțiilor, de exemplu utilizând evidențe privind accidentele, sau poate fi proactivă, de exemplu prin feedbackul obținut în urma inspecțiilor, auditurilor și sondajelor în rândul personalului. Investigațiile privind accidentele ar trebui să identifice cauzele imediate și principale, inclusiv deficiențele de gestionare. Scopul este de a asigura funcționarea sistemelor și procedurilor și luarea imediată a oricăror măsuri corective necesare.

• *Evaluare și audit cu privire la gestionare:* permit verificarea performanțelor generale ale sistemului de gestionare. Este posibil ca circumstanțele externe să se fi modificat, de exemplu să fi fost introduse noi legi. De asemenea, este o ocazie de a prevedea, de exemplu, schimbări ale structurii organizației, dezvoltarea de noi produse sau introducerea de noi tehnologii. Examinarea accidentelor ar trebui să includă învățarea unor lecții la nivelul conducerii. Auditul stabilește dacă politica, organizarea și sistemele produc într-adevăr rezultatele așteptate.

Sistemele de gestionare a sănătății și securității în muncă trebuie să cuprindă următoarele componente:

- participarea constantă a lucrătorilor la stabilirea obiectivelor și a măsurilor privind sănătatea și securitatea în muncă – angajații sunt adevărații experți în ceea ce privește locurile lor de muncă;
- consultări în ceea ce privește confruntarea lucrătorilor cu riscurile pentru sănătate existente;
- idei de îmbunătățire a alocării sarcinilor, a secvențelor procedurale și a condițiilor concrete de muncă, în cadrul activităților și la locurile de muncă.

Fiecare organizație trebuie să înregistreze, în scris, următoarele:

- a) factorii care declanșează identificarea și stabilirea unui pericol;

- b) modul în care sunt stabilite pericolele și evaluate riscurile;
- c) modul în care sunt evaluate rezultatele;
- d) modul în care sunt stabilite și puse în aplicare măsurile necesare;
- e) modul în care se verifică eficacitatea măsurilor luate.

Orice evaluare a măsurilor privind sănătatea și securitatea în muncă trebuie să țină seama de următoarele informații:

- a) feedbackul de la lucrători și partenerii externi din domeniul sănătății și securității în muncă;
- b) rezultatele comunicării cu lucrătorii;
- c) modul de abordare a schimbărilor care ar putea avea un impact asupra integrării sănătății și securității în muncă în managementul calității;
- d) rezultatele identificării și evaluării pericolelor;
- e) evaluările rapoartelor privind accidentele, mențiunile introduse în registrul de evidență privind acordarea primului ajutor, notificările privind suspiciunile și bolile profesionale.

Prin urmare, sănătatea și securitatea în muncă trebuie să fie privite ca obiectiv strategic organizațional important alături de calitate, satisfacția clienților, dezvoltare și aliniere la standarde. Condițiile de muncă sigure și sănătoase pentru lucrători pot fi obținute cu o mai mare eficiență dacă punerea în aplicare a măsurilor privind sănătatea și securitatea în muncă este integrată într-un sistem de management al calității. Evaluarea riscurilor este un proces evolutiv care trebuie repetat frecvent, iar conducerea trebuie să documenteze rezultatele evaluării și să le integreze în planurile strategice. Securitatea și sănătatea capătă un loc central în măsurile de politică ale instituțiilor din sănătate și domeniul protecției sociale.

IV. ASISTENȚA MEDICO-SOCIALĂ CA GEN DE ACTIVITATE PROFESIONALĂ ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

Asistența medico-socială (AMS) este apreciată ca gen al activității profesionale multidisciplinare cu caracter medical, psihopedagogic și social-juridic, orientată nu numai la restabilirea, dar și păstrarea, întremarea sănătății întregii populații. Ea modifică substanțial atitudinea existentă față de protecția sănătății deoarece presupune intervenție medico-socială sistemică de la cele mai timpurii etape ale dezvoltării proceselor morbide, care potențial conduc

spre complicații grave, invalidizare și deces. În așa mod, AMS reflectă nu numai reabilitarea, fiind majorat de evidentă, dar și profilaxia care are o importanță extrem de mare.

Scopul AMS- atingerea și obținerea unui nivel optim al sănătății, funcționării și adaptării a persoanelor cu patologii fizice și psihice, dar și a celor cu situația socială nefavorabilă.

Obiectul AMS îl constituie diferite categorii de persoane și grupuri ce suferă de probleme evidente de ordin medical și social, constrinse organic, soluționarea cărora este dificilă numai prin organizarea unilaterală a măsurilor profesionale. Asistența acestor persoane este egal de dificilă și insuficient de efektivă atât pentru lucrătorii medicali, cât și pentru cei din sfera serviciilor sociale deoarece aceste persoane se află în cercul de probleme care depășește aria competențelor lor profesionale.

AMS poate fi divizată în două aspecte:

1. cu direcționare profilactică,
2. cu direcționare patogenică.

AMS cu direcționare profilactică cuprinde:

- ◆ activități de preîntâmpinare a dereglărilor sănătății somatice, psihice și reproductive, social cauzate,
- ◆ formarea atitudinii pentru un mod de viață sănătos,
- ◆ asigurarea accesului la informație pe problemele sănătății,
- ◆ participarea la elaborarea programelor de asistență medico-socială oferită la diferite niveluri,
- ◆ administrarea socială,
- ◆ asigurarea protecției sociale a drepturilor cetățenilor privind asigurarea sănătății.

AMS cu direcționare patogenică include:

- ◆ măsuri de organizare a ajutorului medico-social,
- ◆ efectuarea expertizei medico-sociale,
- ◆ a reabilitării medicale, sociale și profesionale a persoanelor în etate și a invalizilor, a grupurilor vulnerabile,
- ◆ efectuarea asistenței sociale în unele domenii ale medicinei și sănătății,
- ◆ realizarea corecției statutului psihic a pacientului,
- ◆ crearea infra-structurii de reabilitare socială,
- ◆ asigurarea continuității în interacțiunea specialiștilor din profesii înrudite etc.

Sarcina strategică principală a AMS este păstrarea și îmbunătățirea calității vieții.

Calitatea vieții este o noțiune integră care reflectă nu numai expresivitatea simptomelor în bolnavirii, dar și starea funcțională a omului, starea sănătății lui fizice și psihice, activismul social, abilități de auto-deservire, asigurarea materială și condițiile de trai, de asemenea satisfacția de la bunăstarea sa fizică și psihică. Una din particularitățile atât a persoanelor sănătoase, cât și a celor bolnave este restructurarea social-psihologică tot mai evidentă din societate care provoacă stresul și încordarea mecanismelor de adaptare și acomodare a organismului uman.

Modificarea statutului social a omului este condiționată de diferiți factori – pensionarea, pierderea persoanelor apropiate în legătură cu decesul lor, divorțul și separarea, limitarea posibilităților de comunicare, dificultăți în auto-deservire, agravarea situației economice. Toți acești factori dereglează stereotipurile normale de viață și necesită mobilizarea resurselor fizice și psihice.

Gradul de acomodare a omului la statutul nou social este determinat simțitor de starea sănătății lui. Este evident că micșorarea posibilităților funcționale ale organismului omului, îl plasează în situație de dependență față de societate. În acest context, importantă devine AMS profilactică și patogenică care asigură mobilizarea și sporirea posibilităților adaptative, păstrarea nivelului de sănătate a cetățenilor și îmbunătățirea calității vieții lor.

În ultimii ani a derulat un proces activ de formare a bazei legislative care permite elaborarea documentelor normative cu referire la asigurarea populației cu AMS la nivel profesional din partea lucrătorilor din sfera medicală și a deservirii sociale. Datorită acestei baze se elaborează documente care permit implementarea în practica instituțiilor sociale a AMS.

Indicând locul AMS printre activități înrudite, este necesar de accentuat rolul coordonator al specialistului în AMS în soluționarea complexului și multitudinii de probleme apărute la cetățeni, care necesită conlucrarea și co-participarea specialiștilor cu profesii înrudite – medici, psihologi, pedagogi, juriști, asistenți sociali ș. a.

Fiind un gen de activitate multi-disciplinară și realizată în domeniul sănătății și asistenței sociale a populației, AMS aplică forme și metode constituite în:

1. sistemul sănătății – profilactice, de reabilitate, psiho-terapeutice;
2. sistemul asistenței sociale – consultarea socială, stabilirea îndemnizațiilor sociale, deservirea socială la domiciliu, în instituții staționare, organizarea șederilor de zi în așezăminte de deservire socială, asigurarea plasamentului temporar etc.

AMS după esența sa are mult comun cu ajutorul medical și activitatea organelor de sănătate în general. În același timp, ea nu depășește limitele competenței sale, nu pretinde la

exercitarea funcțiilor curative, ci dimpotrivă, prevede interacțiunea trainică și durabilă cu personalul medical și divizarea strictă a responsabilităților.

În așa mod, dintr-un punct de vedere, AMS poate fi apreciată ca tip de lucru social, orientat spre asigurarea și susținerea sănătății fizice și psihice, iar din alt punct, ea este un tip de activitate orientată spre obținerea bunăstării sociale a populației și îmbunătățirea considerabilă a calității vieții lor.

Particularitatea AMS – ca activitate profesională ea se formează la intersecția a două domenii independente- sănătatea și protecția socială a populației. Expreiența organizării ajutorului medico-sanitar primar, experiența mondială a asistenței sociale din cadrul sănătății arată că coordonarea acțiunilor, întreprinse din cele două domenii, necesită perfecționare.

Interacțiunea optimă apare numai prin intermediul activității comune, prin determinarea formelor și metodelor speciale care ar permite unificarea acțiunilor întreprinse de reprezentanții diverselor specialități în persoana unui specialist – specialist în asistență socială, care are o specializare medicală corespunzătoare.

Una din tezele principale ale concepției despre AMS este necesitatea divizării stricte a funcțiilor dintre lucrătorii medicali și sociali. AMS se reprezintă ca deservire socială organizată în spitale și în afara lor. Model de triadă clasică a organizării asistenței sociale în domeniul problemelor legate de medicină și sănătate reprezintă slujbele orientate spre toate tipurile de profilaxie – primară, secundară și terțială. Se are în vedere lucrul:

1. de preîntâmpinare a fenomenelor anormale care stau la baza îmbolnăvirilor,
2. de preîntâmpinare a complicațiilor și consecințelor negative a bolii,
3. de readaptare și reabilitare a bolnavilor, oferirea de ajutor social.

Tocmai în asemenea condiții complexe se formează AMS în multe țări dezvoltate. Metode și forme de protecție socială a populației utilizate în activitatea medico-socială sunt: a) terapia medicamentoasă, b) psihoterapie, c) asistența socială, d) prevenire.

Concepția de sănătate și boală în AMS reprezintă una complexă și cu câteva aspecte ce cuprind dimensiunea emoțională, intelectuală, fizică, socială și spirituală. Sănătatea înseamnă mult mai mult decât absența bolii. Ea este un proces ce contribuie la bunăstare și echilibru. *Sănătatea emoțională* se referă la capacitatea de exprimare și de soluționare a emoțiilor unei persoane într-un mod constructiv. *Sănătatea intelectuală* se referă la capacitatea de evaluare a informației și de luare a unei decizii importante. *Sănătatea fizică* se referă la condiția organismului și la răspunsul acestuia în cazul vătămării și a bolii. *Sănătatea socială* reprezintă capacitatea de a aranja, de a se bucura, de a contribui și beneficia de relațiile dezvoltate cu alte

persoane. *Sănătatea spirituală* se referă la sensul de consistență, armonie și de echilibru ce apare în promovarea energiei și de educare a sănătății în ansamblu.

Deși oamenii se pot orienta pe diferitele aspecte ale sănătății, toate aceste dimensiuni sunt interrelaționate. Efectele pozitive dobândite într-o anumită direcție tind să se lege de altă dimensiune, iar influențele negative ce apar pe o dimensiune va genera probabil probleme pentru celelalte.

Este foarte importantă dobândirea și menținerea unei stări de echilibru. Echilibrul este conceptul cheie al stării de sănătate, corpul căutând starea de homeostazie pentru a se menține și revigora pe sine.

Toate dimensiunile sănătății sunt influențate, afectate chiar, de mai mulți factori, care pot fi grupați în:

- factori ai sistemului de îngrijire a sănătății,
- factori ai mediului,
- factori genetici,
- factori ai stilului de viață.

Factorii stilului de viață sunt din multe privințe factorii cei mai influenți asupra sănătății pe ansamblu. De asemenea, ei sunt factorii care pot fi cel mai bine ținuti sub control. Stilul de viață include seturi de conduită ce afectează în mod diferit zona de acțiune sau viața unei persoane.

Starea de sănătate a populației este un fenomen complex, biologic-social, fiind condiționată multifactorial: factori endogeni, inevitabili, dar și factori externi, de mediu sau comportament. În prezent, dată fiind orientarea de abordare a asistenței de sănătate publică prin programe naționale de sănătate, se înscrie și obiectivul privind protejarea sănătății și prevenirea patologiilor.

Sănătatea populației are un conținut cu multiple componente și aprecierea ei se realizează prin evidențierea mai multor indicatori, aplicabili în diverse populații /colectivități:

1. *Indicatori pozitivi*: ponderea persoanelor sănătoase într-o populație, dezvoltarea fizică și psihointelectuală, etc.;
2. *Indicatori negativi (indirecți)*: morbiditatea (incidența, prevalența), *mortalitatea*.

Prevenția devine un important scop al secolului pentru toate domeniile, ca măsură pentru reducerea factorilor de risc pentru sănătate și evitarea patologiilor. Educația pentru Sănătate, la rând cu alte programe profilactice, intervin ca un proces care favorizează decizii proprii, în cunoștință de cauză, benefice sănătății individului și grupului.

Educația pentru sănătate trebuie integrată în sistemul de educație generală pentru a oferi cunoștințe în materie de sănătate, a dezvolta o atitudine pozitivă față de sănătate, a menține interesul elevilor prin repetiție și introducere de noi informații și pentru ca aceștia să profite de cunoștințele primite.

Medicina de Familie este una din specialități medicale care se preocupă nu numai de omul bolnav, ci și de omul sănătos. Prin urmare, medicul de familie are în atenția sa nu numai oamenii bolnavi, ci și cei sănătoși. Una din sarcinile de bază ale medicului de familie este păstrarea și consolidarea sănătății populației deservite. Pentru realizarea acestei sarcini medicul de familie are nevoie de cunoștințe solide atât în domeniul stărilor morbide, cât și, în măsură nu mai mică, în domeniul sănătății, factorilor care o determină, factorilor care pot influența sănătatea în sens negativ sau pozitiv, etapelor evoluției de la sănătate la boală, metodelor de menținere și fortificare a sănătății.

Definirea sănătății prezintă o problemă și depinde în mare măsură de perioada istorică considerată și cultura în care sănătatea este definită. Există mai multe definiții ale sănătății, fiecare din ele purtând specificul specialității, care încearcă să definească sănătatea și al epocii în care a fost făcută tentativa. Conform lui Hipocrate, sănătatea prezintă o stare de echilibru între corp, minte și mediu. În ultimii 100 – 150 ani, așteptările din partea societății au modificat definiția sănătății de la „supraviețuire” la „starea liberă de boli” la „abilitatea de a exercita activitățile cotidiene obișnuite” la „senzația de fericire și prosperitate”. În unele culturi așteptările sunt nu atât de mari. În unele țări africane, de exemplu, prevalența unor patologii este așa de mare, încât acestea se consideră drept o condiție normală. De exemplu, hernia ombilicală la copii. Delimitarea între sănătate și boală, la fel poate depinde de vârstă și sex. Se consideră natural, ca vârstnicii să sufere de mai multe boli decât tinerii și persoanele de vârsta medie. Prin urmare, „sănătatea” pentru un bătrân poate include durere și disconfort, care lipsesc la un tânăr.

Definițiile sănătății tind să reflecte ideologia și cultura straturilor mai influenți ale societății. În societățile contemporane există tendința de a include mai multe condiții în grupul maladiilor. De exemplu, etilismul, dependența de substanțe, depresia, delincvența. Majoritatea cercetătorilor din domeniu consideră că „sănătatea este un concept multidimensional, care include nu numai lipsa bolii sau disabilității, ci și abilitatea de a îndeplini sarcinile și activitățile cotidiene și de a păstra senzația obișnuită de stare bună”.

În cadrul activității medico-sociale există cinci abordări generale în definirea sănătății:

Modelul medical se bazează pe perspectiva bolii, maladiei și funcționării potrivite. Acest model afirmă că gradul de sănătate al individului sau al comunității poate fi dedus din seriozitatea maladiilor/maladiei prezente în aceasta entitate.

Modelul holistic consideră persoana în totalitatea și integritatea ei, cuprinzând sănătatea fizică, mintală și socială.

Modelul de bunăstare este preocupat de stările mai bune decât normalul, precum și de senzațiile subiective de sănătate.

Modelul de ambianță descrie interacțiunile optime ale individului cu mediul ambiant.

Modelul eclectic include definițiile neobișnuite ale sănătății.

Toate modelele menționate nu sunt perfecte, având avantaje și dezavantaje. Tentativa de a da sănătății o definiție universală a fost întreprinsă de OMS și este prezentă în preambulul Constituției OMS, adoptate la Conferința Internațională a Sănătății din 19 iunie – 22 iulie 1946, în care este declarat: „Sănătatea este o stare de prosperitate completă fizică, mintală și socială, ci nu doar lipsa bolii sau infirmității”. Evident că conform definiției OMS, puțini locuitori ai Globului pământesc sunt absolut sănătoși. Totodată, aceasta definiție stabilește scopurile pentru sistemele de sănătate din diferite țări, atingerea cărora ar contribui la îmbunătățirea potențialului de sănătate al comunităților și indivizilor.

Factorii care determină sănătatea. Spațiul sănătății. Cercetările efectuate în acest domeniu au demonstrat că sănătatea omului este determinată de o mulțime de factori, care pot fi grupate în câteva categorii. În raportul Ministrului Sănătății din Canada, Marc Lalonde, „A New Perspective on the Health of Canadians” a fost făcută una dintre primele tentative de a explora ariile care determină sănătatea. Printre principale au fost numite următoarele:

- Biologia umană.
- Mediul ambiant.
- Stilul de viață.
- Organizarea asistenței medicale.

Biologia umană. Elementul biologiei umane include toate aspectele sănătății fizice și mintale, care au loc în corpul uman în consecință a proceselor biologice ale corpului și determină înfățișarea lui individuală sau fenotipul. Acest element include ereditatea individului, procesele de mutație și îmbătrânire, mulțimea interacțiunilor dintre sistemele complexe interne ale corpului precum sistemele osteo-articular, muscular, nervos, cardiovascular, endocrin, digestiv, etc. Fiind corpul uman atât de complex, implicațiile biologiei umane sunt numeroase, variate și importante. Acest element contribuie la toate felurile de îmbolnăviri și la toate tipurile de mortalitate, inclusiv multe maladii cronice (cum ar fi artritele, diabetul, ateroscleroza, cancerul) și altele (cum sunt maladiile genetice, malformațiile congenitale, retardul mintal). Problemele de sănătate

care au originea lor în biologia umană sunt multiple, cauzează enigme clinice numeroase și costă foarte mult în sensul serviciilor diagnostice și curative.

Mediul ambiant. Categoria „Mediul ambiant” include toate aspectele (influențele) legate de sănătate, care sunt externe corpului uman și asupra cărora individul are un control mic sau nu-l are deloc. Indivizii nu pot de sine stătător asigura situația în care produsele alimentare, medicamentele, produsele cosmetice, aparatele, apa, etc. sunt necontaminate și neprimejdioase; în care pericolele pentru sănătate ce provin din aer, apă poluată, zgomot, vibrație sunt puse sub control; în care răspândirea bolilor transmisibile este prevenită eficient; în care are loc colectarea și procesarea corectă a deșeurilor de diferită proveniență și în care ambianța socială, cu toate schimbările ei rapide, nu produce efecte dăunătoare asupra sănătății.

Stilul de viață. Categoria „Stilul de viață” constă din totalitatea deciziilor luate de către indivizi, care afectează sănătatea acestora, și asupra cărora indivizii posedă un anumit grad de control. Deciziile personale, incorecte din perspectiva sănătății, creează riscuri impuse de sine. Când aceste riscuri rezultă în îmbolnăvire sau deces, poate fi spus că stilul de viață al victimei a contribuit sau chiar a cauzat boala sau decesul acesteia.

Organizarea asistenței medicale. Categoria „Organizarea asistenței medicale” subînțelege cantitatea, calitatea, aranjamentul, natura și relațiile între oameni și resurse în procesul de acordare a asistenței medicale. Ea include instituțiile de asistență medicală primară, spitalele, medicamentele, serviciile comunitare de asistență medicală, serviciul de urgență, stomatologia și alte servicii medicale. Acest element este, de fapt, ceea ce se subînțelege ca „sistemul de asistență medicală”.

