

016-053.2

E82

DL

Constantin EȚCO, Alina FERDOHLEB,
Svetlana ȘTEFANEȚ

Managementul îngrijirii și supravegherii copiilor sub vârsta de 5 ani



DZ 616-053.2
E 82

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

„Nicolae TESTEMIȚANU”

Catedra Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină

Constantin EȚCO, Alina FERDOHLEB,
Svetlana ȘTEFANEȚ

**Managementul îngrijirii și
supravegherii copiilor sub vârsta
de 5 ani
(monografie)**

705815

Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
«Nicolae Testemițanu»
Biblioteca Științifică Medicală

dep. leg.

Chișinău, 2011

CZU:

Lucrarea a fost discutată și recomandată spre editare la Seminarul Științific de Profil „Medicină socială și Management” din 17 noiembrie 2011.

Autori:

Constantin EȚCO – dr. habilitat în medicină, prof. univer., șeful Catedrei „Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină”

Alina FERDOHLEB – dr. în medicină, asistent universitar, Catedra „Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină”

Svetlana ȘTEFANEȚ – dr. în medicină, directorul Programului EAQS, UNICEF-Moldova

Recenzenți:

Ala COJOCARU – dr. în medicină, conf. cercet., ICȘDOSMC

Tudor GREJDEANU – dr. habilitat în medicină, prof. univer., Catedra „Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Tamara ȚURCAN – dr. în medicină, coordonator național al Programului Național „Conduita Integrată a Maladiilor la Copii” (CIMC)

Monografia reprezintă o analiză detaliată a managementului supravegherii populației pediatrice sub vârsta de 5 ani. Prin cercetarea experimentală realizată printre consumatorii și prestatorii de servicii au fost evidențiate riscurile și oportunitățile managementului supravegherii copilului de vârstă timpurie. Această lucrare este destinată atât mediului academic, cât și conducătorilor serviciului de asistență medicală primară, medicilor de familie, studenților și rezidenților.

Asistență computerizată: **Rodica Fărâmbă**

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Managementul îngrijirii și supravegherii copiilor sub vârsta de 5 ani: (monografie) / Ețco Constantin, Ferdohleb Alina, Ștefanet Svetlana; USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină. Ch. 2011.

(Tipografia „CRONPRINT” SRL). 214 p.

Bibliogr.: p. 156-168 (146 titl.) – 120 ex.

ISBN:978-9975-4033-2-0. 616-083-053.2:005 E 82

„Părinții poartă răspundere pentru dezvoltarea fizică, intelectuală și socială a copilului, ținând cont în primul rând de interesele acestuia.

Părinții poartă răspundere juridică pentru lipsa de supraveghere permanentă a copiilor de vârstă fragedă și preșcolară.”

„Legea RM privind drepturile copilului” nr. 338-13 din 15.02.1994



PREFAȚĂ

Lucrarea de față este rodul experienței autorilor cu aplicații în studiul stării de sănătate a populației pediatrice. Sunt prezentate ca metode manageriale moderne, evaluate în asistența medicală primară din domeniul supravegherii copilului de vârstă timpurie.

Lucrarea a fost realizată cu contribuția și ajutorul colectivului didactic al Catedrei „Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină”. Aducem mulțumiri și biroului UNICEF-Moldova, managerilor din asistența medicală primară din raionale Soroca, Călărași, Basarabeasca și mun. Chișinău, sec. Râșcani, pentru ajutorul și susținerea acordată în colectarea informației pentru această lucrare.

Considerăm că rezultatele acestui studiu vor contribui la consolidarea serviciului de asistență medicală primară în domeniul supravegherii, îngrijirii și dezvoltării copilului în țara noastră prin implementarea măsurilor manageriale propuse la nivel de republică.

Autorii

CUPRINS

PREFAȚĂ	3
ABREVIERI	7
INTRODUCERE	8
1. ASPECTE ALE SERVICIULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ ÎN DOMENIUL ÎNGRIJIRII ȘI SUPRAVEGHERII COPILULUI	13
1.1. Abordarea istorico-teoretică a formării serviciului de îngrijire și supraveghere a copiilor	13
1.2. Concepte și direcții științifico-practice ale Pediatriei sociale	17
1.3. Pediatria socială – o nouă direcție de cercetare interdisciplinară în RM.....	19
1.4. Noțiunea de sănătate a copilului, grupele de sănătate și factorii de risc pentru sănătatea copiilor de vârstă timpurie	26
1.5. Indicatorii stării de sănătate: mortalitatea, morbiditatea, invaliditatea și dezvoltarea copiilor (fizică și psihosocială)	35
2. MATERIALE ȘI METODOLOGIA DE ORGANIZARE A CERCETĂRII	46
2.1. Caracteristica generală a metodologiei de cercetare	46
2.2. Metodologia de selectare și de proiectare a eșantionului de studiu	50
2.3. Metodologia cercetării factorilor de risc pentru sănătatea copilului	55
2.4. Metode de evaluare statistică a rezultatelor obținute	62
3. DINAMICA ȘI STRUCTURA INDICATORILOR STĂRII DE SĂNĂTATE A COPILOR SUB VÂRSTA DE 5 ANI (studiul integral)	64
3.1. Dinamica și structura mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani (2003-2010)	65
3.2. Dinamica și structura incidenței copiilor sub vârsta de 5 ani (2003-2010)	76
3.3. Dinamica rezultatelor examenelor profilactice la preșcolarii cu retard fizic și a indicatorului invalidității populației pediatrice (2003-2010)	82

3.4. Analiza corelației dintre indicatorii stării de sănătate a copiilor (2003-2010)	91
4. ANALIZA MEDICO-SOCIALĂ A CONSUMATORILOR ȘI DESCRIEREA SOCIAL-PROFESIONALĂ A FURNIZORILOR DE SERVICII ÎN DOMENIUL ÎNGRIJIRII ȘI SUPRAVEGHERII COPILULUI (studiul selectiv)	96
4.1. Caracteristica medico-socială a familiilor cu copii sub vârsta de 5 ani	96
4.2. Factorii de risc sociofamiliali pentru sănătatea copiilor sub vârsta de 5 ani	108
4.3. Cunoștințe, atitudini, deprinderi practice ale familiei în vederea îngrijirii și supravegherii copiilor sub vârsta de 5 ani	111
4.4. Perceperea de către părinți a serviciului de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și supravegherii copilului (<i>acces, proces de instruire / informare</i>)	115
4.5. Caracteristica social-profesională a lucrătorilor medicali din serviciul de asistență medicală primară	119
5. ANALIZA MANAGEMENTULUI SERVICIULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ ÎN DOMENIUL ÎNGRIJIRII ȘI DEZVOLTĂRII COPILULUI	126
5.1. Particularitățile serviciului de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului	126
5.2. Programul Național „Conduita Integrată a Maladiilor la Copii”: implementări strategice	133
5.3. Managementul supravegherii copiilor sub vârsta de 5 ani și instruirii familiilor acestora în cadrul serviciului de asistență medicală primară	140
Concluzii generale	148
Recomandări	151
Summary	152
Резюме	154

Bibliografie	156
Glosar de termeni și noțiuni	169
ANEXA 1. Clasificarea localităților după nivelul mortalității copiilor sub 5 ani	172
ANEXA 2. Clasificarea localităților după nivelul morbidității copiilor sub 5 ani	175
ANEXA 3. Clasificarea localităților după nivelul rezultatelor examenelor profilactice ale preșcolarilor cu retard fizic	178
ANEXA 4. Clasificarea localităților după nivelul invalidității populației pediatrice	181
ANEXA 5. Semne de pericol pentru viața, sănătatea și dezvoltarea copilului sub vârsta de 5 ani	184
ANEXA 6. SCORUL DE IDENTIFICARE a indicatorilor stării de sănătate a copilului	187
ANEXA 7. Atlasul indicatorilor stării de sănătate a copiilor de vârstă timpurie	210

ABREVIERI

AMP	Asistență Medicală Primară
CCS	Cabinetul copilului sănătos
CDC	Centrul pentru Prevenirea și Controlul Maladiilor (<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>)
CIMC	Conduita Integrată a Maladiilor la Copii
CMF	Centrul medicilor de familie
CFB	copii frecvent bolnavi
CPS	copii practic sănătoși
FR	factori de risc
IC	interval de încredere
I_s	incidența specifică morbidității
I_t	incidența generală (totală) a morbidității
IMSP	Instituție Medico-Sanitară Publică
LM	lucrător medical
MF	medic de familie
M_{0-1}	mortalitate infantilă
M_{0-5}	mortalitate sub 5 ani
MS	Ministerul Sănătății
NCHS	Centrul Național American pentru Statistici de Sănătate (<i>National Center for Health Statistics</i>)
ODM	Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului
OMS	Organizația Mondială a Sănătății (<i>World Health Organization</i>)
OR	Raportul probabilităților (<i>Odds ratio</i>)
RA	Riscul atribuabil
RDD	Regiune de dezvoltare
RM	Republica Moldova
SDSM	Studiul Demografic și de Sănătate din Moldova
UE	Uniunea Europeană
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (<i>United Nations Children's Fund</i>)
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

INTRODUCERE

Un început de viață prielnic constituie fundamentul reușit al tuturor proceselor fizice, neuropsihice și social-comportamentale ale copilului, pe care el și le va dezvolta pe parcursul vieții. Copiii sunt bogăția cea mai valoroasă a societății, de aceea investițiile în generația tânără garantează o dezvoltare durabilă a societății respective.

Toți copiii trebuie să aibă parte de un început bun în viață și de posibilitatea dezvoltării capacităților individuale într-un mediu sigur și favorabil. Atunci când este vorba despre sănătatea copilului, cu toții avem nevoie de un sfat profesional și de un serviciu specializat cu management performant. Aceste și alte postulate sunt oglindite în *Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului* (ODM) (până în anul 2015) – document adoptat de Adunarea Generală a Națiunilor Unite la cea de-a XXVI-a Sesiune Specială la data de 10 mai 2002, New York, ce promovează dezvoltarea fizică, psihologică, spirituală, socială, afectivă, cognitivă și culturală a copiilor ca problemă prioritară la nivel național și global [25].

În particular, al patrulea obiectiv din cele opt presupune:

- descreșterea cu **două treimi** a mortalității sub vârsta de 5 ani, de la anul 1990 către anul 2015;
- diminuarea mortalității sub vârsta de 5 ani de la **18,3‰** în 2002 la **8,4‰** în 2015;
- diminuarea indicatorului mortalității infantile de la **14,7‰** în 2002 la **6,3‰** în 2015;
- creșterea ponderii copiilor sub vârstă de 2 ani vaccinați împotriva rujeolei, de la **99,2%** în 2002 la **100%** începând cu 2006 [70, 73].

Un grup internațional de cercetători din SUA, UE și Australia, în baza studiilor efectuate, a declarat că acest obiectiv este real [71]. În studiu au fost incluse 172 de țări, el fiind realizat printr-un suport logistic din partea OMS, Băncii Mondiale, Națiunilor Unite, UNICEF-ului. Cercetările au notat o scădere a mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani de la 110‰ în anul 1980 până la 72‰ în anul 2005; indicatorul mortalității infantile s-a redus de la 13,5‰ în anul 1980 până la 9,7‰ în 2005. În cadrul cercetării-

lor s-a stabilit că, dacă mortalitatea infantilă va continua să scadă cu această dinamică, atunci analiza indicatorului prospectiv al deceselor copiilor sub vârsta de 5 ani în 2015, în comparație cu 1990, se va micșora cu 27%, deci cu mult mai mult decât prezintă obiectivul patru reflectat în ODM.

Republica Moldova a obținut succese considerabile în ceea ce privește creșterea *indicatorilor esențiali* de sănătate. Astfel, rata mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani a scăzut cu 40% (de la 23,5‰ în 1991 la 14,0‰ în 2007) [38]. Dacă s-ar compara rezultatele obținute cu indicii reflectați în *Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului*, indicatorul mortalității copiilor sub vârstă de 5 ani rămâne de trei ori mai înalt față de media europeană [1].

În Republica Moldova a fost dezvoltată și aprobată *Politica națională de sănătate a Republicii Moldova* prin Hotărârea Guvernului RM nr. 886 din 6 august 2007. Aici este marcat că asigurarea unui început *sănătos de viață* va fi considerat o prioritate a statului de asigurare a serviciilor de asistență medicală și socială calitative pentru mamă și copil, în vederea respectării prevederilor stipulate în *Obiectivele de Dezvoltare a Mileniului* [38].

În *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*, aprobată prin Hotărârea Guvernului RM nr. 1471 din 24 decembrie 2007, este remarcat că indicatorul mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani ca unul dintre cei 9 indicatorii de bază de impact ai stării sănătății populației [37].

A investi în sănătatea și în dezvoltarea copiilor este una dintre deciziile cele mai judicioase pe care le pot adopta liderii guvernului sau/și managerii nivelului superior ai sistemului de sănătate. Nu este vorba doar de bunul simț, ci și de o gândire logică și economică. În plan financiar, investițiile în copii sunt mult mai rentabile decât majoritatea altor forme de investiții publice și/sau private. Studiile arată că, investind un dolar în programele de dezvoltare a copiilor de vârstă mică, se poate obține mai târziu o economie de șapte dolari (OMS, 2007) [70, 71].

Totodată, studiile demografice, socioigienice, medico-sociale întreprinse pe parcursul ultimilor douăzeci de ani de cercetătorii din Republica Moldova evidențiază schimbări esențiale în managementul supravegherii copilului care vizează: condițiile, modul

de trai și sănătatea copiilor din localitățile rurale (Ețco C. 1992); aspectele medico-sociale și organizatorice ale invalidității la copii (Spinei L. 1998; Ștefanet S. 1999); evaluarea statutului alimentar al copiilor din spațiul rural (Gutțul A. 2000); evaluarea medico-socială a sănătății elevilor (Maistrenco G. 2005); evaluarea medico-socială a sarcinii și nașterii la adolescente (Boderscova L. 2005); evaluarea medico-socială și psihologică a familiilor monoparentale din mediul rural (Corcodel D. 2007); analiza problemelor protecției sociale a copilului și familiei vulnerabile (Grigoraș S. 2005); analiza privind protecția drepturilor mamei și copilului în condițiile dezvoltării sociale stabile (Cușnir L. 2005); elaborarea modelului de acordare a serviciilor de intervenție timpurie pentru copiii cu dizabilități (Puiu I. 2008); cercetarea managementului îngrijirii și dezvoltării copilului sub vârstă de 5 ani (Ferdohleb A. 2009); studierea managementului tehnologiilor informaționale în optimizarea serviciilor de asistență medicală mamei și copilului (Grimut Al. 2009); argumentarea științifică a programului de promovare a sănătății adolescenților la nivel comunitar în RM (Maximenco L. 2010); evaluarea complexă a stării de sănătate a adolescenților de 15-18 ani din RM (Iziumov N. 2010); integrarea serviciilor de asistență socială în cadrul îngrijirilor perinatale (Șișcanu D. 2011).

Societatea modernă din spațiul postsovietic la fel accentuează criza dezvoltării demografice (Щепин В.О., Дьяченко В.Г. 2000; Тишук Е.А., 2001). Promovarea modului sănătos de viață în familiile cu copii de vârstă preșcolară este unul dintre elementele de bază ale pediatriei sociale și are un rol primordial în formarea tinerei generații din primele momente de viață (Синельникова В.М. 1995; Стародубов В.И., Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 1996; Вельтищев Ю.Е., Веселов Н.Г. 1992; Юрьев В.К., Юрьев В.В. 1993-2008). Asupra acestei probleme s-au axat cercetările unui șir de autori (Кича Д.И. 1995; Ваганов Н.Н. 1999-2010; Баранов А.А. 2000-2011; Шарапова О.В. 2003-2010).

Actualmente familiile cu copii au nevoie de informare, de instruire adecvată, pentru a depăși obstacole privind îngrijirea, dezvoltarea acestora conform vârstei. Procesul de instruire, de școlarizare a părinților necesită să fie organizat la nivel

profesional și să corespundă standardelor internaționale din domeniu. Supravegherea sistematică a copiilor în perioada de vârstă timpurie privind dezvoltarea fizică, neuro-motorie și factorii de risc pentru sănătate este o cerință a timpurilor noastre, care va permite elucidarea schimbărilor sănătății copiilor și anticiparea cazurilor evitabile / nefavorabile pentru sănătate [24]. Reieșind din actualitatea temei managementului serviciului în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului sub vârsta de 5 ani, ținem să menționăm aportul nostru în dezvoltarea acestui sistem de servicii în țara noastră prin înaintarea scopului cercetării efectuate.

Până în prezent, în Republica Moldova n-a fost efectuat un studiu complex multidirecțional de *evaluare a particularităților serviciului de asistență medicală primară în domeniul supravegherii, îngrijirii și dezvoltării copilului sub vârsta de 5 ani și elaborarea măsurilor manageriale în vederea fortificării acestui serviciu în țară*, ceea ce a și constituit **scopul** actualei cercetări.

Pentru realizarea scopului au fost trasate următoarele **obiective**:

1. Caracteristica particularităților serviciului de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului.
2. Studiarea nivelului și structurii indicatorilor stării de sănătate a copiilor sub vârsta de 5 ani în funcție de repartizarea administrativ-teritorială.
3. Analiza factoriilor de risc pentru sănătatea copilului sub vârsta de 5 ani în baza aspectelor medico-sociale ale familiilor acestora.
4. Caracteristica social-profesională a lucrătorilor medicali din AMP în domeniul supravegherii, îngrijirii și dezvoltării copilului.
5. Elaborarea măsurilor manageriale în vederea fortificării serviciului de asistență medicală primară în domeniul supravegherii, îngrijirii și dezvoltării copilului.

Noutatea și originalitatea lucrării

În premieră a fost evaluat serviciul de asistență medicală primară și argumentate științific măsurile manageriale pentru serviciul în domeniul supravegherii copilului sub vârsta de 5 ani. Procesul cercetărilor efectuate s-a bazat:

- pe analiza social-profesională a lucrătorilor medicali (opinii / sugestii) din AMP;
- pe analiza medico-socială a familiilor cu copii sub vârsta de 5 ani (cunoștințe / practici);
- pe analiza consumatorilor de servicii, cu accentul pe „*accesul și procesul de instruire /informare în cadrul serviciului respectiv*”.

Alte momente **inovative cu semnificație teoretică** ale lucrării au fost:

- studierea epidemiologică a indicatorilor stării de sănătate a copiilor sub vârsta de 5 ani, în funcție de repartizarea administrativ-teritorială: 1) regiunile de dezvoltare (RDD) și 2) localitățile municipale și raionale;
- ierarhizarea determinantilor de sănătate, ce duc la formarea grupei „copii frecvent bolnavi”;
- elaborarea „Atlasului indicatorilor stării de sănătate a copiilor de vârstă timpurie”;
- elaborarea „Scorului de identificare a mortalității sub 5 ani”;
- elaborarea „Scorului de identificare a incidenței morbidității sub 5 ani”;
- elaborarea „Algoritmului supravegherii copilului practic sănătos”;
- elaborarea „Algoritmului supravegherii copilului cu factori de risc pentru sănătate”;
- structurarea „Baremului factorilor de risc pentru sănătate” ce duc la dezvoltarea maladiilor din grupa ”copii frecvent bolnavi”, care vor fi utile pentru examenul medical de rutină și pentru cel de bilanț ale copiilor sub vârsta de 5 ani.

Cuvinte-cheie: serviciu de asistență medicală primară, indicatorii stării de sănătate, factori de risc pentru sănătate, copii sub vârstă de 5 ani, lucrători medicali, mortalitate, morbiditate, copii frecvent bolnavi, copii practic sănătoși, indicatorii „per serviciu” în domeniul supravegherii copilului.

1. ASPECTE ALE SERVICIULUI DE ASISTEN- ȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ ÎN DOMENIUL SUPRAVEGHERII COPILULUI

În ultimele decenii, în domeniul consolidării serviciului de asistență medicală primară prestată populației pediatrice au fost înregistrate unele progrese. Mortalitatea copiilor sub vârsta de 5 ani în perioada 1960–1990 a fost redusă la nivel mondial în jumătate (de la 216‰ până la 107‰). La nivel național, indicatorul mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani la fel a fost redus în aceeași perioadă (de la 65‰ până la 37‰), conform datelor OMS [72]. Pe de o parte, în fiecare an OMS atestă circa 12 milioane de copii care decedază înainte de atingerea vârstei de 5 ani. Pe de altă parte, milioane de copii supraviețuiesc, dar nu au posibilitatea să-și dezvolte oportun potențialul genético-biologic. Deseori părinții nu sunt familiarizați de către lucrătorul medical cu etapele de prevenire, de ameliorare a stărilor patologice ale copilului, cu activitățile profilactic-curative, care ar îmbunătăți dezvoltarea fizică, neuropsihică și socială a copilului [33].

În acest capitol prezentăm fundamentul științifico-teoretic privind serviciile prestate familiilor în domeniul îngrijirii și supravegherii copilului sub vârsta de 5 ani.

1.1. Abordarea istorico-teoretică a formării serviciului de îngrijire și supraveghere a copiilor.

Cercetările stării de sănătate a copiilor condiționat pot fi divizate în: 1) cercetări cu aspecte clinice ale maladiilor la copii; 2) cercetări cu aspecte manageriale ale serviciilor prestate copiilor cu maladii. Este evident faptul că direcția clinică a medicinei nu este în stare să rezolve complet problemele populației pediatrice, în pofida multor domenii interdisciplinare existente. În ultimul deceniu a crescut importanța cercetărilor cu aspect de profilaxie și de prognoză a stărilor critice [3, 5, 125, 126].

Studierea stării de sănătate și a determinantilor sănătății la copii sunt obiective majore ale managementului sanitar, ale asistenței medicale primare în domeniul îngrijirii și dezvoltării copi-

lului. Serviciile prestate familiilor cu copii trebuie să urmărească realizarea potențialului biologicogenetic al copilului, în vederea creșterii, îngrijirii, dezvoltării continue a organismului acestuia.

Recomandări cu privire la îmbunătățirea sănătății și dezvoltării copilului putem găsi încă în lucrările lui *Hippocrates din Chios* în sec. IV î. H., în „Tratamente” și „Tratamente ale bolilor acute” [125]. Deja în resursele literare antice s-a atenționat asupra influenței factorilor ca regimul alimentar, modul de viață și clima asupra sănătății copilului. În lucrările lui *Philippus Aureolus Paracelsus (1493-1541)* a fost descrisă influența stilului, condițiilor de viață în familii asupra dezvoltării copiilor [30, 61, 123].

Primul spital pentru copii la nivel mondial – „*L'Hôpital des enfants malades*” – a fost înființat la Paris în 1802 și continuă să funcționeze și astăzi. Prima unitate medicală din domeniul pediatrie din România și-a deschis porțile la București la 10 octombrie 1858. Spitalul care putea să presteze servicii, în medie, la 40 de copii (cu vârsta între 3 zile și 10 ani), avea o echipă compusă din patru medici, printre care era *Dr. Carol Davila*. Conceptul de *ocrotire a sănătății copilului* s-a răspândit și în alte țări ale Europei și Americii, accentul inițial fiind pus pe alimentarea copilului în perioada de vârstă fragedă [8].

În Europa primele reforme în serviciul de *asistență medicală primară* au fost preocupate de influențele malnutriției, condițiilor precare de trai, lipsei asistenței prenatale asupra stării de sănătate a viitoarei generații. Apoi, activitățile medico-profilactice prestate familiei s-au manifestat în suburbiile sărace ale *centrelor industriale franceze* sub forma bucătăriilor de lapte – „*Gouttes de Lait*” [31, 33]. Liderii comunităților rurale franceze și autoritățile locale au stabilit o recompensă de stimulare pentru mamele copiii cărora supraviețuiau până la 1 an. Această inițiativă-pilot a favorizat reducerea mortalității infantile de la 300‰ până la 200‰ doar în câțiva ani. Pe parcurs, această inițiativă s-a extins într-un program social complex de protecție a copilului, care promova alimentarea naturală cu lapte matern și suplimentarea alimentării copilului cu produse lactate, după cerințele de vârstă, ceea ce a micșorat considerabil rata *mortalității infantile și mortalității sub 5 ani*. Aceste obiective au fost implementate de *Abraham Jacobi*

(1860) în secțiile pediatrie ale clinicilor din New-York în SUA, în baza exemplului colegilor germani. Primul spital de pediatrie din SUA a fost deschis în 1895 în Philadelphia [70].

Primul spital de pediatrie din Rusia a fost deschis în Sankt-Petersburg în 1834, fiind al doilea în Europa. În baza Academiei Medico Chirurgicale din Rusia, în 1870 a fost deschisă prima catedră de pediatrie. Acest pas a marcat o direcție de sine stătătoare în știință: cu implementarea largă a *medicinii de zemstvă*, cu deschiderea clinicilor consultative de profil pediatric, cu crearea bucătăriilor de lapte și creșelor etc. [110, 123].

La sfârșitul sec. XIX și începutul sec. XX, în Rusia s-au deschis 30 de spitale cu profil pediatric, cu indicatorii *mortalității infantile* $\approx 273\%$ și ai *mortalității sub 5 ani* $\approx 430\%$ (anul 1913). Primele lucrări științifice privind abordarea problemelor nutriției, igienei la copii, culturii sanitare din Rusia sunt legate de numele lui *Belșki I.I.* Savantul *Filatov N.F.*, în colaborare cu colegii din Europa *Pirke K.* (Austria); *Pfaundler M.* (Germania); *Iuteli V.* și *Kriushe J.* (Franța); *Koplik G.*, *Gundobin N.P.*, *Raufus K.A.* și *Getcinson* (Anglia) au pus temelia *asistenței mamei și copilului* [123, 125].

Avantajele alimentației exclusiv naturale au fost descrise de *Maksimovici-Ambrodik N.M.*, fondatorul *Obstetricii și Perinatologiei*, în lucrarea „Laptele matern este folositor, asigură siguranță și nu poate fi înlocuit cu nimic” (1784-1786). Savantul menționa: „*introducerea suplimentului în rația copilului este recomandabilă nu mai devreme de 5-6 luni de viață a acestuia*”. Cu regret, aceste postulate au fost uitate și abia în anii '80-90 al sec. XX. *Departamentul sănătății și dezvoltării copilului* al SDC/OMS a început să promoveze politica cu privire la „*avantajele alimentației exclusive naturale la piept*” [104]. Unul dintre fondatorii *Pediatriei*, *Horvițki S.F.*, în colaborare cu colegii din Franța (*Bretonno*, *Trusso*, *Bartez*, *Rilie*, *Bușiu*) și din Austria (*Mair*, *Shteiner*, *Ritter*) și-au expus postulatele în îndrumarul metodic „*Introducere în Pediatrie*” (1847) – pe mai mult de 100 de pagini sunt descrise recomandările unui mod de viață sănătos în familia copilului [98, 109, 111].

Recunoscând faptul că atât copilul, cât și mama au nevoie de servicii medico-sanitare specializate, Asociația Americană a Me-

dicilor a format în anul 1879 un departament ce s-a transformat în anul 1888 în Asociația Americană a Pediatriilor – AAP (*Theodore Tulchinsky*, 2003). Iar în anul 1947, în urma sporirii cerințelor față de serviciul de *asistență medicală primară*, a fost fondată Asociația Americană a Medicilor de Familie – AAMF, cu obiective axate pe îngrijirea pentru sănătate, îngrijirea cost-eficientă a pacientului în orice perioadă de vârstă în familie, în comunitatea acestuia.

În perioada postbelică au fost efectuate un șir de cercetări ale morbidității copiilor [104, 111, 114]. În acești ani au fost realizate metodele de cercetare selective, observaționale, descriptive ale stării de sănătate a copiilor; au fost menționate dominantele factorilor sociali de risc în probabilitatea apariției „maladiilor noi” [2, 3, 10, 19]. Cercetarea lui *Levitin S.M.* (1948) privind morbiditatea copiilor cu vârsta de la 5 zile până la 3 ani în funcție de structură a argumentat legătura dintre consecințele patologiilor și factorii de risc pentru sănătate. La această etapă s-au analizat indicatorii morbidității copiilor în funcție de nivelul dezvoltării fizice a populației pediatrice din diferite grupe de vârstă.

În anii '90 ai sec. XX, în domeniul cercetării s-au aplicat pe larg metodele matematico-statistice de analiză a rezultatelor de studiu prin intermediul computerelor personale. Aceste și multe alte aspecte au permis formarea unei direcții științifice noi în republică - *Pediatria socială* (*Ețco C., Popușoi E., Spinei L.*) [16, 55]. Au fost implementate modele noi în structura serviciilor prestate familiilor cu copii de vârstă timpurie.

Obiectivele principale ale noii direcții au cuprins studierea stării de sănătate a copiilor în complexul factorilor mediului social [13, 21, 22]. Cercetarea integrală, complexă a populației pediatrice a analizat practic toate laturile vieții familiale cu influență asupra sănătății copiilor (*Grinina O.V.*) [96, 97]. Acest program de cercetare a evidențiat aspectele demografice, social-igienice, medico-biologice, medico-sociale, de comportament și de mediu ale copiilor; iar unitatea de observație a fost familia cu copil. Cercetările socioigienice integrale/complexede populației pediatrice au fost realizate de: *Polunin N.V., Koșkin E.A., Ivanov E.A., Stepanov N.N., Beleaev G.G.* [80, 110]. La această etapă s-a analizat legătura directă dintre unii factori de risc pen-

tru sănătate și dezvoltarea fizică a copiilor, oglindită în lucrările lui Baranov A.A. [81, 82]; dintre factorii de risc și dermatozele alergice din lucrările lui Ravinscai I.N., Cogavel Y.Y., Halliday D.F, Alexander Y.R. [122].

1.2. Concepte și direcții științifico-practice ale Pediatriei sociale.

Conturarea treptată a diferitelor specialități medicale, care prestează servicii copilului de vârstă timpurie, a dus inevitabil la concepția socială a medicinei, copilul (*sănătos* sau *bolnav*) nefiind un individ izolat, ci trăind într-un mediu complex: familial, socioeconomic, geografic etc.

În prezent, în Pediatrie s-au evidențiat următoarele direcții:

- *profilactică*: primară, secundară, terțiară;
- *clinică*: diagnosticare, cu etape curative și de reabilitare;
- *științifică*: epidemiologia descriptivă, analitică și randomizată;
- *socială*: social-igienică, social-biologică, comportamentală, medico-organizatorică;
- *ecologică*: momente ale situațiilor extreme și catastrofale (Cernobâl etc.) [110].

În anul 1962, a fost înființată **Pediatria socială** (la Congresul Internațional de Pediatrie din Lisabona). La apariția noii direcții științifico-practice au contribuit savanții: Robert Debre, M. Manciaux, R. Mande, N.P. Masse, J. Forfar, J. Apley, L. Köhler, P. Ortiz (Ciofu E.P., 2001). Tot atunci la Lisabona pentru prima dată au fost descrise și clasificate „maladiile noi”: sindromul copilului bătut, sinucidere, omucidere [31, 32, 43, 63]. „Sindromul copilului bătut” s-a folosit pentru a caracteriza schimbările clinice și consecințele abuzului fizic față de copilul de vârstă fragedă. Acum, după jumătate de secol, sunt prezentate valoroase argumentări științifice, astfel comportamentul abuziv față de copil a devenit o problemă globală. El se manifestă în diferite forme și are rădăcini adânci în comunitățile cu diferite norme culturale, religioase, educaționale și social-economice.

