



Bayer Foundations



Model de intervenții comunitare în controlul maladiilor netransmisibile

GHID
PENTRU PERSONALUL
ORGANIZAȚIILOR NEGUVERNAMENTALE
ȘI ALȚI ACTORI COMUNITARI

CHIȘINĂU
2017

Model de intervenții comunitare în controlul maladiilor netransmisibile

**GHID
PENTRU PERSONALUL
ORGANIZAȚIILOR NEGUVERNAMENTALE
ȘI ALȚI ACTORI COMUNITARI**

Acest ghid a fost elaborat de către Asociația Obștească „AFI” în parteneriat cu Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară în cadrul proiectului „Community Engagement for Public”, finanțat de *Health Action in Moldova-Bayer Cares for People*. Modelul intervențiilor a fost descris în conformitate cu experiența de implicare comunitară acumulată de organizațiile non-guvernamentale active în controlul tuberculozei, replicată în activitățile de control a bolilor netransmisibile. Această publicație are ca scop îndrumarea practică și oferirea de sprijin personalului din organizațiile non-guvernamentale, din domeniul asistenței sociale și altor actori comunitari prin implicarea lor de comun cu asistența medicală primară în realizarea activităților de control a BNT.

Echipa de autori:

Angela Tomacinschi, Director, Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară

Svetlana Doltu, Director Program Sănătate Publică, Asociația Obștească „AFI”

Ludmila Marandici, Coordonator Proiect, Asociația Obștească „AFI”

Lilian Severin, Președinte, Asociația Obștească „AFI”

Ina Pușoi, Președinte, Centrul de Dezvoltare în Sănătate „AFI-Anenii Noi”

Recenzent:

Tatiana Zatić, Șef Direcție Asistență Medicală Primară, Urgentă și Comunitară, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale

ABREVIERI

AMP – asistența medicală primară

BNT – bolile netransmisibile

BNS – Biroul Național de Statistică

BCV – Bolile cardiovasculare

CNMS – Centrul Național de Management în Sănătate

CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină

IMC – indice de masă corporală

DZ – diabetul zaharat

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

ONG – organizație non-guvernamentală

MSMPT – Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale

DZG – Diabetul zaharat gestațional

G – greutatea corporală

CA – circumferința abdominală

TA – tensiune arterială

TTGO – testul de toleranță la glucoză

HbA1c – hemoglobina glicată

STEPS – abordarea supravegherii pe pași a OMS

CUPRINS

Introducere	5
Capitolul I. Controlul bolilor netransmisibile la nivelul asistenței medicale primare	12
Capitolul II. Algoritmul de intervenții ale ONG-urilor în maladiile netransmisibile (bolile cardiovasculare și diabetul zaharat).....	23
Capitolul III. Tehnici de formare unui mod de viață sănătos la nivelul comunității.....	26
Capitolul IV. Prevenirea factorilor de risc comportamentali.....	29
Capitolul V. Intervenții în hipertensiune arterială	38
Capitolul VI. Intervenții în diabetul zaharat	41
Bibliografie.....	43
Anexa 1. Informație generală despre diabetul zaharat pentru personalul ONG-urilor	47
Anexa 2. Informație despre bolile cardiovasculare pentru personalul ONG-urilor	50
Anexa 3. Screening-ul și diagnosticul diabetului zaharat (măsurarea glicemiei în sânge).....	53
Anexa 4. Piramida nutriției și volumul porțiilor	57
Anexa 5. Curricula de desfășurare a „Școlii pacientului cu hipertensiune arterială”	59
Curricula de desfășurare a „Școlii pacientului cu diabet zaharat”	61
Anexa 6. Chestionar privind depistarea factorilor de risc / maladiilor netransmisibile	64
Anexa 7. Consimțământul pacientului privind implicarea personalului ONG-ului pentru acordarea serviciilor de diagnostic, suport psihologic, consiliere, suport social	69
Anexa 8. Fișa de evidență a intervențiilor de bază.....	70

Introducere

O stare bună a sănătății este în beneficiul tuturor sectoarelor și al întregii societăți, fiind o resursă de neprețuit. Sănătatea și bunăstarea sunt factorii-cheie ai dezvoltării sociale și economice, precum și o prioritate majoră pentru viețile tuturor persoanelor, familiilor și comunităților. Abilitarea persoanelor cu posibilitatea de a-și controla sănătatea și determinantele acesteia contribuie la dezvoltarea comunității și la îmbunătățirea standardelor de viață. Factorii care contribuie la prosperarea societății determină și starea de sănătate a persoanelor, iar politicile care țin cont de acest principiu sunt mai eficiente. Accesul echitabil la educație, muncă decentă, condiții decente de trai și venituri decente – toate acestea contribuie la menținerea sănătății. La rândul său, sănătatea contribuie la sporirea productivității muncii, eficientizarea forței de muncă, îmbătrânirea mai sănătoasă a populației, precum și la cheltuieli mai reduse pentru concediile de boală și prestațiile sociale, respectiv la mai multe venituri fiscale [18,21].

Conlucrarea tuturor sectoarelor guvernamentale și neguvernamentale pentru abordarea determinantilor sociali și individuali ai sănătății reprezintă cea mai bună modalitate de a asigura sănătatea și bunăstarea populației. Starea bună a sănătății persoanelor poate susține recuperarea și dezvoltarea economică [8,18].

În prezent, bolile netransmisibile constituie principala amenințare pentru sănătatea publică, fiind cei mai periculoși asasini pe plan mondial, care cauzează anual 35 de milioane de decese – sau 60% din mortalitatea globală. Dintre acestea 80% revin țărilor cu nivel slab și mediu de dezvoltare. Conform Raportului european pentru sănătate al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) din 2014 (*World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profile, 2014*), cele mai importante cauze ale poverii maladiilor în Regiunea Europeană a OMS sunt bolile netransmisibile, care constituie 77% din numărul total. Șase din zece decese la nivel global și opt din zece decese în Regiunea europeană a OMS sunt cauzate de bolile netransmisibile [3].

Ratele deceselor din cauza bolilor netransmisibile în Republica Moldova sunt similare cu cele din Regiunea europeană a OMS. Prevalența acestui grup de boli în țară este, de asemenea, foarte înaltă; mai mult de jumătate din populație suferă de boli netransmisibile, inclusiv boli cardiovasculare, cancer, boli respiratorii cronice, boli digestive și diabet. Povara bolilor netransmisibile subminează dezvoltarea socială și economică a statului. Costurile de sănătate și financiare ale bolilor netransmisibile pentru persoane, familii, sistemul de sănătate și economie sunt semnificative și se află în creștere. În lipsa prevenției adecvate a factorilor de risc generali și identificării precoce a bolilor netransmisibile, aceste costuri se majorează.

Cu toate acestea, dovezile existente demonstrează că epidemia BNT poate fi redusă prin controlul celor patru factori principali de risc comportamentali pentru BNT: consumul de tutun, inactivitatea fizică, consumul nociv de alcool și regimul alimentar nesănătos [1,2,3,13].

Atât consumul de tutun, cât și expunerea la fumul de tutun sunt responsabile pentru mai mult de șase milioane de decese anual. Potrivit estimărilor, fumatul cauzează circa 71% din cancerul pulmonar, 42% din bolile respiratorii cronice și 10% din BCV. Proporția mortalității atribuite tutunului este mai mare printre bărbați decât printre femei [28,32].

Aproximativ 4,5% din povara globală a bolilor și traumelor este atribuibilă alcoolului. Alcoolul contribuie la efecte traumatice, care omoară sau produc invaliditate persoanelor la o vârstă relativ tânără, rezultând în pierderea multor ani de viață din cauza dizabilității și chiar deces. Consumul nociv de alcool este cauza a circa 3,8% dintre toate decesele înregistrate anual. Mai mult de jumătate dintre aceste decese sunt o consecință a BNT, inclusiv cirozele hepatice, cancerul și BCV. Consumul nociv de alcool este factorul de risc principal pentru decesul bărbaților cu vârsta cuprinsă între 15 și 59 de ani [5,28].

Consumul redus de fructe și legume este asociat cu riscul înalt pentru BCV, cancerul de stomac și colorectal. Consumul înalt de sare este o determinantă semnificativă pentru tensiunea arterială ridicată și riscul BCV. Consumul ridicat de grăsimi saturate și grăsimi trans este asociat cu riscul crescut pentru bolile de inimă și atacul vascular cerebral [28].

Tensiunea arterială înaltă este factorul de risc principal pentru povara globală a maladiilor. Conform estimărilor, aceasta cauzează 9,4 milioane de decese în fiecare an – mai mult de jumătate dintre cele 17 milioane de decese estimate anual, cauzate de toate BCV. Colesterolul sanguin ridicat

determină, potrivit estimărilor, 2,6 milioane de decese anual. Ambele sunt factori de risc major pentru BCV și atacul vascular cerebral [28].

Persoanele care sunt fizic inactive au un risc cu 20-30% mai mare de mortalitate din toate cauzele descrise aici. Un indice înalt al masei corporale (IMC) sporește riscul pentru bolile de inimă, atacul vascular cerebral, diabet și unele tipuri de cancer [28,14].

Epidemia BNT lovește disproporționat persoanele din grupurile sociale afectate. BNT și sărăcia creează un cerc vicios: pe de o parte, sărăcia expune populația la factorii de risc comportamentali pentru BNT, iar BNT care apar ca o consecință, pe de altă parte, pot deveni un motor puternic pentru declinul în jos pe spirală, conducând familiile spre sărăcie. Îmbunătățirea supravegherii și monitorizării trebuie să constituie o prioritate permanentă în combaterea BNT la nivel de țară.

Prevalența bolilor legate de stilul de viață și comportamentul nesănătos, cum ar fi BCV, diabetul, cancerul, hepatitele cronice și cirozele, crește constant în Republica Moldova, aceste boli devenind cauzele principale ale mortalității populației. BNT sunt responsabile pentru mai mult de 85% dintre toate decesele înregistrate anual [4,13,15].

Potrivit datelor OMS și studiilor realizate în Republica Moldova, principalii factori de risc pentru adulți au fost: fumatul – 24% (bărbați 43% și femei 5%), consumul de alcool per capita în litri de alcool pur – 16,8% (bărbați – 25,9%, femei – 8,9%), tensiunea arterială crescută (bărbați – 41,3%, femei – 40,4%; obezitatea - 2008 (bărbați – 9,9%, femei – 21,2%) [28].

Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova (2007-2021) își propune să creeze premise optime pentru a îmbunătăți considerabil starea de sănătate a fiecărei persoane și să asigure un nivel de trai adecvat pentru populația țării. În acest context, accentul este pus pe rolul extrem de important al organizațiilor non-guvernamentale în asigurarea sănătății prin diverse programe și proiecte tematice.

Mobilizarea comunității pentru ameliorarea stării de sănătate este o abordare comprehensivă de mobilizare a comunităților și voluntarilor să utilizeze instrumente simple, adaptate la contextul local, pentru a aborda necesitățile prioritare de sănătate ale comunității și a împuternici comunitatea să fie responsabilă pentru propria sănătate.

Membrii comunității trebuie să participe ca parteneri egali, responsabili pentru rezultat și investiții, în abordarea preocupărilor de sănătate. Angajamentul comunității este o parte esențială a procesului de îmbunătățire durabilă a sănătății [17,18,19,20].

Obiectivele Ghidului:

1. Să identifice activ persoane asimptomatice la risc pentru BCV prin intermediul actorilor comunitari (identificarea factorilor de risc individuali, modificabili și nemodificabili folosind instrumentul SCORE).
2. Să instruiască reprezentanții organizațiilor non-guvernamentale și asistenții comunitari în comunicarea cu persoanele evaluate privind riscul estimat și măsurile ce pot fi adoptate pentru modificarea nivelului de risc.
3. Să trieze persoanele cu risc crescut și să intervină precoce și în mod sistematic pentru susținerea acestora în scopul adoptării și menținerii schimbărilor comportamentale pentru reducerea nivelului de risc (nivel individual al prevenției).

Prezentul ghid preia conceptul de strategie preventivă centrată pe grupurile cu risc crescut (introdus de OMS în *Ghidul de Prevenție al Bolilor Cardiovasculare, 2007*) și implicare a partenerilor comunitari în sistemul de identificare și referire sau însoțire către AMP.

Aici este vorba despre inițierea de examinări proactive de evaluare începând cu vârste prag, stabilite prin consens, dar și despre examinarea integrată a grupurilor vulnerabile (de exemplu, pacienți cu tuberculoză, HIV/SIDA etc.) prin intermediul actorilor comunitari. Examinările preventive cuprind un număr variabil de vizite la domiciliu, cu un conținut clar stabilit și cu modalități de urmat în funcție de riscul identificat.

Contextul național

Republica Moldova este o țară în curs de dezvoltare, cu o populație de 3,5 milioane de locuitori, dintre care 57% trăiesc în mediul rural.

Țara se află într-un proces de tranziție epidemiologică de la începutul anilor 1990. Ca urmare, prevalența bolilor legate de stilul de viață și comportamentul nesănătos, cum ar fi BCV, diabetul, cancerul, hepatitele cronice și cirozele, crește constant, aceste maladii devenind cauzele principale ale mortalității populației. BNT sunt responsabile pentru mai mult de 85% dintre toate decesele înregistrate anual. Republica Moldova, la fel ca și alte țări aflate în curs de dezvoltare, se confruntă în prezent cu povara dublă a bolilor. Aceasta cuprinde, pe de o parte, provocări noi, precum obezitatea și BNT, iar pe de altă parte, bolile infecțioase, precum tuberculoza și HIV/SIDA.

Conform statisticii medicale naționale, următoarele boli au fost în anul 2016 cauzele principale de deces în Republica Moldova:

- Bolile sistemului circulator (617,5 la 100 000 populație)
- Neoplasmale (173,4 la 100 000 populație)
- Hepatitele cronice și cirozele (80,0 la 100 000 populație)
- Traumele și otrăvirile (76,1 la 100 000 populație)
- Diabetul (11,5 la 100 000 populație) [4].

Bolile sistemului circulator sunt cauza principală a morbidității și mortalității populației și au fost responsabile pentru fiecare al doilea deces în anul 2016.