Estimarea ponderii elementelor specifice în condiționarea sănătății efectuată de către diferiți autori demonstrează că organizarea asistenței medicale contribuie doar cu 10 – 15% la condiționarea sănătății populației și a individului, restul 85 – 90% distribuindu-se aproape egal între celelalte trei domenii: biologia umană, comportamentul și mediul ambiant.

Este necesar de adresat și determinantele sociale ale sănătății, acestea fiind strâns legate cu determinantele discutate mai sus. Deși importanța biologicului, în special a moștenirii genetice este foarte mare, iar descoperirile recente în domeniul genomului uman au permis înțelegerea mai profundă a potențialului sănătății și a predispuerii la multe maladii, multe din cauzele majore care afectează sănătatea indivizilor și întregilor societăți se află în mediul ambiant: ele apar și dispar mai rapid decât schimbările în genomul uman și, de fapt reflectă schimbările modului de trai. Aceasta, probabil, este cauza majorării duratei medii a vieții la ultimele generații; tot aceasta poate fi explicația, de ce țările Comunității Europene au ameliorat

considerabil starea de sănătate a populației, iar altele țări din Europa nu au reușit. Aceasta ar fi răspunsul la întrebarea: De ce diferențele în starea de sănătate între diferite grupe sociale s-au majorat ori sau redus pe măsura schimbărilor condițiilor socio-economice?

Condițiile sociale și economice precare afectează sănătatea indivizilor pe parcursul vieții. Oamenii care se află în partea inferioară a scării sociale posedă riscul cel puțin dublu de îmbolnăviri serioase și deces prematur în comparație cu indivizii aflați în topul scării sociale. Gradientul social în sănătate se extinde de-a lungul societății într-asa fel că chiar și în limitele unei categorii, persoanele situate mai jos pe scara socială au mai multe îmbolnăviri și decesuri premature decât cei aflați în topul categoriei.

Circumstanțele stresante, care fac oamenii să se simtă anxioși, îngrijorați, nefiind în stare să facă față situației, sunt devastatoare pentru sănătate și pot duce la decese premature. Ce este cunoscut referitor la stres? Circumstanțele sociale și psihologice pot condiționa stresul de lungă durată. Anxietatea continuă, nesiguranța, autoaprecierea joasă, izolarea socială, lipsa de control asupra vieții la lucru și acasă au efecte puternice negative asupra sănătății.

Acțiunea riscurilor psihosociale se acumulează pe parcursul vieții și sporește probabilitatea deteriorării sănătății mintale și a deceselor premature. Perioade îndelungate de anxietate și nesiguranță, precum și lipsa relațiilor de suport sunt devastatoare în orice arie a vieții nu ar apărea. Cu cât mai jos se află indivizii în ierarhia socială, cu atât mai frecvent sunt întâlnite problemele de acest gen. Cu toate că stresul în viața contemporană rar necesită activitate fizică de intensitate mare, sau chiar moderată, lansarea răspunsului la stres redirecționează resursele de la procesele fiziologice necesare pentru menținerea sănătății pe o durată lungă. Suferă atât sistemul cardiovascular cât și cel imunitar. Acesta nu contează pentru perioade scurte, însă dacă indivizii sunt tensionați prea frecvent sau tensionarea durează prea mult, ei devin vulnerabili la un spectru larg de patologii, așa cum sunt infecțiile, diabetul, hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, ictusul cerebral, depresia și comportamentul agresiv.

Condițiile de dezvoltare în copilărie este un bun început de viață înseamnă suport mamelor și copiilor mici. Impactul dezvoltării și educației în copilărie persistă pe parcursul vieții. Studiile observaționale și cele de intervenție demonstrează că bazele sănătății a adultului sunt puse în copilărie și chiar până la naștere. Creșterea cu retardare și suportul emoțional insuficient condiționează riscul pe viață de sănătate fizică proastă și funcționare fizică, cognitivă și emoțională insuficientă în maturitate. Experiențele negative din copilărie și creșterea fizică înceată devin incorporate în biologia individului pe parcursul dezvoltării și formează bazele capitalului individual biologic și uman, care afectează sănătatea pe parcursul vieții. Condițiile

nefavorabile pe parcursul sarcinii pot duce la dezvoltarea suboptimală a fătului printr-un lanț, care poate include deficiențe în nutriție pe parcursul sarcinii, stres la gravidă, probabilitatea mai mare de fumat și abuz de alcool și droguri la gravidă, exerciții insuficiente și îngrijire părintească neadecvată. Dezvoltarea neadecvată a fătului condiționează riscuri pentru viața ulterioară.

Perioada de copilărie este importantă pentru perioada ulterioară în sensul maleabilității (adaptabilității) continue a sistemelor biologice. Deoarece stimulurile cognitive, emoționale și senzorii programează răspunsurile creierului, atmosfera emoțională nesigură și stimularea neadecvată poate duce la pregătirea insuficientă pentru școală, reușita insuficientă și comportament problematic, sporind riscul de marginalizare socială ulterioară. Deprinderile legate de sănătate, precum alimentația rațională, exerciții fizice, nefumatul, sunt asociate cu exemplele părinților și prietenilor și cu educația respectivă. Dezvoltarea fizică înceată sau cu retard în copilărie este asociată cu dezvoltarea și funcționarea reduse a sistemelor cardiovascular și respirator, a pancreasului și rinichilor, cu sporirea riscului de îmbolnăviri în vârsta adultă.

Viața este scurtă acolo unde calitatea ei este proastă. Prin condiționarea dificultăților, antipatiei și ostilității, sărăcia, izolarea socială și discriminarea costă vieți. Sărăcia, privarea și excluderea socială au un impact major asupra sănătății și mortalității precoce, iar șansele de a trăi în sărăcie sunt mult mai mari la anumite grupe sociale. Sărăcia absolută – lipsa condițiilor materiale elementare necesare pentru viață – continuă să existe chiar și în cele mai bogate țări.

Șomerii, minoritățile etnice, oamenii cu dizabilități, refugiații, vagabonzii sunt la un risc sporit. Vagabonzii au o rată de mortalitate cea mai mare. Sărăcia relativă înseamnă a fi mai sărac decât majoritatea membrilor societății și este definită ca trai cu mai puțin de 60% din venitul mediu național pe cap de locuitor. Aceasta de regulă nu permite accesul la locuință decentă, educație, transport și alți factori importanți pentru participare în viața societății. Marginalizarea de la viața socială și tratarea din partea altora ca un inferior duce la deteriorarea sănătății și decese premature.

Presiunea vieții în sărăcie este deosebit de dăunătoare în perioada sarcinii, în copilărie și la bătrânețe. În unele țări, aproape o pătrime din toată populația și, în proporție mai mare copiii și bătrânii, trăiesc în condiții de sărăcie relativă. Cu cât mai lungă este perioada de trai în circumstanțe de sărăcie, cu atât mai mare este probabilitatea de a suferi de probleme de sănătate, în special de maladii cardiovasculare. Pe parcursul vieții oamenii trec și depășesc perioade de sărăcie. Prin urmare, numărul celor care au suferit de sărăcie și izolare socială este mult mai mare decât numărul de oameni ce trăiesc în sărăcie actualmente.

Sărăcia și marginalizarea socială sporește riscurile de divorț și separare, disabilitate și boală, dependență de substanțe, izolare socială și viceversa, formând cercuri vicioase, care aprofundează situația grea în care se află individul.

Stresul la locul de muncă sporește riscul de îmbolnăviri. Oamenii care au un control mai bun asupra evenimentelor la locul de muncă, au sănătate mai bună. În general, de avea loc de lucru este mai bine decât de a fi șomer, însă organizarea socială a lucrului, stilurile de management, relațiile sociale la locul de muncă, toate au importanță pentru sănătate. Dovezile demonstrează că stresul la locul de muncă contribuie la diferențele în sănătate condiționate de statutul social, durata de aflare pe buletin și rata deceselor. O serie de studii la locul de muncă demonstrează că sănătatea suferă atunci când oamenii nu au posibilități să aplice pe deplin aptitudinile posedate și au autoritate mică în luarea deciziilor. Controlul insuficient asupra lucrului propriu este strâns legat de incidența durerilor lombare, durata aflării pe buletin și bolile cardiovasculare.

A fost depistat, că riscurile acestea sunt independente de caracteristicile psihologice ale indivizilor studiați, însă sunt dependente de mediul la locul de muncă. Unele studii au evaluat rolul cerințelor la locul de muncă, și unele demonstrează interacțiunea între cerințe și control. Locurile de muncă cu cerințe mari și un grad redus de control posedă un risc sporit. Există date că suportul social la locul de lucru are acțiune protectoare. Suplimentar, recunoașterea neadecvată a eforturilor depuse la locul de lucru, la fel, este asociată cu riscul cardiovascular sporit. Recunoașterea poate fi în forma de salariu, status, sau autoapreciere. Rezultatele menționate demonstrează că mediul ambiant psihosocial la lucru este o determinantă importantă a sănătății și contribuie la gradientul social al sănătății.

Siguranța la locul de muncă sporește sănătatea, bunăstarea și satisfacția. Nivelele mai mari de șomaj cauzează mai multe boli și decese premature. Șomajul pune sănătatea la risc, iar riscul este mai mare în regiunile în care șomajul este mai răspândit. Dovezile din mai multe țări demonstrează că chiar după ajustarea la alți factori, șomerii și familiile lor au nivele mai înalte de mortalitate. Efectele șomajului asupra sănătății sunt legate atât de consecințele lui psihologice, cât și efectele asupra sănătății mintale (în special, anxietatea și depresia), boli cardiovasculare și factorii de risc cardiovascular. Din motivul că lucrul foarte nesatisfăcător sau nesigur poate fi la fel de dăunător ca și șomajul, pur și simplu a avea un loc de lucru nu întotdeauna înseamnă a avea protejată sănătatea fizică și mintală: este importantă și calitatea lucrului.

Suportul social, prietenia, relațiile bune sociale și rețelele puternice de suport îmbunătățesc sănătatea acasă, la lucru și în comunitate. Suportul social și relațiile bune sociale fac o contribuție bună la starea sănătății. Suportul social ajută la obținerea resurselor emoționale și practice necesare omului. Apartenența la o rețea de comunicare socială face oamenii să simtă grija, să se simtă iubiți, apreciați și respectați. Aceasta are un efect protector asupra sănătății. Relațiile de suport, la fel, pot încuraja comportamentul mai sănătos. Suportul are efecte pozitive și la nivelul individual, și la nivelul societății. Izolarea socială și excluderea sunt asociate cu rata sporită de mortalitate și șanse mai rele de supraviețuire după infarct de miocard. Oamenii, care se bucură de mai puțin suport emoțional și social de la cei din jur, mai des se îmbolnăvesc, mai des fac depresie, au riscul mai mare de complicații în sarcină și au grade mai avansate de dizabilitate cauzată de bolile cronice. Sărăcia poate contribui la izolare socială. Societățile cu grade mari de inegalitate în venituri au tendința de a avea mai puțină coeziune socială și crime mai violente.

Folosirea drogurilor este atât răspuns la insuccese sociale, cât și un factor important în agravarea inegalităților în sănătate. Indivizii se întorc spre alcool, droguri și tutun, și suferă din cauza utilizării lor, însă acest consum este influențat de condițiile și circumstanțele sociale. Ea oferă utilizatorilor senzația de scăpare de la stres și dificultăți, însă face problemele și mai grave. Dependența de alcool, consumul ilicit de droguri, fumatul, - toate acestea sunt strâns asociate cu semnele de dezavantaj social și economic. În unele țări din Europa de Est, anii 80-90 au fost ani de dezastru social-economic. Prin urmare, numărul deceselor legate de consumul de alcool, precum a celor legate de accidente rutiere, violență, traume și suicid, - a sporit dramatic. Dependența de alcool este asociată cu moartea violentă și în alte țări. Mecanismele cauzale, probabil acționează bidirecțional. Oamenii încep să consume alcoolul în exces pentru a potoli durerea din cauza condițiilor dure sociale și economice, iar dependența de alcool agravează problemele și morbiditatea socială. Ironia constă în faptul că oferind refugiu temporar de la realitate, alcoolul agravează problemele, care au cauzat consumul lui. Similară este și situația cu fumatul.

Privarea socială, fiind măsurată prin locuință proastă, venit mic, familii incomplete, șomaj sau vagabondaj, este asociată cu rate înalte de fumat și foarte joase de abandonare. Fumatul este o una din căi majore de pierdere a veniturilor pentru cei săraci și o cauză importantă de deteriorare a sănătății și a deceselor premature, în pofida faptului că nicotina nu ameliorează realmente stresul și nici nu ridică dispoziția. Consumul de alcool și droguri este promovat de marketing-ul și promoția agresive ale companiilor transnaționale și de organizații

criminale. Activitățile lor sunt o barieră majoră pentru inițiativele politice de a reduce consumul de către tineri, iar complicitatea lor la contrabandă, în special a produselor din tutun, a împeticat eforturile guvernelor de a limita consumul prin mecanismele de prețuri.

Deoarece forțele pieței globale controlează aprovizionarea cu produse alimentare, alimentația sănătoasă devine o problemă politică. Comerțul produselor alimentare este un business mare în lume. Acest business croiește aprovizionarea cu produse alimentare în mai multe regiuni ale lumii, având interesele sale economice, fapt de care trebuie de ținut cont în evaluarea caracterului de alimentație a unor comunități și a indivizilor. Dieta corectă și aprovizionarea adecvată cu produse alimentare este importantă pentru promovarea sănătății și bunăstării. Insuficiența produselor alimentare și varietatea lor redusă cauzează malnutriția și boli deficitare.

Consumul excesiv (la fel, o formă de malnutriție) contribuie la apariția bolilor cardiovasculare, diabetului, cancerului, bolilor degenerative ale ochiului, obezității și cariei dentare. Sărăcia alimentară există alături cu abundența alimentară. O problemă importantă de sănătate este disponibilitatea și costul alimentației sănătoase. Accesul la alimentația calitativă influențează mai mult asupra alimentației decât educația în alimentația sănătoasă. Creșterea economică, ameliorarea condițiilor de trai și celor sanitare au adus cu sine tranziția epidemiologică de la boli infecțioase la boli cronice, inclusiv cardiopatia ischemică, ictus și cancer. Concomitent a survenit și tranziția nutrițională, când caracterul de alimentație s-a schimbat spre consum excesiv de grăsimi sature și carbohidrați, ce duc la obezitate. În același timp, obezitatea a devenit mai răspândită printre săraci decât printre bogați.

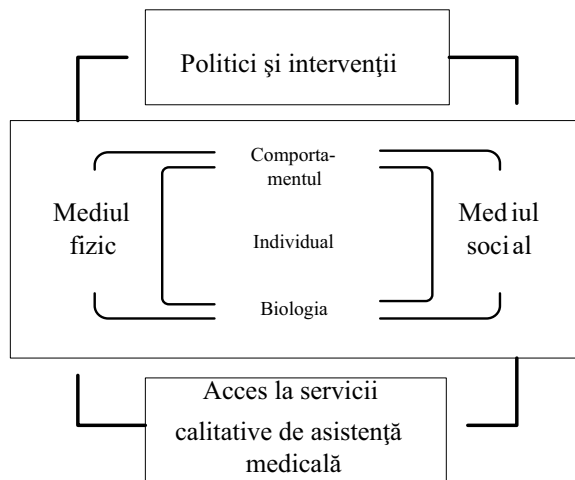
Condițiile sociale și economice rezultă în gradientul social în calitatea alimentației, ce contribuie la inegalități în sănătate. Cea mai mare diferență alimentară între clasele sociale este sursa substanțelor nutritive. În mai multe țări, săracii tind să consume alimentele mai ieftine, procesate în locul produselor proaspete. Oamenii cu venituri mici, precum familiile tinere, bătrânii, șomerii, nu au posibilitatea să se alimenteze calitativ. Scopurile alimentare în profilaxia maladiilor cronice presupun consumul de mai multe legume și fructe proaspete și mai multe produse minimal prelucrate ce conțin amidon, însă cât mai puține grăsimi animale, zahar rafinat și sare. Mai mult de 100 de comitete de experți au căzut de acord asupra acestor scopuri alimentare.

Transportul sănătos înseamnă mai mult mers pe jos sau cu bicicleta, suplimentat de un sistem bun de transport public. Mersul pe jos sau cu bicicleta și folosirea transportului public promovează sănătatea pe patru căi. Ele asigură efortul fizic, reduc numărul de accidente fatale,

consolidează contactele sociale și reduc poluarea aerului. Din cauza că mecanizarea a redus gradul de eforturi fizice la locurile de lucru și în locuințe și a contribuit la epidemia crescândă de obezitate, este nevoie de găsit căi noi de incorporare a efortului fizic în viața cotidiană. Exercițiile sistematice protejează contra bolilor cardiovasculare, și, prin limitarea obezității, reduc instalarea diabetului de tip II. Ele promovează senzația de bunăstare și protejează persoanele vârstnice de depresie.

Reducerea traficului rutier ar contribui la fel la reducerea numărului de accidente rutiere și deceselor în urma lor. Cu mai puțini pietoni, străzile încetează să mai fie spații sociale, iar pietonii izolați pot avea frică de atac. Izolarea socială și lipsa interacțiunii în comunitate sunt puternic asociate cu starea mai proastă de sănătate. Traficul rutier redus diminuează poluarea aerului prin gazele de eșapament, consumul combustibililor nerenovabile și nu duce la încălzirea globală. Mersul pe jos și ciclismul nu contribuie la îmbolnăviri din cauza poluării aerului, nu produc zgomot și sunt mai preferabile pentru localitățile ecologice compacte din viitor.

În ultimii ani conceptul determinantelor sănătății a fost explorat aprofundat și extins într-asa fel cum este reprezentat în figura 1.



Adaptat din „Healthy People 2010: Understanding and Improving

Figura 1. Determinantele sănătății (conceptul contemporan)

După cum reiese din figură, în condiționarea stării de sănătate interacționează mai multe domenii. La nivelul individual trebuie să fie considerate factorii biologici și comportamentul individului. Acestea interacționează între ele și cu mediul ambiant, care cuprinde factorii fizici și sociali. Totodată, mulțimea acestor interacțiuni în condiționarea sănătății, în mare măsură este influențată de politici în domeniul sănătății și intervenții întreprinse la nivelul de societate și cel

statal. Unul din factorii importanți în condiționarea stării de sănătate este considerat accesul la servicii calitative de asistență medicală, care cuprinde atât serviciile diagnostice și curative, cât și cele preventive.

Organizația Mondială a Sănătății propune ca sănătate să fie considerată starea până la apariția evidentă a sănătății deteriorate. Aceasta presupune că până la faza decelabilă a bolii este implicat un potențial substanțial de rezerve. Acest concept presupune că sănătatea există în zona de mai sus de 30% din capacitatea funcțională maximă/optimă. Mai jos de 30% de maximum există doar o fâșie subțire de siguranță până la apariția pericolului serios pentru funcționare și supraviețuire. Anume în limitele acestei fâșii apare majoritatea adresărilor la medici și sunt generate cele mai mari cheltuieli în sensul diagnostic și curativ.

Din perspectiva biologică, existența individului este un proces de realizare a interacțiunii genotipului și, respectiv, fenotipului cu mediul ambiant. Spectrul între 20 și 30% din capacitatea vitală maximă a individului reprezintă o zonă periculoasă de rezerve vitale limitate. Individul poate pierde 70% din funcționalitate brusc, ca rezultat al evenimentelor sau influențelor externe (de ex.: accident rutier), sau aceasta pierdere se poate petrece mai încet din acumularea mai multor evenimente minore interne cauzate de funcționarea sistemelor organismului, sau din cauza îmbătrânirii (de ex.: ateroscleroza, demența senilă, boala Alzheimer). Este important de menționat că medicul de familie, asistentul social sunt în poziția potrivită să influențeze atât acțiunea factorilor externi cât și a celor interni implicați în condiționarea stării sănătății. Desigur, o atenție deosebită cere elucidarea și combaterea cauzelor comportamentale ale cauzelor interne și externe. Excepția la momentul actual, probabil, o constituie factorii genetici.

Este util de explorat cauzele cauzelor de tranziție de la sănătate la boală. Copiii cu malnutriție, sau alimentați incorect ușor achiziționează bolile și decedază din cauza bolilor achiziționate. Locuințele și comunitățile fără apă garantată și canalizare condiționează mediul fertil pentru infecții intestinale. Lipsa gazificării și încălzirii centralizate rezultă în poluarea aerului în încăperi ce duce la patologii pulmonare.

Lipsa de speranțe împinge tinerele spre sex comercial cu riscuri inerente de violență și infecții sexual transmisibile, inclusiv HIV/SIDA. Producătorii de tutun și alcool profită enorm din reclamă și promovare, ce duce la răspândirea dependenței. Intensificarea traficului rutier generează creșterea traumatismului. Prin urmare, este clar mesajul că factorii de risc pentru sănătate se regăsesc atât în domeniul biologiei umane, cât și în mediul ambiant, și în stilul de viață.