705815

Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
«Nicolae Testemițanu»

Biblioteca Științifică Medicală

În 1993, Asociația Americană a Pediatriilor (AAP) a adoptat o nouă politică, a revăzut obligațiile/ sarcinile, a acceptat noțiunea de „maladii noi”. Rezolvarea acestei probleme globale necesită înțelegerea cauzelor de apariție și a consecințelor pe care le produc aceste boli. De aici survine și primul argument pentru colaborarea *interdisciplinară*, în scopul prevenirii lor. „Maladiile noi” au adus o schimbare în înțelegerea impactului părinților supra sănătății copilului. Implicarea medicului de familie în problemele psihosociale ale familiei poate juca un rol important în dezvoltarea copilului [3]. În 1999, AAP a implementat „*Recomandările în vederea îngrijirii și prevenirii stărilor nefavorabile pentru sănătatea copiilor*” (RE-9535). În pachetul programului RE-9535 se spune: „*Lucrătorii medicali din AMP sunt familiarizați cu recomandările referitor la măsurile manageriale în cazul prezenței și în cazul prevenirii violenței în familie, până la vârsta de 21 ani ai copilului*” [4, 63]. În SUA, în statul New-York, lucrătorii medicali sunt obligați să frecventeze cursul „*Deprinderi de percepere a abuzului fața de copil*”, aceasta fiind una dintre condițiile obligatorii înainte de a primi licența de practică medicală.

Pediatria socială stă la baza protecției sanitare și sociale a copilului, se situează la hotarul dintre medicina practică și științele sociale. La fel, ea are multe elemente comune cu Sănătatea publică pe care se bazează (demografia, epidemiologia, economia sanitară, sociologia, biostatistica etc.). Evidențierea și analiza factorilor de risc cu impact asupra îngrijirii și dezvoltării copilului se plasează pe primul loc după importanță în contextul social-familial [36, 80, 98, 101, 115].

„*Pediatria socială, ca parte componentă a pediatriei, studiază starea de sănătate a copiilor prin prisma factorilor care influențează asupra lor și totodată elaborează sistemul eficient de profilaxie socială pentru prestarea serviciilor populației pediatrice*” susține Veselov N.G., șeful primei Catedre *Pediatrie socială* a Universității de Pediatrie din Sankt-Petersburg [82, 90, 124].

Altă sarcină a *Pediatriei sociale* este rezolvarea stărilor nefavorabile, legate de sănătatea copiilor și indivizilor, depistate la mai multe nivele sociale. În opinia mai multor savanți, *Pediatria socială*

este mai mult un domeniu social-comportamental decât un domeniu medical, care stă la baza protecției sanitare, sociale a copilului și care se situează la frontiera dintre medicină și științele sociale.

Profesorul *Achenson D.* menționa: „*Pediatria socială este știința și arta prevenirii bolii, a prelungirii vieții și a promovării sănătății prin eforturile organizate ale societății*” [26]. Obiectivul major al domeniului este studiul influenței exercitate de totalitatea factorilor mediului (în primul rând, a celor social-economici, comportamentali) asupra *copilului sănătos sau copilului bolnav*, aflat în proces de creștere, îngrijire și dezvoltare.

O serie de elemente subliniază valoarea / direcționarea *Pediatriei sociale*:

- Populația pediatrică (0-18 ani) reprezintă circa 25% din populația RM; procentul este aproximativ același în toate țările europene. Conform principiului ce susține că sănătatea copilului este strâns legată de sănătatea mamei, reiese că segmentul populației reprezintă $\approx 45\%$ din populația țării.
- Copiii n-au o putere politică și nu sunt reprezentați în grupurile de presiune cu influențe politice în sistemul de sănătate. Ei reprezintă un grup vulnerabil al societății. Sănătatea și starea bună a copiilor reflectă voința, capacitatea societății de a-și ocroti cetățenii: „*societatea care nu-și apără și nu se îngrijește de viitorul copiilor săi își merită numele de societate sinucigașă*”.
- Copiii reprezintă viitorul; de sănătatea lor depinde societatea de mâine.
- Opiniile și atitudinile adultului referitor la cultura sanitară se formează în anii copilăriei.
- În republică există un număr de copii numiți „orfani sociali” – cu părinți biologici în viață, dar care și-au lăsat copiii în grija altora.

1.3. Pediatria socială – o nouă direcție de cercetare interdisciplinară în RM

Au fost realizate o serie de cercetări în vederea determinării influenței condițiilor de viață din familie asupra sănătății copiilor din sectorul rural în republică. Unele dintre acestea sunt studii-

le lui *Constantin EȚCO*. Dumnealui este primul *elev-doctorand* al profesorului *Nicolae TESTEMIȚANU*. Rezultatele cercetărilor lui *C. EȚCO* («Социально-гигиенические аспекты детской смертности от пневмонии в сельской местности, 1979», «Условия, образ жизни и здоровье детей сельской местности густонаселённого региона, 1992») au fost expuse în lucrarea metodică *Organizarea activității staționarului de zi pentru copii* și în documentația medicală *Darea de seamă referitor la copiii invalizi (F-26)*, aprobată de MS al RM prin Ordinul nr. 300 din 12.06.1991 [46, 99].

Dl *Constantin Ețco* împreună cu colegii a contribuit la formarea unei direcții științifice noi în republică – *PEDIATRIA SOCIALĂ*. Această direcție științifică a permis implementarea modelelor noi în structura serviciilor prestate mamei și copilului în zonele rurale.

Așadar, în lucrarea dlui profesor s-a menționat influența *factorilor exogeni și endogeni*, și a *mediului înconjurător* asupra sănătății copiilor. Ca factori exogeni s-au notat *îngrijirea, tipul alimentației nou-născutului, regimul alimentației și accesibilitatea serviciilor medicale*. Reducerea mortalității infantele a fost posibilă datorită micșorării grupei post-neonatale (copii cu vârstă mai mare). Nivelul mortalității infantile este mai înalt în perioada de timp „iarnă–primăvară”, la sexul masculin, la copiii născuții înainte de termen, la copiii cu greutatea mai mică de 2000 g. Totodată, numărul de nașteri, și numărul copilului în familie sunt factori de determinare; al III și IV copil în familie sunt supuși mai mult factorilor de risc în comparație cu I și al II copil din familie. Statului social (mame solitare), studiile și specialitatea (lucrătorii din agricultură) pot fi factori de risc pentru sănătate și viață.

Pentru prima dată pentru Moldova au fost elaborate tabele estimativ-e pentru prognoza factorilor de risc pentru copiii din zone rurale privind mortalitatea infantilă (tabelul 1).

Tabelul 1. Tabelul estimativ-predictiv de prognoză individuală a factorilor de risc pentru copiii din zone rurale privind mortalitatea infantilă (Constantin EȚCO, 1983)

Factori de risc	Grupa factorilor de risc	Rata coeficientului eligibilității (RC)	Coeficientul de diagnostic (CD)
Complicații în timpul gravidității	au fost	7,56	1,88
	nu au fost	0,86	1,91
Născut înainte de termen	prezent	7,94	1,90
	absent	0,88	1,94
Numărul de ordine al nașterii	1-3 nașteri	0,96	1,98
	4 și mai multe nașteri	1,13	0,05
Luna nașterii (anotimpul)	lunile reci ale anului	1,23	0,09
	lunile călduroase ale anului	0,71	1,85
Durata alimentației naturale	până la 4 luni	2,88	0,44
	mai mult de 4 luni	0,16	1,20
Hipotrofie	prezentă	2,84	0,45
	absentă	0,63	1,80
Rahitism	prezentă	68,5	1,84
	absentă	0,59	1,77
Diateza exudativă	prezentă	34,38	1,54
	absentă	0,73	1,86
Plimbări la aer	sistematice	0,67	1,83
	nonsistematice	13,96	1,14
Vârsta mamei	până la 30 ani	0,88	1,95
	după 30 ani	1,47	0,17
Studiile mamei	superioare	0,24	1,38
	medii-profesionale	0,24	1,38
	generale	2,14	0,33

Elemente dăunătoare în activitatea profesională a mamei	prezente	7,32	0,86
	absente	0,67	1,83
Sarcina și copil dorit	dorit/ă	0,78	1,89
	nedorit/ă	17,6	1,25
Consum de alcool	consumă	2,58	0,41
	nu consumă	0,33	1,52
Atitudinea mamei față de copil	cu bună-credință	0,63	1,80
	fără bună-credință	9,43	0,97
Utilizarea spațiului locativ	până la 5 m2	2,69	0,43
	mai mult de 5 m2	0,38	1,59
Supravegherea medicală	sistematică	0,72	1,86
	nonsistematică	11,1	1,04

De menționat că logaritmiile din tabelul nr. 1 prezintă particularitățile (părți întregi) și matisirile (fracții). Numerele mai mari de unu au „logaritmi pozitivi”, numerele mai mici de unu – „logaritmi negativi”. La finele cercetării s-au format trei grupe (în funcție de gradul individual de risc):

- 1) Grupa cu prognoza „favorabilă”: de la -4,36 până la -0,5;
- 2) Grupa cu „atenție”: de la -0,49 până la +2,5;
- 3) Grupa cu „atenție”: de la +2,51 până la +14,99.

Calculând coeficientul de prognoză, medicul are posibilitatea să stabilească grupa de risc, să semneze în „Fișa de observație” sau în „Carnetul de dezvoltare a copilului, F-112/e” și să prescrie conduita curativ-profilactică.

În perioada 1986-1992 au fost elaborate și implementate recomandări metodice referitor la: ambulatorii multi-specializate la nivel rural, *activitatea în echipă* a medicilor de profil din diferite specialități, *staționare de zi și tratament la domiciliu* în vederea prestării serviciilor calitative copiilor din localitățile rurale. La această etapă, savanții *Popușoi E., Ețco C., Spinei L., Iodco N., Ștefanef S.* au implementat documentația medicală *Darea de seamă asupra copiilor invalizi de la 0 până la 16 ani (Forma 46)*, aprobată de MS al RM prin Ordinul nr. 178 din 05.08.1996, la nivel de

AMP. Totodată, la nivel național, au fost elaborate lucrările metodice: *Organizarea activității pediatrului de sector, anul 1990*; *Organizarea activităților curativ-profilactice la copiii din localitățile rurale, anul 1991*; *Completarea documentației medicale din poli-clinica pentru copii, anul 1991*.

Pediatria socială a abordat problemele influenței stresului cronic din familie asupra sănătății copilului și a prezentat beneficiul patronajului la domiciliu în vederea formării comportamentului, practicilor în domeniul îngrijirii [2, 7, 22]. Cercetătorii *Diamond K.* și *Squires J.* au subliniat importanța familiarizării părinților cu metoda „screening al dezvoltării preșcolarului”. În lucrările lui *Katkova I.*, *Safarov S.*, *Tintiuc D.*, *Corcodel D.* au fost argumentate urmările negative asupra sănătății copiilor ale divorțului părinților, ale creșterii și dezvoltării copiilor într-un climat psihoemoțional nestabil [12, 108]. *Maksimenco L.L.* a prezentat gradul de influență a unor factori socioeconomiци asupra sănătății copiilor. Iar în lucrarea lui *Maksimova T.M.* este descrisă prognozarea câtorva patologii în funcție de nivelul de trai al familiilor. Rezultatele studiului au constatat legătura directă dintre condițiile familiale, particularitățile educaționale ale membrilor familiei și starea de sănătate a copilului mic [115].

Rezultatele Studiului Demografic și de Sănătate-2005 au arătat că numai două treimi (68,9%) din copiii sub vârsta de 15 ani locuiesc cu ambii părinți biologici; în timp ce 17,1% locuiesc numai cu mama, 4,9% – numai cu tata și 7,4% din copii nu locuiesc nici cu unul dintre părinți. Este important să menționăm că în localitățile rurale trăiesc fără părinții cu 0,7% mai mulți copii decât în mediul urban. Cu cât copilul este mai mare, cu atât mai mare este probabilitatea ca el să nu fie îngrijit de părinții biologici [40].

Totodată, o serie de cercetări au confirmat influența dăunătoare asupra sănătății copilului: a deprinderilor nocive ale tăticilor, de exemplu a alcoolismului (*Bezrukov L.A.*), a nivelului educațional scăzut al părinților (*Nolte A.E.*, *Smith B.J.*, *O'Rouk T.*, *Douglas I.*), a situațiilor de stres cronic din familie (*Isaev D.N.*, *Haggerty R.J.*). Simptomatologia clinică a acestor copii s-a manifestat prin dezvoltarea stărilor premorbide, prin reținerea

în dezvoltarea fizică, prin simptomatica grupei „copii frecvent bolnavi” [59, 62, 77, 83, 91, 121]. Abilitățile adaptive au scăzut; în perioada de instruire apăreau des dificultăți în formarea deprinderilor practice; s-au observat dificultăți cognitive, de cercetare, de relații interpersonale cu semenii. Influența condițiilor și a modului de viață asupra formării patologiilor la copiii din diferite grupe de vârstă au fost cercetate de *Sokolov V.D.*, *Thomsen P.H.* Savanții au stabilit influența factorilor social-demografici asupra indicatorului incidența morbidității patologiilor sistemului nervos al copiilor mici [29, 58, 77, 91, 116, 124]. Influența factorilor social-biologici asupra sănătății copiilor de vârstă preșcolară a fost analizată în lucrările autorilor: *Albițki V.Iu.*, *Baranov A.A.*, *Borisenco N.F.*, *Bezv R.G.*, *Veselov N.G.*, *Bodzsar B.E.*, *Yrko G.P.*, *Horwitz F.D.*

O serie de cercetători au menționat că „mediul social” nu numai poate juca un rol negativ, ci poate să creeze condiții prielnice pentru optimizarea realizării genotipului. În unele cazuri, favorizând importanța factorilor mediului social, se subapreciază „greșelile naturii” – „malformațiile congenitale”. Alți cercetători au menționat importanța sportului, educației fizice pentru sănătatea și dezvoltarea armonioasă a copiilor [45, 84, 121, 122, 123, 126, 127].

În ultimul deceniu, majoritatea cercetărilor social-igienice și medico-sociale ale stării de sănătate a copilului au fost organizate după programe complexe ale savanților: *Gagarina S.A.*, *Albițki V.Iu.*, *Baranov A.A.*, *Purtov I.I.*, *Veselov N.G.*, *Sadov N.G.*, *Erman L.V.*, *Peciora K.L.*, *Cernuha A.D.*, *Absava T.A.*, *Iuriev V.C.*, *Michelsson K.* Metodologia cercetării s-a bazat pe rezultatele examenelor profilactice și pe anumite criterii: analiza disfuncției în ontogeneza timpurie, evaluarea stărilor somatice ale copilului conform vârstei, monitorizarea rezistenței organismului, constatarea prezenței maladiei cronice și a deficiențelor congenitale, evaluarea statutului social al familiilor examinate [35, 77, 81, 90, 95, 125]. Cercetătorii *Grombah S.M.* și *Grinina O.V.* în urma analizei complexe au structurat baremul „grupelor de sănătate”, bazându-se pe indicatorii medii reprezentativi ai morbidității copiilor.

În calitate de criterii pentru evaluarea stării sănătății populației pediatrice au fost folosiți un șir de indicatori. În anul 2000, *Luceaninova V.N.* a propus drept *indicator al sănătății* numărul de copii cu patologii dintr-o anumită grupă de vârstă în raport cu numărul de copii total din această grupă de vârstă. *Indicatorul sănătății* este unul obiectiv, comparabil în timp, spațiu și grupa de vârstă [56].

Savanții *Dmitriev A.F.*, *Tscerbin Iu.D.* consideră că cei mai informativi indicatori de sănătate a populației pediatrice sunt următorii:

- 1) incidența morbidității aparatului respirator și patologiilor alergice;
- 2) prevalența morbidității maladiilor aparatului cardiovascular;
- 3) statutul sistemului imun în corelație cu microflora individului și reacțiile alergice la preparatele medicamentoase;
- 4) îndeplinirea calendarului imunologic, conform standardelor prevăzute;
- 5) particularitățile răspunsului aparatului cardiovascular, bazate pe datele probelor funcționale;
- 6) dezvoltarea fizică de la naștere până la un an.

Aspectele menționate au fost abordate în cercetările complexe [12, 55, 56, 61, 85, 97, 99, 120, 122, 123, 124, 125], în funcție de:

- familiile cu mulți copii (*Cerepanova N.S.*, *Kasâmov G.P.*, *Pozneakova M.A.*);
- familiile cu copil cu dizabilități (*Spinei L.*, *Ștefanef S.*, *Puiu I.*);
- familiile cu părinți sub vârsta de 18 ani (*Grinina O.V.*, *Panicin M.I.*);
- părinții-emigranți (*Bova A.A.*);
- copiii născuți de mame minore (*Oriol V.I.*);
- evoluția indicatorilor stării sănătății la copiii din familii monoparentale (*Titov E.*, *Tintiuc D.*, *Corcodel D.*);
- evoluția indicatorilor stării sănătății copiilor din localitățile rurale (*Ețco C.*).

1.4. Noțiunea de sănătate a copilului, grupele de sănătate și factorii de risc pentru sănătatea copiilor de vârstă timpurie

Noțiunea de sănătate a suferit mai multe interpretări pe parcursul dezvoltării civilizației umane. În perioada medievală sănătatea se asocia cu faptul de supraviețuire în urma multiplelor epidemii severe; în secolul al XXI-lea această noțiune este asociată cu senzația de stare bună fizică și mintală, precum și cu capacitatea adecvată de a-ți îndeplini funcțiile la locul de muncă, în familie și în comunitate. Evoluția definițiilor sănătății în ultimii 100-150 de ani poate fi prezentată astfel: „supraviețuire” – „stare liberă de boli” – „abilitatea de a exercita activitățile cotidiene obișnuite” – „senzația de fericire și prosperitate”.

Perceperea sănătății este diferită în diverse țări ale lumii. Unele stări de sănătate considerate normale în anumite țări ale Africii sunt tratate ca stări patologice în statele dezvoltate ale Europei. Concomitent, anumite stări clinice (de exemplu, durerile articulare la persoanele de vârstă a treia), considerate relativ acceptabile, nu pot fi considerate satisfăcătoare pentru un copil. Prin urmare, sănătatea este un concept multidimensional, ce include nu numai lipsa bolii sau a dizabilității, ci și abilitatea de a îndeplini sarcinile și activitățile cotidiene și de a păstra senzația obișnuită de stare bună.

Prima definiție a sănătății a fost dată de *Hippocrate*, în felul următor: „Sănătatea reprezintă o stare de echilibru între corp, minte și mediu”. Iar cea mai complexă definiție a sănătății a fost oferită de Organizația Mondială a Sănătății: „Sănătatea este o stare de prosperitate completă fizică, mintală și socială, ci nu doar lipsa bolii sau a infirmității” (Constituția Organizației Mondiale a Sănătății, adoptată la Conferința Internațională a Sănătății, 19 iunie – 22 iulie 1946). Mai târziu în această definiție a fost inclusă și „capacitatea de a duce o viață productivă social și economic” (*Theodore Tulchinsky*, 2003).

Este evident faptul că aplicarea definiției OMS asupra stării de sănătate individuale va releva faptul că nimeni nu este absolut sănătos. Această definiție determină direcțiile de acti-

vitare a sistemelor de sănătate pentru o perspectivă de lungă durată, în vederea asigurării unui nivel cât mai bun al sănătății populației. Totodată, este clar că dezvoltarea societăților pe calea asigurării prosperității complete fizice, mintale și sociale va dura permanent.

Noțiunea de sănătate a copilului a fost aplicată de către Voronțov I.M., Kaznaceev S.P., Juk E.G., Eiben O.G., Pechstein I., Hellbrugge Th., Harris P., caracterizând-o ca pe „un proces de adaptare la mediul înconjurător în realizarea funcțiilor biologice și sociale”. Dinamica proceselor fizice și psihice ale organismului reprezintă baza de formare a sănătății pe fondul schimbărilor continue morfologice și funcționale din perioada copilăriei [19, 28, 44, 91, 92].

În anul 1994, Veltișcev Iu.E. a definit sănătatea copilului ca „stare de activitate vitală, ce corespunde cu vârsta lui biologică, unități armonioase ale caracteristicilor fizice și intelectuale, formarea reacțiilor de adaptare și compensare în procesul de creștere”.

Criteriile de clasificare a stării de sănătate, ca și definiția de sănătate, diferă de la țară la țară și de la un sistem de sănătate la altul. În anii '70 ai sec. XX, Serdiukovskaia G.N. a elaborat criteriile de clasificare a grupelor de sănătate la copii, pe care le-a expus în lucrarea sa metodică.

La baza clasificării a fost pusă starea patofiziologică a copilului, însă au fost omise aspectele medico-sociale. Sănătatea copilului, ca și cea a maturului, trebuie să fie examinată complex, incluzând și aspectele sociale. În cercetările profesorului Grombah S.M. (1967, 1981) a fost argumentată necesitatea de clasificare a stării de sănătate a copiilor în funcție de aspectele medico-sociale. Așadar, în grupa I de sănătate s-au inclus subgrupele: I^A, I^B și I^C. Grupa I^C de sănătate sau subgrupa „de atenție” cu risc potențial a cuprins „copii practic sănătoși”, care provin din familii cu risc ecologic, genetic și social. Recomandările științifice n-au avut implementare largă în perioada sovietică. În baza evaluării complexe a stării de sănătate a copilului, Grombah S.M. a propus să ținem cont de următoarele criterii (tabelul 2):

- starea funcțională a organelor și sistemelor organismului;
- rezistența și reactivitatea organismului copilului;
- nivelul de dezvoltare fizică și psihosocială a copilului;
- prezența patologiilor cronice, malformațiilor congenitale.

Copiii în procesul de creștere trec prin „perioade critice” de dezvoltare (Veltișcev Iu.E., 1994), când diapazonul reacțiilor de adaptare se limitează, iar sensibilitatea organismului la factorii de risc se mărește. Pentru prima dată în literatura științifică termenul de „perioadă critică de dezvoltare” a fost introdus de Svetlov P.G., care l-a utilizat pentru caracteristica fazelor de dezvoltare intrauterină (perioada când embrionul / fătul este sensibil la diferiți factori, influența cărora poate conduce la formarea malformațiilor congenitale, hipotrofia intrauterină) [89, 92].

Tabelul 2. Clasificarea grupelor de sănătate a copiilor

(Grombah S.M., revăzută în 1993)*.

Grupa de sănătate	Caracteristica
I - copii sănătoși, care se supun supravegherii standardizate de către medicii de familie (MF)	I ^A copii „practic sănătoși”, cu o dezvoltare corespunzătoare vârstei
	I ^B copii „practic sănătoși”, cu variații de la normă și cu deprinderi dăunătoare
	I ^C copii „practic sănătoși” cu risc social înalt .
II - copii sănătoși cu schimbări funcționale, cu „atenție” și consultație din partea MF și a medicilor de profil	II ^A copii cu supraveghere „temporară” (până la 6 luni) reconvalescenți; copii care necesită măsuri de îmbunătățire stării de sănătate; copii în stadiile încăpătoare de anemie, rahitism, hipotrofie.
	II ^B copii cu supraveghere „înelungată” (mai mult de 6 luni), cu patologii care pot fi recuperate: miopie, astigmatism, picior plat, carie dentară, enureză etc.
	II ^C copii cu supraveghere „permanentă” din familii cu risc social sporit : stările de hotar, schimbări funcționale

III - copii cu devieri persistente în sănătate: maladii cronice în stadiile de compensare, cu supravegheri permanente ale MF, medicilor de profil; cu limitări la eforturi fizice, emoționale etc.	III- ^A copii cu pronosticul favorabil al maladiilor (candidați în gr. II- ^B de sănătate: tonsilită cronică, reținerea vorbirii, retard fizic etc.).
	III- ^B copii cu maladii de prognoză îngrijorătoare (nevroze, sindrom de sensibilitate înaltă chimică și actinică), cu maladii alergice etc.
	III- ^C copii cu manifestări nepronunțate ale maladiilor congenitale și din familiile cu risc social sporit
IV - copii cu maladii cronice și vicii congenitale cu decompensare funcțională (periodică)	IV- ^A copii care suferă de boli recidivante, care necesită spitalizări repetate.
	IV- ^B copii cu patologii congenitale, care necesită tratament îndelungat.
	IV- ^C copii cu invaliditate persistentă, dar nu completă și cu risc social sporit
V - copii invalizi	V- ^A copii cu maladii oncologice.
	V- ^B copii cu maladii de prognoză nefavorabilă.
	V- ^C copii cu invaliditate permanentă, completă, care necesită utilizarea tehnologiilor moderne medicale de îngrijire și cu risc social sporit

**Din datele prezentate în tabel, numai copiii din prima grupă de sănătate (I-^A I-^B I-^C) sunt supravegheați conform „Programului UNIC” al MS al RM și CNAM.*

Pentru copiii din grupele II-V este necesar de elaborat planul supravegherii individuale a îngrijirii și dezvoltării.

În asemenea perioade copilul se află într-o stare nestabilă, este predispus la un risc mai sporit de a face stări premorbide, este predispus la unele patologii în urma influenței factorilor patogeni [89]. În funcție de perioadele de vârstă ale copilului au fost evidențiați factorii de risc *endogeni* și cei *exogeni* cu influență asupra sănătății copilului [5, 27, 29, 84, 89, 94, 121, 125].

Astfel, perioade critice există și în etapa postnatală; acestea au fost descrise de *Veltișcev Iu.E. (revăzute în 1999)*:

- **perioada intrauterină (primul trimestru)**, care este caracterizată prin diferențierea țesutului și formarea organelor.

Stările de pericol și maladiile sunt:

- ✓ influența teratogenă a factorilor fizici, chimici și biologici;
- ✓ dezvoltarea viciilor congenitale;
- ✓ risc înalt al mutațiilor genetice și de cromozomi.

- **perioada intrauterină (ultimul trimestru)**, care este caracterizată prin creșterea masei fătului, trecerea transplacentară a imunoglobulinelor, sinteza surfactantului (substanța activă a plămânilor).

Stările de pericol și maladiile sunt:

- ✓ hipoxie intrauterină;
- ✓ nonmaturitatea fătului;
- ✓ infecții intrauterine;
- ✓ nașterea copiilor cu greutate mică;
- ✓ insuficiența sistemului imun;
- ✓ afectarea SNC;
- ✓ dereglări metabolice.

- **perioada neonatală precoce (0-7 zile de viață)**, care este caracterizată prin adaptarea la condițiile extrauterine de existență, predominarea influenței zonelor subcorticale, reacțiile cu caracter generalizat ale SNC.

Stările de pericol și maladiile sunt:

- ✓ patologii ale sistemului nervos central;
- ✓ manifestarea viciilor de dezvoltare și a maladiilor de cromozomi;
- ✓ dereglări ale proceselor de adaptare.

- **perioada neonatală tardivă (7-28 zile de viață)**, care este caracterizată prin starea de supresor a sistemului imun, capacitate slabă de formare a imunității active; insuficiența sistemului de interferoni, încrucișare în formula de sânge, reglarea homeostazei, termoreglarea.

Stările de pericol și maladiile sunt:

- ✓ predispoziția la infecții generalizate și stările septice;

- ✓ sindromul dereglărilor respiratorii;
- ✓ frecvența înaltă a pneumoniilor, infecțiilor intrauterine.
- **perioada copilului sub vârsta de 6 luni**, este caracterizată prin introducerea complementului în alimentația copilului; dezvoltarea reflexelor, vederii binoculare, memoriei. Totodată, slăbirea imunității pulmonare pasive (innăscute); sensibilizarea nespecifică a organismului; creșterea intensivă; instabilitatea proceselor metabolice.

Stările de pericol și maladiile sunt:

- ✓ manifestarea simptomelor alarmante ale dereglărilor neuropsihice;
- ✓ insuficiența imunității locale;
- ✓ maladiile plămânilor și ale tractului gastrointestinal;
- ✓ sensibilitatea mărită la grupa de virusuri respiratori, creșterea alergiilor alimentare;
- ✓ starea hipoimună agravează dezvoltarea diatezei limfatice;
- ✓ manifestarea rahitismului, anemiei, hipotrofiei.

Sănătatea este determinată de mai mulți factori. Sinergia dintre acești factori determină cât de susceptibili suntem față de maladii sau cât de sănătoși suntem. Există mai multe clasificări ale factorilor determinanți de sănătate, dar pentru prima dată au fost analizate domeniile care determină sănătatea umană din perspectiva sănătății publice de către ministrul canadian al sănătății *Lalonde M.*, în raportul „*Viziuni noi asupra sănătății canadienilor*” (1974).

Conform conceptului „spațiului sănătății” propus în acest raport, domeniile care determină sănătatea sunt descrise în *Modelul epidemiologic ce determină starea sănătății* al lui *Denver*:

1. **factori biologici** – ereditate, caracteristici demografice ale populației;
2. **factori ambientali** – factorii mediului fizic și celui social: factori fizici, chimici, socioculturali, educaționali;
3. **factori comportamentali, atitudinile, obiceiurile**. Stilul de viață depinde de comportamente care, la rândul lor, sunt condiționate de factorii sociali, deși stilul de viață este rezultatul factorilor sociali și al comportamentelor;
4. **servicii de sănătate** – preventive, curative, recuperatorii (*Enăchescu D.*).

Influența domeniilor menționate asupra sănătății este tratată de diferiți autori diferit. *Lalonde M.* a stabilit că influența domeniilor menționate asupra sănătății se distribuie în felul următor:

- 1) *managementul sistemului sanitar* contribuie doar cu 10-15% la condiționarea sănătății populației și a individului;
- 2) *altele / restul* 85-90% sunt distribuite aproape egal între celelalte trei domenii: *biologie umană, comportament și mediu.*

Experții OMS, [24, 72, 73, 74] au stabilit un alt raport al influenței acestor factori asupra sănătății, descris în tabelul ce urmează.

Tabelul 3. Domeniile și ponderea lor în condiționarea stării de sănătate după OMS (1994).

<i>Domeniile și ponderea lor în condiționarea stării de sănătate</i>	<i>Descrierea domeniilor</i>
Biologia umană – 20%	Presupune toate aspectele sănătății fizice și mintale, care au loc în corpul uman ca urmare a proceselor biologice ale corpului și determină înfățișarea lui individuală. Include în sine: ereditatea individului, procesele de mutație și îmbătrânire, mulțimea sistemelor complexe interne ale corpului (osteoarticular, muscular, nervos, cardiovascular, endocrin etc.).
Mediul – 20%	Include toate aspectele legate de sănătate, care sunt externe corpului uman și asupra cărora individul are un control redus sau nu-l are deloc.
Comportamentul – 50%	Constă din totalitatea comportamentelor practicate și deciziilor luate de către indivizi, care afectează sănătatea acestora și asupra cărora indivizii posedă un anumit grad de control.