În Republica Moldova maladiile cardiovasculare se situează pe primul loc în structura mortalității generale a populației, constituind peste 50% din numărul total de decese [4,5,28].

Studiul factorilor de risc pentru BNT, realizat în anul 2013 în Republica Moldova, relevă că HTA a fost depistată la 76% dintre adulți, fiecare al patrulea adult cu vârsta cuprinsă între 18,25 și 69 de ani fumează, iar unul din zece practică insuficient activitatea fizică, respectiv aproximativ 23% dintre adulți au fost diagnosticați cu obezitate, în timp ce aproape 56% sunt supraponderali. Astfel, ca urmare a cercetării factorilor de risc ce conduc la BCV, s-a constatat că 23% din populație cu vârsta de peste 18 ani prezintă un risc sporit de a suferi de boli cardiovasculare.

Cunoștințele populației privind combaterea factorilor de risc al BCV este nesatisfăcător, iar acțiunile, programele, recomandările internaționale și politicile de sănătate necesare pentru depistarea precoce și prevenția oportună a BCV - nu sunt valorificate la nivelul potrivit. Drept urmare, este înregistrată o rată înaltă a complicațiilor vasculare și evenimentelor ischemice cardiace, care ar fi putut fi diminuată prin identificarea persoanelor cu risc mare și aplicarea măsurilor de prevenție [28].

Incidența diabetului zaharat în Republica Moldova este mai redusă în comparație cu țările dezvoltate din Europa, însă rata dizabilității și mortalității este mai înaltă. Acest fapt demonstrează că acțiunile de depistare precoce și de tratament sunt mai puțin eficiente sau sunt sub cota așteptată.

La nivel de asistență medicală primară, centrele medicilor de familie sunt dotate suficient cu dispozitive medicale necesare pentru screening, iar

educația pentru sănătate este realizată în cadrul Școlilor pentru pacienți (de exemplu, Școala diabetului zaharat, Școala pacientului hipertensiv etc.) [4,27].

Cadrul juridic și de politici național și internațional

În ultimul deceniu, autoritățile responsabile de sănătate au înregistrat progrese semnificative în stabilirea unui cadru juridic și de politici, amplu și bine dezvoltat, relevant pentru controlul BNT. Sub dirijarea MSMPS și cu sprijinul partenerilor de dezvoltare, au fost inițiate, elaborate și aprobate o serie de politici (legi, strategii și programe naționale), unele dintre ele fiind deja în stadiul de implementare.

În continuare este prezentată o trecere în revistă a principalelor legi, strategii naționale și programe relevante pentru BNT și sănătatea publică.

Două legi principale referitoare la BNT:

- Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice (2009)
- Legea privind controlul tutunului (2015).

Principalele strategii naționale:

- Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova pentru 2007-2021
- Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017
- Strategia Națională de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012-2020
- Strategia Națională de Sănătate Publică pentru anii 2014-2020.

Programele naționale privind BNT și factorii de risc:

- Programul Național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016
- Programul Național privind controlul alcoolului pentru anii 2012-2016

- Programul Național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat pentru anii 2011-2015
- Programul Național de reducere a afecțiunilor determinate de deficiența de fier și acid folic 2012-2017
- Programul Național de eradicare a tulburărilor prin deficit de iod 2012-2016
- Programul Național privind sănătatea mentală pentru anii 2012-2016
- Programul Național în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014-2020
- Programul Național de prevenire și control al bolilor cardiovasculare pentru anii 2014-2020.

Capitolul I.

Controlul bolilor netransmisibile la nivelul asistenței medicale primare

Povara bolilor netransmisibile subminează dezvoltarea socială și economică în Republica Moldova și, din acest motiv, reprezintă o prioritate urgentă pentru sănătatea publică. Reforma sistemului de sănătate pentru consolidarea prestării și calității asistenței medicale primare a devenit o prioritate, atunci când asistența medicală spitalicească a fost reorientată spre asistența medicală primară (AMP). Aceasta se bazează pe modelul de medicină de familie descentralizată, finanțată din sistemul de asigurări medicale obligatorii.

Astfel, *medicina de familie* a devenit cea mai importantă verigă în ocrotirea sănătății populației țării, fiind implicată tot mai activ în realizarea acțiunilor de sănătate publică: profilaxia maladiilor transmisibile și netransmisibile, protecția sănătății, promovarea sănătății, pregătirea răspunsului și participarea la minimizarea urmărilor urgențelor de sănătate publică etc. Din momentul instituirii Asistenței Medicale Primare (AMP) în Republica Moldova, în majoritatea actelor normative naționale, ordine, Hotărâri de Colegiu ale Ministerului Sănătății, recomandări, standarde etc., în sarcina AMP au fost puse, alături de funcțiile de bază de diagnostic și tratament, o multitudine de sarcini din domeniul protecției sănătății, profilaxiei maladiilor transmisibile și netransmisibile, promovării sănătății, pregătirii răspunsului și participării la minimizarea urmărilor urgențelor de sănătate publică etc. Împreună cu actele normative naționale, un șir de politici, strategii și recomandări ale documentelor internaționale și europene stabilesc, de asemenea, măsuri și activități noi pentru AMP [9,11,12,26].

În sistemul de sănătate al Republicii Moldova, începând cu anul 2005, cu scopul de a motiva personalul care activează în domeniul AMP (medici de familie și asistenți medicali) prin stimulare financiară (bonificație), au fost aplicați un șir de indicatori de performanță, aceștia fiind modificați pe parcurs, astfel încât să poată oferi un impact important al activității personalului din medicina primară asupra sănătății publice.

Astfel, în anul 2016 au fost stabilite următoarele criterii și norme de evaluare a rezultatelor performanțelor profesionale de calitate a muncii și de salarizare a personalului medical în serviciul de asistență medicală primară, în baza „Regulamentului privind modul de evaluare a indicatorilor de performanță profesională de calitate a muncii personalului medical”, aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1015/674 A din 29.12.2015 [24,34].

Ca temei pentru achitarea bonificației pentru performanță AMP, se stabilește îndeplinirea următorilor indicatori:

Indicator I.

Prevenirea, depistarea precoce și supravegherea maladiilor netransmisibile

1. Maladiile cardiovasculare

a) Numărul persoanelor cu hipertensiune arterială care se află la evidentă și beneficiază de tratament antihipertensiv, conform protocolului clinic național sub supravegherea medicului de familie.

b) Numărul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 40 și 65 de ani, fără complicații cardiovasculare (infarct miocardic, ACV) cărora li s-a apreciat indicele SCORE.

SCORE (*Evaluarea Sistematică a Riscului Coronarian*) este rezultatul analizei unui volum mare de date provenite din studii prospective europene și are valoare predictivă privind mortalitatea de cauză cardiovasculară pe o perioadă de 10 ani. Această estimare a riscului este bazată pe următorii factori de risc: vârstă, sex, fumat, tensiune arterială, colesterol total. Limita de la care se consideră riscul de eveniment cardiovascular fatal ca fiind crescut este definită ca fiind „mai mare de 5%”. Această metodă poate fi folosită și pentru a determina riscul absolut, riscul relativ, precum și evoluția ulterioară.

c) Numărul persoanelor primar depistate cu hipertensiune arterială instruite, conform programului „Școala pacientului hipertensiv”.

2. Diabetul zaharat

a) Numărul persoanelor peste 40 de ani și din grupul de risc, investigate la glicemie.

b) Numărul persoanelor cu diabet zaharat care se află la evidență și beneficiază de tratament, conform protocolului clinic național sub supravegherea medicului de familie în trimestrul de raportare.

c) Numărul persoanelor primar depistate cu diabet zaharat instruite conform programului „Școala pacientului cu diabet zaharat”.

Pentru anul 2017, prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1076/720A din 30.12.2016 „**Privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2017**”, bonificația pentru performanță a asistenței medicale primare prevede următorii indicatori:

I. Prevenirea, depistarea precoce și supravegherea bolilor cardiovasculare

1. Evaluarea riscului cardiovascular cu instrumentul SCORE

Indicatorul 1. Rata persoanelor cu vârsta cuprinsă între 40 și 65 de ani, fără complicații cardiovasculare (infarct miocardic, AVC), la care a fost aplicat indicele SCORE.

Ținta anuală constituie 70% din 1/5 din numărul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 40 și 65 de ani din listă, fără complicații cardiovasculare (infarct miocardic, AVC). Valoarea realizării indicatorului constituie 32 de puncte pentru ținta anuală.

Sub-ținta anuală constituie 55% din 1/5 din numărul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 40 și 65 de ani din listă, fără complicații cardiovasculare (infarct miocardic, AVC). Valoarea realizării indicatorului constituie 24 de puncte pentru sub-ținta anuală.

Ținta trimestrială constituie 17,5% din 1/5 din numărul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 40 și 65 de ani din lista de capitație, fără complicații cardiovasculare (infarct miocardic, AVC). Valoarea realizării indicatorului constituie 8 puncte pentru ținta trimestrială.

Sub-ținta trimestrială constituie 13,75% din 1/5 din numărul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 40 și 65 de ani din lista de capitație, fără complicații cardiovasculare (infarct miocardic, AVC). Valoarea realizării indicatorului constituie 6 puncte pentru sub-ținta trimestrială.

Neîndeplinirea sub-țintei anuale atrage plată doar pentru trimestrele în care sub-ținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage plata sub-țintei anuale realizate sau plata doar pentru trimestrele în care sub-ținta / ținta a fost realizată.

2. Educația persoanelor cu risc de boală cardiovasculară și a celor cu hipertensiune Arterială (HTA)

Indicatorul 2. Rata pacienților cu risc identificat conform indicelui SCORE și a pacienților cu HTA, instruiți prin programul „Școala pacientului cardiovascular”.

Ținta anuală constituie 50% din numărul pacienților cu risc identificat conform indicelui SCORE și a pacienților cu HTA din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 28 de puncte pentru ținta anuală.

Sub-ținta anuală constituie 35% din numărul pacienților cu risc identificat conform indicelui SCORE și a pacienților cu HTA din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 de puncte pentru sub-ținta anuală.

Ținta trimestrială constituie 12,5% din numărul pacienților cu risc identificat conform indicelui SCORE și a pacienților cu HTA din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 7 puncte pentru ținta trimestrială.

Sub-ținta trimestrială constituie 8,75% din numărul pacienților cu risc identificat conform indicelui SCORE și a pacienților cu HTA din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte pentru sub-ținta trimestrială.

Neîndeplinirea sub-țintei anuale atrage plata doar pentru trimestrele în care sub-ținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage fie plata sub-țintei, fie plata doar pentru trimestrele în care sub-ținta/ținta a fost realizată.

3. Tratamentul persoanelor cu hipertensiune arterială (HTA)

Indicatorul 3. Rata pacienților cu HTA aflați în evidență și care beneficiază de tratament antihipertensiv în conformitate cu protocolul clinic național.

Ținta anuală constituie 45% din numărul total de pacienți cu HTA din

lista de capitație care beneficiază de tratament conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 108 puncte pentru ținta anuală.

Sub-ținta anuală reprezintă 30% din numărul total de pacienți cu HTA din lista de capitație care beneficiază de tratament conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 70 de puncte pentru sub-ținta anuală.

Ținta trimestrială constituie 11,5% din numărul total de pacienți cu HTA din lista de capitație care beneficiază de tratament conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 27 de puncte pentru ținta trimestrială.

Sub-ținta trimestrială constituie 7,5% din numărul total de pacienți cu HTA din lista de capitație care beneficiază de tratament conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 18 puncte pentru sub-ținta trimestrială.

Neîndeplinirea sub-țintei trimestriale constituie 0 puncte. Neîndeplinirea sub-țintei anuale atrage plata doar pentru trimestrele în care sub-ținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage fie plata sub-țintei, fie plata doar pentru trimestrele în care sub-ținta/ținta fost realizată.

4. Scăderea riscului de accident vascular cerebral

Indicatorul 4. Rata pacienților cu fibrilație atrială la risc de AVC anticoagulați conform instrumentului de screening.

Ținta anuală reprezintă 30% din pacienții cu fibrilație atrială la risc de AVC din lista de capitație tratați cu medicație anticoagulantă conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 8 puncte pentru ținta anuală.

Sub-ținta anuală constituie 20% din pacienții cu fibrilație atrială cu risc de AVC din lista de capitație tratați cu medicație anticoagulantă conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru sub-ținta anuală.

Ținta trimestrială reprezintă 7,5% din pacienții cu fibrilație atrială cu risc de AVC din lista de capitație tratați cu medicație anticoagulantă conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 2 puncte pentru ținta trimestrială.

Sub-ținta trimestrială constituie 5% din pacienții cu fibrilație atrială cu risc de AVC din lista de capitație tratați cu medicație anticoagulantă conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 1 punct pentru sub-ținta trimestrială.

Neîndeplinirea sub-țintei trimestriale constituie 0 puncte.

Neîndeplinirea sub-țintei anuale atrage plata doar pentru trimestrele în care sub-ținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage fie plata sub-țintei, fie plata doar pentru trimestrele în care sub-ținta / ținta a fost realizată.

5. Controlul tensiunii arteriale la pacientul hipertensiv

Indicatorul 5. Rata pacienților cu HTA aflați în evidență și tratament antihipertensiv care au valori ale TA menținute < 140/190 mm Hg.

Ținta anuală reprezintă 40% din pacienții cu HTA aflați în evidență și cu tratament antihipertensiv din lista de capitație care au valori ale TA sub 140/90 pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 144 de puncte pentru ținta anuală.

Sub-ținta anuală constituie 25% din pacienții cu HTA aflați în evidență și cu tratament antihipertensiv din lista de capitație care au valori ale TA sub 140/90 pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 88 de puncte pentru sub-ținta anuală.

Ținta trimestrială reprezintă 40% din pacienții cu HTA aflați în evidență și cu tratament antihipertensiv din lista de capitație care au valori ale TA sub 140/90 pe parcursul trimestrului. Valoarea realizării indicatorului constituie 36 puncte pentru ținta trimestrială.

Sub-ținta trimestrială constituie 25% din pacienții cu HTA aflați în evidență și cu tratament antihipertensiv din lista de capitație care au valori ale TA sub 140/90 pe parcursul trimestrului. Valoarea realizării indicatorului constituie 22 puncte pentru sub-ținta trimestrială.