Cauzele subiacente sunt determinantele mai generale ale sănătății, precum sunt educația și, într-o măsură mai mică, nivelul de venituri. Efectele nivelului de venituri și ale educației se manifestă în majoritatea cazurilor prin realizarea riscurilor. Dacă o parte importantă a sănătății compromise rezultă din sărăcie și nivelul jos de educație, sau din consecințele lor – alimentația neadecvată, situația sanitară proastă, sau alte riscuri specifice, - atunci una din sarcinile medicului de familie și asistentului social este de a explora aceste domenii și de a lua măsuri potrivite educaționale și preventive.

Înțelegerea procesului de evoluție a pacientului de la sănătate la boală și viceversa, precum și conștientizarea relațiilor dialectice între sănătate și boală, îi permite medicului de familie stabilirea mai corectă a diagnosticului de sănătate și de boală. Starea inițială este starea de sănătate. În aceasta fază individul este supus acțiunii diferitor factori de risc externi și interni, însă organismul posedă o rezistență suficientă pentru a înfrunța și neutraliza efectele lor. La o etapă anumită, mecanismele de neutralizare a efectelor factorilor de risc se epuizează și organismul devine sensibil la acțiunea influențelor negative, deplasându-se în faza de susceptibilitate, în care efectele negative a factorilor de risc externi și interni se acumulează, cauzând declanșarea proceselor patologice. Procesul patologic rar se dezvoltă imediat. Chiar și în cazul îmbolnăvirilor acute, boala există în faza ei asimptomatică (perioada de incubație în bolile infecțioase, faza asimptomatică a DZ, ateroscleroza coronariană, etc.).

Manifestările subiective ale bolii lipsesc, însă explorarea clinică și paraclinică aprofundată permite depistarea unor dereglări instrumentale și de laborator. La o etapă anumită de evoluție a bolii, pacientul poate prezenta unele simptome minore, acestea fiind în majoritatea cazurilor nespecifice (de ex.: fatigabilitate, dereglarea somnului, modificări în dispoziție, etc.), care nu-i reduc considerabil capacitatea și sunt interpretate ca tranzitorii. La un moment dat, manifestările clinice impun pacientul să se adreseze medicului. Stabilirea diagnosticului în fazele precoce ale bolii necesită explorare minuțioasă a pacientului, gândire medicală cu aplicarea cunoștințelor atât din domeniul clinic, cât și din domeniul sănătății publice (de ex.: pacientul care vine din focarul de tuberculoză), supraveghere atentă a cazului.

Mai multe boli, în special cele cronice se caracterizează prin perioade de remisii și acutizări, în urma cărora capacitățile funcționale ale pacientului se diminuează progresiv, boala ajungând la o etapă, în care manifestările ei nu pot fi compensate, chiar și cu aplicarea tratamentului potrivit. În ultima fază, în care sunt epuizate toate mecanismele interne de compensare și posibilitățile tratamentului, boala va atinge pragul de supraviețuire a pacientului. Este evident că evoluția de la o fază la alta este însoțită de pierderea respectivă a potențialului de

sănătate. Cu alte cuvinte, cu cât mai grav este bolnav pacientul, cu atâta mai redus este potențialul lui de sănătate.

Schimbarea comportamentului este un proces complex, adesea dificil de al obține și menține. Profesioniștii în domeniul sănătății realizează că în activitatea lor de promovare și încurajare a comportamentului sănătos ei se confruntă cu impedimente puternice, așa cum sunt condiționarea/influența socială, psihologică, de ambianța. De regulă, doar informarea indivizilor este insuficientă. Beneficiile schimbării comportamentului trebuie să fie evidente și importante pentru individ și comunitate, iar activitățile de promovare a sănătății trebuie să fie bine planificate cu rezultatele scontate definitivate clar.

Modelele, conceptele și teoriile de schimbare a comportamentului. Modelele sunt descrieri a realității cu o aproximație mai mare sau mai mică folosite pentru explicarea fenomenelor. Modelele sunt părți componente ale teoriilor. Rolul modelelor în activitatea de promovare a sănătății este determinat de mai mulți factori. Modelarea este necesară pentru: asigurarea cadrului conceptual al activității; determinarea și asigurarea unor variabile măsurabile care pot fi influențate în cadrul activității de promovare a sănătății; asigurarea instrumentelor de apreciere a evoluării procesului de promovare a sănătății, pentru măsurarea/quantificarea succesului; trasarea/prevederea și evidențierea problemelor apărute pe parcursul desfășurării activității. Există două tipuri de abordare teoretică în schimbarea comportamentului de sănătate a individului.

Teoria explicativă sau teoria de cercetare a problemei. Ea se folosește pentru descrierea factorilor de influențare a comportamentului sau a situației și asigură identificarea MOTIVULUI existenței acestei probleme. Această teorie servește drept îndrumar pentru cercetarea factorilor care pot fi modificați precum cunoștințele, abordările, autoeficacitatea, sprijinul social, lipsa resurselor, etc.

Teoria schimbării sau teoria acțiunii. Servește drept îndrumar pentru elaborarea intervențiilor de promovare a sănătății, Teoriile oferă concepte clare care pot fi transpuse în mesaje și strategii. Ele sunt punctele de reper pentru evaluarea în baza unei teorii și determină elaborarea unor asumări *explicite* privind modul în care programul ar trebui desfășurat.

Activitățile de promovare a sănătății sunt practic imposibile fără componenta de schimbare a comportamentului (a unui individ, unui grup sau a unei comunități). Toate modelele de schimbare a comportamentului se bazează mai mult sau mai puțin pe concepte și fac parte din elementele a celor două teorii menționate: *teoria explicativă și teoria schimbării*. Modelele diferite se expun în mod diferit asupra individului și/sau asupra grupelor și comunităților. Există

mai multe modele de schimbare a comportamentului utilizate pentru explicarea diferitor fenomene sau fundamentarea diferitor programe de acțiuni. Actualmente sunt cunoscute nu mai puțin de 9 modele, din care 2 sunt aplicate mai pe larg în domeniul sănătății și asistenței sociale:

1. Modelul de încredere în sănătate.
2. Modelul transteoretic (modelul etapelor de schimbare).

Unul din primele modele elaborate în domeniul schimbării comportamentului este modelul de „*Încredere în sănătate*”. Acesta se bazează pe 5 elemente-cheie:

Conștientizarea gravității. Aceasta presupune înțelegerea de către individ a faptului că problema de sănătate abordată este foarte serioasă.

Conștientizarea pericolului. Presupune înțelegerea că individul însăși poate fi afectat de problema în cauză.

Conștientizarea beneficiului. Presupune înțelegerea din partea individului că schimbarea comportamentului va reduce pericolul.

Conștientizarea obstacolelor. Realizarea de către individ că există obstacole pentru modificarea comportamentului și care sunt ele.

Autoeficacitatea. Cunoașterea/încrederea că individul are capacitatea de a-și schimba comportamentul, ceea ce va avea consecințe benefice eficiente pentru sănătate.

Modelul de „încredere în sănătate” este util în explorarea cauzelor schimbării comportamentului.

Modelul transteoretic, sau modelul etapelor de schimbare a comportamentului explicită cum apare schimbarea comportamentului și prin ce faze trece individul. Conform acestui model, există 5 etape de schimbare:

Precontemplare. Perioada se caracterizează prin lipsa gândurilor despre schimbare a comportamentului.

Contemplare. Perioada se caracterizează prin inițierea gândirii despre schimbarea comportamentului în viitorul apropiat.

Luarea deciziei/pregătirea/planificarea. Perioada se caracterizează prin elaborarea planului de măsuri concrete de schimbare a comportamentului, stabilirea momentului în timp.

Acțiune. Este perioada de implementare a planului de schimbare a comportamentului.

Menținere. Perioada este caracterizată prin asigurarea continuității schimbărilor obținute în comportament.

Modelul acesta reflectă/tratează schimbarea comportamentului ca un proces în care indivizii se află la diferite etape de promptitudine de a-și schimba comportamentul. Modelul

„*Stadiilor de schimbare*” nu este liniar. Indivizii pot intra și ieși din procesul de schimbare la orice punct/etapă, iar unii pot repeta o etapă de mai multe ori.

Modelul transteoretic recunoaște că nu fiecare individ este pregătit să-și schimbe comportamentul. Acest model este util în alcătuirea programelor pentru sănătate destinate etapelor specifice a procesului de schimbare, pentru a ghida indivizii prin procesul acesta.

Există un șir de bariere (obstacole) pentru aplicarea intervențiilor de schimbare a comportamentului în practica activității medico-sociale. Barierele reprezintă un argument important pentru a propune o abordare generală consistentă, așa cum este abordarea prin aplicarea constructului celor 5 „A”. Constructul celor 5 “A” conține următoarele:

1. ASSESS (evaluează). Se va întreba (evalua) despre factorii de risc comportamentali și factorii ce influențează alegerea scopurilor (și metodelor) de schimbare a comportamentului.
2. ADVISE (propune, dă sfat). Se va da un sfat clar, specific și personalizat referitor la schimbarea comportamentului, care va include și informații despre daunele/pericolele comportamentului actual și beneficiile personale în cazul schimbării comportamentului.
3. AGREE (obține acordul). Prin colaborare se va alege scopul și metodele potrivite de atingere a scopului bazate pe interesul pacientului și dorința lui de a schimba comportamentul.
4. ASSIST (ajută). Folosind tehnicile de schimbare a comportamentului (autoajutorarea și/sau consilierea) pacientul se ajută în atingerea scopurilor stabilite prin însușirea deprinderilor, obținerea încrederii și suportului social, suplimentat prin tratamentul medical adăugător unde este necesar (ex. contraceptive, farmacoterapia la dependență de alcool, tutun, etc.).
5. ARRANGE (organizează). Se vor programa contactele de supraveghere ulterioară (personal sau prin telefon) pentru a asigura asistența și suportul continuu și pentru a ajusta planul de tratament dacă este necesar, inclusiv referirea la tratament mai intensiv sau specializat.

Conținutul fiecărui pas al constructului 5 „A” variază de la comportament la comportament, însă intervențiile medicale axate spre orice schimbare a comportamentului pot fi descrise cu referire la fiecare din cele cinci componente ale constructului. Tipurile și intensitatea măsurilor de modificare a comportamentului pot varia în funcție de complexitatea schimbărilor, necesitatea achiziționării sau abandonării a unui sau altui comportament, precum și de factorii individuali ai pacientului.

Assess. Din motivul că riscurile comportamentale sunt în mare măsură invizibile și rar prezintă cauza de bază în căutarea asistenței medicale, sistemele explicite de evaluare a factorilor comportamentali de risc servesc pentru două scopuri:

- identificarea tuturor persoanelor care necesită unele intervenții pentru un anumit comportament (de ex., indivizii sedentari, *versus* indivizii suficient de activi fizic);
- acumularea datelor necesare pentru a grupa pe cei care necesită intervenții diferite și, determinarea problemei unde este necesar, pentru a individualiza intervențiile în scopul eficientizării lor maxime în sensul beneficiului pentru sănătate.

În dependență de caracterul comportamentului, grupele vor avea intervenții ajustate la practicile lor curente (de ex., fumătorii *versus* cei care au abandonat recent fumatul), intențiile (de ex., femeile care intenționează să alimenteze copii la sân *versus* cele care nu intenționează), promptitudinea la schimbare (de ex., cei care intenționează să-și modifice comportamentul în curând *versus* cei care intenționează să încerce peste o perioadă mai îndelungată de timp) și prezența factorilor medicali/fiziologici, care vor influența alegerea opțiunilor (de ex., femeile gravide *versus* cele ne gravide). În limitele grupelor-țintă factorii moderatori, așa cum sunt vârsta, sexul, proveniența etnică, prezența maladiilor și gradul de informare în problemele de sănătate, pot ajuta la individualizarea accentului intervenției din motivul că o astfel de individualizare s-a dovedit benefică. Evaluarea în scopul individualizării intervențiilor poate fi efectuată mai târziu, la etapa de obținere a acordului. Evaluarea poate identifica și contraindicațiile pentru intervenții, așa cum se poate întâmpla în promovarea activității fizice în prezența unor boli curente, sau securitatea și oportunitatea terapiei de substituție a nicotinei în calitate de adjuvant.

O evaluare sistematizată și sistematică de rutină servește drept bază pentru o consiliere activă în problemele de comportament, și în special în realizarea potențialului ei în ameliorarea sănătății publice. De exemplu, prezența și aplicarea unui sistem de identificare și documentare a fumătorilor sporește de trei ori probabilitatea intervenției din partea medicilor. Evaluarea adecvată poate ajuta la considerarea priorităților pacienților și riscurilor medicale, în special la indivizii cu riscuri comportamentale multiple. La moment există puține cercetări în metode eficiente de prioritezare între riscuri comportamentale coexistente.

Strategiile de evaluare ideale pentru practica medicală sunt fezabile, scurte, pot fi interpretate sau cuantificate ușor și precis; ele contribuie la sporirea eficacității și la ajustarea intervențiilor. Evaluarea variază în volum de la câteva întrebări focusate în cadrul vizitei la medic („Ați folosit produse din tutun în ultimele 7 zile? Dacă da, Vă gândiți în mod serios să

abandonați în următoarele 6 luni? Dacă nu, ați folosit produse din tutun în ultimele 6 luni?”) până la instrumente mult mai sofisticate, așa cum este chestionarul de evaluare a riscului pentru sănătate (HRA – Health Risk Appraisal), care este un chestionar din mai multe pagini ce colectează informația despre pacient pentru identificarea factorilor de risc și de regulă se utilizează pentru obținerea informației detaliate individuale necesare pentru acțiuni de promovare a sănătății, menținerea funcționalității și prevenirea maladiilor. Informarea pacientului asupra rezultatelor chestionării HRA aparte sau în combinație cu o singură sesiune de consiliere cu medicul este de regulă inefficientă în obținerea schimbărilor de comportament, însă HRA poate servi o metodă ieftină și ușoară pentru culegerea sistematizată a datelor despre un spectru de comportamente în sănătate ce pot fi modificate, precum și despre factorii asociați.

Advise. După cum a mai fost menționat, sfatul medicului stabilește problemele de comportament ca o parte importantă a asistenței medicale și fortifică motivația pacientului de a se schimba. Un astfel de sfat are o forță mai mare dacă personalizarea prin stabilirea legăturilor concrete între schimbarea comportamentului și îngrijorările specifice ale pacientului cu privire la sănătate, experiența lui, familia, situația socială, fiind ajustat la nivelul de cultură sanitară a individului. Sfatul medicului în primul rând dă o direcție pentru acțiune, pe când alți lucrători medicali și media trebuie să asigure detaliile. În acest caz, medicul este un catalizator unic pentru schimbarea comportamentului pacientului și este ajutat în mare măsură de către un sistem coordonat în obținerea și menținerea schimbării.

Informația despre evaluarea curentă sau precedentă poate ajuta la personalizarea riscurilor și beneficiilor pentru sănătate, precum și pentru sporirea gradului de motivare pentru schimbare. Un sfat bun, prestat calitativ susține autodeterminarea (autosuficiența) pacientului. Utilizarea formelor potrivite (de ex., „Ca medicul Dvs. eu consider că trebuie să Vă spun” în locul „Dvs. trebuie”) este o cale subtilă însă puternică de a exprima respectul și a evita lezarea autonomiei pacientului.

Un sfat medical eficient are câteva elemente importante. Informația furnizată pacientului poate fi de ordin biologic (rezultatele testelor de laborator sau investigațiilor instrumentale), normativ (comparațiile cu normele pentru aceeași vârstă și sex), sau ipsativă (compararea cu rezultatele precedente ale pacientului). O mare importanță are și modul în care este dat sfatul medical – un stil călduros, empatic și neacuzativ produce mai multă cooperare și mai puțină rezistență în special din partea pacienților ce nu sunt la momentul actual cointeresați în modificarea comportamentului. O abordare respectuoasă individualizată consideră în primul rând interesul pacientului în schimbare înainte de a-l informa despre riscurile sau de a-l convinge să

întreprindă acțiuni. Un sfat medical potrivit la fel evidențiază încrederea medicului în aptitudinea (abilitatea) pacientului de a-și schimba comportamentul (crearea și fortificarea auto-eficacității) și asigură pacientul că există mai multe căi de abordare a schimbării cu succes, precum și resurse de suport pentru schimbare a comportamentului dacă aceasta a fost inițiată. Recunoașterea succeselor precedente ale pacientului în obținerea schimbărilor la fel poate fortifica încrederea lui în succes. Cu toate elementele menționate, mesajele de sfat pot fi compacte și scurte (30 – 60 secunde), în special când sunt îmbinate cu alte forme de asistență.

Agree. La acest capitol pacientul și medicul ajung la un „numitor comun” în ceea ce ține de aria (ariile) în care este necesar de considerat sau de întreprins schimbări de comportament. Dacă ambii sunt de acord că schimbarea este necesară, ei vor colabora la definitivarea scopurilor și/sau metodelor de modificare a comportamentului. Importanța asistenței colaborative și acordului pacientului pe parcursul acțiunii nu a fost atât de explicită în modelul inițial de cele 4 „A”, însă gândirea medicală s-a schimbat în ultimele decenii spre participarea mai activă a pacienților la mai multe aspecte de asistență medicală. Într-o măsură tot mai mare deciziile medicale se bazează pe acordul între pacient și medic după considerarea mai multor opțiuni de tratament, consecințelor posibile și preferințelor pacientului. Luarea deciziilor în comun este în special recomandată pentru serviciile preventive, care implică relațiile risc-beneficiu contradictorii sau foarte individualizate. La fel, abordarea de colaborare cu pacientul favorizează și accentuează alegerea pacientului și autonomia lui. Ea este necesară în intervențiile de consiliere comportamentală, în care pacientului îi aparține decizia definitivă.

Implicarea pacienților în luarea deciziilor referitor la schimbarea comportamentului oferă beneficii importante, inclusiv în situațiile în care decizia ce implică riscuri și beneficii concurente, cu certitudine nu provoacă îngrijorări. Pacienții implicați în mod activ în luarea deciziilor ce țin de asistența medicală au senzația de un control mai mare asupra situației, cea ce prezintă un factor important pentru schimbarea reușită a comportamentului. Similar, implicarea pacienților în luarea deciziilor promovează și facilitează alegerile bazate pe așteptările realiste și pe valorile pacientului, care la rândul lor sunt factorii importanți în aderare sau complianță. Metodele axate pe pacient, în care este obținut acordul reciproc între pacient și medic asupra anumitor schimbări, pot necesita mai puțin timp pentru vizite decât cele axate pe prestator.

Întrebările suplimentare vor ajuta la determinarea conținutului componentelor ulterioare ale intervenției. De ex., recomandările curente referitor la fumat propun de a evalua dacă pacientul dorește să întreprindă tentativa de abandonare în perioada de 30 de zile următoare. Dacă nu dorește, asistența ulterioară va constitui o intervenție de motivare pentru a suporta

încrederea și promptitudinea, precum și a adresa barierele de ambianță și altele care împiedică schimbarea. În cazul în care pacientul este pregătit să întreprindă acțiuni, se va acorda consilierea ulterioară comportamentală concomitent cu medicația sau alte metode potrivite. În mai multe cazuri câteva întrebări scurte, de ex., „Cât de important este pentru dvs. să...” sau „Cât de sigur sunteți că puteți...” cu ușurință evaluează motivația individului și încrederea în posibilitatea de a schimba comportamentul, în mod rapid identifică căile de perspectivă (posibilitățile) pentru asistența ulterioară. Astfel de comunicare deschisă poate angaja într-un mod inofensiv și un pacient puțin cointerestat în schimbare, cea ce poate spori cunoștințele, încrederea în sine și motivația. Aplicarea în mod activ a consimțământului pacientului înainte de a proceda cu consilierea ulterioară în privința comportamentului poate preveni rezistența. Consimțământul presupune existența mai multor opțiuni de tratament sau intervenții pentru a angaja pacientul să atingă scopurile stabilite în schimbarea comportamentului. De ex., pacienții vor putea alege din opțiunile la domiciliu sau în sala de fitness pentru sporirea nivelului de activitate fizică; din substituirea nicotinei sau metoda de inducție a aversiunii pentru abandonarea fumatului; din folosirea contraceptivelor sau abținerea pentru prevenirea sarcinii, precum și dintr-o mulțime de opțiuni pentru corijarea dietei. Suplimentar, pentru fiecare din cele menționate, pacienții vor putea alege din opțiunile de a se baza pe scheme de autoajutorare sau metode medicale mai intensive în dependență de preferințele lor anticipate de însușire mai intensă a deprinderilor sau unui nivel mai mare de suport social pe care îl poate asigura consilierea în persoană. La persoane cu mai multe riscuri comportamentale consimțământul este necesar referitor pentru decizia la care schimbare (schimbări) de întreprins în primul rând.

Assist. În cadrul asigurării asistenței, lucrătorul medical asigură un tratament suplimentar în ameliorarea barierele pentru schimbare, sporirea motivației pacientului, dexterităților de autoajutorare și/sau ajută pacientul să obțină suportul necesar pentru schimbarea reușită a comportamentului. Intervențiile eficiente de asistență au scopul de a instrui pacientul în autoajutorare ceea ce implică achiziționarea și dezvoltarea deprinderilor în soluționarea problemelor și depășirea obstacolelor, împuternicindu-l astfel pe pacient să întreprindă pașii ulteriori în obținerea schimbărilor preconizate a comportamentului preconizate.