Sistemul sanitar – 10%	Se subînțelege cantitatea, calitatea, aranjamentul, natura și relațiile dintre oameni și resurse în procesul de acordare a asistenței medicale.
------------------------	---

Conform opiniilor experților OMS, cel mai „larg” factor este *comportamentul*, care în mare măsură determină sănătatea populației la moment (*static*).

Comportamentul, modul de viață au fost sistematizate de *Li-șițân Iu.P.* în patru criterii:

- 1) nivelul economic al populației;
- 2) nivelul sociologic al populației (calitatea vieții și satisfacerea nevoilor materiale/spirituale);
- 3) nivelul social-psihologic (stilul vieții, particularitățile psihologice);
- 4) nivelul social-economic al familiei cu copil (regimul vieții, mediul rural /urban) [112].

Aplicând domeniile ce determină sănătatea umană menționate la populația pediatrică sub vârsta de 5 ani, ajungem la concluzia că acțiunea *mediului ambiant* și organizarea *sistemului de sănătate* nu influențează direct asupra sănătății copilului, ci se reflectă prin prisma *modului de viață / stilului de viață* al familiei.

Așadar, nivelul de trai al familiei, calitatea și regimul vieții copilului sunt în mare măsură determinate de părinți. Iar problemele de evaluare a stării sănătății și evidențierea factorilor de risc pentru sănătate în ultimii ani atrage tot mai multă atenție asupra culturii familiale [9, 12, 17, 22, 47, 55, 61, 94]. Problema referitoare la cultura sanitară în familie și influența acesteia asupra dezvoltării copilului a fost pe larg analizată de savanții țărilor UE, lucrările cărora sunt recunoscute pe plan mondial [6, 7, 8, 16, 23, 27, 28, 31, 44]. Din lucrările autohtone, menționăm cercetările lui *C. Ețco* „*Starea sănătății copiilor din localitățile rurale*” (1992).

Savantul *Voronțov I.M.* a menționat că cultura familială favorizează:

- reducerea maladiilor cronice și a anomaliilor congenitale grave,
- decurgerea maladiilor acute în formă ușoară și cu frecvență rară;

- reducerea sindroamelor „prenozocomiale” și răspunsul organismului la starea de risc;
- suportul psihologic și măsuri de stimulare a dezvoltării copilului;
- minimizarea FR pentru următoarele etape de viață;
- dezvoltarea ontogenică favorabilă [93].

În anii '90 ai secolului trecut cercetătorii ruși și, în particular, *Veselov N.G.* au sistematizat factorii de risc pentru sănătatea copiilor din Sank-Peterburg, din diferite grupe de vârstă [90, 91].

Rezultatele cercetărilor prezentate în tabelul 4 demonstrează legătura directă dintre vârsta copiilor și factorii *social-igienici* și *social-comportamentali*, și o legătură indirectă între perioada de vârstă a copiilor cu factorii *social-biologici*. Așadar, odată cu înaintarea copilului în vârstă, se micșorează influența factorului social-biologic și crește influența factorilor *social-igienici* și *social-comportamentali* asupra sănătății populației pediatrice.

Tabelul 4. Distribuția copiilor în funcție de vârstă și de raportul influenței factorilor de risc (%)

<i>Factori de risc</i>	<i>Vârsta</i>			
	<i>sub 1 an</i>	<i>1-2 ani</i>	<i>3-5 ani</i>	<i>5-7 ani</i>
1. social-igienici	19,7	39,4	36,0	39,4
2. social-biologici	45,5	14,2	4,2	3,1
3. social-comportamentali	24,0	31,4	36,9	37,8
4. medico-organizatorici	10,8	15,0	22,9	19,8

Rezultatele cercetărilor complexe ale stării sănătății copiilor s-au lărgit după analiza influenței factorului „mediul” asupra dezvoltării copilului în anumite localități. Analiza studiilor a demonstrat că atât *sănătatea individului*, cât și *sănătatea populației* poate fi evaluată, în funcție de calitatea mediului ambiant.

Savantul *Iuriev V.V.* a descris *factorii de risc* ce influențează asupra stării de sănătate a copilului. Savantul a structurat acești factorii de risc în funcție de perioada de influență [123, 125]:

- preconcepționali
- intranatali
- antenatali
- postnatali.

Așadar, factorii de risc postnatali au cuprins perioada: neonatală precoce (0-7 zile), neonatală tardivă (7-28 zile), infantilă (0-1 an), copilărie timpurie (0-5 ani), copilărie medie (5-11 ani), adolescența (11-18 ani). În Republica Moldova, *Stratulat P.* a determinat factorii de risc pentru sănătate din perioada neonatală și perioada infantilă [58]. Recomandările UNICEF privind factorii de risc ai copilului sub vârsta de 5 ani, mai exact pentru sănătatea copilului de la 1 an la 5 ani n-au fost studiate până la moment.

1.5. Indicatorii stării de sănătate: mortalitatea, morbiditatea, invaliditatea și dezvoltarea copiilor (fizică și psihosocială)

Pentru evaluarea stării de sănătate a copiilor se utilizează o serie de *indicatori* atât influențați de determinanții sănătății (genetici, de mediu, stil de viață, socioeconomic), cât și modificați prin: protecție, prevenție, promovarea sănătății, implicarea publică, partenerii-cheie etc. Fiecare indicator elucidează doar un aspect al stării sănătății și doar utilizarea lor în complex ne permite să facem o evaluare complexă a acesteia.

Indicatorii stării de sănătate nu sunt unici pentru toate statele, ei diferă de la țară la țară în funcție de nivelul de dezvoltare economică, de nivelul de dezvoltare a sistemului de sănătate, de problemele prioritare de sănătate, de politicile implementate în acest domeniu și de alte particularități. Indicatorii stării de sănătate utilizați pentru monitorizarea obiectivelor Programului „Sănătate pentru toți” al OMS și pentru strategia europeană similară sunt clasificați în:

- indicatori de dezvoltare psihosocială a copiilor
- mortalitatea maternă

- morbiditate specifică
- incapacitatea de muncă (copii cu dizabilități)
- rata mortalității sub vârsta de 5 ani
- speranța de viață la o vârstă determinată
- rata mortalității infantile
- rata mortalității populației tinere
- mortalitatea specifică
- patologia mintală și socială.

În pofida multor modele demografice și medico-organizatorice, mai mult de 100 de ani este aplicată schema indicatorilor stării de sănătate construită din blocuri de indicatori medico-statistici și indicatori medico-demografici (Lisițan Iu.P., 2007). Prin noțiunile „*incapacitate de muncă*” și „*copii cu dizabilități*” savanții din spațiul postsovietic descriu „*invaliditatea*” (figura 1).

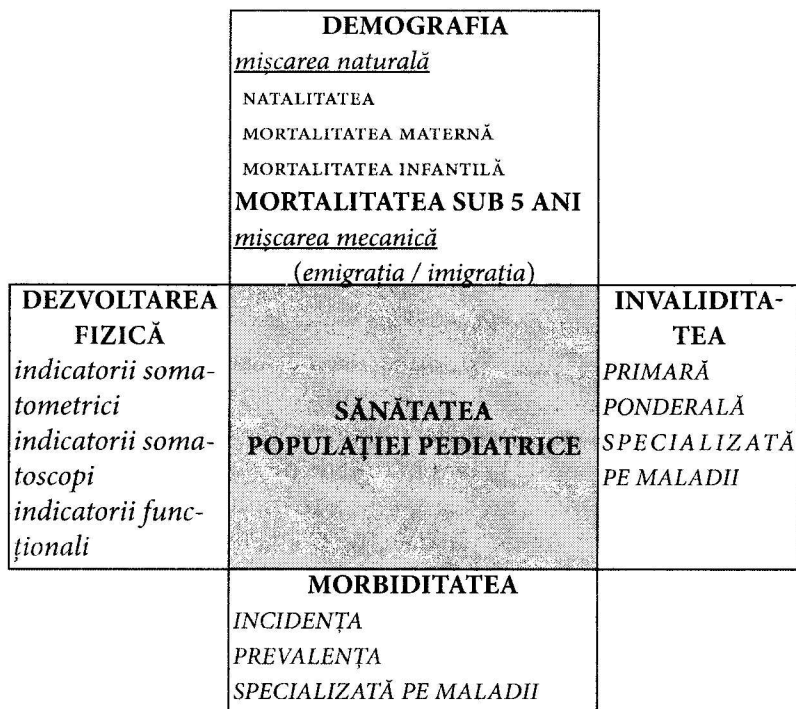


Figura 1. **Indicatorii medico-demografici ai stării sănătății populației pediatrice.**

În RM indicatorul **mortalității copiilor de 5 ani**, în comparație cu țările din Uniunea Europeană, este de 2,5-3 ori mai înalt [1]. Cunoașterea cauzelor principale ale mortalității în funcție de vârstă vor permite implicarea profesională, specializată în rândurile fiecărei grupe de copii. Analiza evoluției și structurii mortalității sub 5 ani este dificil de realizat în dinamică din considerențele că pe parcursul ultimului secol acest indicator a trecut prin mai multe etape de dezvoltare. Cercetând dezvoltarea sistemului de sănătate la începutul secolului trecut, s-a identificat că mortalitatea infantilă în 1926 a constituit 174,0‰. Pe parcursul anilor '30-40 ai secolului trecut, ea a variat între 161,0‰ și 182,0‰, situație explicată de epidemiile maladiilor infecțioase în rândurile copiilor.

În cadrul *Studiului Demografic și de Sănătate din Moldova (2005)*, s-a calculat mortalitatea copiilor sub 5 ani în perioada 1995-1999. Astfel, mortalitatea copiilor sub vârsta de 5 ani a constituit circa 38‰ [40].

Tabelul 5. Distribuția probabilității de deces al copiilor sub 5 ani, conform datelor OMS (‰)

	Moldova	România	Rusia	Ucraina	UE
1998	21,98	24,62	20,18	16,65	7,77**
1999	22,74	22,62	21,15	16,75	7,38**
2000	22,43	22,20	19,16	15,49	7,07**
2001	19,91	21,68	18,39	14,85	6,92**
2002	17,82	20,57	16,55	13,45	6,59**
2003	17,72	19,59	15,60	12,79	6,34**
2004	15,44	19,69**	14,53	12,34	6,16**
2005	15,74	17,60**	14,01	12,98**	5,89**
2006	14,06	16,48**	12,96	12,34**	5,68**
2007	14,04	14,18**	-	-	5,53**
2008	14,47**	12,96**	-	12,11**	-
2009	14,47**	12,00**	-	-	-

** - greutatea copilului de la 500 gr. și de la 22 săptămâni gestație.

Scopul principal al reformelor din domeniu este prestarea serviciilor calitative, trecerea la standardele europene și ale OMS [37, 38]. Conform acestui principiu, de la 01.01.2008 a intrat în vigoare Ordinul MS nr. 455/137/131 din 10.12.2007 **Cu privire la implementarea standardelor și criteriilor europene privind înregistrarea în statistica oficială de stat a nașterii și copiilor nou-născuți cu masa de la 500 gr. și de la 22 săptămâni gestație**. Evident, în prima perioadă se prognozează ridicarea indicatorului „mortalității sub 5 ani”; prin aceste obiective au trecut țările UE și țările vecine – România, Bulgaria, Ucraina și Rusia.

Din datele tabelului 5 putem să constatăm că în Moldova în ultimul deceniu se observă o reducere constantă a **mortalității sub 5 ani** cu 36% (anii 1998-2009); dar comparativ cu țările UE, cu spațiul postsovietic / european, RM ocupă o poziție nefavorabilă.

Rezultatele estimate de *Studiul Demografic și de Sănătate din Moldova (2005)* au prezentat indicatorii mortalității infantile, mortalității juvenile și mortalității copiilor sub vârstă de 5 ani în 3 intervale de timp de câte 5 ani (1990-1994, 1995-1999, 2000-2004).

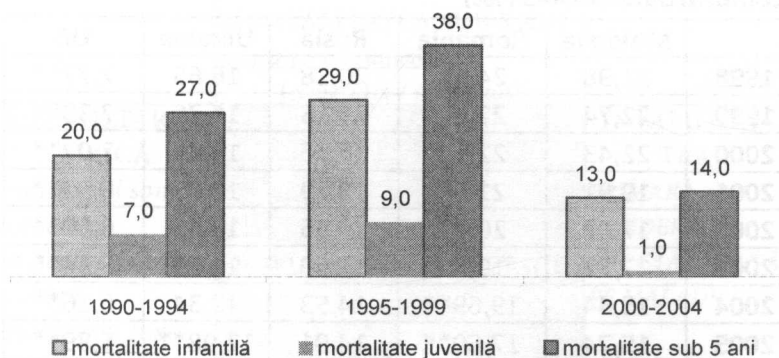


Figura 2. **Indicatorii mortalității (%) în funcție de perioada de timp (5 ani); SDSM-2005.**

Din datele prezentate în figura 2, observăm că perioada 1995-1999 a fost cea mai nefavorabilă atât pentru mortalitatea infantilă, cât și pentru mortalitatea juvenilă și mortalitatea sub 5 ani.

Una dintre explicații pot fi schimbările socioeconomice la nivel de țară în acești ani [37].

În baza unor cercetări ale SDC / OMS privind mortalitatea în prima copilărie, au fost identificați factori ce influențează fenomenul demografic și care reflectă problemele crizei socioeconomice a țării [24]. Rezultatele acestor studii au marcat că nivelul *mortalității sub 5 ani* este mai înalt: 1) în localitățile rurale, față de cele urbane; 2) la sexul masculin; 3) la copiii cu greutate la naștere mai mică de 2,500 kg. (1,000 kg.); 3) la copiii mamelor în vârstă (după 40 de ani); 4) la copiii din familii cu nivel scăzut de instruire.

Morbiditatea este un indicator ce la fel caracterizează nivelul stării de sănătate a populației pediatrice. S-a observat: 1) maladia/patologia nu apare din întâmplare; 2) maladia/patologia are factori cauzali și de prevenție, ce pot fi identificați prin investigația sistematică a populației sau a subgrupelor. Cercetările determinantilor frecvenței maladiilor (*incidența și prevalența*) sunt necesare pentru testarea unei ipoteze epidemiologice.

Studiile social-igienice și medico-sociale prezintă informații valoroase privind incidența unei patologii sau incidența generală a unei grupe de vârstă. Incidența în funcție de vârsta timpurie a copilului deseori reflectă nivelul jos al *profilaxiei primare* sau nivelul scăzut de *instruire a părinților* în această direcție. Cercetările privind starea de sănătate a copiilor au confirmat că incidența generală nu prezintă tabloul real al afectării copiilor cu patologii [48, 76, 79, 82, 92, 119, 124]. Datele cercetărilor morbidității bazate pe examenele medicale specializate sunt mai informative și valide [79, 82]. Rezultatele cercetărilor au demonstrat că în structura maladiilor copiilor din *grupa II de sănătate* predomină *patologii ale aparatului locomotor*, care sunt urmate de patologii *ORL* și de *caria dentară* (Nikulín L.D., Balandin V.A., Yurko G.P., Baranov A.A., Ritter G.). Totodată, copiii din *grupa II de sănătate* prezintă risc mai înalt de simptomatică a grupei „copii frecvent bolnavi” (Kraveț E.B., Debiec B.).

În timpul examenelor profilactice medicale de rutină, grupa stării sănătății copiilor a fost sumată din următoarele criterii: 1) absența maladiilor; 2) nivelul funcțiilor generale ale organismul

ui copilului; 3) dezvoltarea armonioasă fizică; 4) reactivitatea înaltă a organismului.

Profesorul *Grombah S.M.* a atras atenția medicilor-practicieni nu numai la numărul mic al copiilor din grupa I de sănătate, dar și la creșterea numărului copiilor din grupele III, IV, V de sănătate. Recomandările sale vizează obiectivele de bază ale „Pediatriei sociale”. Grupa I de sănătate include următoarele subgrupe: „copii practic sănătoși” cu supravegherea medicală standardizată; „copii cu factor de risc” social, ecologic, familial (descrise în subcapitolul precedent). Repartizarea copiilor în funcție de grupa de sănătate este relevantă din perspectiva:

- obținerii informației statistice transversale despre indicatorii de bază ai sănătății;
- comparării indicatorilor din diferite localități, zone geografice și economice;
- evaluării eficacității activităților curativ-profilactice în această direcție;
- evidențierii factorilor de risc pentru sănătatea copilului;
- depistării „punctelor slabe” ale serviciului de asistență medicală primară.

O mare importanță reprezintă cercetările socioigienice, care reflectă răspândirea maladiilor în populația pediatrică [77, 114, 117, 121, 124]. Astfel, a fost realizată sistematizarea criteriilor privind rezistența organismului copilului față de factorii nocivi în diferite perioade de vârstă. În cercetarea lui *Nazarov V. Iu.* privind studierea în funcție de nivelul diferit de incidență, unitatea de cercetare a fost grupa „copii frecvent bolnavi”. Morbiditatea înaltă a copiilor, cu consecințe grave medicale, sociale și economice, este una dintre preocupările principale ale pediatriei, descrise de: *Albiški V.Iu.*, *Baranov A.A.*, 1996; *Andreev E.I.*, *Mușin B.C.*, *Makarova Z.S.*, *Certok T.E.*, *Tonkova-Iampolskii R. V.*, 1990. Incidența morbidității „infecțiilor respiratorii” înaltă duce la schimbări în sănătatea copilului, predispune la patologii cronice ale aparatului respirator și duce la invalidizare, susțin: *Puzârîova O.I.* - 1988, *Makarova Z.S.*, *Sosnin V.V.*, *Razumșeva G.A.* - 1990.

Dacă ne referim la vârsta preșcolară a copilului, este important să evidențiem lucrările privind studierea factorilor de risc ce

duc la incidența generală înaltă. A fost cercetată legătura dintre *incidența generală a morbidității* la copiii-preșcolari și:

- 1) factorii socioigienici – Zubițki M.K. (1983), Komissarova R.A. (1990), Penningto E., Grosch C.H.;
- 2) factorii tehnogeni – Shteiman G.R., Haladov E.;
- 3) factorii social-economici – Albițki V.Iu., Baranov A.A., Osin A.Iu., Chiswick M.L., Bodzsar B.E., Johannesson M.

În lucrarea lui Mandrov S.I. a fost prezentat prognosticul factorilor de risc și importanța supravegherii în dispensare a copiilor-preșcolari pe baza modificărilor probabilității lui **Biers**, metodelor de standardizare a indicatorilor intensivi.

Evaluarea complexă a stării sănătății copiilor în funcție de *grupa de sănătate și de patologii* a fost efectuată de: Gluscenko V.A. - copiii cu obezitatea constituțională exogenă; Stukolkin O.N. - copiii cu anomalii congenitale de dezvoltare; Kamaev I.A., Karimbaev S.D. - copii frecvent bolnavi; Pugaci S.C. - copiii cu maladii contagioase; Durmanov I.P. - copiii după traumatism și accidente; Vasiliev, V.E. - copiii prematuri și născuții până la termenul de 38 de săptămâni.

Repartizarea copiilor în funcție de grupa de sănătate este larg utilizată de cercetători și de medicii-practicieni. Grupa de sănătate reflectă însă starea sănătății copilului *la momentul examenului*, și nu poate reflecta *dinamica dezvoltării copilului* sau consecințele după patologie, care duc la *invalidizarea* acestuia [55, 61, 100, 101, 102].

Invaliditatea la copii reprezintă o problemă medico-socială și socioeconomică în Republica Moldova, care actualmente este determinată de mai multe aspecte: 1) nivelul înalt al invalidității și tendința generală de creștere a acestuia cu implicații asupra stării de sănătate a copiilor; 2) apariția în familie a copilului invalid în 20% cazuri afectează planurile profesionale ale mamei (80% din mamele ce educă copii cu handicapuri neuropsihice renunță la activitatea de muncă); 3) se dereglează climatul psihologic din familie (3% de familii se destramă, 9,2% din tați încep să facă abuz de alcool); 4) se măresc cheltuielile statului pe contul pensiilor, subvențiilor, serviciilor medicale acordate copiilor cu dizabilități; 5) invaliditatea copiilor influențează situația demografică [54, 55, 61].

Rezultatele cercetării invalidității la copii pot fi sistematizate în: 1) deținerea noțiunilor ce țin de invaliditate; 2) răspândirea invalidității, calitatea vieții invalizilor; 3) mediul ambiant și sănătatea copiilor; 4) profilaxia invalidității; 5) reabilitarea copiilor invalizi; 6) reabilitarea socioprofesională a invalizilor din copilărie; 7) problemele etice ale invalidității la copii [55].

În cercetările sale *Kucima V.P.* susține că invaliditatea din copilărie are legătură indirectă cu dezvoltarea psihosocială și cea fizică și reflectă particularitățile maturității morfo-funcționale a organismului copilului [110].

Dezvoltarea fizică și cea psihosocială a copiilor este un complex de abilități morfologice și funcționale ale organismului, ce condiționează formarea individuală a dimensiunii corpului. Multe cercetări atestă că nivelul dezvoltării psihosociale fizice depinde de numeroși factori exogeni, endogeni; este știut faptul că prezența maladiilor cronice reține dezvoltarea fizică a copilului [10, 12, 15, 20, 27, 30, 46]. Totodată, cercetătorii au reflectat interdependența dezvoltării fizice a copilului și a factorilor social-economici ai localității, care se manifestă prin: malnutriție și alimentație nerațională; munca fizică, suprasolicitarea în sport și în școală; nivelul de educație și statutul socioprofesional scăzut al părinților [44].

Primele încercări de descriere și sistematizare a dezvoltării fizice a copiilor din Europa de Est au fost efectuate de *Erismann F.F.* (1879). În anii '30 ai sec. XX, din inițiativa savantului *Molikov A.V.*, a fost fondat *Biroul Central de Antropometrie*, care a unificat metodele măsurării. Astfel au început cercetările sistematice privind dezvoltarea fizică a populației pediatrice. Au fost descrise standardele dezvoltării fizice a copiilor și adolescenților.

Creșterea copilului înseamnă nu numai adăugarea în lungime și în masă corporală, ci și diferențierea, transformarea, maturitatea biologică etc. În ultimii ani, în legătură cu dezvoltarea vertiginosă a metodelor computerizate, au fost promovate metode noi de apreciere a dezvoltării fizice a copiilor: *quartile*, *centile*, *indice Rorer*, *indice Levi*, *indice Kaup*, *indice Quetelet-II*, *indice Martini* și metoda scărilor de regresie a masei corpului în raport cu talia [56].

Savanții Sorva R., Mureșan P., Șirinski V.A., Jdanov A.G., Iampolski Iu.A. au evidențiat criteriile generale care pot caracteriza dezvoltarea fizică [41, 124, 125] și anume indicatorii somatometrici: înălțimea (talie), greutatea corpului, circumferința craniană (până la 3 ani), circumferința toracică. Alți cercetători susțin ideea absenței unui risc geografico-climateric, social-economic și recomandă implementarea pe larg a standardelor *internaționale* [97, 115, 118, 127].

Standardele indicatorilor antropometrici și nutriționali se clasifică în: 1) *internaționale* (OMS/UNICEF) și 2) *regionale, orientative*. Opiniile savanților privind necesitatea elaborării standardelor *regionale* diferă: unii cercetători accentuează nonutilitatea standardelor *internaționale* în evaluarea stării de dezvoltare fizică a copiilor din diferite zone geografico-climaterice și socioeconomice [7, 62, 78, 105, 106, 118, 120, 123].

În 2007, Organizația Mondială a Sănătății a elaborat „*standarde noi privind creșterea și dezvoltarea copiilor*”, prin intermediul cărora a oferit un instrument eficient pentru depistarea malnutriției, excesului de greutate și obezității la copii în toate țările lumii. „Standardele noi de creștere” au demonstrat că copiii născuți în diferite regiuni ale lumii și cu un început optim de viață au potențialul de a crește și a se dezvolta în aceeași gamă de înălțime, greutate pentru vârstă. *Standardele noi* au menționat că toți copiii în toate regiunile pot atinge un standard similar de înălțime și greutate și dezvoltare prin intermediul practicilor de hrănire adecvată, de sănătate bună și un mediu sănătos (<http://www.who.int/nutrition>).

Standardele noi sunt unicele în sensul că au fost special proiectate pentru a dezvolta unele criterii pentru selectarea copiilor sănătoși care trăiesc în condiții care ar putea contribui la sporirea întregului lor potențial de creștere genetică. În plus, eșantionul de cercetare – mamele copiilor selectați pentru studiu, au dus un stil de viață care contribuia la întărirea sănătății, anume au alăptat și nu au fumat. Noi-născuții cu greutatea foarte mică la naștere – sub 1,500 – kg au fost excluși din baza de date a populației de referință a OMS. Standardele s-au bazat pe datele primare colectate prin intermediul MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*), care s-a bazat

pe datele antropometrice ale populației din 1997 până în 2003 din Brazilia, Ghana, India, Norvegia, Oman, SUA. MGRS a combinat supravegherea longitudinală a copiilor de la naștere până la 24 luni și componentul studierii transversale a copiilor cu vârsta de 18-71 luni; în componentul longitudinal al cercetării, mamele și copiii au fost vizitați acasă în total de 21 de ori.

În baza acestor standarde au fost elaborate/calculate *indicatori ai statutului nutrițional al copiilor* sub vârsta de 5 ani. Indicatorii statutului nutrițional al populației pediatrice cu vârsta 0-60 luni sunt exprimați în **percentile** și în **Z-scor (deviații standard)** și sunt următoarele:

- 1) greutate la vârstă (weight-for-age),
- 2) lungime / înălțime la vârstă (length / height-for-age),
- 3) greutate la lungime / înălțime (weight-for-length / height),
- 4) indicatorul masei corporale la vârstă (body mass index-for-age).

Unul dintre indicatorii statutului nutrițional – *indicatorul masei corporale*, care este folosit pe larg în analiza dezvoltării fizice a copilului în țările UE, nu a fost implementat pe larg în țările din spațiul postsovietic.

Indicatorul masei corporale (IMC) a fost pentru prima dată prezentat și descris în anul 1835, în lucrarea "*Om și particularitățile de dezvoltarea a lui, testate prin intermediul fizicii sociale*" de matematicianul Quetelet. Una dintre explicații la subiectul descris este că analiza unimomentană după IMC în perioada de la 1 an până la 8 ani nu poate fi pe deplin informativă, datorită creșterii intensive în înălțime a copiilor la această vârstă, care în forma grafică este prezentată prin descreștere. Al doilea moment este că IMC necesită calcularea *în dinamică*, pentru a fi informativ în ceea ce privește statutul nutrițional al copilului și este folosit în studiile de cohortă sau în cercetările cu comparații analitice. Schimbările dinamice ale IMC sunt reprezentate grafic cu percentile și cu Z-scor, ce au fost descrise în cercetarea lui Iuriev V. V. ; 1993, 2007; Voronovici N. N., Parșutkin O. Iu., Homici M. M., 2007 [123].

Folosirea *standardelor antropometrice*, atât *internaționale*, cât și *regionale*, ar permite aprecierea exactă a nivelului dezvoltării

individului (*standardele țării*) și a populației în întregime (*standardele internaționale*). În ultimul deceniu a apărut un volum mare de cercetări în domeniul analizei dezvoltării fizice, neuropsihice a copiilor de vârstă timpurie: studiul MICS-2000, studiul IDTC-2003, studiul SDSM-2005 [40, 50, 67, 68, 69, 70, 71, 74].

*

*

*

Prin analiza informației obținute din literatura de specialitate a fost argumentată existența problemei și importanța managementului asistenței medicale primare în domeniul îngrijirii și supravegherii populației pediatrice sub vârsta de 5 ani. Lucrătorii medicali din centrele medicilor de familie prestează servicii familiilor cu copii în vederea informării, instruirii, consilierii, activităților curativ-profilactice și, în special, de prevenire și diagnosticare timpurie.

Sursele literare de specialitate nu elucidează influența aspectelor medicale, psihosociale și comportamentale din familia copiilor asupra nivelului indicatorilor stării sănătății acestora. Nu au fost găsite informații referitor la organizarea serviciului de AMP în domeniul îngrijirii și supravegherii copilului; nu au fost descrise aspectele social-profesionale pentru lucrătorii medicali

2. MATERIALE ȘI METODOLOGIA DE ORGANIZARE A CERCETĂRII

2.1. Caracteristica generală a metodologiei de cercetare

La baza acestei cercetări au fost principiile metodologice ale studiilor sociologice de teren:

- principiul unității dintre teoretic și empiric;
- principiul unității dintre înțelegere și explicație;
- principiul unității dintre cantitativ și calitativ;
- principiul unității dintre constatare și evaluare.

„*Amploarea științei este nelimitată, materialul ei este fără sfârșit. Unitatea științei constă în metodă, nu în materialul de studiu*” (Karl Paerson, 1892). Caracterul **științei** este dat de metode / de reguli, și nu de obiectul de studiu. În lucrarea noastră au fost utilizate următoarele metode de cercetare:

- istorică – (1) *bibliografică*, care poate fi definită ca cercetarea teoretică a surselor, conceptelor și abordărilor teoretice ale metodei tradiționale; (2) *studiul de caz*, care descrie metode moderne de proiectare, de simulare și de modelare a măsurilor manageriale din domeniul cercetat.
- matematică, care a permis prelucrarea numerică, de analiză, de simulare a datelor primare.
- statistică, care a permis analiza cantitativă și calitativă a datelor primare în cadrul cercetării.
- epidemiologică, care a permis analiza integrală a indicatorilor epidemiologici în cadrul cercetării.
- sociologică (*anchetare, grup-țintă, interviu*), care a permis colectarea /sistematizarea informației de la grupe sociale ale eșantionului de studiu.
- analiza sistematică, care a definit un ansamblu de principii și procedee și care a permis identificarea unui obiect de studiu (se caracterizează prin acuratețe, exactitate, sensibilitate, precizie și selectivitate).
- comparativă, care a avut scopul de a sistematiza tendința naturală a spiritului cercetătorului: impulsul (natural și spon-

tan) de a compara datele obținute; această metodă nu dispune de o procedură tehnică proprie și este utilizată practic la toate etapele și la toate nivelele cercetării.

- experimentală, care ne permis să sistematizăm rezultatele obținute în baza măsurilor manageriale „experimentale”.

În studiu a fost utilizat modelul liniar de organizare și realizare a lui, care s-a desfășurat după următoarele etape: definirea problemei și subproblemei → operaționalizarea conceptelor-cheie ale lucrării → stabilirea eșantionului de cercetare → colectarea datelor → descrierea, analizarea lor → validarea datelor → aplicarea în practică a datelor cercetării. În funcție de sarcinile propuse și din punct de vedere metodologic, lucrarea a fost realizată în câteva etape succesive.

La prima etapă s-a elaborat schema generală a cercetării (figura 3). În lucrare a fost aplicată metoda *istorică*: a) *bibliografică*, în rezultatul căreia s-au analizat surse literare științifice privind subiectul de studiu și b) *studii de caz*.

La etapa a doua, a fost organizată o cercetare integrală prin metoda epidemiologică observațională de descriere a datelor statisticii oficiale (2003-2010) în funcție de repartizarea administrativ-teritorială [39.1 - 39.8].