Neîndeplinirea sub-țintei trimestriale constituie 0 puncte.

Neîndeplinirea sub-țintei anuale atrage plata doar pentru trimestrele în care sub-ținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage fie plata sub-țintei, fie plata doar pentru trimestrele în care sub-ținta / ținta a fost realizată.

6. Reducerea morbidității și mortalității evitabile prin complicațiile bolilor cardiovasculare

Indicatorul 6. Rata evitării complicațiilor cardiovasculare (IMA (infarct miocardic acut)/AVC (accident vascular cerebral) la persoane identificate cu risc înalt și foarte înalt conform indicelui SCORE și pacienți cu QIC (cardiopatie ischemică cronică), HTA, FIA (fibrilație atrială).

Modalitate de calcul a țintei anuale

Suma [Rata IMA+AVC (boli și decese) la persoane de vârstă 40-75 de ani la 1000 locuitori*%

din total populație cu vârstă între 40 și 75 de ani din anul anterior / [Rata IMA+AVC (boli și decese) 40-75 de ani la 1000 loc * % din totalul populației cu vârstă între 40 și 75 de ani din anul curent].

Numărul de puncte acordate se stabilește la finele anului.

II. Prevenirea, depistarea precoce și supravegherea diabetului zaharat

1. Rata adulților la care a fost evaluat riscul de diabet zaharat, tip 2 (DZ) cu instrumentul standardizat de calcul al riscului

Indicatorul 1. Rata persoanelor depistate activ cu diabet zaharat tip 2 prin folosirea unui instrument standardizat de calcul al riscului.

Ținta anuală reprezintă 70% din 1/5 din numărul persoanelor cu vârstă ≥ 40 de ani din lista de capitație, evaluate pentru riscul de DZ. Valoarea realizării indicatorului constituie 72 de puncte pentru ținta anuală.

Sub-ținta anuală constituie 55% din 1/5 din numărul persoanelor cu vârstă >40 de ani din lista de capitație, evaluate pentru riscul de DZ. Valoarea realizării indicatorului constituie 56 de puncte pentru sub-ținta anuală.

Ținta trimestrială reprezintă 17,5% din 1/5 din numărul persoanelor cu vârstă >40 de ani din lista de capitație, evaluate pentru riscul de DZ. Valoarea realizării indicatorului constituie 18 puncte pentru ținta trimestrială.

Sub-ținta trimestrială constituie 13,75% din 1/5 din numărul persoanelor cu vârstă >40 de ani din lista de capitație, evaluate pentru riscul de DZ.

Valoarea realizării indicatorului constituie 14 puncte pentru sub-ținta trimestrială.

Neîndeplinirea sub-țintei trimestriale constituie 0 puncte. Neîndeplinirea sub-țintei anuale atrage plata doar pentru trimestrele în care sub-ținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage fie plata sub-țintei, fie plata doar pentru trimestrele în care sub-ținta/ținta a fost realizată.

2. Educația persoanelor cu diabet zaharat și la risc înalt de diabet zaharat (DZ)

Indicatorul 2. Rata pacienților cu DZ și a persoanelor cu risc înalt (>15) de a dezvolta DZ tip 2 instruite prin programul „Școala pacientului diabetic” și a persoanelor cu risc de diabet.

Ținta anuală reprezintă 50% din persoanele cu risc identificate anual + numărul pacienți cu DZ + pacienți cu risc înalt de a dezvolta DZ tip 2 din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 12 puncte pentru ținta anuală.

Sub-ținta anuală constituie 40% din persoanele cu risc identificate anual + numărul de pacienți cu DZ + pacienții cu risc înalt de a dezvolta DZ tip 2 din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 8 puncte pentru sub-ținta anuală.

Ținta trimestrială reprezintă 12,5% din persoanele cu risc identificate anual * numărul pacienți cu DZ + pacienții cu risc înalt de a dezvolta DZ tip 2 din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte pentru ținta trimestrială.

Sub-ținta trimestrială constituie 10% din persoanele cu risc identificate anual * numărul de pacienți cu DZ + pacienții cu risc înalt de a dezvolta DZ tip 2 din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 2 puncte pentru sub-ținta trimestrială.

Neîndeplinirea sub-țintei trimestriale constituie 0 puncte. Neîndeplinirea sub-țintei anuale atrage plata doar pentru trimestrele în care sub-ținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage fie plata sub-țintei, fie plata doar pentru trimestrele în care sub-ținta / ținta a fost realizată.

3. Supravegherea pacientului cu DZ

Indicatorul 3. Rata pacienților cu DZ aflați în evidență HbA1C menținute $\leq 6-7\%$.

Ținta anuală reprezintă 40% din pacienții cu DZ din lista de capitație cu valori ale hemoglobinei glicozilate menținute între 6 și 7%. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 de puncte pentru ținta anuală.

Sub-ținta anuală constituie 25% din pacienții cu DZ din lista de capitație cu valori ale hemoglobinei glicozilate menținute între 6 și 7%. Valoarea realizării indicatorului constituie 15 puncte pentru sub-ținta anuală.

Ținta semestrială reprezintă 40% din pacienții cu DZ din lista de capitație cu valori ale hemoglobinei glicozilate menținute între 6 și 7%. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte pentru ținta semestrială.

Sub-ținta semestrială constituie 25% din pacienții cu DZ din lista de capitație cu valori ale hemoglobinei glicozilate menținute între 6 și 7%. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte pentru sub-ținta semestrială.

Neîndeplinirea sub-țintei semestriale constituie 0 puncte. Neîndeplinirea sub-țintei anuale atrage plata doar pentru semestrul în care sub-ținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage fie plata sub-țintei, fie plata doar pentru semestrele în care sub-ținta / ținta a fost realizată.

4. Reducerea morbidității evitabile prin complicațiile diabetului zaharat

Indicatorul 4. Rata evitării complicațiilor specifice la pacienții cu DZ.

Modalitate de calcul a țintei anuale

Suma [Rata complicațiilor DZ (amputații) adulți la 1000 loc * % din totalul populației adulte din anul anterior / [Rata complicațiilor DZ (amputații) adulți la 1000 locuitori * % din totalul populației adulte din anul curent].

Numărul de puncte acordate se stabilește la finele anului.

Asistența medicală comunitară cuprinde ansamblul de activități și servicii de sănătate organizate la nivelul comunității pentru soluționarea problemelor medico-sociale ale cetățenilor, centrate pe nevoile individuale ale omului sănătos și omului bolnav, în vederea menținerii acestuia în

propriul mediu de viață. Asistența medicală comunitară este acordată într-un sistem integrat cu serviciile sociale. Unul dintre obiectivele generale ale asistenței medicale comunitare este educația comunității pentru sănătate. Astfel, Asistenței medicale primare îi revine sarcina de consolidare a eforturilor actorilor comunitari pentru a oferi servicii preventive mai eficiente pentru persoanele asigurate și neasigurate din comunitățile-țintă.

La nivel de comunitate fiecare program trebuie să consolideze capacitățile asistenților sociali comunitari din cadrul administrației publice locale și ale asistenților medicali din Asistența Medicală Primară, oferindu-le noi cunoștințe și abilități în managementul maladiilor netransmisibile. Asistentul medical comunitar va activa în comunitatea din care face parte, deoarece împărtășește aceleași caracteristici culturale, economice, lingvistice ș.a. Acești asistenți pot servi ca un liant vital între serviciile de sănătate și comunitate, datorită cunoștințelor unice, competenței culturale, și relațiilor apropiate cu comunitatea [40].

Cercetătorul Norris și colaboratorii săi au identificat cinci roluri principale ale asistentului medical comunitar, și anume:

- Îngrijirea pacientului
- Educație
- Referire la alți specialiști pentru acordarea asistenței necesare
- Coordonare de îngrijire
- Suport social

Modelul comunitar de prevenire a BNT cuprinde acțiuni ce trebuie întreprinse de către partenerii comunitari de care va beneficia un număr mare de populație. Modelul pune un accent major pe promovarea sănătății și prevenirea maladiilor netransmisibile (diabetul zaharat și maladiile cardiovasculare); depistarea precoce, diagnosticul, oferirea suportului în tratamentul pacienților prin implicarea activă a comunității. O analiză a literaturii de specialitate relevă că implicarea activă a asistenților medicali comunitari s-a dovedit a fi o strategie promițătoare pentru îmbunătățirea situației în domeniul maladiilor netransmisibile, în special în rândul populației cu venituri mici, deoarece aceștia abordează factorii de risc nu numai la nivel individual, dar și la nivel de comunitate.

Există un număr tot mai mare de dovezi care susțin rolul asistentului medical comunitar în îngrijiri ale maladiilor netransmisibile, bazat pe strategii de ameliorare a evoluției acestor maladii prin auto-gestionare și modificarea stilului de viață. Măsurile legate de stilul de viață sunt:

- renunțarea la fumat
- reducerea greutateii
- reducerea consumului excesiv de alcool
- exercițiul fizic
- diminuarea aportului de sare
- creșterea aportului de fructe și legume și scăderea aportului de grăsimi saturate și totale

Capitolul II

Algoritmul de intervenții ale ONG-urilor în maladiile netransmisibile (bolile cardiovasculare și diabetul zaharat)

Organizațiile non-guvernamentale au ca sarcină realizarea unor intervenții de abilitare a comunității în domeniul sănătății publice în scopul consolidării asistenței comunitare. În mod specific, ONG-urile au ca scop creșterea capacității educaționale a populației din comunitate pentru a oferi, în colaborare cu profesioniștii din domeniul sănătății și asistenței sociale, servicii de informare, educație și comunicare privind schimbarea de comportament. Iar această asistență va promova și va consolida comportamente sănătoase și un stil de viață sănătos.

În acest scop, reprezentanții organizațiilor non-guvernamentale implicați în programe de sănătate la nivel de comunitate au nevoie de algoritmi care vor oferi scheme de acțiuni clare pentru identificarea factorilor de risc individuali, definirea modelului de intervenții preventive și de evaluarea situației. Modelul propus de intervenție comunitară în controlul BNT include patru secțiuni care sunt orientate spre asigurarea unui control mai bun al BNT și va contribui la atingerea indicatorilor de performanță în AMP cu suportul actorilor comunitari ne-medicali și, în final, la ameliorarea sănătății în comunitate:

1. Prima secțiune este dedicată promovării unui stil de viață sănătos la nivel de comunitate.
2. Cea de a doua secțiune se referă la prevenirea factorilor de risc comportamentali.
3. Cea de-a treia secțiune vizează prevenirea și controlul DZ.
4. Iar cea de-a patra secțiune se axează pe prevenirea și controlul BCV.

Personalul ONG-urilor va beneficia de instruire specială privind aplicarea Modelului prezentat în acest ghid și privind realizarea unor

proceduri simple, cum ar fi:

- abilități practice de a măsura greutatea corporală și înălțimea
- aprecierea indicelui de masă corporală
- măsurarea tensiunii arteriale
- măsurarea nivelului glucozei în sânge
- completarea chestionarului adaptat pentru personal nemedical

Astfel reprezentanții ONG-urilor și asistenții sociali comunitari vor obține abilități necesare pentru a-și îndeplini misiunea de identificare și referire a persoanelor cu semne sugestive sau factori de risc BNT către asistența medicală primară.

În scopul abilitării persoanelor implicate, vor fi organizate instruirii cu diferite tematici, axate pe tehnici de formare a unui mod de viață sănătos și algoritmul de intervenții, precum urmează:

1. Prevenire a factorilor de risc comportamentali
2. Fumatul
3. Consumul de alcool în cantități periculoase
4. Alimentația nerațională
5. Hipercolesterolemia
6. Excesul de greutate
7. Activitatea fizică scăzută
8. Intervenții în hipertensiune arterială
9. Intervenții în diabet zaharat

Personalul ONG-urilor va realiza următoarele intervenții în comunitate:

1. Informarea populației despre bolile cardiovasculare și diabetul zaharat, prevenirea factorilor de risc comportamentali și promovarea modului de viață sănătos:
 - renunțarea la fumat
 - reducerea greutateii
 - reducerea consumului excesiv de alcool
 - promovarea exercițiilor fizice și sportului

- reducerea aportului de sare
 - creșterea aportului de fructe și legume și scăderea aportului de grăsimi saturate și totale.
2. În urma semnării consimțământului de către pacient pentru acordarea serviciilor, personalul ONG-ului va efectua vizite la domiciliu (în teren) în grupurile de populație cu risc sporit de îmbolnăvire pentru asigurarea diagnosticării bolilor cardiovasculare și diabetul zaharat prin:
- efectuarea chestionării privind depistarea factorilor de risc / maladiilor netransmisibile
 - efectuarea screening-ului la diabetul zaharat
 - efectuarea screening-ului la bolile cardiovasculare (măsurarea tensiunii arteriale și masei corporale).
3. Referirea / însoțirea persoanelor cu suspexții constatate în urma screening-ului la boli cardiovasculare / diabet zaharat către serviciile medicale (asistența medicală primară).
4. Informarea și consilierea persoanelor cu boli cardiovasculare și diabet zaharat, a membrilor familiilor acestora privind specificul bolii, tratamentul, monitorizarea și prevenirea apariției complicațiilor.
5. Referirea și însoțirea pacienților la serviciile existente de asistență socială.
6. Activități de mobilizare socială și de sporire a capacităților factorilor de decizie și partenerilor comunitari în sprijinul persoanelor bolnave cu maladii cardiovasculare și diabet zaharat (autoritățile locale, donatori la nivel național și internațional).