Cei care nu sunt pregătiți să se implice în schimbarea comportamentului în viitorul apropiat, frecvent beneficiază din aplicarea strategiilor de asistență care explorează ambivalența și stimulează motivația. După cum a fost menționat anterior, asistența suplimentară prin tehnici eficiente de schimbare a comportamentului nu ar trebui să fie acordată nemijlocit de medicul din AMP de sine stătător în cadrul vizitei de asistență medicală primară. Medicii pot acorda asistența

prin referire la un alt profesionist medical din instituția medicală sau din afara acesteia, în comunitate. Este important că acest tip de abordare în mod tipic implică mai multe canale de comunicare și metode de intervenții, ceea ce la fel produce rezultate mai bune.

Asistența adițională în cadrul sau în afara vizitei pacientului probabil va produce rezultate mai bune decât un tratament „de contact minim” sau „numai-sfat”. De ex., dacă consilierea cu durata de 1 – 3 minute s-a dovedit să sporească rata abandonării fumatului de 2 ori în perioada de 6 luni, intervențiile cu durata mai mare și cu contacte multiple produc efecte și mai bune. Majorarea timpului total de contact al intervenției (timpul pentru 1 intervenție x numărul de contacte) de la minim (1-3 minute) până la mai mult de 30 minute dublează rata de abandonare de lungă durată.

Tehnicile de consiliere variază în dependență de comportament și de necesitățile individuale ale pacienților, însă includ consilierea practică (instruirea dexterităților/deprinderilor în soluționarea problemelor) în scopul substituirii comportamentului problematic cu alte comportamente și al depășirii barierelor de ambianță și celor fiziologice pentru schimbare. Asistența la fel poate include și suportul direct de la formator/echipă, sfaturi în obținerea suportului social din partea prietenilor și familiei, asigurarea cu materialele necesare pentru auto-ajutorare în scopul susținerii eforturilor individuale de schimbare, precum și eliberarea sau prescrierea medicamentelor (dispozitivelor) necesare (de ex., farmacoterapia dependenței de tutun, contraceptive pentru prevenirea sarcinii neplanificate, suplimente dietetice pentru anumite regimuri de scădere ponderală). Alte metode (tehnici) eficiente de schimbare comportamentală utilizează modelarea și antrenamente de comportament, contractarea cu angajații (contingency contracting), controlul asupra stimulentele, instruirea în dirijarea (conduita) stresului, utilizarea auto-monitorizării și auto-stimulării (selfreward).

Implicarea mai multor profesioniști și utilizarea metodelor complementare de intervenții sporește fezabilitatea și eficacitatea asistenței ulterioare în modificarea comportamentului. Videofilmele interactive pot asigura elemente standardizate pentru intervențiile de consiliere comportamentală. Consilierea prin telefon și materialele de auto-ajutorare elaborate calitativ asigură canale suplimentare pentru efectuarea eficientă a intervențiilor eficiente. În cazul confirmării eficacității, intervențiile computerizate vor oferi un contact direct interactiv prin terminalele calculatoarelor sau Internet ceea ce depășește posibilitățile resurselor personalului din oficiu. Pentru instituțiile cu posibilitățile limitate, acordarea asistenței potrivite în schimbarea comportamentului este mai ușoară dacă activitățile educaționale sunt repartizate între lucrătorii medicali (de ex., medicul, asistenta medicală, registratorul).

Arrange. Aranjarea supravegherii ne impune să re-conceptualizăm factorii de risc comportamental ca probleme cronice care se schimbă cu timpul. Independent de intensitatea asistenței, o formă sau alta de supraveghere, evaluare și suport prin intermediul vizitelor repetate, convorbirilor telefonice sau altor forme de contact, este necesară pentru succesul intervențiilor de modificare a comportamentului. Contactele ulterioare de supraveghere asigură posibilitatea de reevaluare și ajustare a planului inițial de schimbare comportamentală. De regulă, aceasta se obține prin repetarea succintă a celor 4 „A” inițiale (assess, advise, agree, assist) pentru a ajusta planul inițial ținând cont de eforturile depuse de către pacient, experiența lui și de perspectiva curentă. Supravegherea în continuare permite asigurarea suportului necesar pentru menținerea schimbării comportamentului și prevenirea exacerbărilor pentru cei care deja au obținut schimbări substanțiale de comportament. În general, primul contact de supraveghere este mai util de programat după o perioadă relativ scurtă (de ex., 1 lună), deși timpul poate să fie selectat în dependență de necesitatea acordării suportului la un anumit eveniment (de ex., contactarea prin telefon după câteva zile de la data stabilită pentru abandonarea fumatului).

După evaluarea inițială care va urma după intervenție, contactele ulterioare de regulă sunt planificate la intervale succesiv mai mari pentru asigurarea suportului necesar și continuarea într-o manieră descrescând gradual. Important este că intervențiile scurte care au fost elaborate pentru a fi încadrate în practica cotidiană au demonstrat că produc schimbări de importanță la nivelul populației în privința numărului tot mai mare a factorilor de risc comportamentali. Progresele ulterioare vor depinde de descoperirile științifice care vor suporta intervențiile de consiliere comportamentală în asistența primară rezultate din continuarea cercetărilor în domeniul comportamentului și de elaborarea ulterioară a standardelor și metodelor de raportare și revizuire sistematică a intervențiilor de consiliere în domeniul comportamentului. Realizările acestea vor facilita elaborarea ulterioară a recomandărilor în privința temelor de consiliere în domeniul comportamentului. La fel, ele vor facilita identificarea elementelor-cheie comune și celor specifice pentru intervenții în varietatea de comportamente și populații, consolidând în acest fel implementarea lor practică de către și pacienții reali în condiții cotidiene clinice.

Promovarea sănătății este o parte componentă a sănătății publice fiind un proces de creare a posibilităților pentru populație de a îmbunătăți sănătatea sa și a fortifica controlul asupra ei. (OMS, 1986). Conform unei alte definiții, promovarea sănătății este știința și arta de a ajuta populația să-și schimbe modul de viață spre o stare optimală a sănătății (American Journal of Health Promotion, 1989).

Există un șir de factori, care pot influența sănătatea noastră: ereditatea, mediul social, fizic, economic și deprinderile individuale ale fiecărei persoane. Informarea sistematică a populației despre impactul acestor factori asupra sănătății este o cale importantă de conștientizare a necesității activităților pentru îmbunătățirea sănătății și bunăstării personale. Încurajarea și sporirea rolului populației în realizarea activităților de sănătate este una din funcțiile principale ale sistemului de sănătate publică ceea ce preconizează de a ajuta populația să-și mențină și să-și îmbunătățească sănătatea. Așadar principiile prioritare de efectuarea acestor activități sunt determinate de promovarea sănătății.

Obiectivul principal al promovării sănătății este păstrarea sănătății și prosperității populației pe un termen cât mai lung. Pentru atingerea acestui obiectiv se elaborează și se implementează programe de promovare a sănătății. Orice program trebuie să aibă în primul rând niște obiective, care trebuie să corespundă următoarelor cerințe: specifice, măsurabile, realiste, relevante, clare în timp. Obiectivele sunt trepte spre atingerea scopurilor programelor de promovare a sănătății. Obiectivele de scurtă durată a unui program de promovare a sănătății trebuie să includă activități măsurabile de îmbunătățire în domenii concrete, de ex:

- factorii de risc,
- elaborarea politicii,
- dezvoltarea infrastructurii,
- schimbări ale mediului,
- dezvoltarea deprinderilor,
- participarea comunității.

Programele de instruire și informație trebuie să asigure sporirea numărului populației, care este bine informată despre problemele de sănătate și care poate mai bine să se organizeze în soluționarea lor. Activitățile de promovare a sănătății sunt activități individuale sau activități care se realizează ca o parte componentă a unor programe de promovare a sănătății. Obiectivele de promovare a sănătății trebuie să fie bine alese în dependență de scopul programului și de grupul de populație cărui ele sunt adresate.

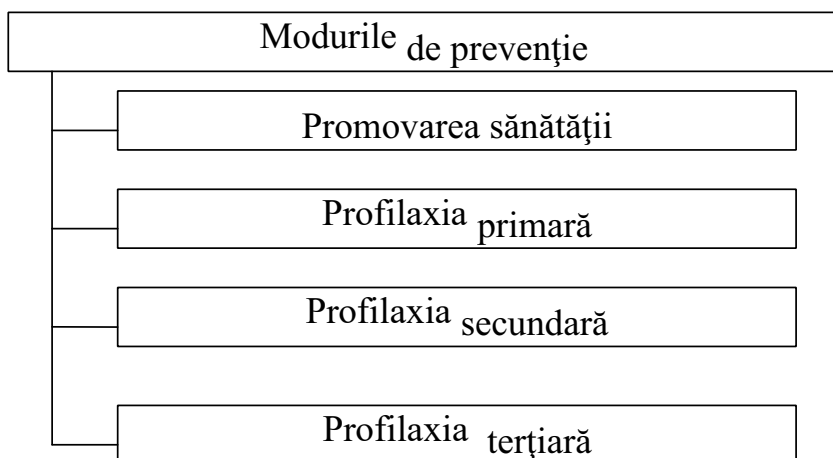


Figura 2. Modurile de prevenție

Din cele 4 direcții de prevenție a îmbolnăvirilor (fig.2), promovarea sănătății ocupă treapta inițială și se realizează prin diferite măsuri nespecifice, de ordin general.

Aceste moduri de prevenție depind în primul rând de starea de sănătate a populației și includ multiple și variate activități. Promovarea sănătății este componentul principal al sănătății publice. Activitățile de promovare a sănătății se realizează în comunitate, spitale și în cadrul altor servicii medico-sanitare. Unele măsuri principale de promovare a sănătății țin de responsabilitatea guvernelor: elaborarea și adoptarea legislației despre imunizarea populației, profilaxia maladiilor, stabilirea standardelor pentru alimentație și medicamente, majorarea taxelor pentru a reduce consumul de alcool, fumatul etc. O activitate importantă de promovare a sănătății este familiarizarea și instruirea populației despre impactul diferitor factori de risc asupra sănătății. De exemplu, pentru reducerea riscurilor legate de comportamentul social este necesară instruirea tinerilor despre profilaxia bolilor sexual transmisibile, pericolul pentru sănătate a fumatului și abuzului de alcool.

Profilaxia primară reprezintă activitățile orientate spre prevenirea bolii sau leziunii atât la un individ în parte, cât și în mediul populației în întregime. Aceste activități pot avea ca țintă organismul uman prin crearea unei rezistențe specifice (imunitate) la acțiunea unui agent patogen sau prevenirea apariției unor condiții favorabile pentru dezvoltarea unor maladii (fluoroza, gușa endemică etc.). În prezent în Republica Moldova se realizează diferite programe de prevenție primară: imunoprofilaxia bolilor infecțioase în conformitate cu calendarul vaccinărilor, utilizarea centurilor de siguranță pentru prevenirea traumatismului în accidente rutiere, iodarea sării de bucătărie pentru prevenirea maladiilor iododeficitare, tratarea cu clor a apei potabile pentru

prevenirea bolilor infecțioase, care se răspândesc pe cale hidrică etc. Un rol important în asigurarea realizării eficiente a activităților de prevenire primară o are informarea permanentă și instruirea populației.

Profilaxia secundară include măsurile de diagnostic și management terapeutic precoce cu scopul de a trata boala și preveni complicațiile ei. Activitățile sanitare publice de prevenire a răspândirii bolilor infecțioase includ măsurile antiepidemice în focarele de boli infecțioase, depistarea și tratamentul surselor de agenți patogeni, măsuri de supraveghere medicală a persoanelor, care au avut contact cu bolnavii infecțioși și tratamentul sau imunizarea lor. Asigurarea unui management adecvat al hipertensiunii arteriale este o activitate de prevenire secundară a maladiilor cardio-vasculare. Copilul cu o infecție streptococică nedepistată și netratată la timp riscă să dezvolte complicații severe ca afecțiunile reumatice, glomerulonefrita etc. În cazul leziunilor traumatiche un rol hotărâtor îl are asistența competentă de urgență, transportarea și managementul adecvat al traumatismului, care pot reduce riscurile de deces și/sau invaliditatea.

Profilaxia terțiară include activități de reabilitare, recuperare și menținere a funcției maxime a organismului după instalarea unei boli cronice sau a complicațiilor ei. Persoanele, care au suferit un accident cerebro-vascular sau o traumă cranio-cerebrală necesită la un anumit timp după debutul maladiei efectuarea unei reabilitări active pentru a restabili funcțiile pierdute și pentru a preveni activizarea ulterioară a complicațiilor. Tratamentul infarctului miocardic și fracturilor astăzi include o reabilitare precoce pentru vindecarea optimă și restabilirea maximală a funcției. Un rol important îl are asigurarea unei îngrijiri și a unui management adecvat a bolnavilor cu maladii cronice prin organizarea asistenței la domiciliu cu elaborarea unui regim optimal de tratament, alimentare, activitate fizică (gimnastică curativă) și servicii de îngrijire. Supravegherea persoanelor cu boli cronice și asigurarea lor cu tratament medical, monitoring-ul manifestărilor clinice, suportul social contribuie la menținerea unei independențe maxime în activitatea de toate zilele a acestui grup de pacienți și constituie un element esențial al Sănătății Publice.

Medicul de familie, asistentul social, prin poziția lor specifică în sistemul de sănătate și asistență socială în comunitate, au posibilitatea de a influența toate domeniile, care determină starea sănătății a individului și a comunității. Practic, elementul de evaluare a factorilor de risc, printre care un rol important le revine factorilor comportamentali și ale stilului de viață: caracterul de alimentație; fumatul; consumul excesiv de alcool; intensitatea și durata efortului fizic cotidian; folosirea centurilor de siguranță în automobil, etc. constituie fundamentul intervenției medico-sociale.

Medicul de familie și asistentul social vor întreprinde intervenții de modificare a comportamentului pentru a reduce riscurile provenite din stilul de viață și comportamentul primejdios pentru sănătatea pacientului. Factorii mediului ambiant, la fel, pot fi influențați de către specialiști. Unul din scopurile vizitelor lui la domiciliul pacientului este evaluarea mediului fizic și psihologic, precum și a gradului de suport în familie. Este firesc, că în urma estimării riscurilor pentru sănătatea pacientului, specialiștii vor îndruma membrii familiei spre înlăturarea lor. (De ex.: mucegaiul, sau hrana pentru peștișorii de acvariu în apartamentul, în care este un copil cu astm bronșic.)

La nivel comunitar, atât medicul de familie, cât și asistentul social joacă trei roluri-cheie în domeniul sănătății. Aceasta este mai evident în cazul comunităților rurale.

Lider. În mai multe situații preiau rolul de lider în soluționarea problemelor de sănătate a comunității, analizând prevalența lor, cunoscându-le cauzele și căile mai raționale de soluționare.

Persoana de influență. Ambii sunt persoane înzestrate cu cunoștințe în domeniul sănătății publice și joacă un rol de catalizator, mediator și organizator al colaborării între diferite sectoare pentru soluționarea problemelor de sănătate a comunității.

Comunicator. În mai multe situații acești specialiști vor comunica cu publicul, cu conducerea comunității cu privire la impactul deciziilor luate asupra sănătății populației din comunitate.

În linii generale, promovarea sănătății include o totalitate de activități nemedicale și mai puțin medicale, orientate la schimbarea stilului de viață, alimentației, mediului ambiant axate spre fortificarea potențialului de sănătate al individului și al populației. Promovarea sănătății reprezintă un concept de organizare a activităților de îmbunătățire a sănătății și prosperității individului și comunității în întregime. Acest concept este orientat spre majorarea gradului de implicare a individului și comunității în menținerea sănătății proprii.

În sensul larg al cuvântului scopul principal al activităților de promovare a sănătății este de a contribui la menținerea sănătății populației pe un termen cât mai lung posibil prin încurajarea și susținerea schimbărilor sănătoase a stilului de viață, alimentației și mediului.

V. PROBLEMATICA MEDICO-SOCIALĂ A CATEGORIILOR DEFAVORIZATE

În întreaga lume, starea de sănătate a persoanelor care se confruntă cu instabilitatea socială, economică și politică este precară. În anul 2000, reprezentanții a 189 de țări s-au reunit la New York pentru a adopta Declarația Mileniului, privind principiile și valorile ce urmează să fie abordate în secolul XXI, în cadrul relațiilor internaționale. Dintre cele șapte

priorități sanitare mondiale ale mileniului actual, trei au în vedere dezvoltarea și abolirea sărăciei, protejarea grupurilor vulnerabile, respectarea drepturilor omului.

Din acest motiv, este dezirabilă identificarea cât mai corectă a grupurilor la risc, a indivizilor care sunt cei mai predispuși unor anumite condiții defavorabile, pentru a utiliza direct și în mod eficient resursele sanitare. În categoria persoanelor defavorizate se încadrează familiile numeroase cu venituri insuficiente, familiile dezorganizate, unii copii și tineri, șomerii, femeile, bătrânii, refugiații.

În rândul acestor persoane apar fenomene precum sărăcia, șomajul, stigmatizarea și marginalizarea socială, violența, infraționalitatea, vagabondajul, prostituția, toxicomania. Reducerea acestor fenomene de o gravitate extremă presupune nu numai intervenția statului, ci și implicarea activă a tuturor membrilor comunității.

Aprobarea planului național antisărăcie și de promovare a incluziunii sociale realizează următoarea clasificare a principalelor categorii sociale vulnerabile:

- *grupurile care tradițional se confruntă cu un risc ridicat de sărăcie și excluziune socială:*
 - familiile cu mulți copii;
 - familiile dezorganizate;
 - familiile monoparentale;
 - familiile cu persoane aflate în șomaj de lungă durată;
- *grupuri care se confruntă cu situații dificile în ce privește condițiile de locuit:*
 - familiile străzii, care trăiesc în adăposturi improvizate în parcuri, diferite terenuri abandonate;
 - copiii străzii, care în marea lor majoritate trăiesc prin canale sau prin gări;
 - copiii care părăsesc instituțiile de protecție socială la vârsta de 18 ani;
 - tinerii cu posibilități financiare extrem de reduse.

Sărăcia și starea de sănătate a populației

„ Acolo unde oamenii sunt condamnați să trăiască în mizerie, drepturile omului sunt violate : a ne uni pentru a le respecta este o datorie sacră ” (J. Wresinski)

„ Sărăcia reprezintă forma cea mai rea a violenței ” (M. Ghandi)

Progresele realizate în domeniul medical au făcut ca starea de sănătate în lume să se îmbunătățească considerabil. Cu toate acestea, starea de sănătate a categoriilor de populație afectate de sărăcie rămâne precară, iar a celor afectate de sărăcie extremă, cu atât mai mult. În

paralel cu creșterea inegalităților sociale determinate de libertatea comerțului și a investițiilor se observă o creștere a inechităților în sănătate. În multe țări ale lumii, există un mare decalaj între progresele înregistrate la nivelul stării de sănătate a păturilor sociale favorizate față de cele defavorizate.

Reducerea sărăciei și a inechităților sociale la nivel național și internațional reprezintă una din principalele mize ale secolului XXI. Conform Băncii Mondiale este considerată săracă, persoana care nu are acces la un pachet minimal de bunuri necesare supraviețuirii. Pragul sărăciei a fost stabilit la valoarea de 2\$, iar cel al sărăciei extreme la valoarea de 1\$/zi/ locuitor.

De la începutul anilor 90, conceptul de sărăcie s-a modificat, în sensul că nu se mai pune accentul exclusiv pe nivelul venitului personal, drept determinant al sărăciei. Se trece de la conceptul de „bunăstare materială” la cel de „bunăstare umană”, evaluat cu ajutorul Indicelui de dezvoltare umană, elaborat în cadrul Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare.

În virtutea acestui nou concept, sărăcia nu rezultă numai dintr-un venit insuficient ci și din alterarea unei serii de potențiale ale ființei umane, printre care se încadrează și starea de sănătate. Noțiunea de sărăcie se referă la privarea persoanei de mijloacele de realizare și de accesare la aceste potențiale.

Sărăcia este o sursă de marginalizare socială, deoarece privează individul de drepturile sale fundamentale și de libertatea de a-și satisface nevoile primare (de la cele legate de alimentație și igienă, până la obținerea de medicamente esențiale) și sociale, care includ capacitatea de a participa la viața comunității, de a se alătura discuțiilor publice, de a participa la luarea de decizii politice, etc. Ulterior, această lipsă de libertate împiedică dezvoltarea potențialului personal, și dăunează astfel dezvoltării societății.

Deși în prezent dezvoltarea comunităților umane se apreciază cu ajutorul Indicelui de Dezvoltare Umană, care reunește trei variabile, produsul intern brut pe cap de locuitor, drept determinant al dezvoltării economice, speranța de viață la naștere, indicator al stării de sănătate și rata școlarizării, indicator al nivelului de educație, conceptul este mult mai amplu. Paradigma dezvoltării umane nu consideră indivizii drept beneficiari pasivi ai activităților economice și sociale, ci agenți activi ai schimbărilor sociale.