La etapa a treia, în scopul realizării obiectivelor cercetării, a fost calculat eșantionul reprezentativ (*după formula clasică*) și realizat studiul selectiv al familiilor cu copii sub vârsta de 5 ani în funcție de persoană, loc și timp. La această etapă, a fost elaborată „Fișa de cercetare”, care a cuprins factorii de risc sociofamiliali, medicali pentru sănătatea copiilor sub vârstă de 5 ani. Cercetarea s-a desfășurat în localitățile „reprezentative”, care au fost selectate după metoda „*distanța lui Euclid*”: RDD Nord – Soroca, RDD Centru – Călărași, RDD Sud – Basarabeasca; RDD mun. Chișinău, sec. Râșcani. Informații privind datele și indicii rezultatelor examinării copiilor și a factorilor de risc pentru sănătate au fost extrase din „Carnetul de dezvoltare a copilului” cu suportul lucrătorilor medicali din localitățile eșantionului și în continuare au fost înregistrate în „Fișa de cercetare”.

Pentru evidențierea / clasarea problemelor medico-sociale, a fost aplicată metoda sociologică de cercetare *grupul-țintă* (GT) în

IMSP AMP din sec. Râșcani, mun. Chișinău, în ianuarie 2007. În urma prelucrării datelor obținute prin metoda GȚ (8 ședințe cu 10-12 LM), a fost elaborat „Chestionarul pentru lucrătorii medicali”, cu scopul desfășurării studiului descriptiv în localitățile reprezentative menționate.

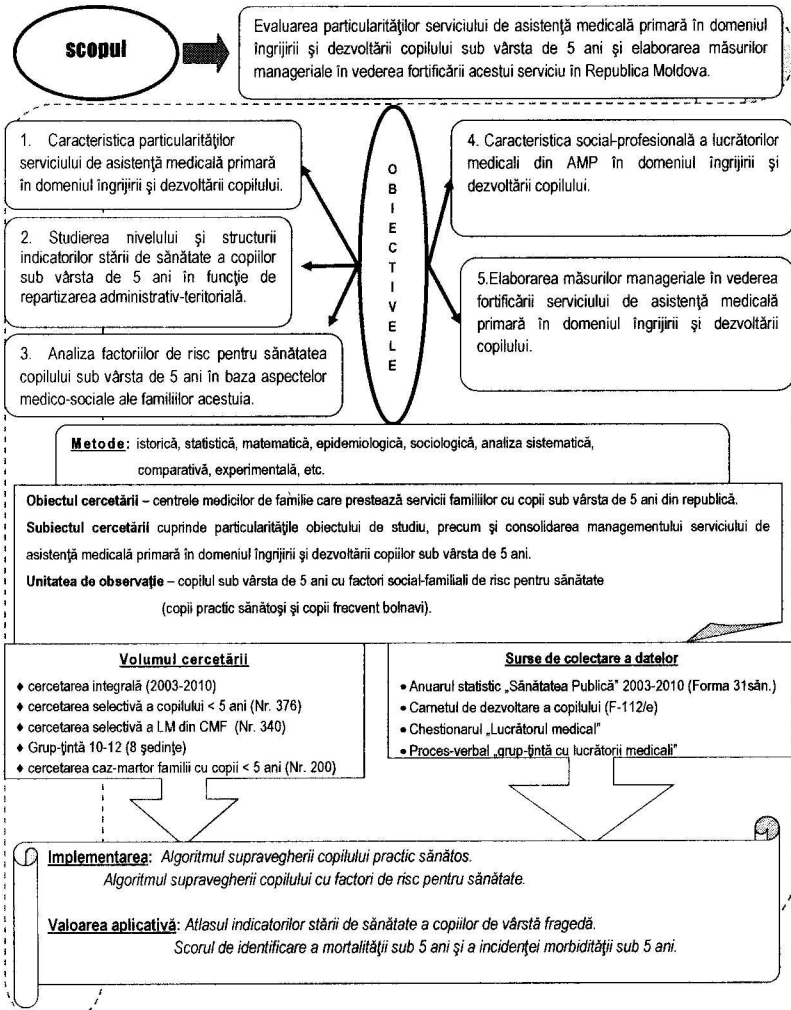


Figura 3. **Schema generală a cercetării**

Eșantionul reprezentativ al *Lucrătorilor medicali* a fost calculat după *formula clasică* și a inclus 340 de LM din CMF ale localităților *reprezentative* (Soroca, Călărași, Basarabeasca, sec. Râșcani, mun. Chișinău). Anchetarea a fost desfășurată în mai–iunie anulului 2007, eșantionarea în localitățile reprezentative a avut loc în baza raportului populației pediatrice și repartizării administrativ-teritoriale în republică. În urma desfășurării acestei etape și în baza *Sugestiilor lucrătorilor medicali* din serviciul AMP, cu scopul realizării obiectivelor cercetării, consolidării acestui serviciu, a fost elaborat „Algoritmul supravegherii copilului practic sănătos”. Acest algoritm a fost implementat primordial în IMSP CMF din sec. Râșcani, mun. Chișinău. Este important că anterior în această IMSP a fost testată documentația medicală: *Carnetul de dezvoltare a copilului și Ghidul pentru părinți „Copilul Nostru”, 2003-2006.*

În cadrul *etapei a patra*, lucrătorii medicali din CMF (raionul Soroca și mun. Chișinău, sec. „Râșcani”) au fost instruiți privind organizarea interviului prin intermediul „Chestionarului pentru familiile cu copii sub vârsta de 5 ani”. Numărul celor anchetați a constituit 200 de familii cu copii cu vârsta sub 5 ani. Anchetarea s-a desfășurat paralel cu anchetarea precedentă (mai–iunie, 2007). Alegerea eșantionului a fost făcută conform diferențelor semnificative obținute prin criteriul *Student (t)* (100+100 de familii cu copii sub 5 ani). Eșantionul familiilor cu asemenea copii a fost structurat din lotul-caz (*copii frecvent bolnavi*) și lotul-martor (*copii practic sănătoși*). În baza rezultatelor, au fost argumentate criteriile pentru baremul factorilor de risc pentru sănătatea copilului, care au fost analizate sistematic cu date din *Chestionarele familiilor și Fișele de cercetare*. Aceste momente au permis elaborarea „Algoritmului supravegherii copilului cu factori de risc pentru sănătate”. Totodată, în cadrul acestei etape, cu scopul analizei *accesului la serviciu* și a *managementului procesului de comunicare, de instruire din partea lucrătorilor medicali* a fost organizată cercetare selectivă „Perceperea de către părinți a serviciului de asistență medicală primară”, cu eșantionul de 200 familii cu copii sub vârstă de 5 ani.

În cadrul *etapei a cincea* a studiului, rezultatele obținute s-au analizat sistematic în funcție de scopul propus. În scopul prezen-

tării strategiei de cercetare, a fost descris un plan sau, altfel spus, o *schema generală a cercetării*, ce permite să se facă deducții referitoare la relațiile cauzale dintre variabilele studiate (figura 3).

Colectarea datelor a fost efectuată pe parcursul anilor 2005 și 2008. Datele au fost prelucrate statistic prin *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versiunea 13, și *Windows -EXCEL*.

2.2. Metodologia de selectare și de proiectare a eșantionului de studiu

Cercetarea descrisă în lucrarea dată după caracterul său este *descriptivă (integrală și selectiv-reprezentativă)* și *analitică (caz-martor)*. Analiza noastră nu este legată de caracterul transmisibil al maladiilor la copii: lucrarea studiază și indicatorii stării de sănătate a populației pediatrice sub vârsta de 5 ani în funcție de repartizarea administrativ-teritorială a republicii.

Cercetarea *integrală* a fost efectuată în funcție de persoană, loc și timp, efectuându-se trei tipuri de comparații: 1) *demografică* (vârsta); 2) *economico-geografică* (Nord, Centru, Sud); 3) *temporală* (2003-2010).

Cercetarea „selectiv-reprezentativă” a pus în evidență variabilitățile distribuției factorilor de risc pentru sănătatea copilului în funcție de repartizarea administrativ-teritorială a republicii. La proiectarea eșantionului de studiu *selectiv* s-a ținut cont de următoarele *principii generale*:

- în primul rând, am utilizat eșantionarea probabilistică, adică toți membrii populației analizate au posedat probabilitatea de selecție cunoscută, fiind mai mare ca zero;
- al doilea rând, eșantionul a fost auto-ponderat, deci nici o componentă a populației nu a reprezentat intenționat o proporție mai mare sau mai mică în întregul eșantion decât proporția sa în populație. Selectarea eșantionului reprezentativ a fost realizată în baza următoarelor principii de lucru:
 - 1) unitățile care se extrag din totalitatea de origine nu se mai repun;
 - 2) selecția este potențială randomizată elementelor din populație;
 - 3) rezultatele obținute vor fi decisive pentru întreaga colectivitate de origine.

Alegerea volumului eșantionului a implicat echilibrarea necesităților analizei cu capacitatea de culegere a datelor din statistica oficială a Direcției „Sănătatea femeii și copilului” a MS și a „Biroului național de statistică”. Conform datelor la 1 ianuarie 2006, în RM au fost înregistrat **179.470** de copii sub vârsta de 5 ani, totodată, copiii cu factori sociali de risc pentru sănătate reprezintă 10% din numărul total al copiilor din această grupă de vârstă. Totalitatea copiilor sub vârsta de 5 ani cu factori de risc pentru sănătate a fost estimată la **17.947**. Totalitatea statistică generală a fost determinată drept o sub-totalitate a numărului total de copii sub 5 ani sau drept volum al eșantionului reprezentativ pentru studiu. În calcularea volumului eșantionului a fost utilizată formula [84]:

$$n = \frac{N * t^2 * P * q}{N * \Delta_x^2 + t^2 * P * q} \quad (1)$$

unde:

n este volumul eșantionului reprezentativ: numărul de copii cu factori de risc pentru sănătate ce alcătuiesc eșantionul de cercetare;

t – 1,96, criteriul *Student* (**t**) – pentru atingerea nivelului de confidență de 95%.

P și **q** – probabilitatea și contra-probabilitatea de apariție a fenomenului cercetat;

Δ_x – este eroarea-limită admisă: acceptăm eroarea de 0,05 ($\Delta_x = 5\%$);

N – volumul totalității generale.

Luând în considerație faptul că „**n**” este maxim atunci când produsul „**P * q**” este maxim și ținând cont de faptul că $0 \leq P \leq 1$ și $q = 1 - P$, produsul este maxim atunci când $P = q = 0,5$. Introducând cifrele în formulă, obținem:

$$n = \frac{17947 \times 1,962 \times 0,5 \times 0,5}{17917 \times 0,052 + 1,962 \times 0,5 \times 0,5} = 376$$

Astfel, volumul necesar al eșantionului a constituit 376 de copii sub vârsta de 5 ani cu factori sociali de risc pentru sănă-

tate. Numărul calculat urma să fie repartizat în funcție de zona administrativ-teritorială (municipiu/raion) și în funcție de zona economico-geografică (Nord, Centru și Sud).

La 1 ianuarie 2007, în AMP din municipii au fost înregistrați 179,0 mii (21,54%) de copii, iar în AMP raionale – 651,9 mii (78,45%). Din acest total a fost stabilit un număr necesar de copii în funcție de repartizarea administrativ-teritorială. Distribuția copiilor necesari pentru cercetare este prezentată în tabelul 6.

Tabelul 6. Distribuția copiilor pentru cercetare în funcție de zona administrativ-teritorială.

	localitățile municipale	localitățile raionale – 78,45%			total RM
		Nord	Centru	Sud	
Cota copiilor în zona respectivă	21,54%	29,23%	27,64%	21,58%	100%
Numărul necesar de copii pentru cercetare	81	110	104	81	376

Următorul pas făcut în vederea realizării obiectivelor formulate în lucrare a fost studierea opiniilor LM din serviciul de asistență medicală primară. Cercetarea a fost desfășurată prin intermediul chestionarului (anexa 2) în AMP din localitățile „reprezentative”. Localitățile au fost selectate în funcție de repartizarea administrativ-teritorială și după zona economico-geografică.

Criteriile pentru selectarea indicatorilor au fost luate din Strategia Europeană OMS „Sănătate pentru toți”. Indicatorii au fost extrași din *Darea de seamă privind asistența medicală acordată copiilor* (forma 31 săn.):

- incidența totală a maladiilor la copiii sub vârsta de 5 ani;
- ponderea totală a bolilor la copiii sub vârsta de 5 ani;
- incidența maladiilor aparatului respirator la copiii sub vârsta de 5 ani;

- ponderea copiilor alăptați exclusiv la piept sub vârsta de 6 luni.

Reprezentativitatea localităților a fost determinată după metoda clasteriană – *distanța euclidiană*, utilizând tehnica de calcul: cea mai reprezentativă localitate este cea care are cea mai mică *distanță euclidiană* față de celelalte localități. Datele indicatorilor extrași inițial sunt arătate în anexa 5 (tabelele 1–8), după următoarea formulă:

$$d_{xy} = \sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - y_i)^2} \quad (2)$$

unde: d_{xy} – distanța euclidiană

x_i – valoarea elementului x pe indicatorul de selecție

y_i – valoarea elementului y pe indicatorul de selecție

n – numărul de indicatori de selecție.

În rezultatul metodei de selecție, cu cel mai mic număr au fost prezentate localitățile reprezentative. Am constatat că în calitate de localități raionale „reprezentative” sunt: din zona de Nord – Soroca, din zona de Centru – Călărași, din zona de Sud – Basarabeasca și din sectoarele municipiului Chișinău – sec. Râșcani.

Copiii sub vârsta de 5 ani din localitățile date au fost cercetați conform nivelului de trai în familie. Informația a fost colectată cu suportul lucrătorilor medicali din AMP din localităților date. În baza criteriului a fost determinat nivelul de trai al copilului:

- nivel înalt – copilul sub vârstă de 5 ani care are cameră / odaie separată;
- nivel mediu – copilul care are spațiu personal (are ungherașul său sau pat separat);
- nivel jos – copilul care are totul în comun (nu are ungheraș / pat separat).

La următoarea etapă am calculat volumul eșantionului lucrătorilor medicali din localitățile *representative*. Volumul eșantionului a fost proiectat după următoarele principii:

- 1) rezultatele obținute în urma studiului nu trebuie să se repete,
- 2) unitatea de cercetare trebuie să fie aleatorie pentru totalitatea statistică generală,
- 3) rezultatele obținute în urma studiului trebuie să fie concludente pentru întreaga totalitate statistică.

Volumul eșantionului lucrătorilor medicali a fost calculat după formula (1) și a constat din **340** persoane. Pentru serviciul de AMP din municipii volumul a constituit **129** de LM (37,9%), dintre care 68 au fost medici de familie și 61 – asistente medicale. Deci:

$$n = \frac{195 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{195 \times 0,05^2 + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = 129$$

Pentru serviciul de AMP din raioane volumul a constituit **211 LM** (62,1%), dintre care 56 de medici de familie și 155 asistente ale medicilor de familie.

$$n = \frac{468 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{468 \times 0,05^2 + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = 211$$

Numărul LM din localitățile reprezentative, la 1 ianuarie 2007, este prezent în tabelul 7.

Tabelul 7. Distribuția lucrătorilor medicali în funcție de localitățile reprezentative din eșantion

	Medici de familie		Asistente MF		Total LM		Numărul necesar pentru cercetare		
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	MF	a/MF	total
m. Chișinău, sec. Râșcani	103	52,8	92	47,2	195	100	68	61	129

raion	ISMP r. Soroca	58	25,0	174	75,0	232	100	26	78	104
	ISMP r. Călărași	50	27,3	133	72,7	183	100	22	60	82
	ISMP r. Basa- rabeasca	16	30,2	37	69,8	53	100	8	17	25
	Total ra- ioane re- prezen- tative	124	26,5	344	73,5	468	100	56	155	211
Numărul necesar pen- tru cercetare	-	-	-	-	-	-	124	216	340	

2.3. Metodologia cercetării factorilor de risc pentru sănătatea copilului

În scopul unei cercetări analitice (caz-martor) a copiilor sub vârsta de 5 ani cu factori de risc pentru sănătate a fost selectat un eșanction special, care avea la bază următoarele principii: *prezența a două loturi; independența acestor loturi; tehnica specială de dimensionare.*

Principiul 1 – pentru determinarea *factorilor de risc* sunt necesare două grupe: lotul-caz și lotul-martor.

Principiul 2 – presupune independența dintre lotul-caz „copii frecvent bolnavi” și lotul-martor „copii practic sănătoși”, după criteriul de bază (numărul îmbolnăvirilor de maladii infecțioase acute de poli-etologia în timp de 12 luni) după *Veselov V.G., 1986; Șciuca S., 2007.*

În grupul de „copii frecvent bolnavi” sunt numiți:

- **copii** sub vârsta de 1 an, ce au suportat 4 și mai multe maladii infecțioase acute;
- **copii** de la vârsta de 1 an până la 3 ani, ce au suportat 6 și mai multe maladii infecțioase acute;
- **copii** de la vârsta de 3 ani până la 5 ani, ce au suportat 5 și mai multe maladii infecțioase acute.

Studiul caz-martor a cuprins grupul „*copii frecvent bolnavi*” și grupul „*copii practic sănătoși*”, cu vârsta sub 5 ani. Copiii din lotul-martor au fost din același an de naștere, de același sex, locuind în aceeași localitate, supravegheați de același serviciu de asistență medicală ca și grupul de „*copii frecvent bolnavi*”. Celelalte condiții de mediu au fost relativ asemănătoare (figura 4)

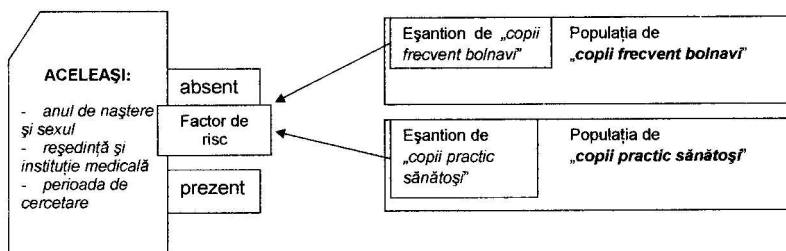


Figura 4. **Structura studiului caz-martor.**

Lotul-caz a cuprins familiile cu „*copii frecvent bolnavi*” din mun. Chișinău și raionul Soroca. Lotul-martor a inclus familii cu „*copii practic sănătoși*” din aceleași localități. Selecția pentru lotul-martor a fost efectuată după metoda „perechi individuale”.

Principiul 3 – tehnica specială de dimensionare se bazează pe primele două principii și tehnologia optimă a volumului lotului, ținând cont de două condiții obligatorii:

diferențele dintre loturile-test și martor trebuie să fie semnificative cu o probabilitate de $p < 0,05$;

valoarea tabelară a criteriului *Student* (t) trebuie să fie cât mai mică.

Estimările diferențelor semnificative au fost efectuate după următorul algoritm:

$$\gamma = (n_{\text{test}} + n_{\text{martor}}) - 2 \quad (3)$$

unde γ – gradul de libertate; n_{test} – nr. de copii din lotul-test; n_{martor} – nr. de copii din lotul-martor.

După valoarea γ a fost determinată mărimea tabelară a criteriului *Student* (t_{tab}). Semnificația diferențelor s-a stabilit în baza următoarei legi: în cazul în care $t_{\text{calc}} > t_{\text{tab}}$ diferențele dintre valorile n_{test} și n_{martor} sunt semnificative ($p < 0,05$).

În cazul în care mărimea loturilor-test și martor va fi egală cu 100, atunci numărul gradelor de libertate va constitui:

$$y = (n_{test} + n_{martor}) - 2 = 100 + 100 - 2 = 198.$$

În tabelul distribuției t , la 1,98 grade de libertate, găsim valoarea pentru mărimea tabelară a criteriului Student – 1,98 ($t=1,98$), ceea ce corespunde diferențelor semnificative dintre cele două loturi cu o probabilitate $p < 0,05$ (condiția 1). Astfel, dacă se respectă principiile de alegere a eșantionului, sunt necesare cel puțin câte 100 de cazuri din fiecare lot.

În cercetarea retrospectivă au fost intervievate 100 familii cu „copii frecvent bolnavi” (**lotul-caz**) și 100 familii cu „copii practic sănătoși” (**lotul-martor**), din localitățile reprezentative (sec. Râșcani, mun. Chișinău, și raionul Soroca). Pentru descrierea și ierarhizarea factorilor de risc pentru sănătatea copiilor au fost analizate rezultatele studiului în baza „chestionarului pentru familii” (anexa 3). Informația a fost suprapusă cu rezultatele din „fișa cercetării” (anexa 1). Chestionarul a fost organizat din trei cluster (grupe):

Clusterul I – descrierea medico-socială a familiei – date generale și caracteristica medico-socială a familiei: nivelul de trai, aranjamente de trai, nivelul de studii, statutul socioprofesional, statutul civil al îngrijitorului.

Clusterul II – descrierea cunoștințelor părinților privind particularitățile de îngrijire a copilului: semnele de pericol pentru viața copilului, nutriția copilului, calendarul imunologic.

Clusterul III – descrierea deprinderilor practice ale părinților privind particularitățile de îngrijire a copilului: alimentația exclusiv naturală – alăptarea copilului, introducerea complementului nutritiv, comunicarea timpurie/educativă cu copilul.

Astfel a fost stabilit *barem*ul factorilor de risc pentru sănătatea copilului, care au înregistrat diferențele statistice semnificative din loturile de studiu și au fost atribuite ca factori semnificativi.

Conform studiilor epidemiologice, actual sunt utilizate noțiunile de **risc absolut**, **risc relativ** și **risc atribuabil**. Riscul absolut reflectă mărimea fenomenului studiat. Riscul relativ arată de câte ori la copilul cu factori social-familiali de risc pentru sănătate se

poate forma simptomatica grupei „copii frecvent bolnavi”. Riscul atribuabil denotă situația în care în populația pediatrică sub vârsta de 5 ani influența factorilor social-familiali de risc este eliminată.

În studiul caz-martor avem nevoie de estimarea riscului prin **Odds ratio** (*raportul cotelor, OR*), din cauza că nu putem calcula direct **riscul relativ**. În astfel de studiu, decursul cercetării este invers: s-a pornit de la grupul „copii frecvent bolnavi”, care la fel au fost expuși la factorul de risc studiat. Așadar, nu există posibilitatea aflării riscului, deoarece nu putem afla incidența bolii (pornind de la cercetarea copiilor care deja au patologie). În acest studiu, **odds ratio** reprezintă raportul dintre cota factorului de risc printre „copiii frecvent bolnavi” și cota factorului de risc printre „copii practic sănătoși”, considerând că „copiii frecvent bolnavi” au fost expuși mai mult la factorul de risc decât cei sănătoși. **Odds ratio** poate fi utilizat și în cazul patologiilor cu incidențe scăzute (de cel mult 10%).

Tabelul 8. Tabel de contingență (2x2) după metoda caz-martor.

		Expunere la patologie			Direcția studiului ↓
		Rezultatul prezent (caz)	Rezultatul absent (martor)	Total	
Factori de risc	expuși	a	b	a + b	
	neexpuși	c	d	c + d	
		a + c	b + d	n = (a + b + c + d)	

$$OR = (a/b)/(c/d) \quad (4)$$

Intervalul de confidență (IC) pentru **OR** se calculează după formula:

$$IC = OR * e^{\pm 1,96\sqrt{1/a+1/b+1/c+1/d}} \quad (5)$$

$$\text{Riscul Relativ} = (a/\{a+b\})/(c/\{c+d\}) \quad (6)$$

$$\text{Riscul Atribuabil} = \frac{B(RR - 1)}{B(RR - 1) + 1} * 100 \quad (7)$$

unde:

RA – riscul atribuabil (%),

RR – riscul relativ,

B – proporția populației supuse factorilor de risc.

Odds ratio este cota celor expuși la patologie raportați la cota neexpușilor la patologie. După cum cota aproximează riscul, fiind cu atât mai aproape de risc cu cât incidența patologiei este mai mică, la fel și **Odds ratio** este cu atât mai aproape de riscul relativ, cu cât incidența patologiei (efectului studiat) este mai mică. Așadar, **Odds ratio** este o aproximare a **riscului relativ** și întotdeauna îl supraestimează pe acesta. El are aceeași semnificație: riscul de a face patologie al celor expuși **OR** este mai mare decât la cei neexpuși; la fel ca la riscul relativ: dacă **OR**=1, înseamnă că factorul studiat nu are nici o influență asupra incidenței bolii.

Tabelul 9. Interpretarea Odds ratio

	OR <1	OR=1	OR>1
Raportul cotelor cazuri / martor	Cota expunerii la cazuri mai mică decât cota expunerii la martori	Cota expunerilor egale la cazuri și martori	Cota expunerii la cazuri mai mare decât cota expunerii la martori
Expunerea ca factor de risc	Expunerea reduce riscul de patologie – factor de protecție	Expunerea respectivă – nu este un factor de risc	Expunerea crește riscul de patologie – factor de risc

La următoarea etapă a fost desfășurată cercetarea retrospectivă caz-martor în baza chestionarului „Perceperea de către părinți a serviciului de asistență medicală primară”.

În calitate de criterii de selecție pentru studiul caz-martor au fost alese: 1) familiile care n-au avut experiența adresării după consultații medicale (profilactice / de rutină) în afară de CMF (**lotul**

A – 100 părinți) și 2) familiile care au avut experiența adresării după consultațiile medicale (profilactice / de rutină) în afară de CMF (**lotul B – 100 părinți**). Raportul familiilor din localitățile municipale (21,55%) și din localitățile raionale (78,45%) a fost calculat în conformitate cu „raportul numărului de copii” municipiu/raion din RM la 1 ianuarie 2007. Ca localități reprezentative au fost selectate raionul Soroca și sec. Râșcani, mun. Chișinău.

Unul dintre obiectivele serviciului de asistență medicală primară este „creșterea accesului și consolidarea procesului de instruire / informare” a familiilor în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului. **Indicele de Percepere de către Părinți** elaborat a fost măsurat pe baza sondajelor de opinie. Chestionarul utilizat a fost compus din 10 întrebări, fiecare cu câte cinci variante de răspuns:

1) nici o dată; 2) câte o dată; 3) des; 4) aproape de fiecare dată; 5) de fiecare dată.

Formularea concretă a variantelor de răspuns variază de la o întrebare la alta, dar **intensitatea percepției** exprimate de răspunsuri se situează pe aceeași scală:



Indicele de „Percepere de către Părinți al serviciului” s-a calculat în trei etape. La prima etapă, pentru fiecare întrebare X este calculat un indice individual Q_x , care exprimă încrederea față de serviciul de AMP elucidat de întrebarea respectivă. Indicii individuali sunt calculați după formula:

$$Q_x = F_x^{(++)} + 0,5 * F_x^{(+)} - 0,5 * F_x^{(-)} \quad (8)$$

unde $F_x^{(++)}$, $F_x^{(+)}$, $F_x^{(-)}$ și $F_x^{(--)}$ sunt, respectiv, frecvențele (exprimate în procente) ale răspunsurilor (1) integral pozitive, (2) pozitive, (3) negative și (4) integral negative, acumulate la întrebarea X . Adică, din răspunsurile aflate de partea pozitivă a scalei se scad răspunsurile aflate de partea negativă, iar pentru a acorda o importanță mai mare

răspunsurilor extreme, acestea sunt ponderate cu 1, iar cele intermediare – cu 0,5. Răspunsurile neutre sunt ignorate. Semnul „+” al indicelui Q atestă că în societate prevalează sentimentul de încredere vizavi de aspectul economic studiat, semnul „-” arată situația inversă.

Ca un exemplu de calcul, pe baza întrebării nr. 1 „Deplasarea până la CMF reprezintă o problemă pentru familia copilului?” 30% din intervievați au răspuns „nici o dată” (atitudine integral pozitivă), 20% - „câte o dată” (atitudine pozitivă), 10% - „des” (atitudine neutră), 15% - „aproape de fiecare dată” (atitudine negativă) și 25% - „de fiecare dată” (atitudine integral negativă). Indicele individual Q va fi calculat în felul următor: $Q = 30 + 0,5 \cdot 20 - 0,5 \cdot 15 - 25 = 7,5$.

Valoarea 7,5 denotă perceperea pozitivă față de accesul la asistența medicală primară, dar nu la un nivel semnificativ. Fiecare indice individual Q ia valori în segmentul [-100; + 100]. Mai jos este explicat sensul indicilor pentru câteva cazuri importante:

Q = -100: 100% din răspunsurile date au fost integral negative, avem o lipsă totală de încredere a consumatorilor vizavi de subiectul respectiv (evident, probabilitatea acestui caz este foarte mică);

Q = -50: prevalează atitudinile negative, avem o anumită neîncredere a consumatorilor vizavi de subiectul respectiv;

Q = 0: prevalează atitudinile neutre sau atitudinile opuse se neutralizează reciproc;

Q = +50: prevalează atitudinile pozitive, avem o anumită încredere a consumatorilor vizavi de subiectul respectiv;

Q = +100: 100% din răspunsurile date au fost integral pozitive, avem o totală încredere a consumatorilor vizavi de subiectul respectiv (probabilitatea acestui caz este foarte mică).

Rezultatele au permis să analizăm particularitățile serviciului de asistență medicală primară în vederea *accesului și procesul de instruire/ informare* prin intermediul consumatorilor.

2.4. Metodele de evaluare statistică a rezultatelor obținute

Datele investigațiilor au fost prelucrate computerizat prin metoda variațională, corelațională și discriminatorie. Toate calculele au fost interpretate prin proba statistică computerizată SPSS și cu ajutorul metodelor statistice din programul *Microsoft Excel*. Programul dat a permis prelucrarea și gruparea materialului obținut, iar în funcție de felul semnelor de evidență s-a efectuat gruparea tipologică și cea variațională în formă tabelară. Au fost estimați indicatorii relativi. Iar pentru variabilele cantitative am calculat valorile cu tendință centrală. În cazul variabilelor calitative am determinat și frecvențele. Au fost utilizate metode clasice de prelucrare statistică. Prelucrarea statistică a valorilor cantitative a fost precedată de calculul mediei aritmetice (M) și a erorii medii aritmetice (m).

Compararea variabilelor în diferite grupe independente a fost efectuată prin intermediul criteriului *Student* (t). Pentru analiza rezultatelor obținute au fost posibile două variante: 1) $Student(t) \geq Standard(t)$; 2) $Student(t) < Standard(t)$. În prima variantă diferența dintre valorile indicatorilor diferitelor grupe de copii sunt veridice, în a doua variantă valorile nu sunt veridice. Analizei ulterioare au fost supuși numai acei indici care se aflau în intervalul probabilității de 95% și mai mult ($p < 0,05$).

Gradul de argumentare a relațiilor corelative dintre indicatorii evaluați a fost calculat prin *coeficientul de corelație a rangurilor* – *Spearman*. Pentru calcularea coeficientului de corelație a fost utilizată formula de calcul:

$$\rho_{xy} = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)} \quad (9)$$

unde: ρ_{xy} – coeficientul de corelație *Spearman*;

Σd – diferența dintre rangurile valorilor variabilelor corelate;

n – numărul perechilor de valori studiate (x, y)

Formula respectivă permite să apreciem gradul de asociație numai dintre doi indicatori studiați și poate avea valori cuprinse între „-1”, „0”, „+1”. Acesta exprimă o legătură perfectă când are

valoarea +1. În situația dată, rangurile au valori egale, iar diferența dintre ranguri este egală cu 0.