Capitolul III

Tehnici de formare unui mod de viață sănătos la nivelul comunității

Tehnicile de formare a unui mod de viață sănătos la nivelul comunității includ:

1. Tehnici de evaluare a stilului de viață pentru a identifica factorii de risc comportamentali și identificarea grupurilor cu risc ridicat:

- 1) Chestionare
- 2) Vizite în teren
- 3) Identificarea persoanelor din grupuri cu risc ridicat

2. Tehnici de informare a populației la nivel populațional, de grup și individual:

La nivel populațional:

- 1) Implicarea comunității în acțiuni pe scară largă (*Decade, Lunare și Zile internaționale de prevenire și control a maladiilor și a factorilor de risc*)
- 2) Colaborarea cu mass-media
- 3) Distribuirea de informații și materiale educaționale

La nivel individual și de grup:

- 1) Discuție
- 2) Sesiuni de informare / instruire
- 3) Distribuirea de informații și materiale educaționale
- 4) Furnizarea mesajelor scurte (internet, telefon)

3. Tehnicile de formare a abilităților modului de viață sănătos și de prevenire a bolilor la nivel individual și de grup includ următoarele:

La nivel individual:

Consiliere preventivă

La nivel de grup:

Organizarea școlilor de sănătate pentru pacienți și persoane care se confruntă cu factori de risc

Tehnici de formare a unui mod de viață sănătos:

Chestionare (sondaj, conversație, interviu). Aplicarea chestionarelor este o metodă potrivită de a afla obiceiurile, comportamentele, condițiile de formare a comportamentului, în scopul de a identifica abordări individuale pentru a lucra cu pacientul. Durata conversației: aproximativ trei minute.

Vizita (vizită în teren) - colectarea de informații obiective pentru a evalua modul de viață al pacientului și mediul de rezidență.

Sesiune de informare / instruire. Intervențiile educaționale privind cunoștințele legate de boală pot ajuta pacienții să înțeleagă mai bine problemele lor de sănătate și terapie. Acestea aduc schimbări benefice în comportamentul de sănătate, aderența la tratamentul regulat și îmbunătățirea sănătății. Strategia interactivă de educație pentru sănătate la nivel de comunitate s-a dovedit a fi eficientă în ameliorarea rezultatelor clinice la pacienții hipertensivi.

Sesiunile de informare / instruire sunt utilizate în cadrul grupurilor / colectivelor organizate în timpul examinărilor medicale profilactice sau cu alte ocazii. Este important să se țină cont de faptul că în timpul unei sesiuni de informare se asimilează doar 5% din informație. Prin urmare, în sesiuni trebuie utilizate și alte metode (discuții, mijloace audio și video, activități de grup). Durata sesiunii nu trebuie să depășească 20 de minute, iar numărul optim de participanți este de 20-40 de persoane.

Consiliere (consultare) individuală și de grup – o discuție dintre asistentul comunitar, personalul medical și pacienți / pacient privind problemele existente, încheiată cu elaborarea unor recomandări concrete de îmbunătățire a situației. Durata consilierii nu trebuie să depășească 10 minute.

Informații și materiale educaționale. Acest instrument include broșuri, memo-uri etc. ce conțin informații despre un stil de viață sănătos și despre prevenirea bolilor.

Colaborarea cu mass-media (televiziune, radio, presă tipărită) aduce o audiență largă și este utilizată ca instrument de promovare a unui mod de viață sănătos.

Școala de sănătate pentru persoanele cu factori de risc și pacienți reprezintă o formă de organizare a instruirii pentru populația-țintă cu privire la aspectele prioritare pentru grup în scopul consolidării și menținerii sănătății. Școlile de sănătate pentru diferite grupuri-țintă (pacienții și familiile lor, persoanele cu factori de risc etc.) sunt desfășurate în formatul unei comunicări interactive permanente, cum ar fi „Cluburi coronariene”, „Școala pacienților cu diabet zaharat”, „Școală pacienților hipertensivi” și altele. Școlile de sănătate aplică programe uniforme de instruire pentru formatori și audienți și pun la dispoziție participanților materialele informative respective. Frecvența lecțiilor în școli este o dată pe săptămână, timp de 50-100 de minute, iar durata ciclului de instruire e de 1-2 luni. Numărul optim de audienți în grup constituie 10 persoane.

Pentru instruire sunt utilizate cu succes metodele interactive și on-line.

Activitățile de grup oferă pacienților încredere că ei nu sunt izolați și nu rămân singuri față în față cu problemele lor, ci îi ajută pe toți să devină mai încrezători în abilitățile lor. În același timp, audienții pot face schimb de idei și informații, ceea ce va oferi o bază bună pentru a le oferi competențe adecvate de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor.

Atelierul de formare / instruire este o formă activă de asimilare a cunoștințelor și a unor deprinderi individuale. Atelierul conține mai multe exerciții consecutive, folosind diferite metode de predare în grup. Durata recomandată a instruirii este de 20 de minute.

Discuții de grup. Această metodă le permite participanților să discute atitudinea lor față de problemă, opiniile și ideile lor care au apărut în procesul de studiere a informației. Iar discuțiile sunt și o modalitate potrivită pentru ca cei implicați să afle atitudinea celorlalți față de o problemă de sănătate.

Învățare prin acțiune și explorare. Metoda implică utilizarea de jocuri de rol, simulare de situații, cursuri practice, de exemplu, activități în care participantul se confruntă cu procesul de schimbare a obiectului ca urmare a unui fenomen.

Capitolul IV

Prevenirea factorilor de risc comportamentali

Stilul de viață sau comportamentul specific al oamenilor poate reprezenta uneori un important factor de risc pentru sănătate și constituie cauza unor frecvente dezechilibre fizice și psihice. Dintr-o anumită perspectivă, stilurile de viață par să depindă mai degrabă de factori de mediu și sociali decât de cei individuali, pe când comportamentul individual depinde nemijlocit de personalitatea, educația, starea socială, vârsta, credința etc. ale celui care adoptă și dezvoltă acest stil. Astfel anumite obiceiuri, practici sau ocupații cotidiene însușite și perpetuate de o persoană pot dobândi valențe negative, transformându-se în pericole ce-i amenință integritatea fizică și psihică.

Fumatul, consumul de alcool și sedentarismul reprezintă cele mai periculoase „deprinderi” umane care amenință nu doar sănătatea persoanei care le practică, ci și prosperitatea comunității din care aceasta face parte, deoarece ele solicită costuri sociale ridicate, devenind o povară greu de suportat pentru toți cei din jur [1,2,5,8,28].

1. Modelul de prevenire a factorilor de risc comportamentali

Prevenirea factorilor de risc comportamentali include patru etape:

- a. Evaluarea riscului individual, prin chestionarea persoanei – durata de 10 minute (*Anexa nr. 6*).
- b. Discuție, care include măsuri de schimbare a comportamentului persoanei pentru reducerea factorilor de risc comportamentali, promovarea comportamentului în absența factorilor de risc comportamentali. Durată – până la trei minute.
- c. Consilierea preventivă – include recomandări detaliate pentru schimbări de comportament ale persoanei (în vederea reducerii riscurilor) cu recomandarea unui program individual. Durata de 5-10 minute.

- d. Educație pentru sănătate („Școala sănătății”), realizată în comun cu specialiștii și profesioniștii din centrele medicilor de familie.

La finalul intervenției se stabilește o dată calendaristică pentru următoarea vizită pentru a monitoriza și a evalua eficiența intervenției.

Programul de intervenție preventivă constă din trei cicluri de interferență cu un interval între primul și al doilea ciclu – două luni, iar între al doilea și al treilea – patru luni (cu completarea *Registrului de evidență a beneficiarilor*).

În absența unor factori de risc pentru bolile cronice este recomandată prezența la ciclul următor după primul recomandat peste un an.

În cazul în care, după un rezultat nesatisfăcător al programului (factorul de disponibilitate, lipsa de motivație și abilități), recomandăm următoarea vizită în 3-4 luni.

Dacă există motivație, se recomandă o vizită la centrul medicilor de familie pentru a beneficia de consiliere și consultație mai aprofundate.

Consultarea preventivă obligatoriu este însoțită de oferirea unor informații și materiale educaționale.

2. Fumatul se referă la dependența de tutun și consumul tutunului.

Fumatul, definit ca un consum cronic de tutun (tabagism cronic, dependență tabagică sau dependență nicotinică), este o boală și nu un obicei. Mai mult, tabagismul cronic, prin dependența cauzată de nicotină (substanță prezentă în orice produs de tutun), reprezintă o condiție patologică cronică, cu caracter recidivant, care solicită intervenții medicale susținute, repetate, precum și urmărire periodică până la vindecare. Vindecarea este definită ca abținerea tabagică pe o perioadă de minimum trei luni.

Fumatul dublează riscul cardiovascular al persoanei, în timp ce renunțarea la fumat are efecte benefice imediate și pe termen lung asupra sănătății fumătorului. La un an de la stoparea fumatului, riscul de mortalitate cardiovasculară scade la jumătate, iar după 15 ani riscul este similar cu cel al persoanelor care nu au fumat niciodată.

Recomandările tuturor ghidurilor de prevenție susțin faptul că fiecărui pacient trebuie să-i fie consemnat statutul de fumător și să-i fie oferit, la fiecare consultație, recomandarea minimă de renunțare la fumat [10,11,13,32,39,42].

Prevenirea fumatului include:

1. Aprecierea statutului de fumător de către asistenții comunitari și angajații ONG-ului. Recomandăm, de asemenea, identificarea și înregistrarea statutului de fumător, ca o etichetare sumară, simplă și operativă a pacientului:

- a. Fumător: persoană care fumează de cel puțin trei luni.
- b. Nefumător: persoană care nu a fumat mai mult de 100 de țigări în cursul vieții (100 de țigări sunt echivalentul a 100 grame de tutun, în cazul pipei și al unor produse de tutun, altele decât țigara).
- c. Fost fumător: persoană care nu mai fumează de cel puțin trei luni.

2. Determinarea riscului individual – consumul de tutun și evaluarea nivelului de dependență de tutun și abilități pentru renunțarea la fumat:

- a. Istoricul de fumător
- b. Numărul de țigări fumate pe zi
- c. Timpul de fumat al primei țigărari de dimineață după trezire
- d. Experiența renunțării.

Măsuri de renunțare la fumat:

1. Consiliere (discuție) pentru renunțarea la fumat.
2. Recomandare oferită de personalul ONG-ului.
3. Referire la servicii specializate de renunțare la fumat (asigurată de medici narcologi, psihoterapeuți).
4. Sesiuni de grup privind renunțarea la fumat („Școala de sănătate”).

3. Consumul de alcool în cantități periculoase (cu excepția dependenței de alcool)

O băutură sau o porție de alcool constituie:

- 18 ml alcool pur (cantitate absolută)
- 360 ml bere 5% (aproximativ o doză mică) sau
- 150 ml vin 12% (aproximativ un pahar cu vin umplute trei sferturi) sau
- 40 ml țarie 405 (aproximativ un (shot) păhărel mic)

Atenție: una dintre ele, nu toate la un loc!

Consumul de alcool se împarte în:

1. Consumul moderat = maximum 1 băutură pe zi pentru femei și maximum 2 pentru bărbați.
2. Consumul crescut = mai mult de 3 băuturi într-o zi sau 7 pe săptămână pentru femei și mai mult de 4 băuturi într-o zi sau 14 pe săptămână pentru bărbați.
3. Consumul peste limită = mai mult de 4 băuturi pentru femei sau 5 pentru bărbați în **decurs de 2 ore!**

Categoriile / situații în care consumul de alcool este interzis:

- a. Femeilor gravide.
- b. Persoanelor cu vârsta sub 18 ani.
- c. La volan

Evaluarea riscului individual prin determinarea cantității și frecvența consumului de alcool se efectuează conform chestionarului.

Dozele de consum de alcool pentru bărbații de 35-65 de ani – mai mult de 140 ml de alcool pe săptămână, iar și pentru femei, tineri și vârstnici – mai mult de 80 ml de alcool pe săptămână – **sunt periculoase** [15,19,28].

Acțiuni preventive

1. Discuții și sfaturi despre pericolele consumului de alcool și avantajele specifice ale renunțării la alcool pentru a reduce cantitatea consumată de alcool.

2. Consiliere cu privire la reducerea consumului de alcool în cantități periculoase.
3. Sesiuni de grup pentru a reduce consumul de alcool în cantități periculoase („Școala de sănătate”).
4. Referire la consultația medicului narcolog, psihoterapeut pentru persoanele cu dependență de alcool.

4. Alimentație nerațională – dieta și obiceiuri alimentare cu risc pentru sănătate

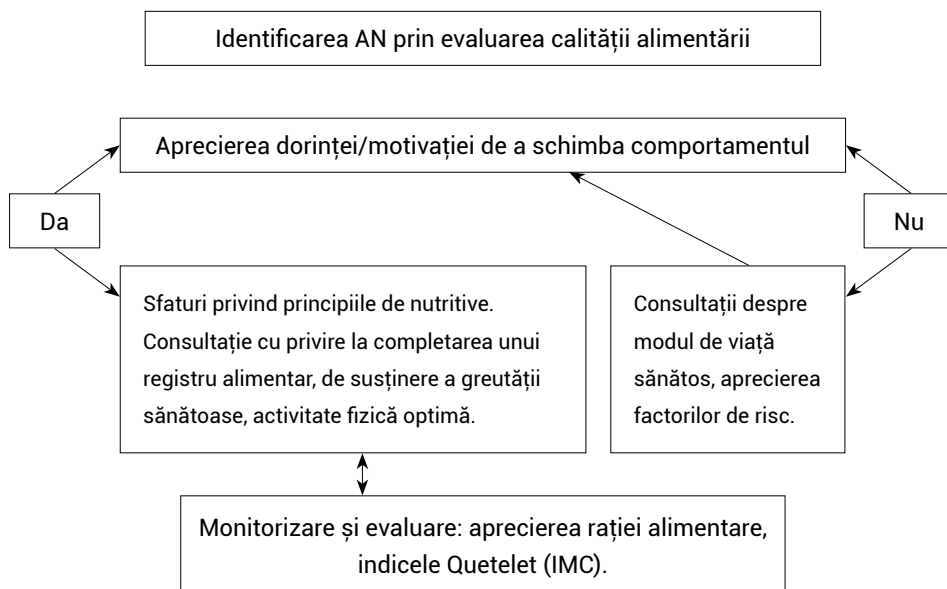
Evaluarea riscului individual

1. Cantitatea de fructe și legume în alimentație mai mică de 400 g (5 porții) pe zi (*Anexa 4*).
2. Consumul de alimente prăjite, cu adaos de grăsime mai mult de trei ori pe săptămână.
3. Folosirea grăsimii animale la prepararea bucatelor.
4. Folosirea sării.