În considerațiile referitoare la sărăcie nu trebuie ignorat conceptul de precaritate. După Joseph Wresinski, persoanele cu risc de precaritate sunt indivizii care trăiesc în condiții de insecuritate materială și socială („people living in insecure conditions”). Existența noastră

este strâns legată de forța relațiilor sociale. Ruperea uneia dintre aceste legături sociale (de exemplu lipsa unui loc de muncă), antrenează fragilizarea celorlalte și conduce la sărăcie și la precaritate.

Precaritatea se referă la absența securității individului în ceea ce privește construirea viitorului, la imposibilitatea acestuia de a-și asuma obligațiile profesionale, familiale și sociale, de a beneficia de drepturile sale fundamentale, și este strâns legată de sentimentul de fragilitate socială care apare în lipsa mijloacelor necesare conceperii de proiecte pe termen lung.

Între starea de sănătate și nivelul de sărăcie există o relație directă și un cerc vicios. Sărăcia determină malnutriție, limitează accesul la îngrijiri, crește vulnerabilitatea la factorii de risc individuali sau de mediu. Starea de sănătate precară reduce capacitatea de muncă, productivitatea individului și veniturile familiei, afectează calitatea vieții acestuia, determinând sau perpetuând în cele din urmă sărăcia.

Modelul de morbiditate din populația generală se regăsește și în cadrul grupurilor populaționale afectate de sărăcie, dar o prevalență crescută o au bolile infecțioase și bolile cu transmitere sexuală (VIH/SIDA, tuberculoza, sifilisul, hepatitele, bolile diareice). Mortalitatea infantilă și mortalitatea maternă, determinată de lipsa de educație, accesul dificil la produsele contraceptive, rata crescută a avorturilor, înregistrează valori crescute în rândul categoriilor de populație defavorizată.

Ultimele cercetări privind morbiditatea populației sărace constată faptul că, alături de bolile transmisibile apar cu o frecvență crescută, fenomene determinate de comportamentele viciate sau la risc. Studiile au demonstrat că fenomenele de violență îndreptate împotriva celorlalți, sau a propriei persoane, alcoolismul, tabagismul, accidentele rutiere, răspund gradientului social. Apariția lor este determinată de statutul socio-economic al individului, sau al grupului din care face parte și de condițiile de viață și de muncă (stress, insecuritate, șomaj, etc.),

Așadar, o stare de sănătate precară este atât cauză cât și consecință a sărăciei. Din acest motiv, o mare parte din intervențiile sectorului sanitar vizează în mod special promovarea sănătății la nivelul populației sărace. Faptul că o stare bună de sănătate poate preveni sărăcia, sau cel puțin reprezintă o modalitate de a o evita, este un aspect care a fost inițial mai puțin luat în considerare. Studiile au demonstrat însă, că starea bună de sănătate, prin contribuția sa la dezvoltarea capitalului uman și social și în consecință a productivității, poate determina creșterea venitului personal și dezvoltarea economică națională.

Ameliorarea și protejarea stării de sănătate a categoriilor de persoane sărace devine astfel un element important în lupta împotriva sărăciei. Relația directă existentă între sărăcie și starea de sănătate presupune necesitatea implicării sistemelor sanitare în activitățile de diminuare a fenomenului sărăciei. În cadrul sistemelor de sănătate se încearcă astăzi, găsirea unor soluții și răspunsuri referitoare la impactul pe care îl are sărăcia asupra stării de sănătate.

Recent, OMS a încercat să identifice exemple de intervenții ale sistemelor de sănătate care pot remedia diferite aspecte specifice sărăciei. „Dar, datorită contextului cultural particular, a practicilor, legislațiilor, valorilor și aspirațiilor sociale diferite, este dificilă elaborarea unor politici și măsuri de intervenție universal valabile, posibile a fi aplicate la scară europeană”, se menționează în raportul OMS, privind implicarea sistemelor de sănătate în combaterea sărăciei. Totuși, în urma studiilor efectuate au putut fi identificate câteva concluzii privind implicarea serviciilor de sănătate în reducerea fenomenului sărăciei.

- Sistemele de sănătate pot contribui prin acțiuni eficiente la ameliorarea stării de sănătate a categoriilor defavorizate, fără a fi necesară reformarea practicilor existente sau dezvoltarea unor modele științifice complexe.
- Un sistem de sănătate poate fi uneori un obstacol și deveni astfel, o cauză a sărăciei pentru persoanele defavorizate, care nu-și pot permite plata serviciilor directe sau indirecte.
- Chiar dacă se asigură gratuitatea serviciilor de sănătate, uneori ele rămân în continuare inaccesibile, la nivel cultural sau geografic.
- Pe lângă deblocarea unor resurse financiare pentru combaterea sărăciei, este necesară și formarea unui personal specializat în întâmpinarea nevoilor populației paupere.

Echitatea și accesul universal la îngrijiri sunt principii unanim recunoscute pentru fundamentarea unor sisteme de sănătate performante. Echitatea este un concept bazat pe justiția distributivă, care, aplicat domeniului sanitar înseamnă reducerea șanselor de a fi sănătos în cazul grupelor sociale mai puțin privilegiate. Echitatea este un concept mai larg, deoarece cultivă asigurarea oportunității de șanse, tuturor grupelor de populație indiferent de categorie socială, mediu, domiciliu, nivel de instrucție, sex, nivel de sănătate, capacitate de muncă, etc.

Este binecunoscut faptul că în cazul categoriilor de populație defavorizate, morbiditatea, incapacitatea, invaliditatea și decesul precoce sunt mai frecvente, dar și faptul că, accesul grupelor defavorizate la îngrijiri, deși mai necesar, este mai dificil. Printre obiectivele sanitare mondiale ale noului mileniu, stabilite în cadrul Declarației Mileniului se numără: accesul universal și echitabil la serviciile de sănătate, reducerea cu 50% a numărului persoanelor care trăiesc în condiții de sărăcie absolută, reducerea cu două treimi a ratelor mortalității infantile și juvenile, reducerea cu trei sferturi a ratei mortalității materne.

Programele de protecție socială sunt cuprinse în două mari categorii: de asistență socială și de asigurări sociale. Programele de asistență socială includ servicii sociale și prestațiile sociale, sistemul de asigurări sociale asigură contribuitorilor o gamă largă de prestații bănești și servicii.

Măsurile/ componentele asistenței sociale au rolul de a satisface nevoile unei persoane atunci când aceasta nu se mai poate ajuta singură (din cauza unei boli cronice, a resurselor financiare insuficiente, a unui handicap fizic sau psihic etc.), astfel:

a. *Prestații sociale*: plățile nominative acordate beneficiarilor sub formă de bani prin compensații, alocații indemnizații, ajutor material. Prestațiile sociale sunt forme de transfer prin care se realizează alocarea de bunuri și servicii către indivizi sau familie prin respectarea unui set de reguli și de roluri reciproce. Prestațiile pot fi acordate în bani sau în natură. Din categoria celor bănești fac parte: pensiile, indemnizațiile de șomaj, alocațiile pentru copii și familie, ajutorul social ș.a. Prestațiile în natură pot consta din bunuri (rechizite pentru școlarii din familiile cu venituri mici, ajutoare alimentare etc.).

b. *Servicii sociale*: Activitățile asistenților sociali sau ale altor profesioniști care ajută oamenii să prevină dependența, să consolideze relațiile de familie și să restabilească funcționarea socială a indivizilor, familiilor și comunităților.

Conform LEGII Nr. 123 din 18.06.2010 cu privire la serviciile sociale, **serviciile sociale**:

- reprezintă: măsuri și acțiuni care răspund nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup.
- urmăresc: prevenirea și depășirea situațiilor de dificultate, de vulnerabilitate sau dependență, în scopul menținerii autonomiei, prevenirii marginalizării și excluziunii sociale, creșterii calității vieții.

Serviciile sociale se oferă sub diverse forme în comunitate, atunci când apar probleme și nevoi sociale. Programul național privind crearea sistemului integrat de servicii sociale prevede o

politică comprehensivă privind susținerea persoanelor în dificultate prin prestarea serviciilor sociale eficiente și de calitate înaltă. Aceste servicii au drept scop de a oferi sprijin persoanelor pe termen scurt sau lung, pentru a satisface nevoile lor sociale, a reduce excluziunea socială și a îmbunătăți calitatea vieții.

Sistemul integrat de servicii sociale are următoarele caracteristici:

- a) identificarea și prioritizarea necesităților individuale ale persoanelor în dificultate;
- b) soluționarea problemelor la nivel comunitar, precum și prestarea serviciilor sociale specializate beneficiarilor conform necesităților;
- c) integrarea serviciilor sociale, evitând dublarea, suprapunerea sau lacunele în prestarea acestora;
- d) coordonarea procesului de utilizare eficientă și formare profesională a resurselor umane angajate în sistemul de asistență socială;
- e) gestionarea asigurării calității și eficienței serviciilor sociale conform standardelor de calitate și mecanismelor unice.

Dezvoltarea sistemului integrat de servicii sociale crează oportunități mai bune pentru incluziunea socială a persoanelor în dificultate, asigurând respectarea drepturilor fundamentale ale acestora. Combinând măsurile de prevenire, reabilitare, precum și soluționând cazurile la nivel comunitar înainte ca ele să se agraveze (iar soluționarea lor devine mai costisitoare), sistemul este mai eficient din punctul de vedere al costurilor, acoperă pe toți cei care au nevoie de sprijin social și are un impact pozitiv asupra calității vieții cetățenilor.

În Republica Moldova există un șir de **factori social-economici care contribuie** la sporirea cererii de **servicii sociale**:

- rate înalte de sărăcie și migrație,
- schimbări demografice și
- de atitudini culturale.

Sistemul de asistență socială nu întotdeauna contribuie la atenuarea situației beneficiarilor, prestațiile sociale și serviciile sociale existente nu acoperă cererea pentru acestea.

Tipurile de servicii sociale de care beneficiază populația pot fi clasificate în:

- servicii sociale primare (comunitare),
- servicii sociale specializate și
- servicii sociale cu specializare înaltă.

La baza acestei clasificări stă nivelul de specializare a serviciilor sociale. Primăria administrează unele servicii sociale comunitare, autoritățile centrale administrează majoritatea serviciilor sociale cu specializare înaltă, iar restul serviciilor sociale sînt administrate de raion, ceea ce constituie o parte din serviciile comunitare, majoritatea serviciilor specializate și unele servicii cu specializare înaltă.

S-a constatat că serviciile sociale existente nu satisfac nevoile persoanelor în termeni cantitativi sau / și calitativi. Referitor la cantitatea serviciilor sociale solicitate și prestate, există probleme de două tipuri: pe de o parte, multe persoane nu beneficiază de servicii sociale chiar dacă au nevoie de ele (adică, există erori de excludere), iar pe de altă parte, unele persoane beneficiază de servicii sociale de care nu au nevoie (adică, erori de includere). Motivele sînt:

a) serviciile sociale existente sînt amplasate preponderent în localitățile urbane, iar în localitățile rurale acestea sînt insuficiente sau chiar inexistente ceea ce limitează accesul la ele a multor persoane în dificultate;

b) lipsa informației cu privire la serviciile sociale, mai ales în rîndul populației rurale;

c) cerințele pentru confirmarea eligibilității pentru serviciile sociale se consideră complicate, ceea ce generează refuzul solicitantului;

d) atitudinile neadecvate față de beneficiari, intenționate sau neintenționate, pot împiedica persoanele să solicite serviciile sociale de care au nevoie;

f) nu există un sistem complex de revizuire a cazurilor pentru a asigura servicii adecvate nevoilor beneficiarilor și necesitatea identificării momentului de ieșire din sistemul de asistență socială în cazul în care circumstanțele lor se îmbunătățesc.

Referitor la calitatea serviciilor sociale se constată unele deficiențe:

a) serviciile sociale nu întotdeauna sînt prestate în baza evaluării nevoilor individuale și comunitare;

b) sistemul actual se bazează mai mult pe servicii de intervenție decît pe servicii de prevenire. Această situație permite agravarea cazurilor, iar soluționarea lor devine imposibilă la nivel comunitar, și sînt referite la servicii de asistență specializată, care sînt și mai costisitoare. Intervenția întîrziată provoacă efecte negative atît asupra beneficiarului și familiei lui, cît și asupra comunității;

c) reabilitarea și reintegrarea beneficiarilor nu sînt întotdeauna atribuții ale serviciilor sociale primare.

Sistemul integrat de servicii sociale este o componentă a sistemului de protecție socială prin care statul, autoritățile administrației publice locale și societatea civilă asigură prevenirea,

limitarea și eliminarea efectelor temporare sau permanente ale situațiilor generate de sărăcie și vulnerabilitate sporită.

Sărăcia determină creșterea riscului de stigmatizare și marginalizare economică, socială și politică a categoriilor sociale afectate. Marginalizarea se regăsește în accesul limitat la anumite drepturi și servicii sociale în comparație cu restul populației, în discriminarea acestora în funcție de diferite criterii de sex, vârstă, situație materială, număr de copii, apartenența la o anumită etnie sau comunitate religioasă.

Limitările discriminatorii se concretizează în acces limitat la piața forței de muncă, lipsa accesului la servicii medicale gratuite, cauzate de faptul că beneficiarii nu sunt cuprinși în sistemul de asigurări medicale, accesul limitat la cultură și educație. Copiii proveniți din familii sărace sunt mai expuși riscului de abandon școlar, de excludere din colectivitățile de la școală sau din vecinătate. Nivelul redus de pregătire școlară este întotdeauna asociat cu o poziție dezavantajoasă pe piața muncii.

Sărăcia nu este însă unica cauză a marginalizării. Studiile asupra marginalizării fac referiri la următoarele categorii sociale:

- șomerii, angajații în servicii necalificate;
- persoanele cu venituri mici,
- persoanele cu dizabilități;
- analfabeții, persoanele lipsite de calificare profesională
- toxicomanii;
- delicvenții;
- copiii abuzați;
- copiii utilizați ca forță de muncă;
- părinții singuri;
- tinerii, în special absolvenții fără experiență;
- refugiații, imigranții;
- devianții.

Stigmatizarea poate avea efecte constructive sau distructive. Stigmatizarea este etichetarea sau semnul care indică o însușire sau o particularitate jenantă, reprobabilă a unui individ în grupul populațional din care acesta face parte; este practic un proces social, care poate fi controlat prin educație, toleranță și voința societății.

Persoanele care suferă de pe urma marginalizării sau stigmatizării sociale sunt și mai vulnerabile în viața socială și au un risc mai mare de încălcare a drepturilor fundamentale. Printre posibilitățile de combatere ale marginalizării și stigmatizării sociale se încadrează prezentarea de informații exacte despre cauzele, prevalența, evoluția și efectele acestor atitudini, combaterea ideilor eronate, stereotipe, furnizarea de servicii special destinate categoriilor de persoane afectate.

Suferința psihologică, indusă de fragilitatea psihosocială a persoanelor aflate în situații precare, accentuată de excluderea socială și de stigmatizare nu trebuie ignorată, pentru că reprezintă un obstacol major în accesul la îngrijiri, în reinsertia socială, în sprijinul pe care l-ar putea obține persoanele afectate. Suferința psihosocială a persoanelor defavorizate se regăsește în sentimentul de vulnerabilitate apărut datorită dificultăților vieții cotidiene, stressului la locul de muncă, fragilității sociale, în sentimentul de insecuritate datorat precarității, marginalizării, excluderii sociale, anxietății legate de ziua de mâine, în stima de sine scăzută și sentimentul de devalorizare apărută datorită depresiei, modului în care individul este privit în societate. Manifestările suferinței psihosociale se reflectă în comportament de izolare, eșecuri repetate, comportament la risc, conduite adictive, violența îndreptată împotriva sa și a celor din jur.

Refugiații sunt cetățeni străini care, din motive bine întemeiate se afla în afara țării de origine, într-o altă țară, care le-a oferit protecția, numită țară gazdă. Odată recunoscut statutul de refugiat unei persoane, aceasta are inclusiv dreptul la un loc de muncă, precum și drept de școlarizare până la cel mai înalt nivel. Până să obțină aceste drepturi, solicitanții de azil au asigurată o remunerație fixă pentru cazare, masă și alte cheltuieli. Numeroase ONG-uri au ca obiect de activitate sprijinirea și oferirea de protecție refugiaților.

În prezent, lumea întreagă se confruntă cu o adevărată revoluție demografică, datorată îmbătrânirii accentuate a populației. După vârsta de 65 de ani, 11% dintre bărbați și 16% dintre femei prezintă un anumit grad de incapacitate, după 80 de ani, 4 din 5 persoane sunt afectate de incapacitate rezultată în urma unei afecțiuni cardiovasculare, osteoarticulare sau psihice.

ONU a stabilit vârsta de 65 de ani drept limită de la care o persoană poate fi considerată vârstnică. OMS consideră:

- persoane în vârstă – între 60 și 74 de ani;
- persoane bătrâne – între 75 și 90 de ani;
- marii bătrâni – peste 90 de ani.

Metodele de apreciere a îmbătrânirii populației sunt reprezentate de aprecierea ponderii populației vârstnice în totalul populației, calculul vârstei medii a populației, raportul între numărul vârstnicilor și numărul copiilor și indicele de dependență, reprezentând raportul între numărul persoanelor inative și numărul persoanelor aflate în activitate.

Consecințele fenomenului de îmbătrânire sunt multiple: demografice, economice, sociale și medico-sociale. Fenomenul îmbătrânirii populației determină o suită de constrângeri economice și sociale și va provoca dificultăți decidenților din domeniul sanitar și economic, deoarece populația vârstnică este mare consumatoare de servicii medicale prin supra și polimorbiditate, prin vulnerabilitatea crescută la factorii perturbatori din mediul fizic și social.

OMS a lansat conceptul de "îmbătrânire activă", având drept scop menținerea autonomiei și independenței persoanelor vârstnice. Acest concept vizează optimizarea oportunităților pentru sănătate și securitate, în scopul îmbunătățirii calității vieții persoanelor vârstnice. Noul concept propune promovarea unui stil de viață sănătos, prin programe de prevenire a principalelor cauze de îmbolnăvire ale vârstnicilor și permite indivizilor să-și îmbunătățească potențialul fizic, psihic și social. Cuvântul activă se referă la continuarea participării persoanelor vârstnice la viața economică, socială, culturală, spirituală și nu numai la abilitatea de a fi active din punct de vedere fizic sau de a-și continua munca. Odată pensionați, vârstnicii pot contribui activ la binele familiei și comunității din care fac parte, iar scopul îmbătrânirii active este să crească speranța de viață sănătoasă și calitatea vieții persoanelor vârstnice, inclusiv a celor afectate de incapacitate sau handicap.

Serviciile de îngrijire integrată la domiciliu au apărut din necesitatea îngrijirii unui număr din ce în ce mai mare de vârstnici afectați de un anumit grad de incapacitate. Îngrijirea la domiciliu reprezintă activitate de îngrijire medicală prestată de personal specializat, la domiciliul pacientului asigurând accesibilitate crescută la îngrijire pacientului dependent. Îngrijirea la domiciliu este considerată a fi strategia optimă de îngrijire a persoanelor vârstnice în situația de dependență datorită păstrării calității vieții acestora. Locuința face parte din identitatea vârstnicului și îi conferă repere securizante.

O temă de actualitate în cadrul problematicei persoanelor vârstnice, se referă la maltratarea acestuia. Maltratarea vârstnicului se referă la abuzul (vătămarea) fizic, emoțional, sexual sau juridic, sau la neglijarea care pune în pericol sănătatea fizică și/sau

emoțională sau viața vârstnicului, determinate de copiii sau alți aparținători sau persoane din anturajul vârstnicului.

Persoanele vârstnice care necesită îngrijiri medicale permanente, nu se pot gospodări singure, nu au locuință, nu realizează venituri proprii și sunt lipsite de susținători legali sunt instituționalizate în centre de reabilitare.

Serviciile asigurate persoanelor vârstnice în centre sunt:

- a. servicii sociale: ajutor pentru menaj, consiliere juridică și administrativă, modalități de prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială
- b. servicii sociomedicale: ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice sau intelectuale, asigurarea unor programe de ergoterapie, sprijin pentru realizarea igienei corporale
- c. servicii medicale: consultații și tratamente în instituții medicale sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată; servicii de îngrijire – infirmerie; consultații și îngrijiri stomatologice.

Violența domestică reprezintă orice acțiune fizică sau verbală, săvârșită cu intenție de către un membru al familiei împotriva unui alt membru al aceleiași familii, care provoacă o suferință fizică, psihică, sexuală sau un prejudiciu material. Violența domestică reprezintă un atentat la drepturile și libertățile fundamentale ale femeii.