Rangul de asociație reprezintă diferența dintre valoarea cea mai mare și valoarea cea mai mică dintr-o serie sau în dinamică. La valorile **0,01-0,09** asocierea este neglijabilă, la **0,10-0,29** asocierea este scăzută, la **0,30-0,49** asocierea este moderată, la **0,50-0,69** asocierea este substanțială, iar la valoarea **0,70** asocierea este puternică.

Dependența statistică dintre parametrii calitativi a fost prezentată prin tabele de contingență, iar pentru verificarea ipotezei de independență a liniilor și coloanelor a fost folosit criteriul **chi²** (χ^2), fiind calculat după formula:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E} = \frac{n(ad - bc)^2}{(a + c)(b + d)(a + b)(c + d)} \quad (10)$$

unde **O** este frecvența observată, **E** este frecvența așteptată. Acest test a fost calculat cu ajutorul pachetului de prelucrare statistică a datelor SPSS 13. **Chi²** (χ^2) se folosește pentru compararea a doi și mai mulți *factorii de risc* din două și mai multe loturi independente. Dacă **chi²** calculat este mai mare decât valoarea din tabel, atunci diferența dintre loturi este semnificativă și, deci, factorul studiat constituie factor de risc. Dacă valoarea **chi²** calculat este mai mic decât valoarea din tabel, atunci diferența dintre loturi este ne semnificativă.

* * *

În concluzie la acest capitol, menționăm următoarele:

- pentru atingerea obiectivelor propuse au fost utilizate metode de cercetare adecvate;
- eșantioanele de studiu corespund obiectivelor de cercetare propuse;
- volumul eșantioanelor sunt suficiente și reprezentative;
- abordările metodelor cercetare și biostatistice ale lucrării corespund principiilor moderne de cercetare academică.

3. DINAMICA ȘI STRUCTURA INDICATORILOR STĂRII DE SĂNĂTATE A COPIILOR SUB VÂRSTA DE 5 ANI

Cercetarea epidemiologică integrală a vizat indicatorii stării de sănătate a copiilor sub vârsta de 5 ani, ca fenomen de masă în republică. Rezultatele cercetării au fost descrise prin intermediul mărimilor relative – indicatori derivați: *rata* și *raportul*, care au prezentat nivelul, mărimea fenomenului în dinamică; și *proporție* – *rația*, care au prezentat structura indicatorilor stării de sănătate a copilului în parte și în ponderea totalității studiate. Rezultatele studiului au fost descrise în baza informațiilor statistice oficiale pentru anii 2003-2010, ceea ce a permis o evidență completă a copiilor sub vârsta de 5 ani /a preșcolarilor din republică. Din obiectivul studierii dinamicii și structurii indicatorilor stării de sănătate a copiilor, în funcție de municipiu / raion și anii 2003-2010, au fost descrise:

- mortalitatea copiilor sub vârsta de 5 ani;
- incidența copiilor sub vârsta de 5 ani;
- invaliditatea copiilor sub 16 ani (2003-2008) și copiilor sub 18 ani (2008-2010);
- rezultatele examenelor profilactice ale preșcolarilor cu retard fizic.

Studierea acestor date ne-a permis să analizăm corelația dintre indicatorii stării de sănătate a copiilor din grupa de vârstă cercetată.

Indicatorii medico-demografici pentru copiii sub vârsta de 5 ani (*perioada infantilă și copilăriei timpurii*) în anii **2008-2010**, nu pot fi comparabile cu cei pentru perioada **2003-2007** și în lucrare ei vor fi marcați cu (*); din momentul în care la 01.01.2008 a intrat în vigoare Ordinul MS nr. 455/137/131 din 10.12.2007 *Cu privire la implementarea standardelor și criteriilor europene privind înregistrarea în statistica oficială de stat a nașterii și copiilor nou-născuți cu masa de la 500 gr. și de la 22 săptămâni gestație.*

3.1. *Dinamica și structura mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani în perioada 2003-2010*

În anul 2010, numărul total al copiilor sub vârsta de 5 ani a constituit 192.835 persoane, ceea ce reprezintă 23,5% din totalul populației pediatrice a RM și totodată 5,4% din totalul populației republicii.

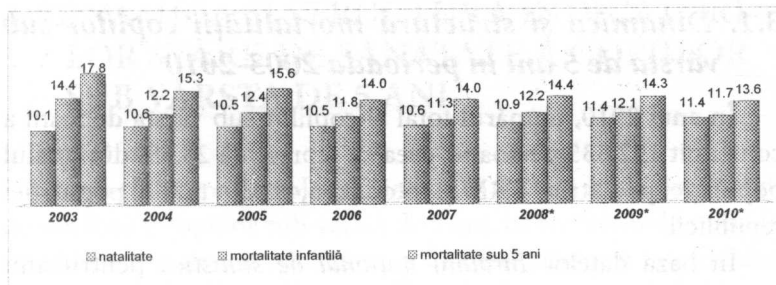
În baza datelor *Biroului național de statistică* pentru anii 2001–2005–2010, am stabilit că în structura generală a populației țării numărul populației pediatrice este în descreștere:

- grupa copiilor sub vârsta de 5 ani – de la 5,4% (195.241); 5,0% (181.669) la 5,3% (192.835)
- grupa copiilor de 5-9 ani – de la 7,1% (258.291); 5,7% (203.408) la 5,2% (184.731)
- grupa copiilor de 10-14 ani – de la 9,2% (334.311); 7,6% (272.799) la 5,8% (207.983).

Pentru perioada 2001-2010 am înregistrat micșorarea numărului de copii sub vârsta de 5 ani cu 15.148 persoane (de la 207.983 până la 192.835). Așadar, în perioada cercetată numărul acestora s-a redus anual cu 1,51 mii de persoane.

În anul 2010, numărul nou-născuților a fost de 40.474; indicatorul *natalității* a crescut de **1,13 ori**, de la 10,1‰ în 2003 la 11,4‰ în 2010 (figura 5). În rezultatul cercetării am înregistrat că ”*mortalitatea sub 5 ani*” pe republică a avut o tendință de descreștere de 1,27 ori, de la 17,8‰ în 2003 la 14,0‰ în 2010.

Problema mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani, în pofida descreșterii, rămâne actuală pentru Republica Moldova. În 2006, *mortalitatea sub 5 ani* în țară a fost cu 1,72‰ mai înaltă în comparație cu același indicator în Ucraina (12,34‰) și cu 1,1‰ mai înalt, comparativ cu Rusia (12,96‰). În anul 2007 *mortalitatea sub 5 ani* a fost mai înaltă de 2,54 ori în comparație cu același indicator în țările UE (5,53‰).



* 2008-2010, Ordinul MS nr. 455/137/131 din 10.12.2007.

Figura 5. **Dinamica natalității, mortalității infantile, mortalității sub 5 ani, 2003-2010 (%)**.

”Mortalitatea sub 5 ani” (M_{0-5}), ca și ”indicatorul mortalității infantile” (M_{0-1}), sunt unii dintre cei mai reprezentativi și sensibili indicatorii ai stării de sănătate a copiilor în perioada de vârstă timpurie. Din aceste considerente a fost descrisă separat dinamica mortalității infantile (M_{0-1}) și cea a mortalității sub 5 ani (M_{0-5}).

În figura 6 putem să vizualizăm perioadele de vârstă ale copiilor sub 5 ani. Indicatorul derivației – rația ”mortalității sub 5 ani” – este calculată în următorul mod:

$$M_{0-5} = \frac{\text{numărul copiilor decedați sub vârsta de 5 ani}}{\text{numărul nou-născuților}} \times 1000$$

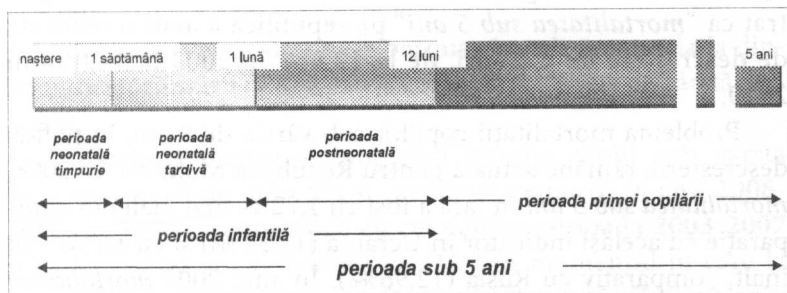
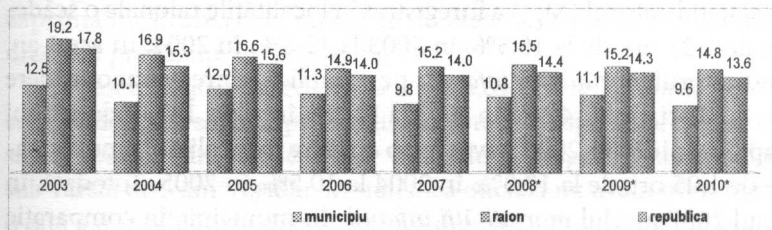


Figura 6. **Perioadele de vârstă copiilor sub vârsta de 5 ani**.

În urma cercetării, în funcție de repartizarea administrativ-teritorială în localitățile raionale ale republicii, a fost înregistrată o descreștere a ”mortalității sub 5 ani” de 1,26 ori (de la 19,2‰ în

2003 la 15,2‰ în 2007); de **1,32** ori (2003-2010) și o descreștere în municipii a indicatorului (M_{0-5}) de **1,28** ori (de la 12,5‰ în 2003 la 9,8‰ în 2007); de **1,30** ori (2003-2010) (figura 7).

Atrage atenția faptul că anul 2004 a fost cel mai pozitiv în privința descreșterii "mortalității sub 5 ani" atât pentru municipii – de **1,24** ori (de la 12,5‰ la 10,1‰ cazuri), cât și pentru localități raionale – de **1,19** ori (de la 19,2‰ la 16,9‰ cazuri). Fenomenul poate fi explicat prin implementarea la nivel național a: 1) standardelor de supraveghere a copilului în perioada de vârstă timpurie, 2) reelaborarea „Carnetului de dezvoltare a copilului” (F-112/e), 3) revederea și reelaborarea modulelor programului CIMC.



* 2008-2010, Ordinul MS nr. 455/137/131 din 10.12.2007

Figura 7. **Dinamica mortalității sub 5 ani în funcție de repartizarea administrativ-teritorială, 2003-2010 (%)**.

În anul 2007, indicatorul "mortalitatea sub 5 ani" în localitățile municipale în comparație cu același indicator în localitățile raionale a fost de 1,55 ori mai mic, 9,8‰ și respectiv 15,2‰ cazuri. Totodată, în 2007 nivelul "mortalității sub 5 ani" pe municipii în comparație cu nivelul "mortalității sub 5 ani" pe republică era de 1,43 ori mai jos – 9,8‰ și 14,0‰ (figura 7).

După studiul efectuat am descris dinamica indicatorului mortalității infantile (M_{0-1}) sau a „mortalității sugarului”. Mortalitatea infantilă reprezintă un fenomen demografic al deceselor de la naștere până la 364 de zile de viață a copilului, raportate la 1000 de născuți vii din aceeași perioadă și în același teritoriu.

$$M_{0-1} = \frac{\text{numărul copiilor decedați sub vârsta de 12 luni}}{\text{numărul nou-născuților}} \times 1000$$

Nivelul *mortalității infantile* s-a redus în municipii de 1,40 ori, de la 10,8‰ în 2003 până la 7,7‰ în 2007. La fel, nivelul indicatorului (M_{0-1}) a înregistrat o descreștere în localitățile raionale de 1,24 ori, de la 15,5‰ în 2003 la 12,5‰ în 2007. Pe republică nivelul *mortalității infantile* a scăzut de 1,27 ori, de la 14,4‰ în 2003 la 11,3‰ în 2007 (figura 8). În anul 2007, indicatorul „mortalității infantile” în localitățile municipale, în comparație cu același indicator (M_{0-1}) în localitățile raionale, a fost de 1,62 ori mai mic, 7,7‰ și, respectiv, 12,5‰ cazuri.

Atragem atenția că anii 2003-2004, au fost pozitivi atât prin reducerea *mortalității sub 5 ani*, cât și a *mortalității infantile*. În anul 2004, indicatorul (M_{0-1}) a înregistrat în localitățile raionale o scădere de 1,21 ori, de la 15,5‰ în 2003 la 12,8‰ în 2004. În acest an, indicatorul *mortalității infantile* pe republică a înregistrat o scădere de 1,18 ori, de la 14,4‰ în 2003 la 12,2‰ în 2004. În pofida acestui fapt, în anii 2004-2005 a avut loc o creștere în localitățile municipale de 1,05 ori, de la 10,0‰ în 2004 la 10,5‰ în 2005. Totodată, în anul 2007 nivelul *mortalității infantile* în municipii, în comparație cu nivelul indicatorului (M_{0-1}) în localitățile raionale, a fost de 1,62 ori mai jos, 7,7‰ și respectiv 12,5‰ cazuri (figura 8).

Acest fenomen pentru municipii poate fi explicat prin creșterea numărului lucrătorilor medicali din municipiul Chișinău, instruiți în programul CIMC; revederea curriculară a acestui program, a materialelor de instruire a părinților: *Ghidul pentru părinți „Copilul Nostru”, Agendei mamei*.

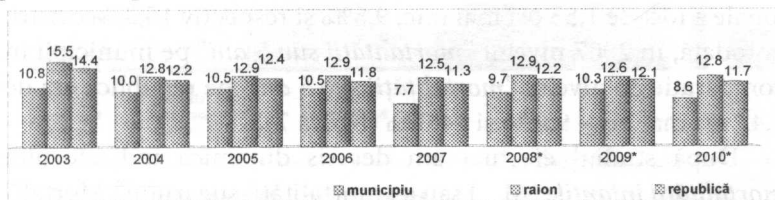


Figura 8. *Dinamica mortalității infantile în funcție de repartizarea administrativ-teritorială, anii 2003-2010 (%)*.

Pentru anul 2007, a fost studiată „mortalitatea sub 5 ani” conform datelor MS al RM, în funcție de locul decesului copilului. Au fost înregistrate decese „în staționare” – 69,9% (372 de copii) și dece-

se „extra-spitalicești” – 24,2% (129 de copii). *Mortalitatea sub 5 ani* după locul decesului „extra-spitalicesc” a scăzut cu 3,7% cazuri în anul 2007, în comparație cu anul 2006. În anul 2007 au fost înregistrate decesele „în staționare” – 76,4% (327 copii) și decesele „extra-spitalicești” – 19,9% (85 de copii) la indicatorul *mortalitate infantilă*.

Majoritatea deceselor la domiciliu ale copiilor sub vârsta de 5 ani, precum și a celor survenite în primele 24 de ore de la internarea în spital, semnifică accesul limitat la serviciile de sănătate, calitatea slabă sau ineficiența serviciilor de îngrijiri primare și lipsa abilităților parentale sau neglijarea sănătății / vieții copilului de către părinți. Din perspectiva drepturilor copilului, toate acestea exprimă încălcarea drepturilor la sănătate și la viață ale copilului, drepturi prevăzute în Convenția ONU.

În documentația medicală statistică, decesele la domiciliu nu sunt evidențiate separat prin indicatori statistici specifici, ci doar ca situații particulare ale deceselor infantile și, respectiv, ale copiilor sub vârsta de 5 ani. Așadar, în statistica oficială nu avem prezentată o rată a mortalității la domiciliu, ci a deceselor ce au avut loc la domiciliu, acestea putându-se evidenția ca un rezultat al distribuirii (cu ocazia analizării datelor) tuturor deceselor (atât sub vârsta de 1 an, cât și sub vârsta de 5 ani) după locul producerii lor.

În documentația medicală statistică indicatorul „mortalitatea la prima copilărie” nu este evidențiat separat și toate cercetările în acest domeniu sunt relative. Cu scopul elaborării unor măsuri manageriale este nevoie de date privind dinamica „mortalității juvenile” în republică.

Rezultatele cercetării descriptive a „mortalității sub vârsta de 5 ani” în funcție de grupa de vârstă: ale *mortalității infantile, mortalității la prima copilărie* vor fi informative pentru organizarea măsurilor manageriale, în serviciul îngrijirii și dezvoltării copiilor din partea specialiștilor Direcției „Sănătatea femeii și copilului” a MS din RM.

La următoarea etapă „mortalitatea sub 5 ani” a fost cercetată conform dinamicii structurii și/sau după „principalele cauze de deces” al copiilor. Am stabilit că primul loc îl ocupă *unele afecțiuni în perioada perinatală*, care au alcătuit mai mult de o pătrime din totalitatea cauzelor principale de deces. Aceste cauze au avut tendințe de creștere de 1,12 ori – de la 25,1% cazuri în 2003 la 28,0% în 2007; și creștere de 1,37 ori (2003-2010), figura 9.

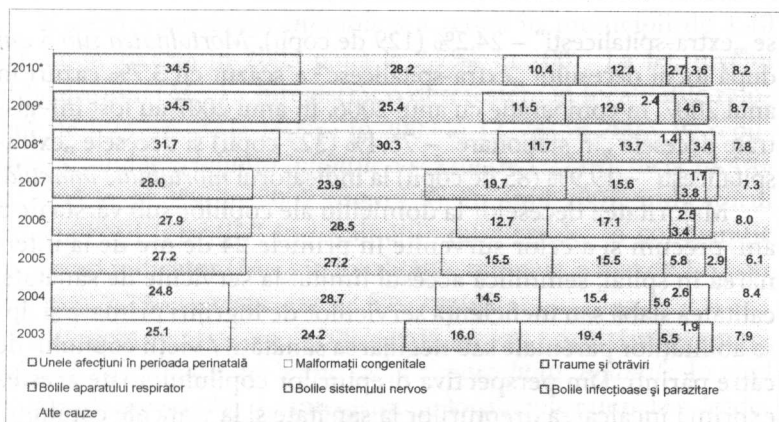


Figura 9. **Structura cauzelor principale de deces al copiilor sub vârsta de 5 ani, în dinamica anilor 2003-2010 (%)**.

Aceleași cauze de deces – *unele afecțiuni în perioada perinatală* – au fost deplasate pe locul al II-lea în anii 2004 (24,8%) și 2006 (27,9%) și au împărțit locul I în anul 2005 (27,2%) cu cauzele *malformații congenitale* ale copiilor sub vârsta de 5 ani.

În anul 2007, *malformațiile congenitale* au ocupat al doilea loc în structura cauzelor de deces, întrunind în jur de o pătrime din totalitatea acestora. Totodată, în anii 2006-2007 *malformațiile congenitale* au prezentat o tendință de descreștere cu 4,6% – de la 28,5% cazuri la 23,9% cazuri. În perioada 2004-2006, aceste cauze s-au plasat pe primul loc în structura *mortalității sub 5 ani* și constatăm o creștere de 1,17 ori în anii 2003-2010.

Conform datelor cercetării, cauzele *traume și otrăviri* au ocupat locul trei, cu o tendință de creștere de 1,55 ori – de la 16,0% cazuri în 2003 la 19,7% în 2007. Aceste cauze au fost deplasate pe a treia poziție în structura deceselor în 2005, având continuitate în anul 2007. Totodată, constatăm o descreștere de 1,54 ori (anii 2003-2010).

Cauzele de deces *bolile aparatului respirator* au fost deplasate pe de locul trei în anii 2003, 2004, 2006 pe locul patru în 2005 și 2007. Decesele copiilor sub vârsta de 5 ani în funcție de *bolile aparatului respirator* au înregistrat o tendință de diminuare – de

la 19,4% în 2003 la 15,6% în 2007 și 12,4% în 2010. Din studiile din domeniu este cunoscut faptul că decesele din cauza *traume și otrăviri* și a complicațiilor survenite în urma *bolilor aparatului respirator* sunt influențate indirect de nivelul culturii sanitare a părinților cu copii sub vârsta de 5 ani.

În baza rezultatelor cercetării am stabilit că în anii 2003-2010 *alte cauze* de deces al copiilor sub vârsta de 5 ani s-au plasat pe a V-a poziție în structura cercetată, o dinamică stabilă în perioada descrisă.

Astfel, *alte cauze* de deces au fost urmate de *bolile sistemului nervos* în structura *mortalității sub 5 ani*. Aceste boli au înregistrat o micșorare cu 1,7% cazuri – de la 5,5% cazuri în 2003 la 3,8% cazuri în 2007 (și la 2,7% cazuri în 2010). *Bolile infecțioase și parazitare* s-au plasat pe a șasea poziție și s-au manifestat cu o dinamică stabilă – de la 1,9% cazuri în 2003 la 1,7% cazuri în 2007 (și la 3,6% cazuri în 2010).

Analiza "mortalității sub 5 ani" în funcție de *cauzele principale de deces* a evidențiat reorganizarea structurii acestuia:

- *unele afecțiuni în perioada perinatală și malformațiile congenitale* și-au schimbat poziția în structură – de pe locul II pe locul I și, respectiv, invers;
- *traumele și otrăvirile și maladiile aparatului respirator* s-au mutat în structură de pe locul IV pe locul III și, respectiv, invers.

La etapa următoare, am cercetat structura „cauzelor principale de deces” al copiilor sub vârsta de 5 ani după repartizarea administrativ-teritorială. Important este că, în anul 2003, raportul *municipii:raioane* constituia 12,5:19,2(=0,65); în 2007 raportul $M_{0,5}$ *municipii : raioane* era de 9,8:15,2(=0,64); în 2010 raportul $M_{0,5}$ *municipii : raioane* era de 9,6:14,8(=0,65). Rezultatele n-au fixat schimbări esențiale în dinamica raportului *municipii:raioane* după „toate cauzele de deces” pentru această perioadă (tabelul 10). Rezultatele cercetării structurii „cauzelor principale de deces” al copiilor sub vârsta de 5 ani după raportul *municipii:raioane* sunt următoarele:

- *afecțiuni în perioada perinatală* – de la 3,9:4,6 (=0,85) în 2003 la 4,3:4,9 (=0,88) în anul 2010;
- *malformațiile congenitale* nu au prezentat o diferență semni-

- ficativă în dinamica anilor cercetați – de la 3,6:4,5 (**=0,80**) în anul 2003 la 2,5:4,2 (**=0,59**) în anul 2010;
- *traume și otrăviri* – de la 1,4:3,2 (**=0,44**) în 2003 la 0,5:1,7 (**=0,29**) în anul 2010;
 - *bolile aparatului respirator* – de la 1,7:3,9 (**=0,44**) în 2003 la 0,9:1,9 (**=0,47**) în anul 2010;
 - *bolile sistemului nervos* nu au prezentat o diferență semnificativă în dinamica anilor cercetați – 0,1:0,5 (**=0,20**) în anul 2010;
 - *bolile infecțioase și parazitare* – de la 0,7:1,1 (**=0,64**) în 2003 la 0,4:0,5 (**=0,80**) în anul 2010.

Tabelul 10. Rata cauzelor principale de deces al copiilor sub 5 ani în funcție de repartizarea administrativ-teritorială, anii 2003-2010 (%)

cauzele \ anii	2003		2004		2005		2006	
	mun.	raion	mun.	raion	mun.	raion	mun.	raion
Bolile infecțioase și parazitare	0,7	1,1	0,5	1,0	0,1	1,1	0,2	0,6
Bolile sistemului nervos	0,1	0,4	0,2	0,5	0,5	0,5	0,1	0,4
Maladiile aparatului respirator	1,7	3,9	1,0	2,8	1,6	2,6	1,7	2,6
Unele afecțiuni în perioada perinatală	3,9	4,6	3,6	3,9	4,1	4,2	3,7	4,0
Malformațiile congenitale	3,6	4,5	3,6	4,6	4,3	4,2	3,3	4,2
Traumele și otrăvirile	1,4	3,2	0,2	2,9	0,6	3,0	0,4	2,2
Alte cauze	1,1	1,5	1,0	1,4	0,7	1,0	1,9	0,9
TOTAL	12,5	19,2	10,1	16,9	12,0	16,6	11,3	14,9

cauzele	anii		2007		2008*		2009*		2010*	
	mun.	mun.	mun.	raion	mun.	raion	mun.	raion	mun.	raion
Bolile infecțioase și parazitare	0,1	0,7	0,3	0,5	0,3	0,8	0,4	0,5		
Bolile sistemului nervos	-	0,3	-	0,3	0,2	0,4	0,1	0,5		
Maladiile aparatului respirator	1,9	2,3	0,9	2,3	0,9	2,1	0,9	1,9		
Unele afecțiuni în perioada perinatală	2,3	4,4	3,9	4,8	5,3	4,8	4,3	4,9		
Malformațiile congenitale	3,1	3,3	4,1	4,4	3,2	3,7	2,5	4,2		
Traumele și otrăvirile	1,6	3,1	1,0	1,9	0,3	2,1	0,5	1,7		
Alte cauze	0,8	1,1	0,6	1,3	0,8	1,4	0,8	1,2		
TOTAL	9,8	15,2	10,8	15,5	11,1	15,2	9,6	14,8		

Rezultatele din tabelul 10, pentru anul 2010, privind raportul *municipii : raioane* ale mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani au fost mai îngrijorătoare în cauzele: 1) bolile sistemului nervos; 2) traume și otrăviri; 3) maladiile aparatului respirator; 4) malformații congenitale. Astfel, putem constata că în asistența medicală primară din localitățile raionale n-au fost efectuate complet măsurile manageriale privind prevenirea și dirijarea mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani.

Rezultatele obținute au demonstrat că fenomenul *mortalității sub 5 ani* diferă în funcție de localitatea municipală / raională, de anul cercetării, de zona geografică. La următoarea etapă a studiului am analizat indicatorul mortalității sub vârsta de 5 ani din localități raionale.

Pentru analiza distribuirii localităților după indicatorul *mortalității sub 5 ani*, a fost efectuată clasificarea în funcție de cinci niveluri: *foarte mare, mare, mediu, mic, foarte mic*. Rezultatele clasificării sunt prezentate în anexa 6, tabele 1-5.

Pentru anul 2003, nivelul „foarte mare” și nivelul „mare” ale indicatorului (M_{0-5}) s-au înregistrat în 7 localități raionale: 2 din zona de Nord, 2 din zona de Centru, 3 din zona de Sud. Localitățile de Nord (Drochia, Soroca) și cea de Centru (Dubăsari) au înregistrat nivelul „forte mic” de mortalitate sub vârsta de 5 ani. Localitățile republicii sunt repartizate neuniform în grupuri după niveluri: „ foarte mic” – 3, „mic” – 9, „mediu” – 16, „mare” – 5, „foarte mare” – 2 (tabelul 11).

Tabelul 11. Clasificarea localităților după nivelul mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2003

Nivelul (‰)	nr.	Localitățile municipale / raionale
<i>foarte mic</i> 2,8-9,9	3	Nord – Drochia, Soroca; Centru – Dubăsari
<i>mic</i> 10,0-16,7	9	Mun. Chișinău; mun. Bălți; Nord – Glodeni, Rezina, Râșcani; Centru – Călărași, Ungheni; Sud – Ștefan Vodă, Taraclia
<i>mediu</i> 16,8-23,5	16	Nord – Dondușeni, Edineț, Fălești, Ocnița, Sângerei, Șoldănești, Telenеști; Centru – Anenii Noi, Criuleni, Ialoveni, Orhei, Strășeni; Sud – Cahul, Cantemir, Căușeni, UTA Găgăuzia
<i>mare</i> 23,6-30,3	5	Nord – Briceni; Centru – Nisporeni, Hâncești; Sud – Basarabeasca, Cimișlia
<i>foarte mare</i> 30,4-37,1	2	Nord – Florești; Sud – Leova

Analiza comparativă pentru anii 2003-2004 (anexa 1, tabellele 1, 2), ne-a demonstrat o descreștere după nivelele clasificării indicatorului „mortalității sub 5 ani”: „foarte mare” 6,2-30,1‰ în 2004, „mare” – 22,2-26,1‰ în 2004. Totodată, în 2004 a fost constatăată creșterea după nivelele a clasificării „mortalității sub 5 ani”: „foarte mic” și „mic” – 10,2-14,1‰ și, respectiv, 14,2-18,1‰.

Astfel, în anul 2004 a fost marcată creșterea numărului localităților cu nivelul „ foarte mic” și „mic” (13 și 14 localități). Raionul Taraclia de la nivelul „mic” a fost transferat în grupa cu nivelul „forte mare”. În categoria localităților cu nivel „mare” au

fost transferate: Ocnița, Cantemir. Pe când Nisporeni și Cimișlia au rămas constante ca și în anul precedent – nivelul „mare”.

Analiza comparativă pentru anii 2004-2005 (anexa 1, tabelele 2, 3) a scos în evidență faptul că, din cauza creșterii nivelului „mortalității sub 5 ani” pe republică cu 0,3‰ cazuri și a creșterii pe municipii cu 1,9‰ cazuri, localitățile raionale și localitățile municipale au fost redistribuite după clasamentul descris. În anul 2005 a fost înregistrată micșorarea numărului de raioane cu nivel „foarte mic” (de la 13 la 7). Localitatea Basarabeasca din grupa cu nivel „foarte mic” a fost transferată în grupa cu nivel „mare”. Au fost înregistrate trei localități raionale cu nivel „foarte mare”, dintre care două din zona de Nord (Fălești, Șoldănești) și o localitate din zona de Sud (Cimișlia). Trei localități au un nivel „mare”: în zona de Nord – Râșcani, în zona de Centru – Nisporeni și în cea de Sud – Basarabeasca.

Pentru anii 2005-2006 (anexa 1, tabelele 3, 4) a fost înregistrată o scădere a nivelului de clasificare a indicatorului $M_{0.5}$. Astfel, nivelul „foarte mare” a înregistrat parametrii 19,1-22,7‰. Din cauza acestui fenomen, a fost marcată o creștere a numărului localităților cu nivel „foarte mare”: 4 localități din zona de Nord (Briceni, Dondușeni, Edineț, Șoldănești) și 3 localități din zona de Centru (Anenii-Noi, Hâncești, Nisporeni). Totodată, am constatat creșterea (de la 3 la 8) numărului de localități cu nivel „mare”: din zona de Nord (Fălești, Ocnița, Rezina, Telenești), din zona de Centru (Călărași, Criuleni) și din zona de Sud (Basarabeasca, Cahul).

Pentru anul 2006 (anexa 1, tabelul 4), am marcat dublarea numărului de localități cu nivel „mediu” (de la 6 la 12) al indicatorului. Acest fenomen se explică prin reducerea indicatorului „mortalității sub 5 ani” cu 1,6‰ cazuri pe republică, scăderii lui cu 1,7‰ cazuri în localitățile raionale. În pofida acestui fenomen, nu s-a înregistrat dinamica în localitățile raionale cu nivel „foarte mare” (zona de Centru – Ialoveni) și cu nivel „mare” (zona de Centru – Anenii Noi, Orhei; zona de Sud – Taraclia).

Analiza comparativă a anilor 2006 și 2007 (anexa 1, tabelele 4, 5) ne arată o concentrare a raioanelor în grupa cu nivel „mediu” (9) și nivel „mic” (11). Așadar, structura în anul 2007 diferă de anul 2003. Localitățile au fost repartizate relativ uniform după nivel: „foarte mic” – 5, „mic” – 8, „mediu” – 9, „mare” – 5, „foarte mare” – 8 (tabelul 12).