Principiile de bază ale unui regim alimentar echilibrat

1. Consumul de fructe și legume ar trebui să fie de cel puțin 400 de grame pe zi.
2. Consumul redus de grăsimi. Înlocuirea:
 - Grăsimi saturate (animale) cu uleiuri vegetale nesaturate (de măsline, floarea soarelui, soia, bumbac).
 - Carnea grasă cu pește, carnea slabă de pasăre sau altă carne slabă. Reducerea consumului de șuncă, slănină și salamuri sau o eliminare completă a acestora.
3. Utilizarea de lapte și produse lactate cu un conținut redus de grăsimi (chefir, iaurt degresat, iaurt și brânză cu un conținut scăzut de grăsime).
4. Cantitatea de zahăr folosit nu este mai mare de 60 g pe zi.
5. Pentru a reduce riscul BCV, consumul de sare nu trebuie să depășească 4-6 g pe zi.
6. Se recomandă utilizarea făinii îmbogățite cu fier și acid folic.

Algoritm de intervenții pentru profilaxia alimentării neraționale (AN)



5. Hipercolesterolemia – dereglarea metabolismului lipoproteic și alte hiperlipidemii. Potrivit recomandărilor, colesterolul din sânge este considerat crescut dacă este mai mare de 5,2 mmol/l.

Grupurile de risc pentru hipercolesterolemie

1. Vârsta de peste 40 de ani, cu doi sau mai mulți factori de risc: fumatul, hipertensiunea arterială, obezitatea, diabetul zaharat, lipsa de activitate fizică.
2. Istoric familial (deces prematur al unui membru de familie sub vârsta de 50 de ani de boală cardiacă coronariană sau infarct miocardic).
3. Hipercolesterolemie familială (> 7,8 mmol / l).
4. Prezența xantomatelor [29,33,43].

Măsuri preventive

1. Dietă cu un conținut scăzut de grăsimi, bogată în fibre și vitamine.
2. Referire la medicul de familie pentru consultare privind reducerea factorilor de risc: fumat, hipertensiune arterială, obezitate, diabet zaharat, lipsă de activitate fizică.
3. Referire la medicul de familie pentru prescrierea tratamentului farmacologic.

6. Excesul de greutate: depuneri de grăsime localizate, obezitate, alte tipuri de exces de greutate și consecințele ei.

Indicele Quetelet (IMC) peste 25,0 kg/m², este un indicator al excesului de greutate (cu excepția femeilor însărcinate care alăptează și a sportivilor cu mușchi foarte dezvoltati).

Evaluarea riscului individual

Pentru depistarea supraponderalității și obezitității, este recomandată determinarea indicelui de masă corporală și a circumferinței abdominale a taliei.

- 1) Determinarea indicelui de masă corporală conform formulei:

Indicele Quetelet = greutatea în kg / (înălțimea în metri)²

- 2) Măsurarea circumferinței abdominale:

Circumferința abdominală a taliei este considerată ca factor de risc atunci când este de ≥ 102 cm (B), ≥ 88 cm (F), iar raportul circumferința taliei/circumferința șold – de la peste 0,8 la femei și 0,9 la bărbați.

Măsuri preventive

1. Dieta, sfaturi de nutriție hipocalorică.
2. Creșterea activității fizice.
3. Pacienții supraponderali și obezi trebuie informați în legătură cu faptul că riscul cardiovascular și riscul de diabet, precum și mortalitatea generală sporesc proporțional odată cu creșterea IMC.

Pacienții nou diagnosticați cu exces ponderal sau obezitate vor fi abordați în continuare, în cadrul managementului de caz al persoanelor cu RCV. În scopul prevenției BCV, conform OMS, persoanele cu obezitate

abdominală vor beneficia de următoarele tipuri de intervenții:

- pentru cei cu Talia ≥ 94 cm la bărbați (dar sub 102 cm) și ≥ 80 cm (dar sub 88 cm) la femei - intervenții de suport pentru menținerea greutateii.
- pentru cei cu Talia ≥ 102 cm la bărbați și ≥ 88 cm la femei – intervenții de suport pentru scăderea în greutate.

7. Activitatea fizică scăzută

Activitatea fizică este definită drept „orice mișcare a corpului asociată cu contracția musculară care crește consumul de energie peste nivelul de repaus”. Definiția generală include toate contextele activității fizice, și anume activități fizice în timpul liber (inclusiv majoritatea activităților sportive și dansul), activități fizice la locul de muncă, activități fizice la domiciliu sau în apropierea domiciliului și activități fizice asociate transportului.

Organismul uman a fost conceput pentru a se mișca; prin urmare, are nevoie de activitate fizică regulată pentru o funcționare optimă și pentru evitarea bolilor. S-a demonstrat că stilul de viață sedentar reprezintă un factor de risc pentru dezvoltarea multor boli cronice, printre care bolile cardiovasculare, una dintre principalele cauze ale mortalității în lumea occidentală.

Astfel, în anul 2002, OMS a adoptat o recomandare, potrivit căreia fiecare persoană trebuie să practice zilnic activități fizice de minimum 30 de minute. Această recomandare se conține în mai multe documente, care se adresează întregii populații, în timp ce altele vizează grupuri de vârstă specifice.

Nivelul minim de activitate fizică se realizează prin activități regulate, în care se ard 150 de calorii pe zi, ceea ce este echivalent cu 15 minute de ridicare pe scări, alergare de 15 minute (1,5-2 km), 20 de minute de înot, 30 de minute de mers pe jos sau 15 minute de dans ritmic [22,27,28,38,41].

Frecvența sesiunilor de exerciții fizice recomandate de OMS (Tabelul nr. 1)

Vârsta	Frecvența activității fizice	Durata
Vârsta tânără (până la 29 de ani)	5 ori pe săptămână	de la 30 până la 60 de minute pe zi
Vârsta medie (30-60 de ani)	5 ori pe săptămână	de la 20 până la 30 de minute pe zi
Vârsta înaintată (peste 60 de ani)	2-3 ori pe săptămână	de la 20 până la 30 de minute pe zi (sau câte 10 minute de trei ori)

Măsuri preventive

1. Informații despre beneficiile activității fizice.
2. Recomandări pentru exerciții fizice, în funcție de comorbidități și de aptitudini fizice.

În scopul prevenirii bolilor cardiovasculare se recomandă ca adulții sănătoși să petreacă 2,5-5 ore pe săptămână cu activități fizice sau exerciții aerobice de intensitate, cel puțin moderată sau 1-2,5 ore de exerciții viguroase.

Capitolul V

Intervenții în hipertensiune arterială

Tensiunea arterială (TA) reprezintă presiunea exercitată de coloana de sânge asupra peretelui vascular în timpul contracției și relaxării ritmice a inimii.

Există două componente ale presiunii sanguine:

- *Presiunea sistolică* – este presiunea exercitată asupra pereților arteriali atunci când inima se contractă (în sistolă) – cu valori normale între 100 și 140 mm coloana de mercur (Hg).
- *Presiunea diastolică* – este presiunea exercitată asupra pereților arteriali atunci când inima se relaxează între două contracții (în diastolă) – cu valori normale sub 90 mm Hg.

Hipertensiunea arterială (HTA) reprezintă o **afecțiune cardiovasculară foarte frecventă**, fiind definită drept o creștere a valorilor tensiunii arteriale (TA) peste limita normală după trei măsurători consecutive, în trei circumstanțe diferite – 140/90 mm Hg, indiferent de vârstă. Tensiunea-prag este stabilită prin convenție la 140/90 mm Hg. Această valoare este utilizată pentru a facilita diagnosticul HTA și pentru stabilirea deciziei de a trata [13,26,29,33].

Valorile TA

Categoria	Sistolic (mm Hg)	Diastolic (mm Hg)
Normală	< 120	< 80
Pre-hipertensiune	120 - 139	80 - 89
Hipertensiune stadiul 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensiune stadiul 2	>= 160	>= 100

Factori de risc

1. Istoricul familial de hipertensiune arterială, boli cardiovasculare, hiperlipidemie, diabet zaharat.
2. Istoricul bolii cardiovasculare, hiperlipidemiei, diabetului zaharat.
3. Fumatul.
4. Caracteristici ale consumului de sare.
5. Obezitatea.
6. Activitatea fizică scăzută.

Educația pentru sănătate poate rezulta în modificarea stilului de viață și creșterea aderenței la medicația antihipertensivă pentru a îmbunătăți eficiența controlului tensiunii arteriale la pacienții hipertensivi. În general, educația pentru sănătate poate consolida cunoștințele pacienților despre maladie și despre terapia ei și conduce la o aderență mai bună la tratament, iar pacienți pot juca un rol pozitiv în gestionarea propriei sănătăți.

Screening-ul HTA:

- La persoanele cu vârsta ≥ 18 ani fără risc cardiovascular se va efectua cel puțin o dată la 2 ani.
- La persoanele cu vârsta de 18-40 de ani cu valori tensionale normal înalte (TAs $\geq 130 - 139$ mmHg și TAd $\geq 85 - 89$ mm Hg) măsurarea TA se va efectua anual.
- La toate persoanele cu vârsta ≥ 40 de ani la fiecare vizită de examen profilactic anual [29].

Intervenția ONG-urilor cuprinde măsurarea tensiunii arteriale prin vizite la domiciliu în mod activ persoanelor adulte din populația generală fără semne de boală, comunicarea factorilor de risc și a metodelor de prevenire, precum și referirea către medicul de familie a persoanelor cu devieri ale tensiunii arteriale [26].

Măsuri preventive

Principii:

1. Terapie eficace pentru boli cardiovasculare, hiperlipidemie, diabet.
2. Renunțarea la fumat.
3. Dietă bazată pe fructe și legume proaspete, pește cel puțin de două ori pe săptămână, lactate cu conținut scăzut de grăsimi.
4. Reducerea cantității de sare în dietă, la 5-6 g/zi.
5. Reducerea cantității de alcool la 20 g etanol pe zi – la bărbați și la 10 g etanol pe zi – la femei.
6. Reducerea excesului de greutate corporală (la IMC 18.5-24.9 kg/m²).
7. Exerciții aerobice regulate - 30 de minute pe zi.
8. Reducerea stresului psihoemoțional prin învățarea tehnicilor de relaxare.
9. Urmărirea în dinamică în funcție de stadiul hipertensiunii (1 la fiecare 2-3 luni).
10. Instruirea pacientului în tehnica de auto-măsurare și controlul tensiunii arteriale (TA).
11. La identificarea problemelor de sănătate (TA mărită sau alte probleme de sănătate) se efectuează referirea /însoțirea pacientului la consultația medicului de familie.

Capitolul VI

Intervenții în diabetul zaharat

Diabetul zaharat (DZ) este un sindrom caracterizat prin valori crescute ale concentrației glucozei în sânge (hiperglicemie) și dezechilibrarea metabolismului.

Factorii de risc pentru DZ de tip 2:

- Mod sedentar de viață.
- Rudă de gradul I cu DZ.
- Grupuri etnice cu risc crescut.
- Naștere a unui copil > 4 kg.
- Diagnostic de DZ gestațional.
- TA ($\geq 140/90$ mm Hg). HDLC $\leq 0,9$ mmol/l și/sau TG $\geq 2,2$ mmol/l.
- Sindromul ovarului polichistic.
- Diagnostic anterior de STG sau GBM.
- Boli cardiovasculare în antecedente.
- Condiții clinice asociate cu fenomenul de insulinorezistență.
- Obezitate severă peste 25 kg/m² [30].

Screening-ul diabetului zaharat

Indicațiile screening-ului în diabetul zaharat la subiecții asimptomatici, cu determinarea glicemiei bazale și testului oral de toleranță la glucoză.

Testarea se face la adulții supraponderali (IMC ≥ 25 kg/m²), cu vârsta sub 45 de ani, care au unul dintre factorii de risc menționați anterior.

În absența factorilor de risc citați aici, testarea pre-diabetului începe la adulții cu vârsta de peste 45 de ani. Dacă rezultatele sunt la nivel normal, testarea trebuie repetată la un interval de trei ani.

Categoriile de pacienți cu risc crescut pentru diabet (pre-diabet):

Glicemia bazală 5.6-6.9 mmol/l (100-125 mg/dl) [4,30].

Măsuri preventive

Măsuri pentru normalizarea greutateii corporale, nivelul de activitate fizică: persoanele cu un nivel A1C (hemoglobină glicozilată) între 5,7% și 6,4% trebuie implicate în program pe termen lung pentru a reduce greutatea cu 5-10% și pentru a asigura o creștere moderată a activității fizice (mers pe jos) de până la 150 de minute pe săptămână, cel puțin.

În absența unor contraindicații, pacienților cu diabet zaharat de tip 2 le pot fi recomandate exerciții de rezistență de trei ori pe săptămână. Monitorizarea diabetului zaharat la pacienții cu pre-diabet trebuie efectuată în fiecare an.

Monitorizarea nivelurilor de glucoză. Pacienții cu diabet zaharat aflați în tratament cu insulină trebuie să realizeze auto-monitorizarea glicemiei de cel puțin trei ori pe zi prin utilizarea glucometrelor personale. Pacienții care iau alte medicamente pentru tratamentul diabetului zaharat utilizând insulina o singură dată pot folosi autocontrolul pentru a determina eficacitatea tratamentului. Iar pentru auto-monitorizarea glucozei din sânge, pacienții trebuie să beneficieze de un program de instruire.

Controlul profilului lipidic. Profilul lipidic în repaus alimentar la pacienții cu diabet zaharat trebuie realizat anual.

Recomandări cu privire la dietă. Pacienților cu pre-diabet sau diabet trebuie să beneficieze de corecția individuală, realizată de către medicul de familie care cunoaște principiile de tratament ale diabetului zaharat. În dieta pacienților cu diabet zaharat cantitatea de grăsimi saturate nu trebuie să depășească 7% din totalul caloric ingerat.

Este recomandată creșterea consumului de produse care conțin acizi grași omega-3, fibre dietetice, steroli din plante.

Monitorizarea cantității de produse cu carbohidrați prin metoda de calcul: îndulcitorii sunt alimente sigure, dacă sunt consumate în conformitate cu normele.