Fenomenul violenței domestice este în ascensiune, și reprezintă o problemă de sănătate publică. Violența este ciclică și evoluează în spirală, amplificându-se de fiecare dată. Agresorul își cere scuze pentru comportamentul abuziv, promite că nu se va mai repeta, dar după recăpătarea poziției și recăștigarea încrederii victimei, actele de violență reapar. Profilul psihologic al agresorului, îl descrie drept personalitate lipsită de maturitate emoțională, violență temperamental, care nu reușește să se impună pe plan social, sau are dificultăți la locul de muncă, gelos, posesiv, critic, consumator de substanțe psiho- active. În multe cazuri, a preluat modelul violent din familie și, foarte probabil, a fost el însuși victimă a violenței domestice. La acest tip de personalitate, apare nevoia de dominare. De multe ori, victima depinde financiar și emoțional de agresor.

Consecințele violenței domestice se reflectă asupra stării de sănătate a victimei. Afectarea sănătății mintale se exprimă prin depresii, anxietate, stimă de sine scăzută, tulburări de stress post-traumatic, comportament adictiv, mergând până la suicid. La nivel somatic, pe lângă vătămările corporale, apar migrene, cefalee, boli ginecologice cronice, agravarea bolilor cronice (astm bronșic, boli coronariene), etc. Apar sarcini nedorite, nașteri premature, crește mortalitatea și morbiditatea maternă.

Serviciile existente la care pot apela victimele violenței domestice sunt poliția, Institutul de Medicină Legală, liniile telefonice de urgență, instanțele judecătorești, serviciile de consiliere, serviciile de asistență a victimelor violenței domestice, adăposturile de urgență. Violența domestică prin implicațiile ei psihologice, sociale, medicale și juridice devine o problemă a abordării multidisciplinare.

Din categoria copiilor care se află în situații critice fac parte copiii care trăiesc în condiții de mizerie absolută, sau sărăcie severă, copiii abandonați, "copiii străzii", copiii maltratați, neglijați sau abuzați fizic și emoțional, tinerii lipsiți de familie care părăsesc instituțiile pentru copii la 18 ani. Principalele probleme cu care se confruntă tinerii sunt sărăcia, condițiile de locuit precare, șomajul, degradarea situației educaționale a tinerilor, creșterea consumului de droguri, concomitent cu scăderea vârstei la care tinerii încep să devină consumatori, creșterea delincvenței juvenile și reducerea vârstei la care debutează infracționalitatea.

Numeroase studii evidențiază faptul că, de obicei, copiii maltratați provin din familii dezorganizate, cu nivel socio-economic scăzut. Copilul predispus la maltratare poate trăi într-un context în care coexistă factori de risc de natură socială (sărăcia), factori de risc familiali (număr crescut de copii în familie, mamă foarte tânără, părinți consumatori de alcool sau droguri) și factori de risc care țin de caracteristicile personale (sănătate fragilă, stimă de sine redusă, tulburări de limbaj, handicapuri sau boli cronice).

Din punct de vedere *juridic*, abandonul este definit când copilul se află în îngrijirea unei instituții de protecție socială sau medicală de stat, a unei instituții de ocrotire private, ca urmare a faptului că părinții s-au dezinteresat de el în mod vădit o perioadă mai mare de 6 luni. Din punct de vedere *medical*, copilul este considerat abandonat în spital, dacă rămâne în unitatea sanitară mai mult de 2 săptămâni peste perioada necesară acordării îngrijirilor specifice. Din punct de vedere *psihologic*, abandonul este definit ca o acțiune de părăsire a unei ființe, de lipsă de preocupare pentru soarta acesteia. Orice situație care duce la slăbirea sau ruperea legăturilor afective poate fi trăită ca abandon.

În prezent, principalele cauze ale numărului crescut de copii abandonați sunt de natură socio-economică și educațională. Din punct de vedere economic, factorul principal este reprezentat de perpetuarea sărăciei populației. Din punct de vedere social, se constată un proces de dezintegrare a familiei sub acțiunea unor factori economici. Serviciile specializate pentru copii existente în prezent sunt reprezentate de: centre de plasament de tip familial, centre maternale, centre de plasament pentru copilul cu dizabilități, centre de asistență și sprijin pentru readaptarea psihologică a copilului cu probleme psihosociale, servicii de orientare și sprijin

pentru reintegrarea socială a copilului delincvent, centre de resurse pentru prevenirea abuzului, neglijării și exploatării copilului.

VI.SERVICII SOCIALE ȘI MEDICALE ADRESATE PERSOANELOR CU NECESITĂȚI DE ÎNGRIJIRE ȘI REABILITARE

În Republica Moldova, cadrul juridic privind organizarea serviciilor de îngrijire medicală la domiciliu a fost aprobat în 2008 de către Ministerul Sănătății și în 2010 de către Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei. Datele studiului Evaluarea serviciilor de îngrijire socială și medicală la domiciliu în Republica Moldova (2021) relevă prezența a trei tipuri de servicii:

- servicii de îngrijire socială,
- servicii de îngrijire medicală,
- servicii de îngrijire integrată.

Serviciul de îngrijire socială la domiciliu reprezintă un serviciu public (creat în subordinea structurii teritoriale de asistență socială (STAS)) sau privat (creat de către fundații, instituții private fără scop lucrativ, înregistrare în conformitate cu legislația, având domeniul de activitate în sfera socială). Scopul serviciului este prestarea calitativă a serviciilor de îngrijire la domiciliu, pentru îmbunătățirea calității vieții beneficiarilor.

Scopul îngrijirilor medicale la domiciliu este ca pacientul să beneficieze de îngrijire calificată, demnă, adecvată și corespunzătoare cerințelor individuale, în vederea stimulării însănătoșirii, întreținerii și/sau reabilitării sănătății și reducerii consecințelor negative ale maladiilor.

Actualmente, nu există acte normative sau standarde care să reglementeze prestarea serviciilor de îngrijire integrată la domiciliu. Cu toate acestea, unii prestatori folosesc această noțiune. Serviciul de îngrijire integrată la domiciliu oferă beneficiarului, în funcție de nevoile acestuia, atât servicii de îngrijire socială, cât și servicii de îngrijire medicală la domiciliu. Cu alte cuvinte, beneficiarul primește ajutor de la lucrătorul social și de la asistentul medical, însă eforturile acestora nu sunt întotdeauna coordonate. Aceste servicii sunt finanțate din granturi, donații locale și internaționale și contribuțiile beneficiarilor.

Modul în care societățile abordează problema reabilitării și îngrijirii *persoanelor care au nevoie de sprijin zi de zi pe o perioadă prelungită de timp* este legat de normele sociale, morale și etice, politicile guvernamentale și alte circumstanțe specifice țării.

Îngrijirile la domiciliu fac parte integrantă din marea categorie a îngrijirilor comunitare și ele pot fi descrise ca îngrijiri și ajutor acordat acasă, în familie, celor ce au nevoie. Scopul

principal al acestui model de îngrijire este de a face posibil ca oamenii sa-și mențină gradul de independență și sa-și continue viața acasă cât mai mult timp posibil. De obicei, asistentul comunitar își petrece majoritatea timpului de lucru la domiciliul beneficiarilor. Volumul îngrijirilor la domiciliu a crescut semnificativ, mai ales a celor de tip geriatric, datorită îmbătrânii populației, a creșterii procentajului de bătrâni, majoritatea rămăși singuri acasă; a măririi incidenței bolilor cronice, la care îmbunătățirea tratamentului nu a împiedicat apariția unui număr important de sechele, dizabilități ce impun, la rândul lor, semnificative intervenții de reabilitare și resocializare.

În contactul cu beneficiarul și familia sa în procesul îngrijirii, asistentul comunitar dezvoltă nu numai oportunități și planuri de intervenție preventivă, ci și activități practice de îngrijire. Odată ajuns la domiciliu, asistentul comunitar devine responsabil pentru educarea beneficiarului, a membrilor familiei acestuia și a celorlalte persoane disponibile/angajate în îngrijirea zilnică a acestuia, pentru a le oferi competența necesară.

Există variații mari în definițiile serviciilor de reabilitare și îngrijire de lungă durată în literatură. *Îngrijirea beneficiarilor acuți* – îngrijirea beneficiarilor acuți se referă la asistența medicală acordată pentru o condiție care pune viața în pericol și se realizează în spitale. Aceasta implică de multe ori utilizarea serviciilor de susținere a vieții sau altor servicii de terapie intensivă. *Îngrijirea beneficiarilor sub-acuți* – îngrijirea beneficiarilor sub acuți se referă la asistența medicală acordată de către nurse, pentru beneficiarii fragili din punct de vedere medical, care necesită servicii speciale, cum ar fi terapie prin inhalare, îngrijirea pacientului traheostomizat, îngrijiri complexe de gestionare a plăgilor etc. Pe plan internațional, îngrijirea beneficiarilor subacuți este, de asemenea, numită deseori îngrijire temporară și îngrijire intermediară.

Îngrijirea post-acută – concepută pentru a îmbunătăți tranziția din spital în comunitate (definiția provizorie a OMS). Îngrijirea post-acută este îngrijirea pentru o persoană (de obicei, dar nu întotdeauna, o persoană în vârstă, cu sănătate fragilă) care nu are nevoie, de fapt, să se afle în spital, dar ar putea, în schimb, să fie îngrijită la domiciliu sau într-o instituție de tip rezidențial.

Reabilitare – „un set de măsuri care să asiste indivizii care se confruntă sau se pot confrunta cu dizabilități pentru a atinge și a menține o funcționare optimă în interacțiunea cu mediile lor”. Uneori se face distincția între *abilitare*, care are drept obiectiv ajutorarea celor cu dizabilități congenitale sau dobândite precoce în timpul vieții pentru a dezvolta o funcționare maximă; și *reabilitare*, unde cei care s-au confruntat cu o pierdere a funcționării sunt asistați pentru a redobândi o funcționare maximă.

Medicina fizică și de reabilitare (MFR) – „o specialitate medicală independentă, care se ocupă de promovarea funcționării fizice și cognitive, a activităților (inclusiv comportamentul), a participării (inclusiv calitatea vieții), de modificarea factorilor personali și de mediu. Este responsabilă de prevenirea, diagnosticarea, tratarea și managementul reabilitării persoanelor cu afecțiuni dizabilitante și co-morbidități la toate vârstele”.

Evaluarea și Managementul Geriatric (GEM) – de asemenea cunoscută ca management al îngrijirii geriatrice, împreună cu reabilitarea „este o îngrijire sub-acute a afecțiunilor cronice sau complexe asociate cu îmbătrânirea, disfuncția cognitivă, boli cronice sau dizabilitate. Aceste condiții necesită internarea în staționar pentru examinare, tratament și management din partea unui medic geriatru și echipă multidisciplinară pentru un episod definit de îngrijire.

Îngrijirea paliativă (ÎP) – „îngrijirea holistică activă a beneficiarilor cu boli avansate, progresive, în scopul controlului durerii și altor simptome, cu asigurarea sprijinului psihologic, social și spiritual. Obiectivul îngrijirii paliative este obținerea unei bune calități a vieții pentru beneficiari și familiile acestora” (OMS, 2002).

Îngrijirea de lungă durată (ÎLD) – „un spectru de servicii solicitate de persoanele cu un grad redus de capacitate funcțională, fizică sau cognitivă, care sunt dependente pentru o perioadă extinsă de timp, necesită ajutor în activitățile de bază ale vieții de zi cu zi. Această componentă de îngrijire personală este frecvent completată cu servicii medicale de bază, îngrijiri de nursing, de profilaxie, reabilitare sau paliative. Serviciile ÎLD pot fi, de asemenea, combinate cu un nivel redus de îngrijire pentru a ajuta cu, așa-numitele, activități instrumentale ale vieții de zi cu zi (de exemplu, ajutor la domiciliu, ajutor cu sarcinile administrative etc.)” (Colombo, et al. 2011).

Îngrijire la domiciliu – un subset de servicii ÎLD de „intensitate joasă”, acordate pentru a ajuta cu așa-numitele activități instrumentale ale vieții de zi cu zi (de exemplu, ajutor la domiciliu, ajutor cu sarcini administrative etc.). *Îngrijire integrată* – îngrijirea integrată este un concept care unește resursele, acordarea, managementul și organizarea serviciilor legate de diagnosticare, tratament, îngrijire, reabilitare și promovare a sănătății. Integrarea este un mijloc de a îmbunătăți serviciile în ceea ce privește accesul, calitatea, gradul de satisfacție al utilizatorului și eficiența serviciilor acordate (OMS, 2002). Conceptul de îngrijire integrată poate fi găsit în diferite țări și sub diferite denumiri, de exemplu, îngrijirea continuă, managementul de caz, managementul îngrijirii și networking-ul.

Îngrijirea și tratamentul trebuie furnizate numai în cazul în care vor avea efecte pozitive. De câte ori este posibil, serviciile de îngrijiri la domiciliu sunt furnizate de o manieră continuă,

iar când aceste servicii nu vor mai corespunde nevoilor beneficiarilor sau va fi nevoie de alte forme de îngrijiri, (spital, azil), se va organiza o trecere fluidă la o altă formă de îngrijire. În acest context, serviciile de îngrijiri la domiciliu își propun:

- să răspundă nevoilor persoanelor cu necesități de îngrijire pe termen lung la domiciliu;
- să fie ușor accesibile;
- să fie furnizate de o manieră în care beneficiarii să fie o parte activă la deciziile care se iau privind fiecare etapa a procesului de îngrijire;
- să nu facă discriminări privind religia, sexul, vârsta persoanei îngrijită;
- să fie flexibile și să acorde în colaborare cu alte organizații pentru a putea acoperinevoile diverse ale beneficiarilor;
- să își informeze beneficiarii despre drepturile pe care le au și despre gama de servicii disponibile din care aceștia pot să aleagă;
- să recunoască drepturile celor ce furnizează servicii și ale îngrijitorilor informal;
- să aibă proceduri clare de management al riscului;
- să recunoască dreptul beneficiarilor de a face plângeri și de a-i informa asupra modalităților prin care pot să facă acest lucru.

Organizațiile care oferă servicii de îngrijiri la domiciliu vor avea, ca principală preocupare, crearea calității vieții beneficiarilor prin furnizarea de servicii de o înaltă calitate. Bunăstarea beneficiarilor ar trebui să fie în centrul preocupărilor pentru orice standard de calitate care se stabilește. E bine ca standardele de îngrijire să recunoască și să respecte dreptul la intimitate și demnitate al persoanelor cu necesități de îngrijire pe termen lung la domiciliu, diversitatea și individualitatea, să le reducă dependența prin oferirea posibilității de a face propriile alegeri, oferindu-le astfel control asupra propriilor vieți pe cât este posibil.

Persoanele în dificultate trebuie să primească îngrijirea exact la nivelul pe care situația lor o cere. Serviciile trebuie să satisfacă întregul lanț de nevoi fizice, medicale, personale, sociale, spirituale și sociale ale acestora. Îngrijirea acordată ar trebui să răspundă nevoilor sociale, personale sau medicale ale fiecărui individ. Ea va fi furnizată pe baza unei evaluări prealabile, evaluări pe care o considerăm ca pe un drept al celor, care solicită serviciile medico-sociale pentru persoanele cu necesități de îngrijire pe termen lung la domiciliu.

Serviciile medico-sociale de îngrijiri la domiciliu sunt accesibile oricărei persoane aflate în dificultate fără deosebire de stare de boală, stil de viață, religie sau sex. Sunt binecunoscute principiile îngrijirii. Aceste principii alcătuiesc valorile care stau la baza îngrijirii la domiciliu:

– *Realizare* – atingerea de către beneficiari a potențialului lor maxim din punct de vedere fizic, intelectual, emoțional și social.

– *Demnitate* – păstrarea respectului de sine al beneficiarului/persoanelor cu necesități de îngrijire pe termen lung la domiciliu din partea altor persoane.

– *Autonomie* – respectarea dreptului beneficiarilor de a lua propriile decizii și de a face propriile alegeri (exceptând cazurile în care viața beneficiarului sau a celor din jur este pusă în pericol).

– *Independența* – preocuparea pentru menținerea independenței personale a beneficiarilor, incluzând gradul de risc care îl implică.

– *Stima* – recunoașterea calităților și experienței fiecărei persoane.

– *Calitatea experienței* – încurajarea și asigurarea posibilității beneficiarilor de a se implica într-o mare varietate de activități pe cât de mult este posibil; acest lucru fiind important, în special, pentru cei care nu mai pot să-și părăsească locuința.

În concluzie se poate de menționat, că în Republica Moldova există cadrul legislativ ce reglementează prestarea serviciilor medico-sociale, totodată este necesar de întreprins măsuri de îmbunătățire a prestării a acestor servicii. Se resimte necesitatea elaborării unei metodologii de evaluare a nevoii de servicii la nivel de comunitate, în colaborare cu APL și organizațiile societății civile. De asemenea, este necesar de elabora modele de fișe ale postului, care să enumere responsabilitățile asistentului medical și cele ale lucrătorului social la prestarea de servicii medico-sociale și care să fie propuse prestatorilor de servicii de îngrijire la domiciliu. Ca orice serviciu, aceste servicii de îngrijire și reabilitare necesită standarde minime de calitate revizuite, atât pentru partea socială, cât și pentru partea medicală din perspectiva unui serviciu realist și sustenabil. Este necesar să fie elaborate standarde pentru serviciile de îngrijire integrată la domiciliu. Pasul cel mai important este corelarea standardelor minime de calitate și a reglementărilor privind prestarea serviciilor la domiciliu cu costurile reale ale resurselor necesare pentru prestarea acestui tip de servicii conform cerințelor.

Legea nr.123 din 18.06.2010 cu privire la serviciile sociale, art.21 prevede că inspecția serviciilor sociale se realizează de către Inspecția socială, care își extinde acțiunea asupra tuturor prestatorilor de servicii sociale, indiferent de tipul de proprietate și de forma juridică de organizare.

Cine utilizează serviciile medico-sociale? Orice persoană, familie sau grup care se află în situație de dificultate poate fi beneficiar de servicii sociale. Ne referim aici la copii și familii,

copii cu dizabilități, adulți cu dizabilități, persoane vârstnice, persoane fără adăpost, persoane victime ale violenței în familie, persoane dependente de consumul de droguri, alcool sau alte substanțe toxice, victimele traficului de persoane, persoanele aflate în supravegherea serviciilor de probațiune, șomerii de lungă durată, bolnavi cronici și persoane care suferă de boli incurabile, precum și numeroase alte categorii de persoane aflate în situații de nevoie socială.

Cine furnizează serviciile? Serviciile sociale sunt asigurate de către **furnizori publici** (autoritățile administrației publice locale) sau **furnizori privați**. *Asistentul social* ia legătura cu persoanele în dificultate, le evaluează cazurile și, ulterior, asigură accesul acestora la serviciile sociale existente în teritoriu. *Lucrătorul social* prestează servicii la domiciliu persoanelor în dificultate.

Calitatea serviciilor a constituit un obiectiv încă de la începutul organizării lor, dar o abordare sistematică de evaluare, menținere și îmbunătățire a calității este relativ nouă. Domeniul social reprezintă o zonă în care calitatea serviciului este de maximă importanță. Furnizarea serviciilor pentru oamenii cu nevoi speciale implică responsabilități bine definite în identificarea și menținerea calității serviciilor oferite.

Când sunt acordate serviciile? Când bunăstarea individuală sau colectivă se află în situație de risc. Cel mai important ingredient este beneficiarul, persoana care are nevoie de sprijin, a cărei autonomie și calitate a vieții pot fi periclitate fără oferirea de servicii medico-sociale, determinând astfel apariția riscului de excludere socială. Serviciile, alături de prestațiile sociale, precum și de alte sisteme de securitate socială, intervin pentru soluționarea unor dificultăți generatoare de excludere socială. Ele facilitează accesul tuturor la activități și domenii ale vieții cotidiene (educație, muncă, servicii de sănătate, timp liber, alte resurse ale comunității).

Prestațiile sociale sunt forme de transfer prin care se realizează alocarea de bunuri și servicii către indivizi sau familie prin respectarea unui set de reguli (afilierea la un sistem de asigurări, existența unor criterii de acordare etc.). Prestațiile pot să fie acordate în bani (pensiile, indemnizațiile de șomaj, alocațiile pentru copii, ajutorul social, venitul minim garantat etc.) sau în natură (rechizite pentru școlarii din familiile cu venituri mici, cantina socială, programele de sprijin intracomunitar etc.).

Referitor la cantitatea serviciilor sociale solicitate și prestate, există probleme de două tipuri: pe de o parte, multe persoane nu beneficiază de servicii sociale chiar dacă au nevoie de ele (adică, există erori de excludere), iar pe de altă parte, unele persoane beneficiază de servicii sociale de care nu au nevoie (adică, erori de includere).

Calitatea serviciilor poate fi realizată prin stabilirea standardelor de calitate, care să stea la baza mecanismelor de acreditare a prestatorilor de servicii. Ținând cont de numărul mare de potențiali beneficiari ai serviciilor medico-sociale, este necesar de a mări acoperirea nevoilor lor prin extinderea și perfecționarea activității profesionale a personalului angajat la nivel comunitar.