Tabelul 12. Clasificarea localităților după nivelul mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2007

Nivelul (‰)	nr.	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 8,5-10,9	5	Mun. Bălți; Nord – Drochia, Glodeni; Centru – Călărași, Strășeni
mic 11,0-13,4	8	Mun. Chișinău; Nord – Ocnița, Râșcani; Centru – Criuleni, Ungheni; Sud – Cantemir, Cimișlia, Ștefan Vodă
mediu 13,5-15,9	9	Nord – Dondușeni, Sângerei; Centru – Anenii Noi, Dubăsari, Ialoveni, Nisporeni, Orhei; Sud – Taraclia, UTA Găgăuzia
mare 16,0-18,4	5	Nord – Fălești, Florești, Soroca, Telenești; Sud – Cahul
foarte mare 18,5-20,9	8	Nord – Briceni, Edineț, Rezina, Șoldănești; Centru – Hâncești; Sud – Basarabeasca, Căușeni, Leova

Un nivel „foarte înalt” în dinamica de doi ani ne demonstrează patru raioane din zona de Nord (Briceni, Edineț, Șoldănești) și zona de Centru (Hâncești). Merită atenție faptul că în zonele geografice nu au fost înregistrate particularități specifice. În baza rezultatelor studiului a fost elaborat „**ATLASUL INDICATORILOR STĂRII DE SĂNĂTATE A COPIILOR DE VÂRSTĂ TIMPURIE**” (anexa 7, figura 1).

3.2. Dinamica și structura incidenței copiilor sub vârsta de 5 ani (2003-2010)

Morbiditatea reprezintă totalitatea îmbolnăvirilor cunoscute la un moment dat sau într-o anumită perioadă, în cadrul unei populații dintr-un teritoriu bine delimitat. Indicatorul morbidității se divizează în *incidența morbidității* și *prevalența morbidității* unei populații studiate.

În cazul în care obiectivul cercetării prevede analiza cazurilor *noi* de maladii sau analiza bolilor acute (epidemii / pandemii), morbiditatea este analizată prin intermediul incidenței morbidității. Prevalența morbidității este utilă în studiul bolilor cronice, fiind considerată un indicator al „supraviețuirilor”, care nu

țin cont de cazurile de deces. Conform obiectivelor din lucrarea noastră, a fost analizat indicatorul incidenței morbidității sub vârsta de 5 ani după structura indicatorului și dinamica anilor 2003-2007. În cadrul studiului am stabilit că „boliile aparatului respirator” au ocupat primul loc. În anii 2003-2007 incidența acestor boli a înregistrat o majorare de 1,43 ori – de la 449,9‰ în 2003 la 641,9‰ în 2007; și de 1,32 ori (2003-2010). Raportul incidenței „bolilor aparatului respirator” *municipii:raioane* constituia $720,9:379,4(=1,90)$ în anul 2003 și $641,9:364,2(=1,76)$ în anul 2007; și $894,0:483,6(=1,85)$ în anul 2010.

În anii 2003-2007, în structura incidenței „maladiile infecțioase și parazitare” au ocupat al doilea loc, înregistrând o majorare de 1,19 ori – de la 64,7‰ în 2003 la 77,2‰ în 2007 (figura 10).

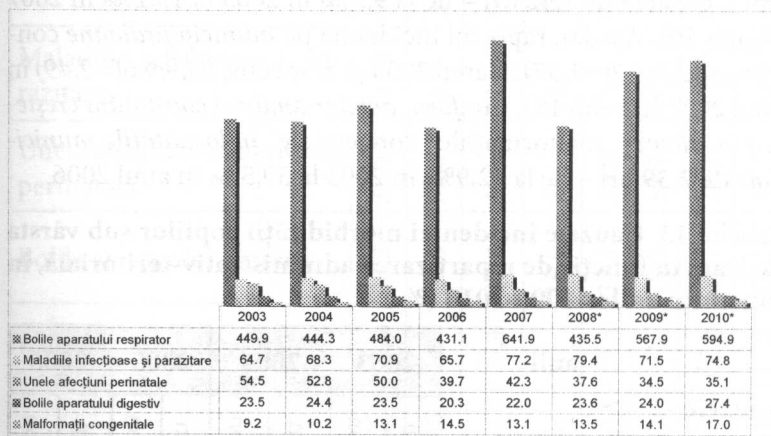


Figura 10. **Dinamica cauzelor incidenței morbidității sub vârsta de 5 ani, 2003-2010 (‰)**

Raportul incidenței „maladiilor infecțioase și parazitare” pe *municipii:raioane* constituia $82,6:60,0(=1,38)$ în anul 2003 și, respectiv, $105,8:68,2(=1,55)$ în anul 2007; și $(=1,66)$ în anul 2010 (tabelul 13). Pentru anii 2003-2007, „unele afecțiuni în perioada perinatală” în structura morbidității au ocupat a treia poziție, cu tendințe de descreștere a indicatorului de 1,29 ori – de la 54,5‰ în 2003 la 42,3‰ în 2007 (figura 10). Iar raportul incidenței lor pe

municipii:raioane constituia 52,9:54,8(=0,97) în anul 2003 și, respectiv, 38,4:39,6 (=0,97) în anul 2007 (tabelul 13). *Conform datelor analizei, constatăm incidența morbidității „unele afecțiuni în perioada perinatală” mai înaltă în localitățile raionale în anii cercetați.*

În 2003-2007, incidența „bolilor aparatului digestiv” s-a plasat pe locul patru în structură și s-a manifestat cu o descreștere neînsemnată de 1,07 ori – de la 23,5‰ în 2003 la 22,0‰ în 2007 (figura 12). Iar raportul incidenței „bolilor aparatului digestiv” pe *municipii:raioane* constituia 18,6:24,8(=0,75) în 2003 și, respectiv, 28,2:20,0(=1,41) în 2007 (tabelul 13). *Conform datelor analizei, constatăm creșterea incidenței „bolilor aparatului digestiv” în localitățile municipale de 1,52 ori – de la 18,6‰ în 2003 la 28,2‰ în anul 2007.*

Următoarea cauză – „malformațiile congenitale” – a înregistrat o creștere de 1,42 ori – de la 9,2‰ în 2003 la 13,1‰ în 2007 (figura 10). Așadar, raportul incidenței pe *municipii:raioane* constituia 12,9:8,2(=1,57) în anul 2003 și, respectiv, 23,9:9,6(=2,49) în anul 2007 (tabelul 13). *Conform datelor analizei constatăm creșterea incidenței „malformațiilor congenitale” în localitățile municipale de 2,39 ori – de la 12,9‰ în 2003 la 30,5‰ în anul 2006.*

Tabelul 13. Cauzele incidenței morbidității copiilor sub vârsta de 5 ani în funcție de repartizarea administrativ-teritorială, în dinamica anilor 2003-2010 (%)

cauzele	anii		2003		2004		2005		2006	
	mun.	raion	mun.	raion	mun.	raion	mun.	raion	mun.	raion
Bolile aparatului respirator	720,9	379,4	686,0	379,4	744,9	411,4	616,4	431,2		
Maladiile infecțioase și parazitare	82,9	60,0	100,3	59,8	108,0	60,6	92,7	58,0		
Unele afecțiuni în perioada perinatală	52,9	54,8	50,2	53,5	50,9	49,8	44,0	39,7		
Bolile aparatului digestiv	18,6	24,8	21,0	25,3	26,9	22,6	25,1	18,9		

Malformații congenitale	12,9	8,2	17,2	8,4	26,7	9,4	30,5	9,9
Total	1232,8	840,7	1277,4	845,5	1378,0	884,0	1173,5	821,2
RM	921,8		937,0		991,4		899,7	
cauzele	anii		2007	2008*	2009*	2010*		
			mun.	mun.	mun.	raion	mun.	raion
Bolile aparatului respirator	641,9	364,2	643,5	365,2	873,3	459,3	894,0	483,6
Maladiile infecțioase și parazitare	105,8	68,1	111,8	68,5	85,5	66,6	105,3	63,4
Unele afecțiuni în perioada perinatală	38,4	39,6	35,5	38,3	30,8	35,9	28,1	37,7
Bolile aparatului digestiv	28,2	20,0	37,3	19,0	37,4	19,3	41,1	22,3
Malformații congenitale	23,9	9,6	25,4	9,5	27,5	9,4	32,6	11,2
Total	1210,1	818,8	1189,5	807,1	1388,8	884,9	1436,5	943,0
RM	913,5		903,6		1017,1		1076,9	

La următoarea etapă a cercetării, fenomenul incidenței morbidității sub vârsta de 5 ani a fost analizat în funcție de localitate, de zona geografică, de anul descrierii. Ca și în cazul indicatorului „mortalității sub 5 ani”, indicatorul „incidenței morbidității sub 5 ani” a fost grupat în cinci niveluri: „foarte mare”, „mare”, „mediu”, „mic”, „foarte mic”. Rezultatele clasificării localităților după nivelul

incidența totală/generală (It) a maladiilor la copiii sub vârsta de 5 ani pentru anii cercetați sunt prezentate în anexa 2 (tabelele 1-5).

În anul 2003, majoritatea localităților republicii au intrat în grupele cu nivel „mic” și „mediu” al „incidenței sub vârsta de 5 ani”. Nivelul incidenței „foarte mare” s-a înregistrat în localitățile raionale Telenești, Ialoveni, Orhei. Am constatat că localitățile republicii s-au repartizat **neuniform** după nivelul incidenței: „foarte mic” – 4; „mic” – 13; „mediu” – 8; „mare” – 5; „foarte mare” – 4 (tabelul 14).

Tabelul 14. Clasificarea localităților după nivelul incidenței copiilor sub vârsta de 5 ani, 2003

Nivelul (‰)	nr.	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 312,9 - 537,5	4	Nord – Dondușeni, Edineț; Sud – Canteмир, Căușeni
mic 537,6 - 762,2	13	Nord – Briceni, Fălești, Glodeni, Ocnița; Centru – Anenii Noi, Criuleni, Dubăsari, Hâncești, Nisporeni, Strășeni; Sud – Basarabeasca, Leova, Ștefan Vodă
mediu 762,3 - 986,9	8	Mun. Bălți; Nord – Florești, Rezina, Râșcani, Soroca, Șoldănești; Centru – Călărași; Sud – Cahul, Cimișlia
mare 987,0 - 1211,6	5	Nord – Drochia, Sângerei; Centru – Ungheni; Sud – Taraclia, UTA Găgăuzia
foarte mare 1211,7 - 1436,3	4	Mun. Chișinău; Nord – Telenești; Centru – Ialoveni, Orhei

Pentru 2003-2004, analiza comparativă a nivelului incidenței în localitățile republicii a înregistrat o *repartizare neuniformă* în grupuri. Distribuția localităților după nivelul incidenței: „foarte mic” – 4; „mic” – 11; „mediu” – 9; „mare” – 7; „foarte mare” – 2 (anexa 2, tabelele 1, 2). Nivelul incidenței „foarte mare” s-a înregistrat iarăși în localitățile Ialoveni, Orhei.

Comparând nivelul indicatorului pentru anii 2004-2005, am înregistrat tendințe de creștere a nivelului incidenței în grupele: „foarte mic” – 9; „mic” – 14; „mediu” – 5; „mare” – 4; „foarte mare” – 1. Atrage atenția deplasarea localităților republicii de la

un nivel la alt nivel al incidenței generale sub vârsta de 5 ani (anexa 2, tabelele 2, 3). Acest fenomen se explică prin creșterea nivelului incidenței generale pe republică cu 54,4‰ – de la 937,0‰ în anul 2004 la 991,4‰ în anul 2005 (figura 12).

În anul 2006 indicatorul „incidența morbidității sub vârsta de 5 ani” a înregistrat o diminuare pe țară cu 91,7‰ – de la 991,4‰ în anul 2005 la 899,7‰ în anul 2006. Astfel, a fost marcată regruparea localităților după nivelul incidenței: „foarte mic” – 4; „mic” – 15; „mediu” – 8; „mare” – 3; „foarte mare” – 3. Atrage atenția faptul că localitățile raionale Telenești, Ialoveni, Anenii-Noi, Orhei, Taraclia au deținut nivelurile „foarte mare” și „mare” ale incidenței (anexa 2, tabelele 3, 4). Totodată, raioanele Edineți, Ocnița, Șoldănești, Cantemir au înregistrat un nivel „foarte mic” al „incidența morbidității sub vârsta de 5 ani”.

Analiza comparativă a anilor 2006-2007 a incidenței generale ne-a arătat o repartizare a localităților în grupul cu nivel: „mic” – 11; „mediu” – 8; „foarte mic” – 6; „foarte mare” – 5; „mare” – 2. După cum a fost menționat, nivel „mare” și „foarte mare” ne denotă **cinci** raioane: zona de Centru – 3, zona de Sud – 1 și zona de Nord – 1 (anexa 2, tabelele 4, 5).

Tabelul 15. Clasificarea localităților după nivelul incidenței copiilor sub vârsta de 5 ani, 2007

Nivelul (‰)	nr.	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 303,8 - 535,3	6	Nord – Drochia, Edineț, Șoldănești; Sud – Cahul, Cantemir, Căușeni
mic 535,4 - 766,9	10	Nord – Briceni, Dondușeni, Florești, Ocnița, Soroca; Centru – Criuleni, Hâncești; sud – Basarabeasca, Leova, Ștefan
mediu 767,0 - 998,5	8	Nord – Fălești, Glodeni, Rezina, Râșcani, Sângerei; centru – Călărași, Nisporeni, Strășeni
mare 998,6 - 1230,1	3	Mun. Chișinău; Centru – Ungheni; Sud – Taraclia
foarte mare 1230,2 - 1461,7	6	Mun. Bălți; Nord – Telenești; Centru – Anenii Noi, Dubăsari, Ialoveni, Orhei

Conform datelor din tabelul 15, în anul 2007 raioanele Telenești, Anenii Noi, Dubăsari, Ialoveni, Orhei și mun. Bălți au prezentat nivel „foarte mare” al incidenței generale sub vârsta de 5 ani.

Rezultatele studiului au fost reflectate în „Atlasul indicatorilor stării de sănătate a copiilor de vârstă timpurie”, care a cuprins incidența morbidității sub vârsta de 5 ani, invaliditatea populației pediatrice și rezultatele examenelor profilactice ale preșcolarilor cu retard fizic (anexa 7, figura 2).

3.3. Dinamica rezultatelor examenelor profilactice la preșcolarii cu retard fizic și a indicatorului invalidității populației pediatrice, anii 2003-2010

Conform obiectivelor Programului „Sănătate pentru toți” al OMS și strategiei europene cu același titlu, clasificarea *indicatorilor stării de sănătate a copiilor* cuprinde „rezultatele dezvoltării fizice, psihosociale a copiilor”, „rezultatele incapacității de muncă” sau „invalidității populației pediatrice”.

În conformitate cu obiectivele lucrării și aspectele menționate, la următoarea etapă am studiat „rezultatele examenelor profilactice ale preșcolarilor” la nivelul asistenței medicale primare. Atragem atenție că în majoritatea cazurilor examenul medical a fost efectuat copiilor cu vârsta în jur de 5 ani. Examenele profilactice au depistat devieri ale sănătății: *retard fizic, acuitate vizuală scăzută, acuitate auditivă scăzută, defectul vorbirii, scolioză, dereglări de ținută* (tabelul 16).

Tabelul 16. Rezultatele examenelor profilactice la preșcolarii după repartizarea administrativ-teritorială pentru anii 2003-2010, (‰)

Devieri	2003		2004		2005		2006	
	mun.	raion	mun.	raion	mun.	raion	mun.	raion
retard fizic	4,9	9,7	6,2	10,8	5,1	10,5	4,5	9,1
RM	8,6		9,7		9,2		8,0	

acuitate vizuală scăzută	14,5	6,0	11,2	4,3	15,2	4,7	11,5	4,6
RM	7,9		5,9		7,2		6,3	
acuitate auditivă scăzută	2,7	1,4	1,0	1,4	1,8	1,4	1,5	1,6
RM	1,7		1,3		1,5		1,6	
defectul vorbirii	20,3	9,0	13,7	9,2	16,7	9,5	14,9	9,6
RM	11,5		10,3		11,2		10,9	
scolioză	1,3	0,6	1,1	0,7	1,9	0,7	1,8	0,8
RM	0,7		0,8		1,0		1,0	
dereglări de ținută	2,2	1,8	3,1	1,8	3,4	1,8	3,1	1,5
RM	1,9		2,1		2,2		1,9	
Devieri	2007		2008*		2009*		2010*	
	mun.	raion	mun.	raion	mun.	raion	mun.	raion
retard fizic	6,0	9,3	2,2	8,2	1,8	8,0	2,3	7,6
RM	8,5		6,7		6,4		6,1	
acuitate vizuală scăzută	17,4	4,1	5,4	4,1	4,5	4,4	4,9	4,2
RM	5,2		4,4		4,5		4,4	
acuitate auditivă scăzută	1,4	1,3	1,4	1,1	1,7	1,0	1,6	1,1
RM	1,3		1,1		1,1		1,2	
defectul vorbirii	14,0	9,1	11,0	7,9	9,0	7,7	8,6	6,0
RM	10,3		8,7		8,0		6,7	
scolioză	2,6	0,9	0,8	0,9	0,7	1,0	1,0	0,6
RM	1,3		0,8		0,9		0,7	
dereglări de ținută	2,8	2,1	1,7	1,7	1,9	2,0	1,3	1,8
RM	2,3		1,7		1,9		1,6	

Conform datelor din tabelul 16 raportul „examenelor profilactice ale preșcolarilor cu retard fizic” *municipiu:raion* a constituit 6,0:9,3(=0,65), în anul 2007.

Analiza raportului „examenelor profilactice la preșcolari” *municipiu:raion* a fost sistematizată în tabelul 17. Sumar putem conchide că *raportul municipiu:raion* a fost „mai mic de unu” numai în cazul examenelor profilactice ale preșcolarilor **cu retard fizic**. Pentru localitățile raionale acest fenomen a fost o „*problema majoră*” în dinamica anilor 2003-2010.

Tabelul 17. **Raportul municipii/raion al „examenelor profilactice ale preșcolarilor”, 2003-2010**

Devieri	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*	2010*
retard fizic	0,51	0,57	0,49	0,49	0,65	0,27	0,23	0,30
acuitate vizuală scăzută	2,42	2,60	3,23	2,50	4,24	1,32	1,02	1,17
acuitate auditivă scăzută	1,93	0,71	1,29	0,94	1,08	1,27	1,70	1,45
defectul vorbirii	2,26	1,49	1,76	1,55	1,54	1,39	1,17	1,43
scolioză	2,17	1,57	2,71	2,25	2,89	0,89	0,70	1,67
dereglări de ținută	1,22	1,72	1,89	2,07	1,33	1,00	0,95	0,72

La următoarea etapă a studiului, cu scopul cercetării nivelului de răspândire a fenomenului „retard fizic la preșcolari” în funcție de localitate, de anul descrierii, am efectuat clasificarea localităților după nivel: „foarte mare”, „mare”, „mediu”, „mic”, „foarte mic”. Rezultatele clasificării sunt prezentate în anexa 3 (tabelele 1-5).

Pentru anul 2003 a fost caracteristică repartizarea **neuniformă** în grupuri a rezultatelor la preșcolarii cu retard fizic. Au fost înregistrate: cu nivel „foarte mare” – o localitate; „mare” – o localitate; „mediu” – o localitate; „mic” – 9 localități; „foarte mic” – 23 localități (anexa 3, tabelul 1).

Analiza comparativă după localități, pentru anii 2003-2004, a rezultatelor la preșcolarii cu retard fizic ne-a arătat următo-

rele: nivel „foarte mic” – 18, „mic” – 9, „mediu” – 5, „mare” – 2, „foarte mare” – 1, (anexa 3, tabelele 1, 2). A fost remarcată creșterea numărului localităților cu nivel „mediu”, acest fenomen fiind explicat prin creșterea „rezultatelor examenelor profilactice ale preșcolarilor cu retard fizic” cu 1,1‰ – de la 8,6‰ cazuri la 9,7‰ cazuri (tabelul 18). Pentru anii 2004-2005 s-a păstrat tendința repartizării **neuniforme** a localităților în grupe după nivel: „foarte mic” – 16, „mic” – 13, „mediu” – 1, „mare” – 3, „foarte mare” – 2, (anexa 3, tabelele 2, 3).

Tabelul 18. Clasificarea localităților după rezultatele examenelor profilactice ale preșcolarilor cu retard fizic, 2003

Nivelul (‰)	Localități
<i>foarte mic</i> 0,5 - 9,3	Mun. Chișinău; Mun. Bălți; Nord – Briceni, Dondușeni, Drochia, Edineț, Fălești, Florești, Glodeni, Ocnița, Rezina, Râșcani, Soroca, Șoldănești; Centru – Anenii Noi, Dubăsari, Orhei, Strășeni; Sud – Basarabeasca, Căușeni, Leova, Ștefan Vodă, UTA Găgăuzia
<i>mic</i> 9,4 - 18,2	Nord – Sângerei, Telenești; Centru – Criuleni, Hâncești, Nisporeni, Ungheni; Sud – Cahul, Ci-mișlia, Taraclia
<i>mediu</i> 18,3 - 27,1	Centru – Ialoveni
<i>mare</i> 27,2 - 36,0	Sud – Cantemir
<i>foarte mare</i> 36,1 - 44,9	Centru – Călărași

Pentru anii 2005-2006, repartizarea localităților în grupe în funcție de nivel a fost următoarea: „foarte mic” – 16; „mic” – 10; „mediu” – 4; „mare” – 3 (Hâncești, Cantemir, Basarabeasca); „foarte mare” – 2 (Călărași, Ialoveni). În anul 2006 s-a păstrat aceeași tendință de repartizare **neuniformă** a localităților în grupe (anexa 3, tabelele 3, 4). Totodată, acest fenomen s-a manifestat cu descreșterea pe republică cu 1,2‰ – de la 9,2‰ cazuri la 8,0‰ cazuri (anexa 3, tabelul 4).

Analiza anilor 2006-2007 a remarcat repartizarea **majoră** în grupuri cu nivelul „foarte mic” – 16, „mic” – 10, „mediu” – 7 (tabelul 19).

Tabelul 19. Clasificarea localităților după rezultatele examenelor profilactice ale preșcolarilor cu retard fizic, 2007

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
<i>foarte mic</i> 1,4 - 6,3	Mun. Chișinău; mun. Bălți; Nord – Briceni, Dondușeni, Drochia, Edineț, Fălești, Florești, Ocnița, Soroca, Șoldănești; Centru – Criuleni, Strășeni; Sud - Leova, UTA Găgăuzia, Ștefan Vodă
<i>mic</i> 6,4 - 11,3	Nord – Glodeni, Râșcani, Sângerei; Centru – Anenii Noi, Dubăsari, Hâncești, Nisporeni, Orhei; Sud – Căușeni, Taraclia
<i>mediu</i> 11,4 - 16,3	Nord – Rezina, Telenești; Centru – Ungheni; Sud – Basarabeasca, Cahul, Cantemir, Cimișlia
<i>mare</i> 16,4 - 21,3	-
<i>foarte mare</i> 21,4 - 26,3	Centru – Călărași, Ialoveni

Putem conchide că nivel „foarte mare” și „mare” au avut localitățile: Călărași, Ialoveni, Cantemir din zona de Centru și zona de Sud ale republicii. Analiza rezultatelor a fost reflectată în Atlasul menționat mai sus (anexa 7, figura 3).

Invaliditatea populației pediatrice a fost analizată după aceleași principii ca și alți indicatori ai stării de sănătate a copiilor sub vârsta de 5 ani. Indicatorul invalidității populației pediatrice în republică a fost extras din anuarul Centrului Național de Management în Sănătate al MS din RM pentru anii 2003-2010. Invaliditatea copiilor sub vârsta de 5 ani nu a fost studiată din cauza neînregistrării datelor pentru această grupă de copii din republică. Indicatorul „invalidității populației pediatrice” reflectă consecințele dereglărilor stării de sănătate (incidența morbidității, deficiențele de sănătate, retard fizic etc.) a copiilor sub vârsta de 5 ani. Pentru noi a fost importantă cercetarea relației indicatorilor stării de sănătate a copiilor cu indicatorul

invalidității. În prezentările experților OMS indicatorul „invalidității” este înlocuit cu noțiunea „incapacitatea de muncă” / „copii cu dizabilități”.

În republică colectarea datelor invalidității copiilor până la 2009 s-a efectuat la ”copii până la 16 ani” și începând din 2008 până în prezent se calculează conform cerințelor OMS la ”populația sub 18 ani”.

Tabelul 20. **Invaliditatea copiilor*** (la 1000 copii de vârstă respectivă)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Invaliditatea copiilor sub vârstă de 16 ani	17,7	18,1	18,5	18,3	18,5	18,8	-
Invaliditatea copiilor sub vârstă de 18 ani	-	-	-	-	19,1	20,3	20,3

* conform datelor MS al RM.

Din tabelul 21 putem să stabilim că indicatorul „invalidității” a cunoscut o creștere pe republica de **1,22** ori – de la 16,0‰ în 2003 la 19,5‰ în 2007. Pentru localitățile raionale indicatorul a înregistrat o majorare de **1,24** ori – de la 16,4‰ în 2003 la 20,3‰ în 2007.

Pentru anul 2007, analiza indicatorului „invalidității” după cauze a evidențiat că pe prima poziție s-au plasat „cauzele neurologice”, cu tendința de majorare de **1,17** ori – de la 3,6‰ în 2003 la 4,2‰ în 2007, deplasându-se de pe locul II pe locul I în 2006-2007. „Cauzele psihiatrice” s-au deplasat pe a doua poziție și s-au manifestat cu o creștere neînsemnată cu 0,2‰ – de la 3,9‰ în 2003 la 4,1‰ în 2007.

Studiul a stabilit că al treilea loc a fost ocupat, fără schimbări în dinamică, de „retardul mintal”. Pe poziția a IV se află „paralizia cerebrală infantilă”, urmată de „traume și otrăviri” (poziția V), care n-au prezentat schimbări semnificative în dinamică (tabelul 21).

Astfel, putem conchide că structura după cauze a indicatorului „invalidității” a avut schimbări pe prima și cea de-a doua poziție (cauze neurologice/ cauze psihiatrice) în anii 2003-2007.

Tabelul 21. Cauzele invalidității populației pediatrice în funcție de repartizarea administrativ-teritorială a RM, 2003-2009
(la 1000 copii cu vârsta 0-15 ani 11 luni 29 de zile)

Cauzele		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dereglări neurologice	mun.	3,1	3,5	4,1	3,6	3,5	3,4	-
	raion	3,7	4,0	3,8	4,1	4,1	4,2	-
	RM	3,6	3,9	3,9	4,0	4,0	4,0	-
Paralizie cerebrală infantilă	mun.	2,0	2,2	2,6	2,4	2,4	2,2	-
	raion	2,1	2,3	2,2	2,4	2,3	2,4	-
	RM	2,1	2,3	2,3	2,4	2,3	2,3	-
Traume și otrăviri	mun.	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	-
	raion	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	-
	RM	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	-
Dereglări psihice	mun.	3,4	3,1	3,5	2,9	2,6	2,2	-
	raion	4,1	4,5	4,4	4,3	4,2	4,2	-
	RM	3,9	4,1	4,2	4,0	3,9	3,8	-
Retard mintal	mun.	2,3	2,1	2,3	1,8	1,5	1,3	-
	raion	3,0	3,2	3,0	3,0	2,9	2,9	-
	RM	2,8	3,0	2,9	2,7	2,6	2,6	-
Total	mun.	14,5	16,2	17,7	16,4	15,9	14,7	-
	raion	16,4	18,1	18,2	19,1	19,0	19,5	-
	RM	16,0	17,7	18,1	18,5	18,3	18,5	-

În anul 2009, invaliditatea copiilor sub vârstă de 16 ani nu este descrisă din cauza absenței datelor, în funcție de cauze și repartizarea administrativ-teritorială.

Cu scopul studierii nivelului de răspândire a acestui fenomen în funcție de localitate și de anul descrierii, a fost efectuată clasificarea localităților după cinci niveluri: „forte mare”, „mare”, „mediu”, „mic”, „foarte mic”. Rezultatele distribuirii sunt prezentate în anexa 4, tabelele 1-5.

Pentru 2003, majoritatea localităților republicii au fost repartizate în grupuri cu nivelul invalidității „mic” și „foarte mic”. Loca-

litățile s-au repartizat **neuniform** după nivelul invalidității: „foarte mic” – 18; „mic” – 11; „mediu” – 4; „mare” – 1; „foarte mare” – 2 (tabelul 22). Totodată, localitățile raionale Telenești și Ocnița au fost incluse în grupul cu nivelul incidenței „foarte mare”.

Tabelul 22. Clasificarea localităților după nivelul invalidității populației pediatrice, 2003

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
<i>foarte mic</i> 12,6 – 15,3	Mun. Chișinău; Nord – Briceni, Edineț, Fălești, Glodeni, Rezina, Șoldănești; Centru – Anenii Noi, Dubăsari, Hâncești, Nisporeni, Ungheni; Sud – Cahul, Cantemir, Căușeni, Cimișlia, Leova, Taraclia
<i>mic</i> 15,4 – 18,0	Mun. Bălți; Nord – Dondușeni, Drochia, Fălești, Florești, Râșcani, Soroca; Centru – Călărași, Criuleni; Sud – Basarabeasca, Ștefan Vodă
<i>mediu</i> 18,1 – 20,8	Nord – Sângerei; Centru – Ialoveni, Orhei, Strășeni
<i>mare</i> 20,9 – 23,5	Sud – UTA Găgăuzia
<i>foarte mare</i> 23,6 – 26,2	Nord – Ocnița, Telenești

Pentru anii 2003-2004, analiza comparativă a nivelului indicatorului respectiv a depistat *uniformitatea* de distribuție a localităților republicii. Astfel, localitățile s-au înregistrat după nivelul invalidității în felul următor: „foarte mic” – 3; „mic” – 6; „mediu” – 10; „mare” – 12; „foarte mare” – 4 (anexa 4, tabelele 1, 2). Comparând nivelul indicatorului pentru anii 2004-2005, a fost înregistrat tendința de **regrupare** după nivelul invalidității: „foarte mic” – 1; „mic” – 2; „mediu” – 13; „mare” – 14; „foarte mare” – 3 (anexa 4, tabelele 2, 3).

Pentru anul 2006, repartizarea localităților după nivelul invalidității nu a prezentat schimbări: „mediu” – 12; „mare” – 10; „mic” – 6; „foarte mare” – 5; „foarte mic” – 2. De menționat faptul că localitățile raionale: Drochia, Edineț, Telenești, Ștefan Vodă, UTA Găgăuzia au înregistrat un nivel „foarte mare” al incidenței pentru anul cercetat.