Alcoolul trebuie limitat la o singură doză pe zi pentru femei sau două – pentru bărbați (1 doză = 360 ml bere = 150 ml de vin = 45 ml de băuturi spirtoase).

Fumatul este contraindicat.

În prezența diabetului zaharat este necesară asigurarea autocontrolului glicemiei și interpretării rezultatelor de către pacient.

La identificarea problemelor de sănătate (glucoza în sânge mărită sau altele) se efectuează referirea / însoțirea persoanei date la consultația medicului [20,22,23,27].

Bibliografie

1. Abordarea integrată a riscului pentru bolile netransmisibile asociate stilului de viață. Ghid de prevenție, volumul 5. București, 2016 (http://cnsmf.ro/ghidpreventie/GhidPreventie_Vol5.pdf)
2. Bahnarel I. Supravegherea de stat a sănătății publice în Republica Moldova: Raport Național. Chișinău Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice, 2015.
3. Biroul Regional OMS pentru Europa, 2012.
4. Centrul Național de Management în Sănătate. Anuar Statistic Medical „Sănătatea
12. Publică în Moldova”, 2016 În: CNMS. 2015 <http://www.cnms.md/ro/rapoarte/anuar-statistic-medical> (accesat 10.08.2017).
5. Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă. Studiul Demografic și de
13. Sănătate din Republica Moldova 2005. Chișinău: Gunivas, 2006, 370 p.
6. CNSP. Raportul pe țară al Republicii Moldova al Studiului Global din 2013 privind
14. fumatul la adolescenți (GYTS). Chișinău: CNSP, 2014.
7. Constantin Ionescu-Târgoviște – Tratatul de Diabet Paulescu; editura Academiei Române
8. Corcimari V. ș. a. Politica națională de sănătate a Republicii Moldova: 2007-2021. Chișinău: TrigraTipar, 2007. 64 p.
9. Ețco C., Calmîc V., Bahnarel I. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate. Chișinău: Epigraf, 2013, 600 p.
10. Ețco C., Calmîc V., Bahnarel I. Educația pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, 2012, nr. 1 (33), p. 103-106.
11. Ețco C. ș. a. Program de promovare a sănătății adolescenților la nivel comunitar în Republica Moldova: (monografie). Chișinău, 2012, 147 p.
12. Friptuleac Gr. Ghid privind evaluarea programelor de acțiuni în domeniul promovării sănătății. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2006. 33 p.

13. Friptuleac Gr. Maladiile netransmisibile, o problemă a secolului nostru. În: Cronica sănătății publice, 2013, nr.1 (25), p. 9-10.
14. Friptuleac Gr., Beț V. Evaluarea stării de sănătate a persoanelor obeze din diverse grupuri profesionale. În: Anale Științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 2012, vol.2, p. 107-110.
15. Friptuleac Gr., Opopol N., Bahnarel I. Factorii de risc din mediu și sănătatea. În: Materialele Conferinței științifico-practice. Chișinău: Societatea Științifică a Igieniştilor din Republica Moldova, 2010, 188 p.
16. Grejdeanu T. Populația longevivă – problemă de sănătate publică. În: Anale Științifice ale Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 2011, vol. 2, p. 316-320.
17. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1471 din 24.12.2007 „Cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017”. Nr. 1471 din 24 decembrie 2007. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 15.01.2008, nr. 8-10 (43).
18. Hotărârea Guvernului cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate a Republicii Moldova pentru anii 2007-2021. Nr.886 din 06 august 2007. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 17.08.2007, nr. 127-130 (931).
19. Hotărârea Guvernului cu privire la aprobarea Programului Național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015. Nr. 658 din 12 iunie 2007. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 15.06.2007, nr. 82-85 (676).
20. Hotărârea Guvernului cu privire la aprobarea Programului național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020. Nr. 1000 din 23 august 2016. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 26.08.2016, Nr. 277-287 (1086).
21. Hotărârea Guvernului cu privire la aprobarea Strategiei naționale de sănătate publică pentru anii 2014-2020. Nr. 1032 din 20 decembrie 2013. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 27.12.2013, nr. Nr. 304-310 (1139).
22. Hotărârea Guvernului cu privire la aprobarea Programului Național de Imunizări pentru anii 2011-2015. Nr. 1192 din 23 decembrie 2010. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 31.12.2010, Nr. 259-263 (1319).

23. Vasile Deac. Modele de dezvoltare comunitară adaptate comunităților rurale din Romania. București, 2009.
24. Ordinului Ministerului Sănătății nr. 206 din 08.07.2009 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie. Diabetul zaharat necomplicat”.
25. Ordinului Ministerului Sănătății nr. 247/125A din 28.03.2017 „Cu privire la indicatorii de performanță în AMP”.
26. Programul Național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat „MolDiab” pentru anii 2011-2015.
27. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova cu privire la supravegherea și controlul bolilor netransmisibile prioritare în Republica Moldova. Nr. 869 din 12 decembrie 2010. În: Ministerul Sănătății. 2010. [http://old.ms.md/_files/7373 Binder1.pdf](http://old.ms.md/_files/7373%20Binder1.pdf) (accesat la 12.10.2016).
28. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova privind implementarea Hotărârii Guvernului nr. 1000 din 23.08.2016 cu privire la aprobarea Programului național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020. Nr. 829 din 26 octombrie 2016. În: Ministerul Sănătății, 2016, http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_829_din_26.10.16.pdf (accesat la 08.02.2017).
29. Prevalența factorilor de risc pentru bolile netransmisibile STEPS 2013. Organizația Mondială a Sănătății, 2014. 1-219.
30. Protocol clinic național „Hipertensiunea arterială la adult”, Chișinău 2014.
31. Protocol clinic național „Diabetul zaharat necomplicat”, Chișinău 2012.
32. Parlamentul Republicii Moldova. Legea nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice. Monitorul Oficial nr. 67, art. 183, în vigoare din 03.05.2009. <http://lex.justice.md/md/331169/>
33. Parlamentul Republicii Moldova. Legea nr. 124 din 29.05.2015 privind controlul tutunului. Monitorul Oficial nr.185-189, art. 374, în vigoare din 17.09.2015. <http://lex.justice.md/md/359825/>
34. Protocol clinic național „Dislipidemiile”, Chișinău 2014.
35. „Regulamentul privind modul de evaluare a indicatorilor de performanță profesională de calitate a muncii personalului medical” în baza Ordinului comun al MS și CNAM nr.1015/674 A din 29.12.

36. Trofor A., Terapia cu substituenți nicotinici, experiențe și rezultate, Pharma Business Medical Forum, București, 7-8 mai 2009.
37. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of WHO Consultation, Geneva, 2009.
38. Fiore, MC, Bailey, WC, Cohen, SJ, et al (June 2000) Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (Rockville, MD).
39. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.(<http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/index.html>, accessed 12 October 2014).
40. Lu et al. Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. BMC Public Health (2015) 15:33.<http://worldheartday.org/>
41. Management of hiperglycaemia in type 2 diabetes, a consesul algorithm for the initiation and ajustement of therapy – D.M. Nathan, J.B. Buse, H.B. Davidsen et all. – Diabetologia (2006), 49:1711-172American Diabetes Association – Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care 2005; 28(1), S4-S36.
42. The Diabetes Prevention Programme Reserch Group – Impact of Intensive Lifestyle and Metformin Therapy on Cardiovascular Disease Risk Factors in the Diabetes Prevention Programme - Diabetes Care 2005, 28:888-894European Society of Hypertension, European Society of Cardiology, 2003, European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Arterial Hypertension - J. Hypertens. 2003; 21:1011-53.
43. World Health Organization - Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic - Geneva, WHO, 1998.
44. WHO(2014). Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems, No4. Health Policy Paper Series No. 14 <http://www.uhcpartnership.net/wp-content/uploads/2014/03/Betternoncommunicable-disease-outcomes-Republic-of-Moldova-Country-Assessment.pdf> (OMS (2014). Rezultate mai bune privind maladiile non-comunicabile: provocări și oportunități pentru sistemele de sănătate, Nr.4. Seria politici în domeniul sănătății, Nr. 14.), <http://www.who.int/moveforhealth/en/Why Move for Health>" („De ce să facem mișcare pentru sănătate”), http://www.who.int/nmh/countries/mda_en.pdf

Anexa 1

Informație generală despre diabetul zaharat pentru personalul ONG-urilor

În ultimii ani în toate țările lumii s-a înregistrat o creștere progresivă a numărului de bolnavi diabetici. Organizația Mondială a Sănătății a declarat diabetul zaharat drept epidemie, din cauza majorării impunătoare a numărului de persoane cu diabet zaharat. În prezent acesta constituie peste 240 de milioane de persoane, iar către anul 2020, conform pronosticurilor, cifra va fi de 380 de milioane. S-a stabilit că și în rândul tinerilor și adolescenților este în creștere diabetul zaharat de tip 2, care mai des apare la maturi. Astfel, este important să se pună un accent deosebit pe informarea privind posibilitățile de profilaxie, diagnosticul timpuriu și tratamentul corespunzător a bolii.

Extinderea numărului persoanelor cu diabet zaharat se datorează modului de viață, caracterizat printr-un stil de viață sedentar, alimentației incorecte, precum și îmbătrânirii populației. Deși elementul definitoriu cel mai cunoscut este valoarea glicemiei (zahărul din sânge), diabetul zaharat este o boală care afectează nu doar metabolismul glucidic, ci și cel lipidic și proteic.

Maladia are un impact enorm asupra sănătății populației, datorită complicațiilor cronice pe care le poate genera asupra mai multor organe. Unele studii arată că în momentul diagnosticării diabetului zaharat (primei adresări), complicațiile bolii sunt deja prezente în 50% dintre cazuri.

Complicațiile cronice, odată apărute, scad calitatea vieții și capacitatea de muncă, sporesc numărul zilelor de incapacitate de muncă, consulturilor medicale și cheltuielilor pentru tratament. Reducerea consecințelor grave ale diabetului zaharat este posibilă prin: depistarea activă a persoanelor cu diabet zaharat în grupurile populaționale cu risc crescut, aplicarea tratamentului precoce conform protocoalelor terapeutice

bazate pe evidențe internaționale, precum și prin desfășurarea acțiunilor de prevenire a complicațiilor.

În prezent, în Republica Moldova se înregistrează peste 60 000 de bolnavi cu diabet zaharat manifest. În același timp, numărul persoanelor cu diabet „latent” este de 2-3 ori mai mare. Astfel, numărul total al persoanelor cu diabet depășește 100 000. În structura pacienților cu diabet zaharat, 20% sunt copii și adolescenți cu diabet tip 1, iar 80% – persoane cu vârsta peste 40 ani cu diabet tip 2. De aceea combaterea diabetului zaharat reprezintă pentru Republica Moldova o necesitate stringentă atât medicală, cât și social-economică. Situația este cauzată de creșterea numărului de bolnavi cu diabet zaharat, modificarea structurii morbidității, afectarea tinerilor și a copiilor cu pierderea capacității de muncă, survenirea invalidității și mortalitate prematură [4,25,27,].

Clasificarea diabetului zaharat

Diabetul zaharat este un sindrom complex și eterogen, indus de tulburarea genetică sau dobândită a secreției de insulină și / sau de rezistența celulelor periferice la acțiunea insulinei. Iar acest fapt determină modificări profunde în metabolismul proteic, glucidic, lipidic, ionic și mineral.

1. Diabetul de tip 1

- Se caracterizează prin producerea insuficientă sau lipsa producerii de insulină de către pancreas.
- Este, de obicei, insulino-dependent, se dezvoltă în copilărie și la persoanele tinere și afectează mai frecvent bărbații decât femeile.

2. Diabetul de tip 2

- Se caracterizează prin producerea insuficientă de insulină de către pancreas sau pancreasul nu poate utiliza insulina (rezistența celulelor la insulină).
- Circa 90% din cazurile de diabet sunt de tipul 2.
- Apare, ca regulă, la persoanele de peste 40 de ani și se asociază cu supra-greutatea și obezitatea.

3. Diabetul gestațional

- Apare în perioada gravidității.

Obiectivele de bază ale intervențiilor în diabetul zaharat:

- Implicarea pacientului în propriul tratament.
- Însușirea autocontrolului glicemiei și interpretării rezultatelor de către pacient.
- Implicarea pacientului în realizarea unui program alimentar și de activitate fizică.
- Stoparea fumatului, consumului de alcool.
- Acordarea atenției deosebite igienei personale și în special membrilor inferioare.

NB! VALORI IMC (indicele masei corporale)

- 18,49 sau mai puțin – Subponderal
- Între 18,50 și 24,99 – Greutate normală
- Între 25,00 și 29,99 – Supraponderal
- Între 30,00 și 34,99 – Obezitate (gradul I)
- Între 35,00 și 39,99 – Obezitate (gradul II)
- 40,00 sau mai mult – Obezitate morbidă.

O altă etapă este administrarea chestionarelor.

Anexa 2

Informație despre bolile cardiovasculare pentru personalul ONG-urilor

Ce sunt bolile cardiovasculare?

Termenul „boli cardiovasculare” (BCV) este atribuit unei multitudini de boli ce afectează inima și vasele de sânge, printre acestea numărându-se cardiopatia ischemică (CI), afecțiunile cerebrovasculare, hipertensiunea arterială (presiunea ridicată a sângelui) sau boala arterială periferică (BAP). Alte boli cardiovasculare sunt miocardita (afecțiune a inimii cauzată de febra reumatică) și bolile cardiace congenitale (malformații ale inimii prezente de la naștere).

BCV sunt asociate cu atacurile de cord (infarctul miocardic), angina pectorală și accidentele vasculare cerebrale. Evenimentele acute, precum infarctul miocardic și accidentele cerebrale, sunt predominant cauzate de ateroscleroză, adică de depunerea progresivă a materialului gras (de exemplu, colesterol, trombocite și reziduuri celulare) pe peretele arterial al vaselor de sânge ce irigă inima sau creierul. Acumulările reziduale determină formarea leziunilor sau a ateromatozei și în timp aceste leziuni se măresc și se dilată, îngustând artera și astfel limitând cantitatea de sânge ce circula prin vase. Vasul de sânge astfel se poate întări și pierde din flexibilitate.