Furnizarea serviciilor grupurilor de persoane aflate în dificultate este evaluată ca *proces de durată*, astfel că se fac referiri la etape din procesul de furnizare și la personalul de specialitate de care este nevoie pe durata procesului. Se menționează că „evaluarea inițială este efectuată de asistentul social sau de personalul de specialitate cu competențe în domeniul asistenței sociale. Sunt prezentate următoarele etape.

Evaluarea inițială are drept scop identificarea nevoilor individuale sau de grup, precum și elaborarea planului de intervenție. Evaluarea se concentrează pe răspunsul la următoarele întrebări: Care este problema? Cine este beneficiarul? Ce posibilități există pentru a schimba situația? Cum se va proceda? Ce elemente pot fi evaluate?

Evaluarea presupune selectarea, organizarea și sintetizarea datelor despre situația beneficiarului, având ca rezultat imediat *identificarea și formularea problemei*. În sinteză, putem identifica următoarele categorii de probleme (Buzducea, 2005): probleme interpersonale – familiale; de cuplu; colegiale; profesionale; probleme emoționale și de sănătate– suferință; boală; pierdere; probleme de comportament; probleme în asigurarea resurselor materiale; dificultăți în îndeplinirea rolurilor – părinte; partener; alte roluri sociale; probleme de tranziție socială – schimbare de rol; de mediu; de situație; probleme în relația cu instituțiile și organizațiile formale etc.

Evaluarea inițială se realizează cu ajutorul unor metode, tehnici și instrumente de culegere a datelor: observația; interviul (informațional; calitativ/de diagnostic); istoricul social; ancheta socială; referat de vizită la domiciliul beneficiarului; genograma; ecomapa; harta rețelelor sociale; analiza punctelor tari și slabe ale beneficiarului (Gabriela Irimescu. Tehnici specifice în asistența socială).

Planul de intervenție – este procesul prin care înțelegem nevoile fiecărui beneficiar și, în funcție de acestea și de priorități, oferim serviciile conform unui plan de servicii (care cuprinde și prestațiile sociale în bani). A face un plan de intervenție înseamnă a identifica cele mai bune căi pentru a atinge obiectivele stabilite în urma identificării nevoilor în etapa evaluării inițiale și prezentarea lor sub forma unui plan individual. Acest plan variază în funcție de complexitatea nevoilor fiecărei persoane. Planul de intervenție cuprinde măsurile necesare soluționării situației de risc social, respectiv furnizarea de prestații și servicii medico-sociale, precum și orice alte

măsuri prevăzute de dispozițiile legale în vigoare. În condițiile în care evaluarea inițială evidențiază existența unor situații complexe pentru a căror rezolvare se impune participarea mai multor profesioniști sau instituții specializate în domeniul medical, educațional și altele asemenea, se va recomanda efectuarea evaluării complexe necesare identificării și stabilirii măsurilor de intervenție personalizate.

Evaluarea complexă este realizată de echipe pluridisciplinare de specialiști care, în activitatea desfășurată, utilizează instrumente și tehnici standardizate specifice domeniului de activitate. Principalele categorii de persoane care pot beneficia de o evaluare complexă a nevoilor individuale sunt reprezentate de copiii aflați în dificultate, persoanele vârstnice și cele cu dizabilități, bolnavii cronici, persoanele infectate sau bolnave HIV/SIDA, persoanele dependente de consumul de droguri sau alte substanțe toxice, persoane afectate de violență domestică, victime ale traficului de persoane, persoanele care suferă de maladii incurabile, precum și alte persoane pentru care se impune aceasta.

Procesul de evaluare complexă are drept scop elaborarea unei strategii de suport conținând ansamblul de măsuri și servicii adecvate și individualizate potrivit nevoilor sociale identificate. Procesul de evaluare complexă urmărește, în principal, următoarele aspecte:

- a) evaluarea capacităților fizice, mentale și senzoriale, a nivelului de disfuncție și a abilității de a realiza activitățile de bază ale vieții zilnice;
- b) evaluarea psihologică și psihiatrică;
- c) evaluarea familiei privind capacitatea acesteia de a asigura condițiile necesare creșterii, îngrijirii și educării copilului;
- d) evaluarea potențialului de integrare a refugiaților și persoanelor care au dobândit o formă de protecție în condițiile legii;
- e) evaluarea potențialului de reintegrare a victimelor traficului de persoane;
- f) evaluarea posibilităților de integrare familială, de plasament al copilului sau de adopție;
- g) evaluarea gradului de funcționabilitate socială; evaluarea mediului fizic și social în care trăiește persoana;
- i) evaluarea percepției persoanei asupra siguranței, securității și vulnerabilității proprii;
- j) evaluarea motivației persoanei de a beneficia de servicii la domiciliu, în instituții de zi sau rezidențiale;
- k) evaluarea consecințelor care privesc persoana în cazul acordării sau neacordării serviciilor de îngrijire;

l) evaluarea nevoilor sociale și a posibilității asigurării de suport pentru rețeaua informală de îngrijire;

m) evaluarea percepției proprii privind capacitatea funcțională, performanțele și resursele;

n) evaluarea capacității rețelei informale de a acorda servicii sociale integrate; o) evaluarea serviciilor sociale disponibile, precum și a modului în care acestea pot răspunde nevoilor persoanei.

Furnizarea serviciilor se realizează în baza *planului individualizat de asistență și îngrijire*, elaborat de furnizorul de servicii sociale cu acordul și participarea beneficiarului și consimțământul formal al acestuia. Planul individualizat de asistență și îngrijire cuprinde, în principal, programarea serviciilor integrate, personalul responsabil, precum și procedurile de acordare. Răspunderea privind implementarea și monitorizarea planului individualizat de asistență și îngrijire revine asistentului social desemnat de furnizor ca responsabil de caz.

Elaborarea planului individualizat de asistență și îngrijire este procesul prin care planul de intervenție este pus în practică de către unul sau mai mulți profesioniști și sunt furnizate efectiv serviciile cu acordul și participarea beneficiarului. Un fapt deosebit este că cel care oferă asistență și cel care primește, deci împreună, să participe la implementarea planului individualizat.

Serviciile oferite după evaluarea nevoilor și definirea unui plan de intervenție vor fi alocate de o manieră prin care să ofere un suport minim necesar pentru a asigura oamenilor o maximă independență și nu de a crea o dependență față de serviciul furnizat. Ideea pe care se construiește echipa care va furniza aceste servicii este simplă: dacă oamenii au nevoi complexe, sociale, medicale, educaționale, juridice, echipa care va oferi serviciile va trebui să fie o echipă care să ofere servicii medicale, sociale, educaționale, juridice etc.

Echipa care implementează planul individualizat pentru cazurile complexe trebuie să fie o echipă multidisciplinară, pentru ca persoana să poată fi recuperată și îngrijită corespunzător. Managerul de caz este profesionistul care face legătura cu alte servicii și coordonează intervențiile acestora în vederea evaluării, tratării și îngrijirii unui beneficiar fără însă a fi implicat în furnizarea directă a serviciilor. Este profesionistul care negociază și cu alte organizații (spitale, autorități locale, centre de zi, cămine), astfel încât persoana aflată în nevoie/beneficiarul să primească un pachet adecvat de servicii care să fie potrivite nevoilor identificate.

Monitorizarea este o formă de „supraveghere” *proactivă* a implementării obiectivelor propuse și adaptarea planului individualizat de asistență și îngrijire nevoilor mereu în schimbare

ale beneficiarilor. Monitorizarea se face practic prin: vizite la domiciliu; telefoane/scrisori, consultații între agenții/organizații/instituții. Pe cât posibil, cel care este responsabil de evaluare, de planul individualizat de asistență și îngrijire și de implementare ar trebui să fie și cel care răspunde de monitorizare.

În vederea monitorizării eficienței serviciilor furnizate, precum și pentru stabilirea continuării intervenției sau scoaterii din evidență a cazului, situația persoanei beneficiare se reevaluează periodic de către responsabilul de caz. Pe baza rezultatelor reevaluării planul de intervenție sau, după caz, planul individualizat se completează ori se revizuieste de către furnizorul de servicii cu consimțământul formal al beneficiarului.

Schimbarea abordării de la îngrijire predominant rezidențială spre îngrijire comunitară implică redirecționarea resurselor financiare existente spre serviciile sociale comunitare. Managementul serviciilor sociale are scopul să extindă rapid serviciile sociale comunitare și specializate și să îmbunătățească considerabil eficiența și eficacitatea serviciilor sociale cu specializare înaltă. Această schimbare va modifica proporția dintre serviciile rezidențiale și cele comunitare, în favoarea celor din urmă, necesitând redirecționarea resurselor financiare.

Un instrument eficient de extinderea a serviciilor medico-sociale comunitare specializate pentru a îmbunătăți considerabil eficiența și eficacitatea lor, poate fi *Grila de evaluare medico-socială*. Grila de evaluare medico-socială este redactată sub forma unei fișe standard structurate pe componenta medicală și componenta socială și reprezintă instrumentul în baza căruia se realizează furnizarea de servicii la domiciliu sau, după caz, internarea în unitățile de asistență medico-sociale.

În continuare prezentăm grila de evaluare medico-socială a persoanei aflate în dificultate și necesită servicii de îngrijire și reabilitare instituționale de lungă durată.

GRILĂ DE EVALUARE MEDICO-SOCIALĂ

a persoanelor care se internează în unități de asistență medico-sociale

Serviciul de asistență socială din localitatea
sat [] comună [] oraș [] municipiu [] sector []

Nr. fișei

Data evaluării

Anchetă socială efectuată de

(numele, prenumele, funcția)

I. Date de identificare a persoanei evaluate

1. Numele.....

2. Prenumele
 3. Data și locul nașterii
 4. Vârsta
 5. Domiciliul stabil: localitatea,
cod poștal, str. nr., bl., sc., ap.,
nr. telefon fix, nr. telefon mobil, e-mail
 6. Profesia
 7. Ocupația
 8. Studii: fără primare gimnaziale liceale universitare
 9. Buletin de identitate seria nr.
 10. Cod numeric personal
 11. Sex F M
 12. Religie
 13. Dosar de pensie
(se precizează tipul de pensie: de vârstă, de dizabilitate, socială, ș.a.)
 14. Certificat de încadrare într-un grad de dizabilitate/handicap: nr. gradul
 15. Carnet de asigurări de sănătate seria nr.
 16. Starea civilă: necăsătorit(ă) căsătorit(ă) data
văduv(ă) data divorțat(ă) data
despărțit(ă) în fapt concubinaj
 17. Copii: DA NU
- Dacă DA, se vor înscrie numele, prenumele, adresa, telefonul copiilor:
-
-
-

II. Reprezentantul legal

1. Numele prenumele
2. Calitatea: soț/soție fiu/fiică rudă alte persoane
3. Locul și data nașterii
4. Adresa de domiciliu
-
5. Nr. telefon la domiciliu, la serviciu,
nr. telefon mobil, nr. fax, e-mail

III. Persoana de contact în caz de urgență

1. Numele prenumele
2. Adresa de domiciliu
3. Nr. telefon la domiciliu, la serviciu,
nr. telefon mobil, e-mail, nr. fax

IV. Evaluarea medicală

- A. Starea prezentă (date anamnestice, examinare clinică pe aparate și sisteme)
-
-
-

B. Rezultate ale investigațiilor paraclinice

.....

.....

.....

- C. Diagnostic
-

.....
D. Evaluarea funcțională a capacității de autoîngrijire

1. Autonomie păstrată: DA NU
2. Necesită: supraveghere asistare îngrijire tratament

E. Recomandări

.....

F. Concluzii:

necesită internare într-o unitate sanitară cu paturi necesită tratament la domiciliu necesită internare într-o unitate de asistență medico-socială

V. Evaluarea situației socioeconomice

A. Locuința:

1. Casă apartament la bloc alte situații
2. Situată: la parter la etaj ascensor DA NU
3. Componența: nr. camere bucătărie baie duș W.C. situat în interior situat în exterior
4. Încălzire: fără centrală cu lemne/cărbuni gaze naturale combustibil lichid altele
5. Apă curentă: DA NU rece caldă alte situații
6. Iluminare: suficientă insuficientă
7. Umiditate: nivel normal nivel crescut
8. Stare de igienă: corespunzătoare necorespunzătoare
9. Locuința este prevăzută cu: aragaz, mașină de gătit frigider mașină de spălat aparat radio/televizor aspirator
10. Concluzii privind riscul ambiental (condiții de locuit și facilități)

.....
.....
.....

1. Persoana evaluată trăiește: singur/singură de la data
cu soț/soție de la data
cu copiii de la data
cu alte rude de la data
cu alte persoane de la data

2. Persoana/persoanele cu care locuiește (numele, prenumele, calitatea, vârsta), dacă este compatibil - se înțelege bine - cu acestea:

..... Este compatibil DA NU
..... Este compatibil DA NU

3. Una dintre persoanele cu care locuiește:

este bolnavă [] prezintă un handicap [] este dependentă de alcool/droguri []

4. Este ajutat/ajutată de familie: DA NU cu bani cu alimente activități de menaj

5. Relațiile cu familia sunt: bune cu probleme fără relații

6. Există risc de neglijare: DA NU abuz: DA NU

Dacă DA, se vor face precizări:

.....
.....
.....

C. Rețea de prieteni și vecini

1. Are relații cu prietenii și vecinii: DA NU vizite
relații de întraajutorare relațiile sunt: permanente ocazionale

2. Frecventează: un grup social biserica altele

Precizări:

.....
.....

3. Este ajutat/ajutată de prieteni, vecini pentru: cumpărături activități de menaj
deplasare în exterior

4. Participă la: activități ale comunității activități recreative

5. Comunitatea îi oferă un anumit suport: DA NU

Dacă DA, se va preciza modalitatea:

.....
.....
.....

D. Situația economică - venituri

1. Venit lunar propriu reprezentat de:

Salariu în valoare de

Pensie de asigurări sociale în valoare de

Pensie parțială în valoare de

Pensie pentru persoană cu grad de dizabilitate în valoare de

Pensie socială. în valoare de

2. Alte venituri: a) alocații, indemnizații, ajutoare acordate conform legii:

.....
.....

în valoare de

b) venituri din alte surse

.....
.....

în valoare de

3. Venitul global declarat pentru impozitare

4. Bunuri mobile și imobile aflate în posesie.....

VI. Evaluarea autonomiei persoanei

Realizează activitățile curente ale vieții de zi cu zi: singur cu ajutor

Se va preciza pentru care activități necesită ajutor (toaleta propriei persoane, alimentare și hidratare, mobilizare și deplasare în interiorul locuinței, deplasare în exteriorul locuinței, utilizarea mijloacelor de comunicare la distanță - telefon, alarmă și altele asemenea, efectuarea menajului, efectuarea cumpărăturilor, gestionarea și administrarea bunurilor proprii, utilizarea mijloacelor de transport, activități recreative, respectarea indicațiilor privind tratamentul medical):

.....
.....
.....

VII. Date privind asigurarea serviciilor medicale și sociale

1. Este înscris la un medic de familie: DA NU

Dacă DA, se vor preciza: numele și prenumele medicului, adresa și numărul de telefon ale cabinetului medical individual:

.....
.....

2. Tratamentul și îngrijirea medicală necesară se pot realiza la domiciliul persoanei: DA NU

Dacă NU, se vor preciza cauzele:

.....
.....

3. Serviciile de îngrijire socio-medice pentru realizarea activităților curente ale vieții zilnice sunt disponibile pentru a menține persoana la domiciliul propriu:

DA NU

Dacă DA, care sunt acestea și de cine sunt acordate:

VIII. Concluzii și recomandări

Se vor avea în vedere afecțiunile cronice pe care le prezintă persoana evaluată, precum și situațiile de dificultate datorate unor cauze de natură economică și socială care pot conduce la apariția riscului marginalizării sau excluderii sociale.

Persoana evaluată:

De acord cu datele și concluziile evaluării: DA NU

A fost informat/informată asupra condițiilor necesare pentru internarea într-o unitate medico-socială: DA NU

Dorește să se interneze într-o unitate medico-socială: DA NU

Data Semnătura persoanei evaluate
.....

Reprezentantul legal, după caz:

De acord cu datele și concluziile evaluării: DA NU

A fost informat asupra condițiilor necesare pentru internarea într-o unitate de asistență medico-socială: DA NU

Acceptă recomandarea privind internarea persoanei evaluate într-o unitate de asistență medico-socială: DA NU

Data Semnătura reprezentantului legal
al persoanei evaluate
.....

Evaluarea medicală în vederea internării domnului/doamnei
într-o unitate de asistență medico-socială a fost efectuată de:

Numele și prenumele

Specialitatea, funcția

Instituția (unitatea) la care este angajat

Adresa instituției (unității)

Nr. telefon, nr. fax, e-mail

Semnătura

Ancheta socială reprezentând componenta socială de evaluare în vederea internării domnului/doamnei într-o unitate de asistență medico-socială a fost efectuată de:

Numele și prenumele

Profesia, funcția

Instituția (unitatea) la care lucrează

Adresa instituției (unității)

Nr. telefon, nr. fax, e-mail

Semnătura

Alte persoane care au participat la evaluare, după caz:

.....

.....

**Sugestii pentru specialiști care oferă servicii de îngrijire
și reabilitare de a avea o bună comunicare**

1.	Dați dovadă de respect	<p>Întotdeauna fiți respectuoși față de persoanele din jur. Priviți în ochi beneficiarul atunci când discutați. Adresați-vă persoanei îngrijite folosind numele pe care îl preferă. Astfel, se va crea o legătură mai bună între dumneavoastră și ea, fapt care vă va permite să înțelege-ți mai ușor nevoile și dorințele persoanei îngrijite, inclusiv contribuind la creșterea încrederii depline în îngrijitor. Evitați frazele prin care faceți cealaltă persoană să se simtă umilită sau învinovățită (<i>exemplu</i>: de ce tot timpul tu faci... dar eu trebuie să sufăr din cauza aceasta...).</p>
<i>Amabilitatea este foarte importantă pentru a preveni conflictul</i>		
2	Fiți clar	<p>Vorbește rar și clar, fără a îți schimba tonul vocii. Schimbarea tonului vocii va face persoana îngrijită să se simtă inconfortabil. Folosește propoziții scurte pentru a te exprima. Descrieți situația folosind faptele. Evitați cuvintele precum: toate, niciodată, întotdeauna.</p>
<i>Transmiteți mesaje scurte și clare pe înțelesul persoanei îngrijite. Nu folosiți cuvinte neclare (termeni medicali)</i>		
3	Nu faceți presupuneri	<p>Cereți mai multe detalii. Presupunerile sunt dușmanul unei bune comunicări. Multe certuri apar atunci când o persoană se așteaptă că cealaltă persoană să fii cititoare de minți să știe ce își dorește.</p>
<i>Nu mizați pe citirea gândurilor, exprimați-vă propriile nevoi și sentimente directe și clare. Puneți întrebări dacă nu înțelegeți de ce o altă persoană acționează într-un anumit mod.</i>		
4	Fiți deschiși	<p>Exprimați-vă sentimentele în mod deschis și sincer. Spune-i persoanei îngrijite că înțelegi cât de dificilă e situația sa. Discută despre subiecte plăcute pentru persoană. Vorbește-i despre hobby-urile sale ori despre cărțile favorite, ori politică, chiar dacă nu primești un răspuns de la el/ea. Asemenea subiecte îi vor stârni dorința de a discuta cu tine.</p>

<i>Nu așteptați ca alții să ghicească ce simțiți-presupunerea lor ar putea fi greșită</i>		
5	Ascultați mai întâi	Asigură-te că nu există zgomot de fundal. Așteptați câteva secunde după ce persoana a finisat de vorbit înainte de a răspunde. Lasă persoana îngrijită să își spună ideea până la capăt, nu îi completa propoziția fără s-o lași să spună ce are de zis.
<i>El sau ea ar putea avea mai mult de spus</i>		
6	Acceptați sentimentele altora	Nu este întotdeauna ușor să înțelegi sau să accepți sentimentele altora. Uneori acest lucru necesită timp și efort.
<i>Vă puteți opri un pic spunând am înțeles sau nu sunt sigur că am înțeles. Ați putea spune încă o dată?</i>		
7	Folosiți umorul cu grijă	Uneori este util să faceți glume. Dar nu faceți glume jignitoare.
<i>Dați-vă seama când să fiți serioși</i>		
8	Nu o faceți pe victima	Deveniți victimă atunci când nu vă exprimați necesitățile și sentimentele. Uneori vă puteți aștepta ca cealaltă persoană să acționeze într-un anumit mod, dar dacă nu comunicați despre ceea ce doriți, așteptarea ajunge să nu fie împlinită.
<i>Dacă nu ați făcut ceva pentru a răni o altă persoană, nu vă cereți scuze. Dacă vă scuzați tot timpul, este un semn de victimă.</i>		

Meritați respect și ai dreptul de a-ți exprima dorințele și nevoile

Există și o listă a lucrurilor pe care *nu ar trebui* să le faci atunci când discutați cu o persoană care are o problemă de sănătate pe termen lung:

- nu întrerupe persoana îngrijită pentru a-i completa propoziția,
- nu vorbi prea repede,
- nu forța persoana îngrijită să se grăbească,
- nu îi vorbi ca unui copil,
- nu presupune ca persoana îngrijită nu gândește, nu știe doar pentru că nu vorbește,
- nu îți pierde cumpătul niciodată în fața persoanei îngrijite.