Analiza comparativă pentru 2006-2007 a indicatorului a arătat o repartizare a localităților în grupul cu nivel al invalidității: „mare” – 14; „mediu” – 13; „foarte mare” – 3; „mic” – 3; „foarte mic” – 2 (anexa 4, tabelele 4, 5). În 2007 cu un nivel „foarte mare” s-au depistat trei raioane reprezentative din zona de Nord, zona de Centru și zona de Sud.

Tabelul 23. Clasificarea localităților după nivelul invalidității populației pediatrice, 2007

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
<i>foarte mic</i> 10,2 – 13,6	Sud – Cantemir, Căușeni
<i>mic</i> 13,7 – 17,1	Mun. Chișinău; Centru – Dubăsari; Sud – Cahul
<i>mediu</i> 17,2 – 20,6	Nord – Briceni, Dondușeni, Florești, Glodeni, Rezina; Centru – Anenii Noi, Călărași, Criuleni, Hâncești, Nisporeni, Ungheni; Sud – Cimișlia, Leova
<i>mare</i> 20,7 – 24,1	Mun. Bălți; Nord – Drochia, Edineț, Fălești, Ocnița, Râșcani, Sângerei, Soroca, Șoldănești; Centru – Ialoveni, Strășeni; Sud – Basarabeasca, Ștefan Vodă, UTA Găgăuzia
<i>foarte mare</i> 24,2 – 27,6	Nord – Telenești; Centru – Orhei; Sud – Taraclia

Atlasul indicatorilor stării de sănătate a inclus localitățile republicii în funcție de indicatorii „invalidității populației pediatrice” (anexa 7, figura 4).

În baza analizei mediei mortalității sub 5 ani, incidenței morbidității sub 5 ani, invalidității populației pediatrice și rezultatelor examenelor profilactice ale preșcolarilor cu retard fizic în dinamica celor 5 ani, am elaborat „**Scorul de identificare**” a mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani și a incidenței morbidității copiilor sub 5 ani.

Tabelul 24. „Scorul de identificare” a mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani și a incidenței morbidității copiilor sub vârsta de 5 ani

Nivelul	foarte mic	mic	mediu	mare	foarte mare
mortalitatea sub 5 ani (‰)	10,1 12,5	12,6 14,7	14,8 16,9	17,0 19,1	19,2 21,3
incidența morbidității sub 5 ani (‰)	375,00 606,41	606,42 837,83	837,84 1069,26	1069,27 1300,68	1300,69 1532,10
retard fizic preșcolar (‰)	0,97 7,50	7,51 14,05	14,06 20,60	20,61 27,15	27,16 33,70
invaliditatea populației pediatrice (‰)	12,53 14,84	14,85 17,16	17,17 19,48	19,49 21,80	21,81 24,12

3.4. Analiza corelației dintre indicatorii stării de sănătate a copiilor (2003-2010)

Unul dintre obiectivele lucrării este studierea dinamicii și structurii indicatorilor stării de sănătate a copilului în ultimii cinci ani. În cazul în care dorim să stabilim legătura de dependență dintre fenomenele cercetate pe eșantioane mici ($n \leq 30$), cu un număr redus de frecvențe, utilizăm *coeficientul de corelație a rangurilor (Spearman)*.

Cercetările corelației permit efectuarea unei analize mai largi:

- din punct de vedere tehnic se bazează pe calcularea unor coeficienți de corelație;
- valorile pe care le utilizează reprezintă rangurile (diferența dintre valoarea cea mai mare și valoarea cea mai mică dintr-o serie) calculate la nivel populațional;
- sunt abordări transversale în măsura în care ele suprapun două tipuri de date culese în aceeași perioadă;
- sunt ușor de realizat într-un timp scurt, căci fac apel la date de statistică descriptivă, care se află în mod pasiv în sistem;
- cercetarea la scară largă suferă din cauza lipsei informației individuale; factorul de risc real nu poate fi identificat dacă este „diluat” de caracteristicile unei populații de studiu.

În conformitate cu rezultatele cercetării au fost selectați 6 indicatori esențiali ai stării de sănătate a copiilor: natalitatea,

mortalitatea infantilă, mortalitatea sub vârsta de 5 ani, incidența morbidității sub vârsta de 5 ani (*identificare a cazurilor de boală*), invaliditatea populației pediatrice, rezultatele examenelor profilactice ale preșcolarilor cu retard fizic.

În rezultatul analizei legăturilor dintre indicatorii expuși am stabilit anumite relații:

- cu cât nivelul de „mortalitate infantilă” este mai jos, cu atât „mortalitatea copiilor sub 5 ani” este mai joasă, ele sunt într-o legătură „puternică” directă ($r_{xy} = + 0,88$; $p < 0,05$);
- cu cât nivelul de „identificare a cazurilor de boală” este mai înalt, cu atât „mortalitatea copiilor sub 5 ani” este mai joasă, o legătură „moderată” indirectă ($r_{xy} = - 0,56$ și $p < 0,05$);
- cu cât nivelul de „identificare a cazurilor de boală” este mai înalt, cu atât „mortalitatea infantilă” este mai joasă, o legătură „moderată” indirectă ($r_{xy} = - 0,48$ și $p < 0,05$).

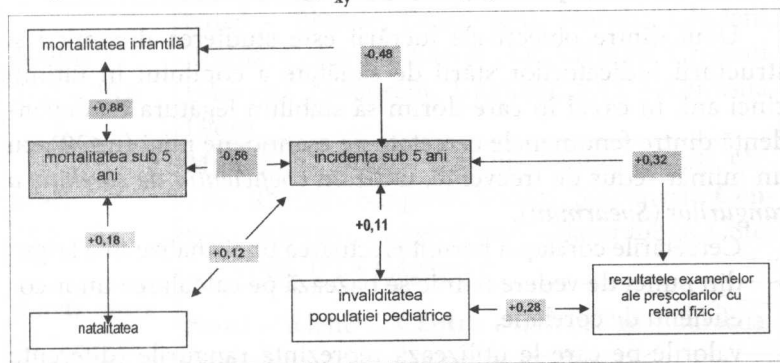


Fig. 11. **Schema de corelație (Pearson, $p < 0,05$) a fenomenelor demografice, indicatorilor stării de sănătate și rezultatele examenelor la populația de copii, anii 2003-2007.**

Concomitent a fost stabilită legătura „moderată” directă între creșterea nivelului de „identificare a cazurilor de boală” și numărul de rezultate ale examenelor preșcolarilor cu „retard fizic” ($r_{xy} = + 0,32$ și $p < 0,05$).

Totodată, a fost stabilită legătură „scăzută” directă între „invaliditatea populației pediatrice” și „numărul de rezultate ale examenelor preșcolarilor cu retard fizic” ($r_{xy} = + 0,28$; $p < 0,05$).

În localitățile în care a fost înregistrat un nivel înalt al rezultatelor examenelor profilactice ale preșcolarilor cu „retard fizic” putem să așteptăm o creștere a „invalidității populației pediatriche”.

Pentru alți indicatori au fost stabilite relații cu o diferență statistică ne semnificativă ($p > 0,05$). În final, a fost obținut „arborele” indicatorilor stării de sănătate a copiilor sub vârsta de 5 ani din Republica Moldova.

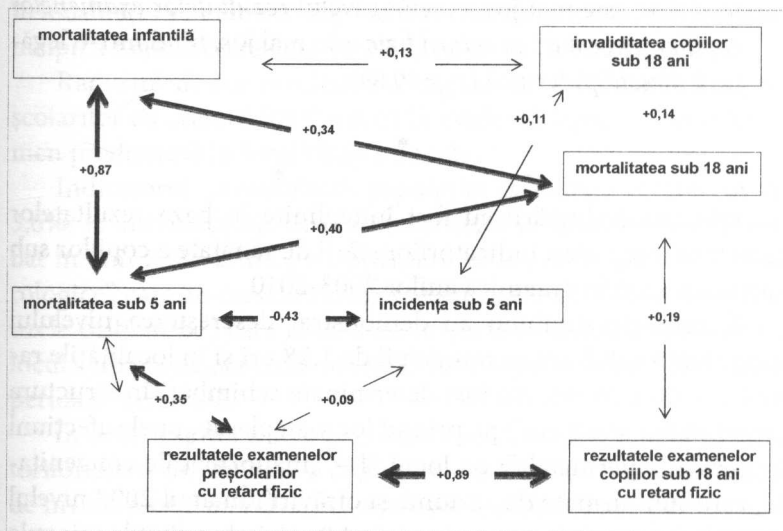


Fig. 12. **Schema de corelație (Pearson, $p < 0,05$) a fenomenelor demografice, indicatorilor stării de sănătate și rezultatele examenelor la populația de copii, 2008-2010.**

În figura 12 este descrisă schema de corelație a fenomenelor demografice pentru anii 2008-2010. În rezultatul analizei legăturilor s-a constatat:

- ✓ cu cât nivelul de *mortalitate infantilă* este mai jos, cu atât fenomenul *mortalitate sub 5 ani* este mai jos, fiind într-o legătură *directă puternică* ($r_{xy} = +0,87$);
- ✓ cu cât nivelul de *mortalitate infantilă* este mai jos, cu atât fenomenul *mortalitate sub 18 ani* este mai jos, fiind într-o legătură *directă medie* ($r_{xy} = +0,34$);
- ✓ cu cât fenomenul *mortalitate sub 5 ani* este mai jos, cu atât

- fenomenul *mortalitate sub 18 ani* este mai jos, fiind într-o legătură *directă medie* ($r_{xy} = +0,40$);
- ✓ cu cât nivelul de *identificare a cazurilor de boală sub 5 ani* este mai înalt, cu atât fenomenul *mortalitate sub 5 ani* este mai jos, fiind într-o legătură *indirectă medie* ($r_{xy} = - 0,43$);
 - ✓ cu cât nivelul *rezultatelor examenelor copiilor preșcolari cu retard fizic* este mai jos, cu atât nivelul *rezultatelor examenelor copiilor preșcolari cu retard fizic* este mai jos, fiind într-o legătură *directă puternică* ($r_{xy} = +0,89$).

*

*

*

Obiectivele lucrării au fost îndeplinite în baza rezultatelor cercetării integrale a indicatorilor stării de sănătate a copiilor sub vârsta de 5 ani în dinamica anilor 2003-2010.

Rezultatele studiului au demonstrat descreșterea nivelului mortalității sub 5 ani în municipii de 1,28 ori și în localitățile raionale – de 1,26 ori. Au fost determinate schimbări în structura „mortalității sub 5 ani”: pe primul loc s-au plasat „unele afecțiuni în perioada perinatală”; pe locul II – „malformațiile congenitale”, care sunt urmate de „traume și otrăviri”. În anul 2007 nivelul mortalității sub 5 ani s-a majorat de 4,0 ori; în localitățile raionale a crescut de 1,41 ori din cauza „traumelor și otrăvirilor”.

Rezultatele analizei nivelului mortalității sub 5 ani în zonele geografice ale republicii au scos în evidență nivelul cel mai mare în zona de Nord (Florești) și în zona de Sud (Leova), pentru anul 2003. Cel mai mic nivel în anul 2007 s-a înregistrat în zona de Nord (Glodeni) și în zona de Sud (Cimișlia, Leova, Taraclia). În pofida acestor rezultate, pe parcursul anilor cercetați un șir de localități ocupă un loc stabil în grupul cu nivelele „mare” și „foarte mare”.

Rezultatele studiului au demonstrat descreșterea nesemnificativă a incidenței morbidității sub 5 ani în localitățile municipale de 1,02 ori și în localitățile raionale de 1,03 ori. Structura incidenței morbidității sub 5 ani nu s-a schimbat în anii 2003-2010. Pe primul loc s-au plasat „maladiile aparatului respirator”, care s-au majorat de 1,43 ori, acestea fiind urmate cu o diferență sem-

nificativă de „maladiile infecțioase și parazitare”, care au crescut de 1,93 ori. Pe a III-a poziție au fost înregistrate „unele afecțiuni perinatale”, care s-au diminuat de 1,29 ori; pe locul IV – „bolile aparatului digestiv”. Menționăm că numai „unele afecțiuni perinatale” au fost înregistrate cu predominare în localitățile raionale față de localitățile municipale în anii 2003, 2004, 2007, 2010. A fost stabilit că, atunci când incidența „malformațiilor congenitale” în localități raionale s-a majorat de la 8,2‰ la 9,6‰, cea din municipii a marcat o creștere de 1,85 ori, de la 12,9‰ la 23,9‰.

Raportul dintre rezultatele examenelor profilactice ale preșcolarilor cu „retard fizic” a scos în evidență faptul că acest fenomen predomină în localitățile raionale.

Indicatorul „invalidității populației pediatrice” a crescut cu 3,6‰ în anii cercetați. Structura cauzelor invalidității s-a schimbat în anii 2003-2010: pe I poziție s-au transferat „cauzele neurologice”, care au crescut cu 0,6‰ cazuri; ele sunt urmate de „cauzele psihiatrice”, care la fel s-au majorat cu 0,2‰ cazuri; pe III locul s-au plasat „cauzele de retard fizic”, care nu s-au schimbat în perioada cercetată.

În acest capitol a fost prezentată analiza rezultatelor indicatorilor stării de sănătate a copiilor sub vârsta de 5 ani în funcție de nivele: *foarte mare, mare, mediu, mic și foarte mic* pentru toate localitățile RM. Rezultatele acestei analize au fost reflectate în „ATLASUL ȘTIINȚIFIC AL INDICATORILOR STĂRII DE SĂNĂTATE A COPILULUI DE VÂRSTĂ TIMPURIE”.

Rezultatele modelării „arborelui” legăturilor dintre indicatorii stării de sănătate au evidențiat că indicatorul „mortalității copiilor sub 5 ani” este semnificativ asociat cu indicatorul „mortalității infantile” ($r_{xy} = +0,88$); cu nivelul de „identificare a cazurilor de boală” ($r_{xy} = -0,56$). Totodată, nivelul de „identificare a cazurilor de boală” este asociat moderat cu „rezultatele examenelor profilactice ale preșcolarilor cu retard fizic” ($r_{xy} = +0,32$); cu indicatorul „mortalității infantile” ($r_{xy} = -0,48$).

Cunoașterea acestor rezultate va permite elaborarea măsurilor manageriale în vederea consolidării stării de sănătate a copiilor în perioada de vârstă timpurie din republică.

4. ANALIZA MEDICO-SOCIALĂ A CONSUMATORILOR ȘI DESCRIEREA SOCIAL-PROFESIONALĂ A FURNIZORILOR DE SERVICII ÎN DOMENIUL ÎNGRIJIRII ȘI DEZVOLTĂRII COPILULUI

Primii cinci ani de viață au o importanță majoră pentru copil, precum și pentru familia în care el se dezvoltă. Rolul familiei în reușita, succesele viitoarei generații au fost obiectul numeroaselor cercetări. Familia reprezintă „*nucleul instrumental fundamental al structurii sociale mai largi, în sensul că toate celelalte instituții depind de influența acesteia*” (W. Goode).

Aspectele medico-sociale ale familiilor ca *consumatori a servicii* au fost cercetate prin intermediul studiului selectiv-reprezentativ. Factorii de risc pentru sănătatea copiilor din mediul sociofamiliar au fost determinați și ierarhizați în urma analizei retrospective caz-martor din grupul *copiilor frecvent bolnavi și grupul copiilor practic sănătoși*. Perceperea de către părinți a serviciului în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului (*accesul și procesul de instruire*) a fost relevată în urma analizei retrospective caz-martor. Lucrătorii medicinei de familie ocupă poziția de „*avanpost*” în sistemul de sănătate și trebuie să coordoneze prestarea serviciilor din domeniu. Descrierea social-profesională a lucrătorilor medicali ca furnizori de servicii s-a realizat în urma cercetării selectiv-reprezentative.

4.1. Caracteristica medico-socială a familiilor cu copii sub vârsta de 5 ani

Familia exercită funcția socială principală – transmiterea de la o generație la alta a conduitelor culturale de bază, a valorilor și a motivațiilor. Influența condițiilor de viață, a comportamentului și modului de viață asupra sănătății copiilor în familie au fost abordate parțial în lucrările savanților autohtoni. Aspectele medico-sociale ale familiilor cu copii sub vârsta de 5 ani nu au fost cercetate în condițiile de reformare a sistemului de sănătate.

Rezultatele cercetării au fost analizate în funcție de vârsta copilului cu risc social în cadrul familiei. Eșantionul a fost repartizat în funcție de vârstă: grupul 0-1 an – $28,7 \pm 5,03\%$ copii din localitățile municipale și $17,8 \pm 2,23\%$ copii din cele raionale ($t=1,98$, $p < 0,05$); grupul 1-2 ani – $14,5 \pm 3,91\%$ persoane din localitățile municipale și $12,0 \pm 1,89\%$ copii din localitățile raionale ($t=0,58$, $p > 0,05$); grupul 2-5 ani – $56,8 \pm 5,50\%$ copii din localitățile municipale și $70,2 \pm 2,66\%$ copii din localitățile raionale ($t=2,19$, $p < 0,05$). Astfel, putem conchide că grupul de copii 0-1 an și grupul de copii 2-5 ani din eșantion prezintă o diferență statistică semnificativă după repartizarea localităților municipale și celor raionale.

În cadrul cercetării medico-sociale am analizat nivelul de trai al copilului în familie (tabelul 25). În baza selecției a fost determinat criteriul „zonă personală a copilului sub vârsta de 5 ani în familie” (vezi capitolul II). Am remarcat faptul că în distribuția copiilor după „nivelul de trai jos” au predominat de 1,73 ori localitățile raionale, în comparație cu cele municipale – $21,5 \pm 2,39\%$ copii și, respectiv, $12,4 \pm 3,66\%$ copii ($p < 0,05$). Copiii cu „nivel de trai mediu” din municipii predomină de 1,15 ori, în comparație cu același grup din localitățile raionale – $81,7 \pm 4,29\%$ și, respectiv, $71,0 \pm 2,64\%$ ($p < 0,05$). Repartizarea copiilor după „nivelul de trai înalt” nu a prezentat diferențe statistice semnificative ($p > 0,05$).

Tabelul 25. Distribuția copiilor cercetați în funcție de nivelul de trai în familie și conform repartizării administrativ-teritoriale în republică

nivelul de trai	localități municipale $P_1 \pm m_1\%$	localități raionale $P_2 \pm m_2\%$	t	p
înalt	$5,9 \pm 2,61$	$7,5 \pm 1,53$	0,53	$p > 0,05$
mediu	$81,7 \pm 4,29$	$71,0 \pm 2,64$	2,12	$p < 0,05$
jos	$12,4 \pm 3,66$	$21,5 \pm 2,39$	2,08	$p < 0,05$

Starea de sănătate a copilului sub vârsta de 5 ani reflectă legătura dintre îngrijirea, stimularea dezvoltării timpurii și protejarea de factorii de risc pentru sănătatea acestuia, deoarece copilul sub 5 ani este foarte dependent de factorii familiali. Riscurile sociale și riscurile familiale pentru sănătatea lui în această perioadă de vârstă au fost numite *factori de risc social-familiali*. Extragerea informației am realizat-o din forma medicală (F-112/e), care ne-a permis să sistematizăm cei mai frecvenți factori de risc pentru sănătatea copilului, pe care i-am repartizat în două grupuri mari:

medicali

1. malformații congenitale
2. naștere prematură și subgreutate
3. afecțiuni în perioada perinatală
4. dezvoltare fizică disarmonioasă / retard
5. dezvoltare neuromotorie disarmonioasă
6. maladii infecțioase și parazitare
7. deficiența nutrițională (malnutriția)
8. carența de fier (anemie)
9. carența de vit. D (rahitism)
10. maladii acute frecvente anuale

social-familiali

1. traume, otrăviri, accidente în condiții casnice
2. nivel jos de trai al familiei
3. nivelul socioprofesional jos al părinților
4. vârsta mamei sub 18 ani sau peste 35 de ani
5. mama este plecată din gospodărie (mai mult de 6 luni)
6. familie monoparentală
7. copilul nu locuiește *nici cu unul dintre părinții biologici*
8. copilul din familie cu 3 / mai mulți copii /gemeni
9. încadrare în colectivul preșcolar sub 24 de luni
10. prezența maladiilor cronice (invaliditate) la părinți.

La următoarea etapă am studiat copiii cu „factori de risc social-familiali” pentru sănătate după repartizarea în grupe de sănătate (I, II, III, IV și V) și în funcție de repartizarea administrativ-teritorială. O diferență statistică semnificativă prezintă copiii din grupele II și III de sănătate. În municipii am înregistrat copii din grupa a II-a de sănătate de **1,25** ori mai frecvent în comparație aceeași din localitățile raionale, $63,4 \pm 5,35\%$ și, respectiv, $50,8 \pm 2,91\%$ ($p < 0,05$). Copiii din grupa a III-a de sănătate

din localitățile municipale au fost raportați de **1,39** ori mai rar, în comparație cu localitățile raionale ale republicii – $30,5 \pm 5,11\%$ și, respectiv, $42,3 \pm 2,88\%$, ($p < 0,05$) (tabelul 26).

Tabelul 26. Distribuția copiilor cercetați în funcție de grupa de sănătate și conform repartizării administrativ-teritoriale a republicii.

Grupa de sănătate	localitate municipală $P_1 \pm m_1, \%$	localitate raională $P_2 \pm m_2, \%$	t	p
I	$2,1 \pm 1,59$	$1,9 \pm 0,79$	0,11	$> 0,05$
II	$63,4 \pm 5,35$	$50,8 \pm 2,91$	2,07	$< 0,05$
III	$30,5 \pm 5,11$	$42,3 \pm 2,88$	2,01	$< 0,05$
IV și V	$4,0 \pm 2,17$	$5,0 \pm 1,26$	0,39	$> 0,05$

Din rezultatele studiului reiese că copiii din gr. III, IV și V de sănătate din localitățile raionale dețin o pondere de **1,37** ori mai mare în comparație cu cei din gr. III, IV și V de sănătate din localitățile municipale – $47,3 \pm 2,91\%$ și, respectiv, $34,5 \pm 5,28\%$ ($p < 0,05$). O serie de cercetări au argumentat că este mai îngrijorător procesul majorării numărului de copii din gr. III, IV, V de sănătate decât procesul micșorării numărului de copii din gr. I de sănătate [197]. „Copiii practic sănătoși” cu „factori de risc sociali” pentru sănătate sunt clasificați în subgrupa I-C de sănătate. Conform clasificăției lui *Grombah S.M.*, subgrupele de sănătate (I-C, II-C, III-C) trebuie să reflecte „riscul social” al sănătății copilului.

La următoarea etapă, copiii cu FR social-familial au fost studiați din punct de vedere al prezenței indicilor din grupa „copii frecvent bolnavi”. Astfel, am determinat că $39,4\%$ din copii au avut indici pentru ca să se fie plasați în grupa „copii frecvent bolnavi”. A fost analizată prezența acestor indici la grupa de copii din municipii în comparație cu grupa de copii din localitățile raionale – $49,2 \pm 5,55\%$ și, respectiv, $36,7 \pm 2,82\%$ ($p < 0,05$), fiind identificată o diferență statistică semnificativă.

„Copiii frecvent bolnavi” aparțineau grupei neomogenic de maladii acute cu etiologii infecțioase care au cuprins:

1) **maladiile respiratorii** – 74,5±2,16% cazuri (municipii – 82,7±4,20% și localități raionale – 66,2±2,75%, $t=3,28$ și $p<0,01$), dintre care cele mai frecvente au fost bolile **otorinolaringologice** (municipii – 56,1±5,51% și localități raionale – 40,4±2,86%, $t=2,53$ și $p<0,05$), urmate de patologiile bronho-pulmonare (municipii – 49,2±5,55% și localități raionale – 36,4±2,80%, $t=2,06$ și $p<0,05$);

2) **maladiile sistemului digestiv** – 36,5±2,48% cazuri (municipii – 44,2±5,52% și localități raionale – 28,7±2,63%, $t=2,53$ și $p<0,05$), care au trecut în gastrite, esofagite, duodenite, hepatite, pancreatite;

3) **maladiile sistemului nefro-urinar** – 23,1±2,17% cazuri (municipii – 25,7±4,86% și localități raionale – 15,2±2,09%, $t=1,99$ și $p<0,05$), care au avut consecințe cu trecere în pielonefrită, cistită, glomerulonefrită.

În vederea analizei aspectelor medico-sociale ale familiilor cu copii cu factori de risc pentru sănătate și determinării / ierarhizării FR, a fost aplicată analiza caz-martor. Volumul necesar pentru studiu a constituit 100 de familii din lotul-caz și 100 de familii din lotul-martor. În lotul-caz au fost selectate familiile cu *copii frecvent bolnavii* (CFB), iar în lotul-martor au fost incluse familiile cu *copii practic sănătoși* (CPS). Cercetarea a fost desfășurată în IMSP CMF sec. Râșcani, mun. Chișinău, și în IMSP CMF raionul Soroca, după principiile selecției anticipate a localităților „reprezentative” pentru domeniul studiat. Raportul dintre familiile cu copii din localitățile municipale și cele din localitățile raionale a fost calculat în conformitate cu „numărul de copii” atestat de Biroul național de statistică al RM: municipii – 21,55% (179,0 mii de copii) și raioane – 78,45% (651,9 mii de copii).

Studiul a fost realizat prin intermediul chestionarului „Cunoștințe, atitudini și deprinderi practice ale familiei în vederea îngrijirii și dezvoltării copilului sub vârsta de 5 ani”, care a fost preventiv testat în IMSP sec. Râșcani, mun. Chișinău, și a cuprins trei grupuri.

I cluster a cuprins descrierea medico-socială a familiei – date generale și particularitățile medico-sociale: nivelul de trai

al copilului, *spațiul personal* a copilului, vârstă părinților, statutul social-profesional al părinților, statutul civil al părinților.

În rezultatul studiului după parametrul „componența familiei”, am înregistrat că lotul-caz „copii frecvent bolnavi” a fost structurat astfel: 78,4±4,12% familii complete; 19,4±3,95% monoparentale cu mamă; 2,2±1,47% monoparentale cu tată. Lotul-martor „copii practic sănătoși” a cuprins: 89,2±3,10% – familii complete; 6,3±2,43% – monoparentale cu mamă; 4,5±2,07% – monoparentale cu tată. Așadar, după parametrul „componența familiei copilului” între loturi a fost înregistrată o diferență statistică semnificativă ($p < 0,05$) (tabelul 27).

Tabelul 27. Distribuția copiilor cercetați în funcție de componența familială

componența familiei	lotul-caz $P_1 \pm m_1\%$	lotul-martor $P_2 \pm m_2\%$	t	p
completă	78,4±4,12	89,2±3,10	2,09	<0,05
monoparentală cu mamă	19,4±3,95	6,3±2,43	2,82	<0,01
monoparentală cu tată	2,2±1,47	4,5±2,07	0,91	>0,05

O serie de cercetări (MICS în 2000, ÎDTC în 2003, SDSM în 2005) au abordat problema așa-numitului fenomen „orfani sociali” în republică. Această definiție a apărut în urma exodului forței de muncă peste hotarele țării (părinții biologici sunt vii, însă copilul în mod voluntar a fost lăsat în grija altor persoane). Atragem atenție că în lucrare n-au fost luați în calcul copiii care locuiesc în afara familiei sau gospodăriilor (în orfelinate, instituții de plasament temporar al copiilor, în stradă). Toate aceste studii au prezentat argumente că „*cea mai bună școlarizare, cele mai bune condiții pentru dezvoltarea și îngrijirea copilului sunt în mediul familiei și inclusiv cu prezența ambilor părinți*”.

La următoarea etapă copiii au fost cercetați după parametrul „armonia familială”, care a înregistrat cu cine locuia copilul sub vârsta de 5 ani. Acest parametru a reflectat problema plecării pă-

rinților din gospodărie, exodul „generației a doua” sau părinților peste hotarele țării la muncă.

Tabelul 28. Distribuția copiilor în funcție de armonia familială

Locuiește:	lotul sub 2 ani		$t_{1,2}$	P	lotul sub 5 ani		$t_{3,4}$	P
	caz $P_1 \pm m_1$, %	martor $P_2 \pm m_2$, %			caz $P_3 \pm m_3$, %	martor $P_4 \pm m_4$, %		
cu ambii părinți	55,1±4,97	68,5±4,65	1,97	<0,05	46,1±4,98	59,9±4,90	1,97	<0,05
cu mama sau tatăl este plecat mai mult de 6 luni din gosp	24,9±4,32	14,0±3,47	2,01	<0,05	28,9±4,53	14,1±3,48	2,59	<0,01
cu tatăl sau mama este plecată mai mult de 6 luni din gosp	7,9±2,69	15,1±3,58	1,61	>0,05	7,9±2,69	20,9±4,06	2,66	<0,01
cu nici unul dintre părinți biologici	12,1±3,26	2,4±1,53	2,69	<0,01	17,1±3,77	5,1±2,24	2,69	<0,01

Astfel, am înregistrat că cu cât mai mare este copilul, cu atât mai multe șanse are să nu fie crescut de părinții lui biologici, care sunt în viață. Raportul dintre „copiii frecvent bolnavi”, care locuiesc „cu nici unul din părinții biologici” din grupul sub vârsta de 5 ani și cei din grupul sub vârsta de 2 ani a constituit 17,1:12,1 (=1,42), (tabelul 28).

Rezultatele studiului au înregistrat o descreștere a diferenței statistice semnificative în conformitate cu criteriul Student (t): 1) copilul locuiește „cu nici unul din părinții biologici” / părinți sunt plecați din gospodărie (t=2,69 și p<0,01); 2) copilul locuiește numai „cu tatăl” / sau mama este plecată mai mult de 6 luni din gos-

podărie ($t=2,66$ și $p<0,01$); 3) copilul locuiește numai „cu mama” ($t=2,59$ și $p<0,01$) (tabelul 28).

Conform criteriului „copilul locuiește cu ambii părinți”, grupul de copii sub vârsta de 5 ani din lotul-martor deține o pondere de 1,29 ori mai înaltă comparativ cu lotul-caz – $46,1\pm 4,98\%$ și, respectiv, $59,9\pm 4,90\%$ ($t=1,97$ și $p<0,05$). Putem să conchidem că parametrul „armonia familială” a fost unul dintre factorii de risc pentru sănătatea copilului, la etapa analizei caz-martor. Acest parametru a fost cercetat la ierarhizarea factorilor de risc.

În urma studiului, eșantionul a fost analizat după parametrul „nivelul de trai al copiilor în familie”. În rezultat am înregistrat „nivel de trai înalt”: în lotul-caz – $5,2\pm 2,22\%$ cazuri și în lotul-martor – $10,7\pm 3,09\%$ cazuri ($t=1,44$ și $p>0,05$), cu prezența diferenței statistice semnificative. Conform parametrului „nivelul mediu de trai” în familie, am înregistrat la „copiii frecvent bolnavi” $42,1\pm 4,94\%$ cazuri și la „copiii practic sănătoși” – $59,8\pm 4,90\%$ cazuri ($t=2,54$ și $p<0,05$), ceea ce a prezentat o diferență statistică semnificativă. „Nivelul jos de trai” s-a înregistrat și în lotul „copii frecvent bolnavi” – $52,7\pm 4,99\%$ cazuri și în lotul „copii practic sănătoși” – $29,5\pm 4,56\%$ cazuri ($t=3,43$ și $p<0,001$), cu diferență statistică semnificativă. Acest parametru a fost cercetat la ierarhizarea factorilor de risc pentru sănătatea copilului și la formarea indicilor grupului „copii frecvent bolnavi”.