Deoarece inima și creierul nu sunt irigate corespunzător, aceste limitări ale fluxului sangvin, asociate aterosclerozei, pot cauza probleme cardiovasculare precum angina pectorală. Limitările mai accentuate pot degenera în evenimente cardiovasculare serioase, inclusiv atacuri de cord și accidente cerebrale. Dilatate, arterele se pot rupe, dezvoltând cheaguri de sânge ce pot bloca complet vasele, cauzând atacuri de cord și accidente cerebrale [3,8,26,29].

Cardiopatia ischemică (CI) este o afecțiune a vaselor de sânge ce irigă inima. Implicațiile CI cuprind:

- Infarctul miocardic (IM sau atac de cord)
- Angina pectorală (dureri ale pieptului)
- Unele aritmii (ritmuri anormale ale inimii).

Bolile cerebrovasculare sunt afecțiuni ale vaselor de sânge ce irigă creierul. Implicațiile bolilor cerebrovasculare includ:

- *Accidentele cerebrale* (afecțiuni ale celulelor creierului cauzate de insuficiența de irigare cu sânge).
- *Atacul ischemic tranzitoriu* (alterare temporară a vederii, vorbirii, simțului tactil sau mișcării).

Boala arterială periferică (BAP) este o afecțiune a vaselor de sânge ce irigă brațele și picioarele, ce poate rezulta în dureri intermitente sau crampe, mai ales în timpul exercițiului fizic, la nivelul mușchilor picioarelor.

Cele mai comune simptome ale atacului de cord cuprind dureri sau disconfort resimțit în mijlocul pieptului, brațe, umărul stâng, coate, maxilare sau spate. Alte simptome includ dispneea (dificultatea de a respira) sau insuficiența respiratorie, starea de rău, vomă, apatia sau leșinul, transpirația rece, paliditatea.

Cel mai frecvent întâlnit simptom al accidentului cerebral este senzația bruscă de slăbiciune a feței și membrelor, cel mai adesea pe o parte a corpului. Alte simptome cuprind declanșarea rapidă a următoarelor evoluții: atrofierea feței și membrelor, cel mai des pe una dintre părțile corpului, confuzia, dificultate în vorbire sau înțelegere, dificultate în vederea cu unul sau ambii ochi, dificultate în deplasare, amețală, pierdere a echilibrului sau coordonării, migrene pronunțate fără cauză precisă, leșin sau stare de inconștiență.

Factori de risc modificabili

- Hipertensiunea
- Dislipidemia (niveluri anormale ale colesterolului)
- Diabetul / perturbări ale toleranței la glucoză

- Fumatul
- Obezitatea (IMC 30)
- Lipsa activității fizice
- Microalbuminuria sau RFG <60 mL/min (boală a rinichiului diabetic).

Factori de risc nemodificabili

- Vârsta (>55 ani pentru bărbați, >65 ani pentru femei)
- BCV premature în istoria familiei.

Anexa 3

Screening-ul și diagnosticul diabetului zaharat (măsurarea glicemiei în sânge)

CRITERII DE SCREENING

Pentru pacienții care aparțin unui grup de risc se recomandă efectuarea screening-ului la un interval de trei ani.
La pacienții cu vârsta >45 ani screening-ul se face la un interval de trei ani.
Testul recomandat pentru screening este <i>Glicemia à jeune</i> ¹ .
HbA1c și TOTG nu sunt recomandate ca teste de screening pentru DZ tip 2.

Criteriile de includere:

- Mod sedentar de viață
- Rudă de gradul I cu DZ
- Femei ce au născut copil > 4 kg
- Femei cu diagnostic de DZ gestațional
- TA ($\geq 140/90$ mm Hg)
- HDLC $\leq 0,9$ mmol/l și/sau TG $\geq 2,2$ mmol/l
- Femeile cu sindromul ovarului polichistic
- Diagnostic anterior de STG sau GBM
- Boli cardiovasculare în antecedente
- Condiții clinice asociate cu fenomenul de insulinorezistență (obezitate severă).

¹ Glicemie à jeune = 126 mg/dl (7 mmol/l) după un post de cel puțin 8h.

Criteriile de excludere: refuzul pacienților

Pentru screening se poate folosi și următorul scor de risc pentru DZ de tip 2. Acest scor este ușor de folosit, deoarece se bazează doar pe date anamnestice și pe examenul clinic.

Chestionar de evaluare a riscului dezvoltării diabetului zaharat tip 2 (FINDRISC)

Încercuiește varianta corectă și calculează scorul

1. Vârsta

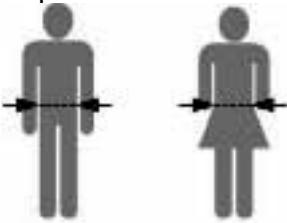
- 0 p < 45 ani
- 2 p 45-54 ani
- 3 p 55-64 ani
- 4 p > 64 ani

2. Indicele masei corporale (IMC)

- 0 p < 25 kg/m²
- 1 p 25-30 kg/m²
- 2 p > 30 kg/m²

3. Circumferința abdominală (cm)

- | Bărbați | Femei |
|----------------|--------------|
| 0 p <94 | <80 |
| 3 p 94 – 102 | 80 – 88 |
| 4 p >102 | >88 |



4. Efectuați cel puțin 30 de minute de activitate fizică zilnic?

- 0 p DA
- 2 p NU

5. Cât de des mâncați fructe, legume sau pomușoare?

- 0 p zilnic
- 1 p mai rar

6. Ați luat vreodată regulat tratament antihipertensiv?

- 0 p NU
- 2 p DA

7. Ați avut vreodată glucoza crescută (la un examen medical, pe durata unei boli, în timpul sarcinii)?

- 0 p NU
- 5 p DA

8. Cineva dintre membrii familiei a avut/are diabet zaharat (tip 1 sau tip 2)?

- 0 p NU
- 3 p DA (bunei, mătuși, unchi, verișori)
- 5 p DA (părinți, frați, copii)

Scorul total

0 – 14 p

Risc scăzut și moderat

Între 1% și 17% de persoane se confruntă cu riscul de a dezvolta diabet următorii cinci ani.

15 – 20 p

Risc înalt

33% de persoane au riscul de a dezvolta diabet următorii cinci ani

21 – 30 p

Risc foarte înalt

50% de persoane au riscul de a dezvolta diabet zaharat următorii cinci ani.

DIAGNOSTICUL DIABETULUI ZAHARAT TIP 2

Diagnosticul diabetului zaharat tip 2 este deseori întâmplător, stabilit cu ocazia unor controale de rutină sau cu ocazia unor complicații ce pun viața în pericol. Simptomatologia clinică este marcată de tipul de diabet zaharat, din momentul depistării bolii în decursul evoluției sale, precum și de coexistența altor afecțiuni.

Simptomele ce pot sugera un diabet zaharat tip 2 sunt: poliurie (eliminarea de urină în cantitate mai mare decât cea normală), polidipsie (sete excesivă, patologică), scădere în greutate, uneori polifagie (foame excesivă, patologică, determinând un consum exagerat de alimente), tulburări de vedere, infecții fungice sau bacteriene recurente.

„**Pre-diabetul**” reprezintă o stare „intermediară” între normalitate și diabet. Caracteristice pentru „pre-diabet” sunt alterarea valorilor glicemiei *a jeune* și / sau a **glicemiei la 2 ore în cursul TTGO**, însă să atingă valorile din DZ2. De asemenea, lipsesc celelalte criterii pentru a putea defini un DZ2. Pacienții cu alterarea valorilor glicemiei ocazionale pot prezenta glicemii *a jeune* cu valori normale. Pacienții cu „pre-diabet” au valori ale HbA1c normale. Unii pacienți cu toleranță scăzută la glucoză pot avea un prag renal redus pentru glucoză. La acești pacienți vom găsi glicozurie fără ca ei să prezinte simptomatologie caracteristică DZ2. Scăderea toleranței la glucoză, deși nu este o entitate clinică de sine-stătătoare, reprezintă un factor de risc ridicat pentru dezvoltarea DZ2 sau complicații cronice cardiovasculare: cardiopatie ischemică, boli cerebro-vasculare, boli vasculare periferice. În funcție de valorile glicemiei *a jeune*, se pot distinge următoarele situații:

Valorile glicemiei: normal / „pre-diabet” / diabet

	Normoglicemie	Pre-diabet	Diabet zaharat
Glicemia <i>à jeune</i>	<100 mg/dl (5,6 mmol/l)	>100 mg/dl și <126 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l) (glicemie <i>à jeune</i> modificată)	>126 mg/dl (7,0,mmol/l)

În cazul unor valori repetat crescute ale glicemiei *à jeune*, situate între 100 și 126 mg/dl, se stabilește suspiciunea unui DZ2 și se recomandă efectuarea unui TTGO care va avea valoare diagnostică.

Determinarea glicemiei *à jeune* din sângele venos (se efectuează în laborator) este investigația cea mai importantă pentru diagnosticarea diabetului zaharat tip 2. Dozarea glicemiei este o metodă simplă, rapidă și ieftină.

Pentru pacientul nou diagnosticat cu DZ tip 2 se recomandă completarea fișei de evaluare a pacientului, care va fi completată de către specialiștii din AMP și va cuprinde următoarele:

- Înregistrarea valorii glicemiei și prezența / absența semnelor clinice specifice DZ.
- Evaluarea factorilor de risc.
- Examenul clinic general cu măsurarea obligatorie a următorilor parametri:
 - G, CA, IMC, TA.
- Evaluarea sistemului cardiovascular și consemnarea eventualelor elemente patologice.
- Consultația oftalmologului cu înregistrarea rezultatelor.
- Examinarea piciorului: dacă există modificări ale sensibilității periferice se trimite pacientul la neurolog.
- Investigațiile de laborator: lipide și colesterol, creatinina serică și examenul de urină pentru microalbuminurie. De asemenea se determină și se înregistrează valoarea HbA1, aceasta fiind un predictor al evoluției bolii.
- Dieta, recomandări pentru schimbarea stilului de viață și tratamentul. Acestea se vor relua ulterior cu ocazia fiecărei vizite.

Pacienții diagnosticați cu diabet zaharat sunt incluși într-un program special de urmărire și tratament. O monitorizare corectă a pacientului cu diabet poate fi realizată doar într-o echipă multidisciplinară (medicul de familie, asistenta medicală, asistentul comunitar). În cadrul evaluării inițiale și reevaluării anuale sunt vizate următoarele aspecte:

- Educația
- Managementul stilului de viață
- Suportul psihologic
- Automonitorizarea
- Controlul glicemiei și monitorizarea clinică
- Controlul tensiunii arteriale
- Evaluarea cardiovasculară
- Screening-ul oftalmologic
- Afectarea renală
- Îngrijirea picioarelor
- Afectarea nervoasă.

Anexa 4

Piramida nutriției și volumul porțiilor

Piramida alimentară



Volumul porției (Dimensiunea unei porții)

Primul grup (6-11 porții pe zi) Cereale și paste, orez, cartofi, pâine și produse de panificație	
pâine	30-40 g
1 covrig sau 3 krekere mici, biscuiți	
Cereale fierte (orez, hrișcă)	100 g
Paste fierte	100g
1 cartof de mărime medie (de dimensiunea unui pumn al adultului)	100g
Grupul II (5-9 porții) Fructe și legume	
Suc de fructe ori legume	160 ml
Legume fierte sau proaspete	100 gr
Legume cu frunze verzi (spanac, salată verde, varză, ceapă verde, coriandru, mărar, pătrunjel)	100 g
1 roșie medie, castravete, ardei gras (de dimensiunea unui pumn al adultului)	100 g
1 fruct mediu	100 g

Fructe de pădure proaspete, fructe uscate, congelate, conservate sau fierte	100 g
Grupul III (2-3 porții) Lapte și produse lactate	
Lapte integral sau degresat	220 ml
Brânză tare	45 g
Brânză de vaci	250 g
Grupul IV (1-3 porții) Carne, pește, ouă, fasole și linte	
Carne fiartă sau pește	70-100 g
2 ouă	
Fasole fierte (fasole, mazăre)	100-150 g
Nuci	100-150 g
Grupul V (1-2 porții) Uleiuri / unt, grăsimi, zahăr	
1 linguriță de smântână de casă sau unt, margarină	
1 linguriță de ulei vegetal	
1 lingură de maioneză	
2 lingurițe de zahar	
1 linguriță de miere sau gem (gem)	
1 baton de ciocolată	60 g
0 bucăți mică de tortă	

Curricula de desfășurare a „Școlii pacientului cu hipertensiune arterială”

Tematica propusă pentru discuții:

1. Ce reprezintă *hipertensiunea arterială*. Ce factori influențează mărirea tensiunii arteriale.
2. Mecanismele ce susțin tensiunea arterială stabilă în organismul uman. Limitele normale ale tensiunii arteriale. Principii și tehnici corecte de măsurare a tensiunii arteriale. Scara SCORE. Evaluarea riscului cardio- și cerebrovascular.
3. Complicațiile în hipertensiunea arterială. Reducerea riscului complicațiilor în hipertensiunea arterială.
4. Factorii de risc majori în hipertensiunea arterială.
5. Regulile de aur în tratament hipertensiunii arteriale.

Obiectivele:

1. A demonstra pacientului beneficiul supravegherii de către medicul de familie.
2. A familiariza participanții cu managementul anual al investigațiilor obligatorii cu scop de depistare a riscurilor, complicațiilor, evidență și tratament de susținere.
3. A învăța pacientul tehnica corectă de măsurarea tensiunii arteriale.
4. A convinge participanții asupra beneficiului alimentației corecte pe parcursul vieții, mai ales în cazul unei hipertensiuni arteriale și / sau maladii concomitente.
5. A aprecia modul de control al situațiilor de stres și evitarea hipodinamiei.

6. A demonstra că fumatul aduce daună sănătății.
7. A convinge pacientul despre necesitatea urmării permanente a tratamentului de susținere.

Materiale și metode: pliante, filme video, lecții interactive. Pacienții vor fi selectați din sectoarele clinicii prin intermediul medicilor de familie.