GENERALITĂȚI

OMS consideră sănătatea un concept pozitiv care pune accent pe resursele sociale și personale, precum și pe capacitățile fizice. OMS mai susține și faptul că sănătatea trebuie tratată ca o resursă pentru viața de zi cu zi, nu ca obiectivul vieții. Este necesar să se facă distincția între sănătatea unei anumite persoane (*sănătatea individuală*) și sănătatea populației umane (*sănătatea populației*). Astfel, sănătatea unei anumite persoane se formează individual în condițiile societății pe baza factorilor ereditari și a stilului de viață pe care îl duce un individ. Sănătatea populației este un concept statistic, caracterizat printr-un set de indicatori care au o importanță deosebită.

Sănătatea populației este determinată în mare parte de răspândirea și distribuția factorilor determinanți ai sănătății, de ordin socioeconomic, comportamental și de mediu. Strategia Națională de Sănătate pentru anii 2022-2030 (proiect) propune o abordare centrată pe persoană și pe resursele umane din sistemul de sănătate, cu asigurarea drepturilor fundamentale ale acestora la sănătate, la servicii medicale de calitate și la condiții de muncă sigure și decente. Sistemul de sănătate al Republicii Moldova este organizat conform principiilor accesului universal la serviciile de sănătate de bază și echității și solidarității în finanțarea serviciilor de sănătate atât de la stat, cât și de către persoane fizice și juridice prin mecanisme obligatorii de asigurări de sănătate.

Strategia Națională de Dezvoltare „Moldova Europeană 2030”, document strategic de bază, care indică direcțiile de dezvoltare ale țării și ale societății pentru următorul deceniu și care stabilește dezvoltarea sistemelor economice și sociale accentuează recunoașterea și respectarea de către toate instituțiile responsabile și toate părțile interesate a următoarelor valori fundamentale și principii de bază: *centrare pe persoană, echitate și nediscriminare, respect și demnitate, calitate și accesibilitate, capacitate de răspuns, utilizare rațională și eficientă a resurselor, transparență și responsabilitate, etica profesională, responsabilitate individuală, angajament pentru obiectivele strategice.*

Grupurile vulnerabile prioritizate pentru intervenții socio-medice sunt: *copii și adolescenți, adolescenții și tineri, persoanele cu dizabilități, persoanele în etate, persoanele cu venituri mici, persoanele dependente cu vicii sociale (alcoolism, narcomanie etc.), persoanele infectate și afectate de HIV și SIDA.*

Personalul competent reprezintă resursa vitală a unui sistem de servicii socio-medice durabil, care prestează servicii calitative ca răspuns la nevoile populației. Intervențiile în acest domeniu sunt axate pe dezvoltarea personalului și menținerea forței de muncă pentru o aliniere

mai bună a capacităților sistemului la nevoile de servicii a populației. Disciplina *Servicii medico-sociale* structurează achizițiile dobândite în cadrul Unităților de curs la programul de studii de licență *Asistența socială* și asigură atât aprofundarea cunoștințelor, cât și formarea unui sistem de cunoștințe și abilități științifice și practice în domeniul sănătății populației și serviciilor medico-sociale, comportament și activități care oferă atitudini de valoare față de sănătate și sănătatea populației.

Datorită faptului că problema protejării sănătății populației în contextul crizei economice și demografice depășește competența asistenței medicale și devine sarcina primordială a politicii naționale, este necesar să se acorde sprijin de stat pentru implementarea conceptului de protecție a sănătății populației. Problema centrală a valeologiei este atitudinea față de sănătatea individuală și educația culturii sănătății. În conceptul de valeologie, sănătatea este capacitatea corpului uman de a-și menține performanța în condiții de mediu în schimbare. Astfel, valeologia include instrumente teoretice și practice pentru gestionarea tuturor aspectelor sănătății umane - starea fizică, psihologică și spirituală, locul ei în societate. Or, valeologia este știința care se ocupă de problemele sănătății umane, atât fizice, cât și psihice.

Din punct de vedere strict biologic, sănătatea omului constă în acea stare funcțională a celulelor, țesuturilor și organelor care asigură continuitatea biologică și armonizarea perfectă (optimă) a organismului uman în raporturile sale cu mediul. Sub aspect social, sănătatea reprezintă acea stare a organismului în care capacitățile individuale, necesare îndeplinirii sarcinilor și rolurilor sociale, se află la un nivel optim. Echilibrul biologic dintre organism și mediu, cu posibilitate manifestării reacțiilor de adaptare ale organismului, se numește **stare de sănătate**. Modificarea acestui echilibru biologic sub influența unor factori interni sau externi, cu limitarea capacității de adaptare a organismului la mediu, se numește **stare de boala**.

Boala, ca și sănătatea, este dificil de definit și evaluat. Interpretarea causală a corelației dintre sănătate și boală permit a elabora metode mai eficiente de profilaxie. Modelul bio-psiho-social reprezintă o concepție holistică ce integrează în explicarea sănătății și bolii 3 categorii de factori care interacționează - fie negativ= patogeneza, fie pozitiv = salutogeneza - și a căror abordare cu metode specifice fiecăruia dintre acești factori (de către biologi, medici, psihologi, sociologi și alte specialități) contribuie la păstrarea/restabilirea sănătății.

Aproximativ 10 % dintre lucrătorii din Uniunea Europeană își desfășoară activitatea în sectorul asistenței medicale și al asistenței sociale, mulți dintre aceștia lucrând în spitale. Potrivit statisticilor, în Republica Moldova femeile constituie aproximativ 80% din colaboratoarele sectoarelor sănătate și social. Acești lucrători pot fi expuși unei mari varietăți de riscuri.

Legislația UE privind sănătatea și securitatea în muncă acoperă în prezent cea mai mare parte dintre aceste riscuri, însă combinațiile create între diferitele categorii de riscuri, care apar simultan, precum și faptul că acest sector al asistenței medicale și al asistenței sociale este, fără îndoială, unul de mare risc, au dat naștere unei dezbateri cu privire la necesitatea unei abordări specifice în vederea îmbunătățirii protecției sănătății și securității personalului spitalicesc și din sectorul social.

Măsurile privind sănătatea și securitatea în muncă și promovarea sănătății la locul de muncă au ca scop prevenirea afecțiunilor medicale, a bolilor ce au legătură cu locul de muncă. Perspectiva unor locuri de muncă mai bune, mai sănătoase și mai competitive are drept fundament crearea unei culturi organizaționale pozitive este esențială pentru dezvoltarea durabilă și pentru succesul instituțiilor de sănătate și a celor sociale. Riscurile psihosociale și stresul la locul de muncă se numără printre cele mai mari provocări în materie de securitate și sănătate în muncă în domeniul asistenței sociale. Acestea au un impact semnificativ asupra sănătății oamenilor, organizațiilor și economiilor naționale.

Se consideră că cea mai efektivă abordare a gestionării riscurilor psihosociale este una preventivă, globală și sistematică. Sondajul european în rândul instituțiilor privind riscurile noi și emergente (ESENER) al EU-OSHA demonstrează convingerea că riscurile psihosociale sunt mai complexe și mai greu de gestionat decât riscurile „tradiționale” la adresa sănătății și securității în muncă. Este nevoie de o mai mare conștientizare și de instrumente practice și simple care să faciliteze abordarea stresului, violenței și hărțurii la locul de muncă.

Asistența medico-socială (AMS) este apreciată ca gen al activității profesionale multidisciplinare cu caracter medical, psihopedagogic și social-juridic, orientată nu numai la restabilirea, dar și păstrarea, întremarea sănătății întregii populații. Ea modifică substanțial atitudinea existentă față de protecția sănătății deoarece presupune intervenție medico-socială sistemică de la cele mai timpurii etape ale dezvoltării proceselor morbide, care potențial conduc spre complicații grave, invalidizare și deces. În așa mod, AMS reflectă nu numai reabilitarea, fiind majorat de evidentă, dar și profilaxia care are o importanță extrem de mare.

Sarcina strategică principală a AMS este *păstrarea și îmbunătățirea calității vieții*. Fiind un gen de activitate multi-disciplinară și realizată în domeniul sănătății și asistenței sociale a populației, AMS aplică forme și metode constituite în: sistemul sănătății – profilactice, de reabilitare, psiho-terapeutice; sistemul asistenței sociale – consultarea socială, stabilirea indemnizațiilor sociale, deservirea socială la domiciliu, în instituții staționare, organizarea șederilor de zi în așezăminte de deservire socială, asigurarea plasamentului temporar etc.

Particularitatea AMS – ca activitate profesională ea se formează la intersecția a două domenii independente- sănătatea și protecția socială a populației. Experiența organizării ajutorului medico-sanitar primar, experiența mondială a asistenței sociale din cadrul sănătății arată că coordonarea acțiunilor, întreprinse din cele două domenii, necesită perfecționare. **Concepția de sănătate și boală în AMS** reprezintă una complexă și cu câteva aspecte ce cuprind dimensiunea emoțională, intelectuală, fizică, socială și spirituală. Sănătatea înseamnă mult mai mult decât absența bolii. Ea este un proces ce contribuie la bunăstare și echilibru.

Toate dimensiunile sănătății sunt influențate, afectate chiar, de mai mulți factori. Activitățile de promovare a sănătății sunt practic imposibile fără componenta de schimbare a comportamentului (a unui individ, unui grup sau a unei comunități). Toate modelele de schimbare a comportamentului se bazează mai mult sau mai puțin pe concepte și fac parte din elementele a celor două teorii: *teoria explicativă și teoria schimbării*. Actualmente sunt cunoscute nu mai puțin de 9 modele, din care 2 sunt aplicate mai pe larg în domeniul sănătății și asistenței sociale:

1. Modelul de încredere în sănătate.
2. Modelul transteoretic (modelul etapelor de schimbare).

Declarația Mileniului, privind principiile și valorile ce urmează să fie abordate în secolul XXI, dintre cele șapte priorități sanitare mondiale ale mileniului actual, trei au în vedere dezvoltarea și abolirea sărăciei, protejarea grupurilor vulnerabile, respectarea drepturilor omului. Din acest motiv, este dezirabilă identificarea cât mai corectă a grupurilor la risc, a indivizilor care sunt cei mai predispuși unor anumite condiții defavorabile, pentru a utiliza direct și în mod eficient resursele sanitare. În categoria persoanelor defavorizate se încadrează familiile numeroase cu venituri insuficiente, familiile dezorganizate, unii copii și tineri, șomerii, femeile, bătrânii, refugiații.

Conform LEGII Nr. 123 din 18.06.2010 cu privire la serviciile sociale, **serviciile sociale:**

- reprezintă: măsuri și acțiuni care răspund nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup.
- urmăresc: prevenirea și depășirea situațiilor de dificultate, de vulnerabilitate sau dependență, în scopul menținerii autonomiei, prevenirii marginalizării și excluziunii sociale, creșterii calității vieții.

Dezvoltarea sistemului integrat de servicii sociale crează oportunități mai bune pentru incluziunea socială a persoanelor în dificultate, asigurând respectarea drepturilor fundamentale ale acestora. Combinând măsurile de prevenire, reabilitare, precum și soluționând cazurile la nivel

comunitar înainte ca ele să se agraveze (iar soluționarea lor devine mai costisitoare), sistemul este mai eficient din punctul de vedere al costurilor, acoperă pe toți cei care au nevoie de sprijin social și are un impact pozitiv asupra calității vieții cetățenilor. În Republica Moldova, cadrul juridic privind organizarea serviciilor de îngrijire medicală la domiciliu a fost aprobat în 2008 de către Ministerul Sănătății și în 2010 de către Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei.

Serviciul de îngrijire socială la domiciliu este prestarea calitativă a serviciilor de îngrijire la domiciliu, pentru îmbunătățirea calității vieții beneficiarilor. Scopul îngrijirilor medicale la domiciliu este ca pacientul să beneficieze de îngrijire calificată, demnă, adecvată și corespunzătoare cerințelor individuale, în vederea stimulării însă- nătoșirii, întreținerii și/sau reabilitării sănătății și reducerii consecințelor negative ale maladiilor.

Actualmente, nu există acte normative sau standarde care să reglementeze prestarea serviciilor de îngrijire integrată la domiciliu. Serviciul de îngrijire integrată la domiciliu oferă beneficiarului, în funcție de nevoile acestuia, atât servicii de îngrijire socială, cât și servicii de îngrijire medicală la domiciliu, însă eforturile specialiștilor nu sunt întotdeauna coordonate.

În Republica Moldova există cadrul legislativ ce reglementează prestarea serviciilor medico-sociale, totodată se resimte necesitatea elaborării unei metodologii de evaluare a nevoii de servicii la nivel de comunitate, în colaborare cu APL și orgsnizațiile societății civile. De asemenea, este necesar de elabora modele de fișe ale postului, care să enumere responsabilitățile asistentului medical și cele ale lucrătorului social la prestarea de servicii medico-sociale și care să fie propuse prestatorilor de servicii de îngrijire la domiciliu. Ca orice serviciu, aceste servicii de îngrijire și reabilitare necesită standarde minime de calitate revizuite, atât pentru partea socială, cât și pentru partea medicală din perspectiva unui serviciu realist și sustenabil. Este necesar să fie elaborate standarde pentru serviciile de îngrijire integrată la domiciliu. Pasul cel mai important este corelarea standardelor minime de calitate și a reglementărilor privind prestarea serviciilor la domiciliu cu costurile reale ale resurselor necesare pentru prestarea acestui tip de servicii conform cerințelor.

Surse bibliografice

Cadrul normativ:

1. Legea asistenței sociale nr. 547-XV din 25.12.2003. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.42-44/249 din 12.03.2004.

2. Legea nr. 123 din 18.06.2010 cu privire la serviciile sociale. Monitorul Oficial nr.155-158/541 din 03.09.2010.

3. Legea nr. 129 din 08.06.2012 privind acreditarea prestatorilor de servicii sociale. Monitorul Oficial nr.181-184/593 din 31.08.2012.

4. Legea nr. 280 din 29-11-2018 pentru modificarea unor acte legislative. Monitorul Oficial nr. 6-12 art. 52.

5. Legea nr. 172 din 27-07-2018 pentru modificarea unor acte legislative. Monitorul Oficial nr. 321-332 art. 529

6. Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995. Publicat: 22-06-1995 în Monitorul Oficial Nr. 34 art. 373. *MODIFICAT LP339 din 08.12.22, MO440-444/30.12.22 art.809; în vigoare 01.01.23*

7. HG Nr. 1034 din 31.12.2014 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru al Serviciului de îngrijire socială la domiciliu și a Standardelor minime de calitate.

8. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1512 din 31.12. 2008 pentru aprobarea Programului național privind crearea sistemului integrat de servicii sociale pe anii 2008-2012.// Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 7-9 din 20.01.2009.

9. Politica Națională de Sănătate a RM pentru anii 2007-2021, Guvernul Republicii Moldova: H.G. nr. 886 din 06.08.2007

10. Regulamentul de organizare și funcționare a Direcției generale asistența socială și sănătate a Consiliului municipal Chisinau. Anexa 1 la Decizia Consiliului municipal Chișinău nr.14/8 din 11.08.2020.

11. Strategia națională de sănătate "Sănătatea 2030". Proiect. <https://ms.gov.md>

12. Nomenclatorul serviciilor sociale. Aprobata prin Ordinul Ministrului Muncii, Protecției Sociale și Familiei nr. 353 din 15 decembrie 2011.

13. Directiva 89/391/CEE a Consiliului din 12 iunie 1989 privind punerea în aplicare de măsuri pentru promovarea îmbunătățirii securității și sănătății lucrătorilor la locul de muncă, JO L 183, 29.6.1989, pp. 1-8.

14. Orientări privind sistemele de management al sănătății și securității în muncă, OIM-OSH, Geneva, 2001, p. 11.

Suporturi de curs universitar:

15. Stratan V., Cerneavski V. *Servicii medico-sociale*. Curs universitar. UPSC ”I. Creangă”. Chișinău, 2023.- 100p.

Literatură de specialitate:

16. Evaluarea serviciilor sociale și medicale de îngrijire la domiciliu în Republica Moldova. CASMED. <https://camed.md> › uploads › 2018/06

17. Conceptul de sănătate și de boală în aprecierea sănătății populației. Constantin Ețco, Mihai Moroșanu, Viorel Pîrțac, Eugen Nichiforciuc. IRMS - Nicolae Testemitanu SUMPh: Conceptul de sănătate și ...<https://repository.usmf.md>

18. Educație pentru sănătate: Disciplina opțională: Clasele 5-12: Suport didactic pentru cadre didactice/Mariana Goraș, Valentina Bodrug-Lungu, Eugenia Buruian, Svetlana Moroz [et al.]; coord. naț.: Valentin Crudu; Min. Educației, Culturii și Cercet. al Rep. Moldova, Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA) în Rep. Moldova, Ambasada Olandei. – Chișinău:[CE “Pro Didactica”], 2019–349 p. ISBN 978-9975-3259-6-7.

19. Leșco G. Sănătatea adolescenților. Factorii determinanți comportamentali și sociali. Raport sumar al studiului de evaluare a comportamentelor de sănătate ale copiilor de vârstă școlară în Republica Moldova. Chișinău, 2015. 23 p. Sumar executiv.

20. V. Mocanu. Ghid de standarde în servicii sociale. IDIS ”Viitorul”. Ch., 2017 - 100p.

21. Raport Evaluarea serviciilor de îngrijire socială și medicală la domiciliu în Republica Moldova, Chișinău, 2018. <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2019/05/>

22. Raport Social Anual, MSMPS. Instituțiile specializate în îngrijirea persoanelor în etate și persoanelor cu dizabilități. <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/05/>

23. Elena Stempovskaia ș.a. Ghid în domeniul deservirii medico-sociale a persoanelor cu necesități de îngrijire pe termen lung la domiciliu. Pproiectul „Măsuri de consolidare a încrederii de-a lungul râului Nistru” și implementat de către Agenția de Cooperare Internațională a Germaniei (GIZ) în numele Ministerului Federal German pentru Cooperare Economică și Dezvoltare (BMZ). Chișinău, 2020.

Literatură de specialitate (opțional):

24. Ețco, C., Moroșanu, M., Sănătatea-obiect de studiu în activitatea medicală. Sănătate publică, economie și management în medicină. Nr.3, 2003, p. 4-6.

25. Necesități în dezvoltarea unui sistem național de asistența medicală pentru persoane vârstnice /Constantin EȚCO, Andrei MECINEANU, Dorin ROTARU [et al.]. Ch.: IDIS “Viitorul”, 2010 (Tipogr. “MS Logo” SRL). – 32 p. ISBN 978-9975-9625-7-5

26. Promovarea sănătății și dezvoltării. Ghid pentru persoanele resursă din comunitate. Ediție editată în cadrul proiectului „Generație Sănătoasă – extinderea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor în Republica Moldova”, implementat de Asociația „Sănătate pentru Tineri” în parteneriat cu Ministerul Sănătății și susținut de Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC). Chișinău, 2012.
27. Riscurile la adresa sănătății și securității în muncă pentru lucrătorii din sectorul asistenței medicale. Comisia Europeană. Direcția Generală Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Incluziune Unitatea B.3. 2012. ISBN 978-92-79-26837-3
28. Sfaturi pentru a te mișca bine cu persoana pe care o asigți. Instrumente pentru a califica munca de îngrijire la domiciliu. Regiunea Emilia Romagna, Italia.
29. Standardul național de îngrijiri medicale la domiciliu. Chișinău 2013
30. Suport în îngrijirea bolnavului la domiciliu Chișinău 2015
31. Tomacinschi Angela, Doltu Svetlana , Model de intervenții comunitare în controlul maladiilor netransmisibile. . Chișinău 2017
32. <https://osnovaschool.ru/ro/chemistry/glavnoe-soderzhanie-teorii-valeologii-chto-takoe-valeologiya-i/>
33. World Health Organisation (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
34. Australian Institute of Health and Welfare (2015). *Risk factors to health*. Retrieved June 23, 2015, from <http://www.aihw.gov.au/risk-factors/>
35. <https://osha.europa.eu/ro/themes/psychosocial-risks-and-stress>
36. <https://moldova.unwomen.org/ro/noutati-si-evenimente/noutati/2020/04/from-where-i-stand---social-workers>
37. <https://ik-ptz.ru/ro/obschestvoznanie/valeologiya-nauka-o-zdorove-referat-valeologiya-kak-nauka.html>
38. <https://osnovaschool.ru/ro/chemistry/glavnoe-soderzhanie-teorii-valeologii-chto-takoe-valeologiya-i/>
39. <https://www.asimed.net/ce-este-sanatatea/>
40. <https://www.cartesasanatatiei.ro/definitia-sanatatiei/>