Curricula de desfășurare a „Școlii pacientului cu diabet zaharat”

Diabetul zaharat este cea mai frecventă boală endocrină și este caracterizat prin complicații ce se dezvoltă în timp și afectează sistemul cardiovascular, ocular, urogenital, sistemul nervos central și periferic. Printre cauzele de mortalitate diabetul se situează pe locul patru. Vestea bună este că diabetul zaharat tip 2 poate fi prevenit prin câțiva simpli pași. Un rol important îl are instruirea pacienților cu diabet zaharat, care urmărește:

- Avertizarea populației asupra diabetului zaharat și consecințele acestuia.
- Depistarea, monitorizarea și îngrijirea celor cu risc de a face diabet.
- Îngrijirea unei persoane – adult sau copil care suferă de diabet.
- Identificarea persoanelor din grupul de risc.
- Instruirea – autocontrolul glicemiei.

Cursul este organizat după principiul ciclurilor. Fiecare ciclu e constituit din patru teme.

Programul de instruire a școlii:

1. Viața cu diabet (ce este diabetul zaharat, factori de risc, normele glicemiei, monitorizarea glicemiei).
2. Diabet zaharat, tip 1 și diabet zaharat, tip 2. Medicamentele cu administrare orală. Principiile dietoterapiei și unitățile de pâine.
3. Complicațiile diabetului zaharat. Piciorul diabetic, cauze și măsuri de profilaxie.
4. Insulinoterapia (pentru pacienții tratați cu insulină). Tipurile de insulină, păstrarea, orele de administrare, tehnica de efectuare a injecțiilor și tipurile de seringi.

Tematicile sunt prezentate cu ajutorul materialelor ilustrative și didactice despre planificarea alimentației, scăderea masei corpului, complicațiile tardive și profilaxia amputării, tehnica administrării insulinei etc.

Planul zilnic include „Fișa informațională de bază a pacientului cu diabet zaharat” în care sunt înregistrate datele de bază ale pacientului, diabet din ce an? insulină din ce an? graviditatea (sarcina), factorii de risc, auto-control, alimentație sănătoasă, îngrijirea picioarelor, măsurări cât mai recente din ultimele 12 luni (greutatea, talia, TA, colesterol, creatinina, proteinuria), sarcinile ST. VINCENT (cecitate, accidente cerebrale), simptomele în timpul acestora (hipertensiunea ortostatică, angina pectorală, neuropatia periferică), examinarea ochilor, picioarelor, calitate vieții / urgențe (hipoglicemia, hiperglicemia, zile de boală, zile în staționar). Acest plan ajută familia și medicul specialist în efortul comun de a controla boala. La finele ciclului fiecare *absolvent al școlii* primește materiale cu informația-cheie prezentată.

Grupul este format din 10-15 pacienți care suferă de diabet zaharat (la dorință – rude / părinți) cu vârsta de la 15 până la 70 de ani. Grupul se formează în funcție de tipul diabetului zaharat, de complicații, de categoria de vârstă.

Planul de management al diabetului zaharat

- Informarea pacienților despre importanța modului de viață sănătos, importanța activității fizice.
- Limitarea consumului de alcool și băuturilor îndulcite.
- Sistarea fumatului.
- Însușirea autocontrolului glicemiei și interpretării rezultatelor de către pacient.
- Acordarea atenției deosebite igienei personale și, în special, a membrelor inferioare.
- Menținerea controlului adecvat al diabetului deja cunoscut.

Metodele de aplicare și de organizare:

1. Auditoriu – Sala instruire.
2. Prezentarea pe LSD proiector.
3. Materiale ilustrative și didactice, set cu Picflowmetru, set cu

Glucometru, set pentru probele de scarificare etc.

4. Set cu preparate medicamentoase pentru demonstrare.
5. Prospecte ce conțin informația-cheie prezentată pe parcursul seminarelor.
6. Materiale video, chestionare.
7. Lucrul în perechi.
8. Discuții de grup.
9. Asalt de idei.
10. Întrebări fulger
11. Evaluare orală.

Prelegerile sunt organizate după principiul ciclurilor. Ciclul include 4-8 lecții – câte una pe săptămână. Seminarele se desfășoară sâmbăta (atunci când majoritatea participanților nu lucrează). Durata lecției – 90 de min.

Anexa 6

Chestionar privind depistarea factorilor de risc / maladiilor netransmisibile

Instrucțiuni: Vă rugăm să acordați suficient timp pentru a răspunde calitativ la întrebările din chestionar.

INFORMAȚIE GENERALĂ

1. **Data completării chestionarului :** _____
2. **Vârsta:** _____
3. **Sexul:** Feminin Masculin
4. **Mediu :** Urban Rural
5. **Nivel de instruire (ultima școală absolvită) este:**

- Învățământ primar Liceu Învățământ gimnazial
 Școală post-liceală Școală profesională Facultate

6. Ocupația:

- Salariat în mediul de stat Persoană casnică
 Salariat în mediul privat Șomer
 Întreprinzător privat (patron) Pensionar
 Lucrător pe cont propriu Elev
 Membru al unei societăți agricole cooperative Student
 Lucrător familial în gospodăria proprie Lucru cu ziua

Altă situație (de specificat) _____

7. Stare civilă:

- Necăsătorit Divorțat Căsătorit Văduv

ISTORIC MEDICAL

8. Vă rugăm să bifați dacă ați avut astfel de situații?

<input type="checkbox"/> dureri de cap	<input type="checkbox"/> sângerări nazale	<input type="checkbox"/> accese de furie
<input type="checkbox"/> sensibilitate la lumină	<input type="checkbox"/> înroșirea fetei	<input type="checkbox"/> tulburări de vedere
<input type="checkbox"/> sete și gura uscată	<input type="checkbox"/> urinați des	<input type="checkbox"/> vederea încetățată
<input type="checkbox"/> simții amorteli în mâini și picioare	<input type="checkbox"/> modificări ale greutateii corporale	<input type="checkbox"/> oboseală care provoacă dificultăți de respirație

9. Cum apreciați, în general, starea dumneavoastră de sănătate:

- Foarte rea Rea Acceptabilă (normală)
 Bună Foarte bună

10. Urmăți vreun tratament ? Da Nu

EVALUAREA FACTORILOR DE RISC

11. Cu referire la Dvs., există sau au existat unul dintre următoarele elemente?

<input type="checkbox"/> mod sedentar de viață	<input type="checkbox"/> rudă de gradul I cu DZ
<input type="checkbox"/> femei ce au născut copil > 4 kg	<input type="checkbox"/> femei cu diagnostic de DZ gestațional
<input type="checkbox"/> TA ($\geq 140/90$ mm Hg)	<input type="checkbox"/> boli cardiovasculare în antecedente
<input type="checkbox"/> femeile cu sindromul ovarului polichistic	<input type="checkbox"/> diagnostic anterior de STG (scăderea toleranței la glucoză) sau GBM (glicemie bazala modificată)

12. Greutatea actuală : _____ **circumferința taliei** _____
 Înălțimea: _____

IMC= _____ N (18,50 și 24,99)

TA _____ N (120/80 până la 140/90 mm Hg)

Puls _____ N (60-80 b/min) _____

Determinarea glucozei în sânge _____ N (<5,6 mmol/l)

NB (Informație pentru intervievator):

Recomandări: controlul greutății printr-o alimentație bogată în fructe și legume, practicarea sportului (mersul pe jos, pe bicicletă)

În cazul prezenței unui factor de risc, greutatea mare, TA înaltă, zahărul în sânge >5,6 mmol/l este necesar să vă adresați medicului de familie pentru investigații suplimentare și consultația medicului endocrinolog la necesitate.

ISTORIC NUTRIȚIONAL

13. De câte ori pe zi luați masa? _____ 1, 2, 3, 4, 5, 6 (N- 5-7 mese mici pe zi)

Cea mai consistentă masă când este: (dejun, prânz, cina)

14. Care este modul preferat de a găti de către membrii familie dvs.?

prin fierbere prin prăjire prin coacere sau frigere

NB! De evitat modul de pregătire prin prăjire.

15. Cat de des mâncați produse de tip fast food în familie (pizza, hamburger, șnițele, cartofi prăjiți etc.)?

niciodată aproape zilnic 1-2 ori pe săptămână

NB! De evitat folosirea lor în rația alimentară.

16. De cate ori pe săptămână mâncați fructe și legume crude? Cantitatea medie pe zi? _____

o dată de 2-3 ori în fiecare zi niciodată

NB! Se recomandă folosirea zilnică a 400 gr!

17. Consumați lapte și produse lactate ?

de mai multe ori pe zi o dată pe zi nu în fiecare zi
 niciodată

18. Consumați carne?

- de mai multe ori pe zi o dată pe zi nu în fiecare zi
 niciodată

19. Ce mâncați mai des?

- pește carne de pui carne de porc carne de vită

20. obișnuiți să consumați afumături, mezeluri ?

- de mai multe ori pe zi o dată pe zi nu în fiecare zi
 niciodată

21. Consumați dulciuri ?

- de mai multe ori pe zi o dată pe zi nu în fiecare zi
 niciodată

22. Ce beți cel mai des?

- apă cu gaze suc de fructe lapte apă
 ceai altele (specificați)_____

23. Ce fel de pâine mâncați mai des?

- albă de seară neagră alte feluri specificați)_____

24. Cât de des adăugați sare sau sosuri sărate în alimente chiar înainte de a le mânca sau în timpul mâncării?

- mereu rareori deseori
 niciodată uneori nu știu

25. Credeți oare că prea multă sare sau sosuri sărate în regimul dvs. alimentar ar putea cauza o problemă de sănătate?

- da nu nu știu

26. Fumați? da_____ nu_____

Dacă da, câte țigări fumați pe zi? _____ De câți ani fumați? _____

Dacă nu: ați fumat vre-o dată? da nu

NB! Se recomandă evitarea fumatului.

27. Care dintre următoarele situații descriu cel mai bine consumul dvs. de alcool

<input type="checkbox"/> nu consum alcool	<input type="checkbox"/> consum alcool ocazional (<1 dată pe săptămână), cât ?
<input type="checkbox"/> consum alcool de 2-3 ori pe săptămână? Cât?	<input type="checkbox"/> consum alcool de 4-5 ori pe săptămână? Cât?
<input type="checkbox"/> consum alcool mai mult de 5 zile pe săptămână? Cât?	

NB! Bărbații pot admite consumul zilnic 500 de mililitri de bere, 300 de mililitri de vin roșu sau 100 de mililitri de tărie, precum vodcă, whisky sau palincă. Femeilor le este recomandat consumul a jumătate din această cantitate.

ACTIVITATEA FIZICĂ

28. Ce lucru îndepliniți?

intelectual sedentar legat de efort fizic

29. Ce tip de sport practicați?

mersul pe jos mersul pe bicicletă fotbal
 fitness nu practic sportul

30. Cât durează activitatea fizică pe zi ?

10 minute 30 de minute 60 de minute

NB! Se recomandă minimum 30 minute/zi.

Anexa nr. 7

Consimțământul pacientului privind implicarea personalului ONG-ului pentru acordarea serviciilor de diagnostic, suport psihologic, consiliere, suport social

Organizația non-guvernamentală _____

Eu, subsemnatul _____ prin prezentul îmi exprim acordul
(consimțământul) pentru procedurile de diagnostic prin următoarele metode: _____

_____ caracterul și scopul cărora mi-au fost explicate și propuse de către personalul ONG-ului
_____. Eu am fost informat(ă) și am înțeles că aceste metode sunt efectuate prin utilizarea dispozitivelor (aparaturilor) _____ special destinate metodelor propuse de diagnostic. Procedurile vor fi efectuate de către personalul ONG-ului, special pregătit în acest domeniu.

În cadrul efectuării procedurilor de diagnostic, eu voi avea senzația de înțepătură caracteristică acestei forme de diagnostic.

Mie mi s-a explicat despre beneficiile acestor metode de diagnostic, care nu au un grad absolut de diagnostic.

Eu am înțeles tot ce mi-a explicat personalul ONG-ului și am primit răspuns la toate întrebările mele.

Benevol îmi exprim consimțământul conștient pentru efectuarea procedurilor descrise. Concomitent îmi asum responsabilitatea pentru orice încălcare a regulilor de comportament și neîndeplinirea recomandărilor primite.

Data _____ Semnătura pacientului (reprezentantului legal) _____

Confirm că eu am explicat pacientului caracterul, scopul, beneficiile și riscurile procedurilor descrise.

Data _____ Semnătura personalului ONG-ului _____

Anexa nr. 8 Fișa de evidență a intervențiilor de bază

Numele pacientului _____, grup _____ (DZ, BCV, FR)

Nr.	Numărul vizitei	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	Data																		
	Denumirea activității																		
1.	Informare despre factorii de risc																		
2.	Informare generală despre bolile cardiovasculare																		
3.	Informare generală despre diabetul zaharat																		
4.	Informare generală despre tuberculoză																		
5.	Completarea chestionarului privind depistarea factorilor de risc																		
6.	Informare despre factorii de risc individuali în baza chestionarului																		
7.	Măsurarea glicemiei																		
8.	Măsurarea TA																		
9.	Cântărirea și aprecierea IMC																		
10.	Măsurarea circumferinței abdomenului																		
11.	Referirea / însoțirea persoanelor către AMP																		
12.	Numărul de persoane care au ajuns la AMP, din cele menționate la p. 11																		
13.	Referirea/însoțirea persoanelor către asistența socială																		
14.	Numărul de persoane care au ajuns la asistența socială, din cele menționate la p. 13																		
15.	Informarea și consilierea pacienților cu boli cardiovasculare cu risc de non-aderență																		
16.	Informarea și consilierea pacienților cu diabet zaharat cu risc de non-aderență																		
17.	Discuție cu membrii familiei																		
18.	Semnătura beneficiarului																		



Bayer Foundations



CENTRUL
DE ÎMPROBARE
DE SĂNĂTATE
ACTIV
INVOLVEMENT

Scrierea, editarea și tiparul acestui document au fost posibile datorită susținerii Proiectului Bayer Cares for People Project „Implicarea comunității pentru acțiune în domeniul sănătății publice din Moldova („Community Engagement for Public Health Action in Moldova”) prin intermediul Asociației Obștești “AFI”.