La următoarea etapă a fost studiat parametrul „vârsta părinților” copiilor din eșantion. Astfel, am înregistrat că „vârsta medie a mamelor” din lotul-caz a constituit $33,4\pm 4,71$ ani, iar „vârsta medie a mamelor” din lotul-martor a fost $20,4\pm 4,03$ ani, cu diferență statistică semnificativă între loturi ($t=2,12$ și $p<0,05$). Diferențe statistice semnificative au fost semnalate în grupul de vârstă 21-25 de ani, care a înregistrat o pondere majoră la mamele din lotul-martor, pe când mamele din lotul-caz de 30-35 și cele de 36-40 de ani au avut o frecvență mai înaltă față de mamele din lotul-martor ($t=3,16$ și $p<0,01$). Așadar, s-a înregistrat o diferență statistică semnificativă după acești parametri. Conform datelor unor studii, vârsta optimă pentru nașterea

copilului sănătos este cuprinsă între 20 și 29 de ani. Vârsta la nașterea copilului până la 18 ani și/ sau peste 35 de ani este un factor de risc pentru sănătatea acestuia. Concluzionăm că cu cât vârsta mamei copilului este mai înaintată, cu atât copilul are mai multe șanse de formare a indicilor din grupul „copii frecvent bolnavi”.

În baza rezultatelor analizei, conform parametrului „vârsta taților” (sub vârsta de 18 ani, 19-24 de ani, 25-30 de ani, 31-35 de ani) între loturile caz-martor n-au fost notate diferențe statistice semnificative. În grupul taților cu vârsta de 36-40 de ani am înregistrat ponderea de 3,2 ori mai înaltă a lotului „copii frecvent bolnavi” în comparație cu lotul „copii practic sănătoși” ($t=2,3$ și $p<0,05$). Iar în grupul taților după 40 de ani, am înregistrat ponderea de 6,1 ori mai înaltă în lotul-caz în comparație cu lotul-martor ($t=1,97$ și $p<0,05$).

La următoarea etapă, am cercetat influența „nivelului de studii al părinților” asupra stării de sănătate a copilului. Astfel, am înregistrat în grupul de mame cu „studii superioare complete” în lotul-caz 32,8±4,62% cazuri și, respectiv, în lotul-martor 47,3±4,99% cazuri ($t=2,43$ și $p<0,05$), cu o diferență statistică semnificativă (tabelul 29).

În cadrul analizei am determinat că mamele-*studente* sau „cu studii superioare incomplete” din grupa *copii frecvent bolnavi* au avut o pondere de 5,26 ori mai înaltă în comparație cu grupa *copii practic sănătoși* – 14,3±3,50% cazuri și, respectiv, 2,7±1,62% cazuri ($t=3,01$, $p<0,01$).

Iar tații „cu studii superioare incomplete” au avut o pondere de 4,56 ori mai înaltă în lotul-martor ($t=1,97$, $p<0,05$). Atrage atenția faptul că lotul-caz, în comparație cu lotul-martor, are un indice de 2,05 ori mai înalt după parametrul tații „cu studii medii generale”. Am înregistrat o deosebire statistică – 41,5±4,93% cazuri și, respectiv, 20,2±4,01% cazuri ($t=3,35$, $p<0,001$) (vezi tabelul 29). Iar parentul tații „cu studii superioare” în lotul-martor a fost de 1,6 ori mai înalt față de cel din lotul-caz, 25,0±4,33% cazuri și, respectiv 40,3±4,90% cazuri ($t=2,34$ $p<0,05$), cu o deosebire statistică evidentă (tabelul 29).

Tabelul 29. Distribuția părinților în funcție de nivelul de studii

Studii:	Mama		$t_{1,2}$	p	Tata		$t_{3,4}$	p
	caz $P_1 \pm m_1\%$	control $P_2 \pm m_2\%$			caz $P_3 \pm m_3\%$	control $P_4 \pm m_4\%$		
medii incomplete/ gimnaziale	5,3±2,24	2,4±1,53	1,07	>0,05	5,5±2,28	3,20±1,76	0,79	>0,05
medii generale/ liceale	34,7±4,76	20,5±4,04	2,27	<0,05	41,5±4,93	20,2±4,01	3,35	<0,001
medii speciale/ colegiu	14,9±3,56	27,1±4,44	2,14	<0,05	26,4±4,41	29,0±4,54	0,41	>0,05
superioare incomplete/ student(ă)	14,3±3,50	2,7±1,62	3,01	<0,01	1,60±1,25	7,30±2,60	1,97	<0,05
superioare complete	32,8±4,62	47,3±4,99	2,43	<0,05	25,0±4,33	40,3±4,90	2,34	<0,05

La următoarea etapă a cercetării a fost analizat „statutul social-profesional al părinților” din eșantion. În ultimii anii a fost înregistrată o tendință de necorespondere între „caracterul muncii părinților” / „statutul social-profesional al părinților” și „nivelul de educație” al acestor părinți, fapt explicat prin *exodul forței de muncă peste hotarele țării, acceptarea lucrului necalificat* etc. Prin intermediul chestionarului am colectat informații privind postul de muncă al părinților: 1) funcționar în sectorul de stat, 2) lucrător în sectorul nonstatal (ONG, sectorul privat), 3) întreprinzător

cu afacere personală, 4) lucrător în industrie, 5) lucrător în agricultură, 6) alte variante cu specificări.

În urma analizei informației, am clasificat rezultatele studiului în funcție de *caracterul muncii părinților* în 3 grupuri mari: *fizic, intelectual, mixt*, a patra subgrupă a cuprins părinții care nu lucrează (studenți, concediu de îngrijire, invalizi, șomeri etc.).

Așadar, am identificat că mamele „ce practică munca fizică” de 1,87 ori mai frecvent sunt înregistrate din lotul-caz, în comparație cu lotul-martor – 43,7±4,96% cazuri și, respectiv, 23,4±4,23% cazuri ($t=3,11$ $p<0,01$). Iar mamele ce practică munca intelectuală” în lotul-caz, în comparație cu mame din lotul-martor, sunt de 1,39 ori mai puține – 39,4±4,96% cazuri și, respectiv, 54,8±4,23% cazuri ($t=2,21$, $p<0,05$).

În rezultatul analizei de distribuție a tatilor după „caracterul intelectual al muncii”, am înregistrat o pondere de 1,81 ori mai înaltă în „lotul-martor” în comparație cu „lotul-caz”, cu o diferență statistică semnificativă – 54,7±4,97% și 30,2±4,59% ($t=3,61$, $p<0,001$). Iar parametrul „tata nu lucrează” în „lotul-caz”, în comparație cu „lotul-martor”, a fost de 4,0 ori mai frecvent – 8,8±2,83% și 2,2±1,47% cazuri ($t=2,07$, $p<0,05$), tabelul 30.

Tabelul 30. Distribuția părinților în funcție de caracterul muncii

Caracterul muncii	Mama		$t_{1,2}$	P	Tata		$t_{3,4}$	P
	caz $P_1 \pm m_1$, %	control $P_2 \pm m_2$, %			caz $P_3 \pm m_3$, %	control $P_4 \pm m_4$, %		
1. fizic	43,7±4,96	23,4±4,23	3,11	<0,01	13,3±3,39	9,8,0±2,97	0,77	>0,05
2. intelectual	39,4±4,96	54,8±4,23	2,21	<0,05	30,2±4,59	54,7±4,97	3,61	<0,001

3. mixt	12,5±3,31	19,7±3,98	1,39	>0,05	47,7±4,99	33,3±4,71	2,09	<0,05
nu lucrează	4,4±2,05	2,1±1,43	0,91	>0,05	8,8±2,83	2,2±1,47	2,07	<0,05

La următoarea etapă, rezultatele studiului au fost analizate în funcție de parametrul „familia cu trei și mai mulți copii” / „copil din gemeni”. Am determinat că lotul „copii frecvent bolnavi”, în comparație cu lotul „copii practic sănătoși”, a deținut o pondere de 2,03 ori mai mare – 25,6±4,36% și 12,6±3,31% ($t=2,37$, $p<0,05$), cu o diferență statistic semnificativă.

În ultimii cinci ani, cercetările grupei „copii frecvent bolnavi” au prezentat argumente ale influenței nefavorabile asupra stării de sănătate a acestora în cazul „încadrării copilului până la vârsta de 24 de luni în instituția preșcolară”.

Mai apoi am analizat eșantionul după parametrul „începutul frecventării instituției preșcolare”, clasificându-l în două grupuri: copii până la vârsta de 2 ani și copii după vârsta de 2 ani. Analiza după acest parametru ne-a arătat că lotul-caz în comparație cu lotul-martor deține o pondere de 2,97 ori mai mare – 30,6±4,61% și 12,5±3,37% ($t=3,19$, $p<0,01$), cu o diferență statistică semnificativă.

Analizând eșantionul după parametrul „traume, otrăviri, accidente în condiții casnice” ale copilului sub vârsta de 5 ani, am determinat că grupul „copii frecvent bolnavi” în comparație cu „copii practic sănătoși” au avut o pondere de 2,55 ori mai mare – 39,2±4,88% și 15,4±3,61% ($t=3,92$, $p<0,001$). Astfel, putem conchide că parametrii analizați s-au dovedit a fi factori de risc pentru sănătate și indici din grupa „copii frecvent bolnavi”.

4.2. Factorii social-familiali de risc pentru sănătatea copiilor sub vârsta de 5 ani

Estimarea factorilor de risc cu impact asupra sănătății copiilor și apariția indicilor din grupul „copii frecvent bolnavi” a fost efectuată prin studiul retrospectiv caz-martor. Mărimea loturilor a constituit 100 de „copii frecvent bolnavi” și 100 de „copii practic sănătoși”.

În cadrul analizei caz-martor, am constatat o diferență statistic semnificativă între loturi în privința parametrilor descriși în tabelul 31. Cunoașterea factorilor de risc ce duc la dezvoltarea simptomelor / indicilor grupei „copii frecvent bolnavi” va permite elaborarea măsurilor profilactice adecvate. În vederea ierarhizării factorilor de risc pentru sănătate, rezultatele cercetării au fost sistematizate într-un tabel care a cuprins: valorile *odds ratio* (OR), *chi-pătratul* (χ^2), *intervalul de încredere* (IC), *riscul atribuabil* (RA, %). Pentru a determina cu cât ar fi egală diminuarea determinantilor nefavorabili, dacă factorul de risc ar fi înlăturat, a fost calculat riscul atribuabil.

Tabelul 31. Baremul factorilor de risc pentru sănătate în formarea grupei „Copii frecvent bolnavi”

Factorii de risc	OR	χ^2	IC	RA, %
de nivel înalt al RA $\geq 60\%$				
I. traume, otrăviri, accidente în condiții casnice	4,2	17,7	2,2-6,2	82,4
II. nivelul de trai al copilului în familie este jos	4,0	17,0	2,0-6,0	78,0
III. încadrarea copilului în colectivul preșcolar până la vârsta de 2 ani	3,8	16,2	1,9-5,7	65,0
IV. statutul social-profesional al părinților este jos	3,6	14,7	1,8-5,4	61,0
de nivel mediu al RA = 30-59%				
V. nivelul de studii al părinților este jos	3,3	12,5	1,5-5,1	57,0

VI. copilul nu locuiește „nici cu unul din părinții biologici”	2,5	7,4	1,8-4,3	52,0
VII. mama este plecată din gospodărie (mai mult de 6 luni)	2,0	6,8	1,7-4,3	49,0
VIII. copilul din familie cu 3 / mai mulți copii / gemeni	1,8	6,4	1,1-3,6	45,0
de nivel jos al RA $\leq 29\%$				
IX. vârsta mamei sub 18 ani / după 35 de ani	1,6	5,6	1,4-3,2	24,6
X. familie monoparentală	1,4	5,4	1,3-3,1	24,0

Analiza selectivă, minuțioasă a tuturor factorilor specificați a evidențiat factorii semnificativi de risc. Conform rezultatelor obținute, pe locul I s-au situat „traumele, otrăvirile, accidentele în condiții casnice”, care au format indicii din grupul „copii frecvent bolnavi”; pe locul II – „nivelul de trai al copilului în familie”; pe locul III – „încadrarea copilului sub vârsta de 2 ani în colectivul preșcolar” și pe locul IV – „statutul social-profesional al părinților”.

La următoarea etapă a studiului am elaborat „**Algoritmul supravegherii copilului cu factori de risc pentru sănătate**”, care a cuprins: „baremul factorilor de risc” și procesul de instruire / informare a părinților (după *Ghidul pentru părinți „Copilul nostru”*, *Agenda mamei* și alte lucrări metodice) în conformitate cu Programul Național CIMC al Ministerului Sănătății din RM (figura 13).

Copiii cu factori de risc de nivel jos vor fi sub supraveghere sau în „atenție” temporară și în continuare vor fi transferați la programul de supraveghere UNIC. Dacă la copii au fost înregistrați factori de risc de nivel mediu sau de nivel înalt, „programul de supraveghere individuală” va fi elaborat de MS în concordanță cu managerul CMF și medicii de profil.

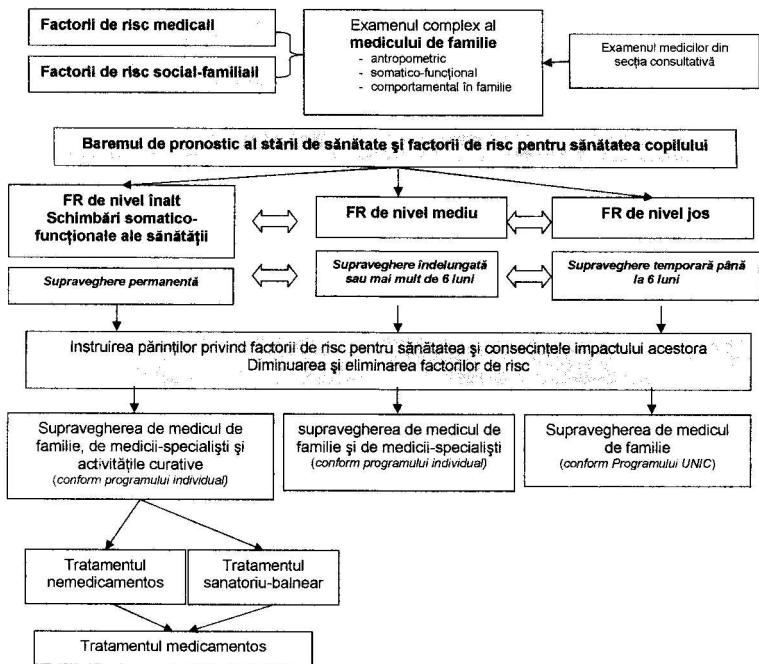


Fig. 13. Algoritmul supravegherii copilului cu factori de risc pentru sănătate.

Algoritmul supravegherii copilului cu factori de risc pentru sănătate a fost testat și introdus în practica medicilor de familie din IMSP CMF sec. Râșcani, mun. Chișinău.

Cunoașterea factorilor de risc pentru sănătate și aplicarea măsurilor preventive la nivelul familiei cu copii sub vârsta de 5 ani va conduce la reducerea de la 24,0% până la 82,4% a fenomenelor nedorite. Determinarea și ierarhizarea acestor factori prezintă o importanță în vederea dezvoltării fizice, neuro-motorii, cognitiv-sociale în copilăria timpurie și au consecințe / legătură directă cu perioada maturității individului.

4.3. Cunoștințe, atitudini, deprinderi practice ale familiei în vederea îngrijirii și dezvoltării copiilor sub vârsta de 5 ani

Conform obiectivului lucrării de analiză medico-socială a familiilor cu copii prin intermediul chestionarului pentru părinți (clusterle II și III, din anexa 3), am studiat „cunoștințele părinților în vederea îngrijirii și dezvoltării copilului”, care au cuprins: semnele de pericol pentru copil, nutriția copilului, calendarul imunologic. Apoi au fost analizate rezultatele obținute în cadrul cercetării.

Programul național „Conduita integrată a maladiilor la copii” al MS cuprinde următoarele *semne de pericol*: 1) pentru viață, 2) pentru sănătate, 3) pentru dezvoltarea copilului sub vârsta de 5 ani. În rezultatul studiului am analizat cunoașterea de către familii a celor „șapte semne de pericol pentru viața” copilului sub vârsta de 5 ani. Răspunsurile corecte ale părinților au fost structurate în trei grupuri: A) 2 semne din 7; B) 4 semne din 7; C) 7 semne din 7.

Răspunsurile din grupul A (2 din 7) din lotul-caz au deținut o pondere de 1,8 ori mai mare comparativ cu lotul-martor, $58,3 \pm 4,93\%$ și, respectiv, $32,4 \pm 4,68\%$ ($t=3,81$ și $p<0,001$), cu o diferență statistică semnificativă. În cazul grupului B (4 din 7), în lotul-caz $28,2 \pm 4,49\%$ și în lotul-martor $39,4 \pm 4,88\%$ din părinții au dat răspunsuri corecte, dar n-a existat o diferență statistică ($t=1,69$ și $p>0,05$). În grupul C (7 din 7), lotul „copii practic sănătoși”, în comparație cu lotul „copii frecvent bolnavi”, a deținut o pondere de 2,1 ori mai mare – $28,2 \pm 4,49\%$ și, respectiv, $13,5 \pm 3,41\%$ ($t=2,60$ și $p<0,01$), cu o deosebire statistică între loturi.

La următoarea etapă a cercetării, am analizat cunoștințele părinților în privința „semnelor de pericol pentru sănătatea” copilului sub vârsta de 5 ani. Atragem atenția că la apariția sau la depistarea acestor semne/simptome părinții trebuie să apeleze la medic în timp de 24 de ore. După analiza parametrului „cunoștințe în vederea febrei” am înregistrat o diferență statistic semnificativă între lotul-martor ($85,9 \pm 3,48\%$) și lotul-caz ($69,3 \pm 4,61\%$, $t=2,87$ și $p<0,01$) (figura 14).

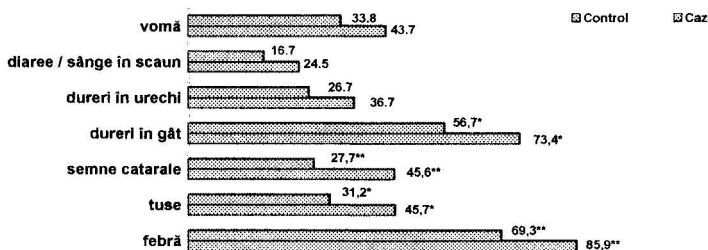


Fig. 14. **Rata răspunsurilor privind cunoștințele părinților despre semnele de pericol pentru sănătatea copilului, în funcție de analiza caz-martor (%).**

În continuare am determinat că, în funcție de „cunoștințele despre tuse”, lotul-martor, în comparație cu lotul-caz, a avut o pondere de 1,46 ori mai înaltă – $45,7 \pm 4,98\%$ și, respectiv, $31,2 \pm 4,63\%$ ($t=2,13$ și $p<0,05$). Așadar, numai unul dintre trei părinți din grupa „copii frecvent bolnavi” va apela la medic la apariția acestui simptom (figura 14).

În ceea ce privește criteriul „cunoștințe despre semnele catarale”, am depistat că în lotul-martor, în comparație cu lotul-caz, acestea au fost înregistrate de 1,65 ori mai frecvent, cu diferență statistic semnificativă – $45,5 \pm 4,98\%$ și, respectiv, $27,2 \pm 4,45\%$ ($t=2,75$ și $p<0,01$). După parametrul „dureri în urechi”, o deosebire veridică nu s-a determinat: în lotul-caz – $26,7 \pm 4,42\%$ cazuri și, respectiv, în lotul martor – $36,7 \pm 4,82\%$ cazuri ($t=1,53$ și $p>0,05$). Astfel, numai unul dintre patru părinți din grupul „copii frecvent bolnavi” va apela la medic la apariția semnelor catarale și durerilor în urechi ale copilului.

Totodată, numai șase din zece părinții din grupul „copii frecvent bolnavi” vor consulta medicul la semnele de „dureri în gât” ale copilului. În privința parametrului „cunoștințe despre durerile în gât”, lotul-martor, în comparație cu lotul-caz, a înregistrat o pondere de 1,29 ori mai înaltă – $56,7 \pm 4,95\%$ și, respectiv, $73,4 \pm 4,42\%$ ($t=2,52$ și $p<0,01$). La analiza parametrilor diaree / sânge în scaun; vomă la copil nu s-a determinat o diferență statistică semnificativă între loturile de bază (figura 14).

La următoarea etapă a studiului, am analizat parametrul „*cunoștințe privind semnele de pericol pentru dezvoltarea copilului*”. Pentru aceasta am verificat, în baza chestionarului, cunoștințele părinților despre dezvoltarea copilului: văzul; auzul; semnele motoricii grosiere și celei fine; comportamentul copilului cu adulții, cu alți copii, individual. Atragem atenție că o deosebire veridică comparativă între loturile de bază nu a fost determinată. În rezultatul analizei „*cunoștințelor despre calendarul imunologic*”, am înregistrat că grupa „copii practic sănătoși”, în comparație cu grupa „copii frecvent bolnavi”, a avut o pondere de 1,05 ori mai înaltă – $82,2 \pm 3,83\%$ și, respectiv, $78,6 \pm 4,10\%$ ($t=0,64$ și $p>0,05$), deci diferență statistic semnificativă nu am determinat.

La întrebarea „*De unde, de la cine (părinții) obțin informația despre creșterea și dezvoltarea copilului?*”, numai 3 părinți din 10 au răspuns „*De la lucrătorii medicali din AMP*” – în lotul-martor $33,4 \pm 4,71\%$ și, respectiv, în lotul-caz – $21,1 \pm 4,08\%$ ($t=1,97$ și $p<0,05$).

În pofida faptului că cunoștințele și atitudinile din familia copilului sunt favorabile, deprinderile practice de îngrijire a copilului lasă de dorit. Deprinderile practice ale părinților au fost acumulate indirect, prin metoda de anchetare (anexa 3). Chestionarul pentru părinți în a III-a parte a cuprins: deprinderi privind alimentația exclusiv naturală a copilului cu particularitățile introducerii suplimentului și complementului nutritiv; deprinderi privind comunicarea cu copilul și stimularea timpurie educativă a lui din partea familiei.

În baza rezultatelor studiului, am analizat loturile privind parametrii: „*Cum a fost alimentat copilul în primele șase luni de viață?*”, „*Care a fost regimul de alimentare în primele șase luni de viață?*”, „*Până la ce vârstă a fost alăptat copilul?*”, „*Care a fost cauza ablației până la 6 luni?*”, „*La ce vârstă și care a fost complementul nutritiv al copilului?*” etc.

Am notat răspuns afirmativ privind deprinderile practice de „*alimentație exclusiv naturală până la 6 luni de viața a copilului*” în

lotul-martor – $78,4 \pm 4,11\%$ din mame și în lotul-caz – $63,2 \pm 4,22\%$ ($t=2,36$ și $p<0,05$). Referitor la parametrul „*alimentației la cerere ziua și noaptea în primele 6 luni de viața a copilului*”, am determinat în lotul-martor, în comparație cu lotul-caz, o ponderea a răspunsurilor afirmative de 1,21 ori mai mare – $83,9 \pm 3,67\%$ din mame și, respectiv, $69,2 \pm 4,62\%$ ($t=2,49$ și $p<0,05$). Așadar, o deosebire statistică între loturile de bază s-a constatat în privința ambilor parametri cercetați.

În rezultatul cercetării am constatat că mamele din lotul-caz au luat decizia de ablactație la recomandările: în $51,8 \pm 4,99\%$ cazuri – ale rudelor / prietenilor; în $24,8 \pm 4,32\%$ – la decizia personală; în $23,2 \pm 4,22\%$ cazuri – ale medicului de familie. Deci, în lotul-caz, în comparație cu lotul-martor, am înregistrat o pondere de 1,67 ori mai înaltă a „*ablactației la recomandările rudelor / prietenilor*” ($31,0 \pm 4,62\%$; $t=3,05$ și $p<0,01$). Dar, după parametrul „*ablactația la recomandările medicului de familie*”, lotul-martor, în comparație cu lotul-caz, a avut o rată de 1,80 ori mai mare ($41,8 \pm 4,93\%$; $t=2,87$ și $p<0,01$). Așadar, există o deosebire statistică între loturi în privința ambilor parametri cercetați. Atragem atenția la faptul că în lotul-caz numai $10,3 \pm 3,04\%$ din cazurile ablactației au fost „*din motivul sănătății copilului*” sau „*din motivul sănătății mamei*” ($t=5,44$ și $p<0,001$).

Experții SDC/OMS optează pentru „*alimentația exclusiv naturală la piept*” a copilului cu regimul „*la cerere, ziua și noaptea, care asigură o lactație suficientă și îndelungată*”. Totodată, sunt argumente în favoarea alăptării *până la vârsta de 12 luni*. „*Alimentație exclusiv naturală*” a copilului, conform definiției experților OMS, este lactația lui la sân, fără adausuri de alte produse / lichide nutritive (apă, suc de fructe, piureul de legume etc.).

Analizând criteriul „*alăptarea copilului până la vârsta de 6 luni*”, în lotul-caz am determinat $43,7 \pm 4,96\%$ cazuri și în lotul-martor – $58,2 \pm 4,93\%$ ($t=2,07$ și $p<0,05$), cu o deferență statistic semnificativă. Grupa „*copii practic sănătoși*”, în comparație cu „*copiii frecvent bolnavi*”, are o pondere de 1,65 ori mai înaltă în privința parametrului „*alăptării până la vârstă de 12 luni*” – $68,3 \pm 4,65\%$ și $41,4 \pm 4,93\%$ ($t=3,97$ și $p<0,001$), cu o deosebire statistic semnificativă.

Nu mai puțin importante sunt deprinderile practice ale părinților privind „*introducerea complementului nutritiv în rația copilului*”, în volumul necesar și la vârsta corespunzătoare a acestuia. Analiza ambelor loturi de bază n-a înregistrat o deosebire veridică comparativă în ceea ce privește parametrul „*introducerea corectă a complementului nutritiv în rația copilului*”, fiind vorba de o pătrime de părinți în fiecare lot ($p > 0,05$). La întrebarea „*Încurajați copilul să mănânce?*” părinții din lotul-martor, în comparație cu părinții din lotul-caz, au răspuns „*Da*” de 1,6 ori mai frecvent – $45,6 \pm 4,98\%$ și, respectiv, $28,5 \pm 4,51\%$ ($t = 2,54$ și $p < 0,05$).

În literatura de specialitate au fost argumentate beneficiile practicării în familie a „*stimulării timpurii a dezvoltării copilului*” [53, 85, 100, 144]. În cadrul studiului am analizat *indirect* practicile părinților în privința „*comunicării educative*”, de la nașterea copilului până la vârsta de 5 ani, prin intermediul chestionarului (anexa 3). Părinții din ambele loturi au prezentat răspunsuri / atitudini pozitive despre „*stimularea timpurie a dezvoltării*” copilului începând de la nașterea lui. Diferență statistic semnificativă ($p > 0,05$) n-am înregistrat nici după un parametru, fiind prezente diferite forme de comunicare și jocuri cu copilul; participarea ambilor părinți în aceste activități.

Am analizat răspunsurile familiilor / părinților cu copii sub vârsta de 5 ani prin prisma *consumatorului* (feedback sau legătură inversă) de servicii în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului. Rezultatele vor fi prezentate în următorul subcapitol.

4.4. Perceperea de către părinți a serviciului de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și supravegherii copilului (acces, proces de instruire/ informare)

Prin cercetarea analitică retrospectivă caz-martor am determinat perceperea de către părinți a serviciului de îngrijire și dezvoltare a copilului în calitate de consumatori. Studiul a fost realizat în baza chestionarului special, care a cuprins particularitățile abordate.

Există o altă instituție medicală sau un alt medic (în afara CMF de circumscripție) în care/cui vă adresați cu copilul Dvs. pentru a primi consultații în domeniul asistenței medicale primare?	nu				
	da				
	niciodată	câteodată	des	aproape de fiecare dată	de fiecare dată
accesul la servicii					
1. Deplasarea până la Centrul Medicinii de Familie reprezintă o problemă pentru Dvs.?	0	1	2	3	4
2. În caz de îmbolnăvire a copilului puteți să primiți consultația medicului de familie în aceeași zi în Centrul Medicinii de Familie din localitatea Dvs.?	0	1	2	3	4
3. În caz de îmbolnăvire a copilului, Dvs. puteți să primiți o consultație din partea asistenței medicale primare în timpul serii sau zilelor de odihnă?	0	1	2	3	4
procesul de instruire / informare					
4. Dvs. vă simțiți confortabil adresându-vă la medicul de familie cu întrebări?	0	1	2	3	4
5. Medicul de familie vă explică suficient de clar problemele sau riscurile legate de sănătatea copilului?	0	1	2	3	4
6. Vă este suficient timpul acordat Dvs. sau copilului Dvs. de către MF?	0	1	2	3	4
7. Medicul de familie vă ascultă cu atenție?	0	1	2	3	4
8. Medicul de familie vă explică momentele-cheie de îngrijire a copilului; deprinderile practice ce privesc acest subiect?	0	1	2	3	4
9. Medicul de familie vă consultă privind prevenirea traumatismului, otrăvirilor, combuștiilor la copii?	0	1	2	3	4
10. Medicul de familie vă consultă privind momentele-cheie de dezvoltare a copilului?	0	1	2	3	4

Fig.15. Chestionarul „Perceperea de către părinți a serviciului de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului”.

Criteriul de selectare a eșantionului după loturile caz-martor a fost adresarea la medic (profilactică / de rutină) în afara CMF (în alte instituții medico-sanitare sau la alți medici). Lotul A a

cuprins părinții care *nu au apelat la consultație în afara CMF* și, respectiv, lotul B – părinții care *au avut adresări după consultații medicale în afara CMF* de circumscripție.

Astfel, am înregistrat „indirect” particularitățile serviciului în domeniul îngrijirii și dezvoltării în baza baremului personal al consumatorului.

Accesul la servicii a fost determinat după criteriul „deplasarea până la cabinetul medicului de familie reprezintă o problemă”. Astfel, lotul B, în comparație cu lotul A, a avut o pondere de 1,6 ori mai înaltă – $71,8 \pm 4,49\%$ și $44,8 \pm 4,97\%$ ($t=4,03$ și $p<0,001$), cu o deferență statistic semnificativă. După criteriul *„primește consultații în aceeași zi din partea MF”*, lotul A, în comparație cu lotul B, a avut o pondere de 1,2 ori mai înaltă – $79,1 \pm 4,06\%$ și $65,9 \pm 4,74\%$ ($t=2,11$ și $p<0,05$), cu o deosebire veridică. Privind criteriul *„primește consultații din partea MF seara, în zilele de odihnă”* am înregistrat că lotul B, în comparație cu lotul A, a avut o pondere de 1,4 ori mai înaltă – $73,1 \pm 4,43\%$ și $52,2 \pm 4,99\%$ ($t=3,13$ și $p<0,01$).

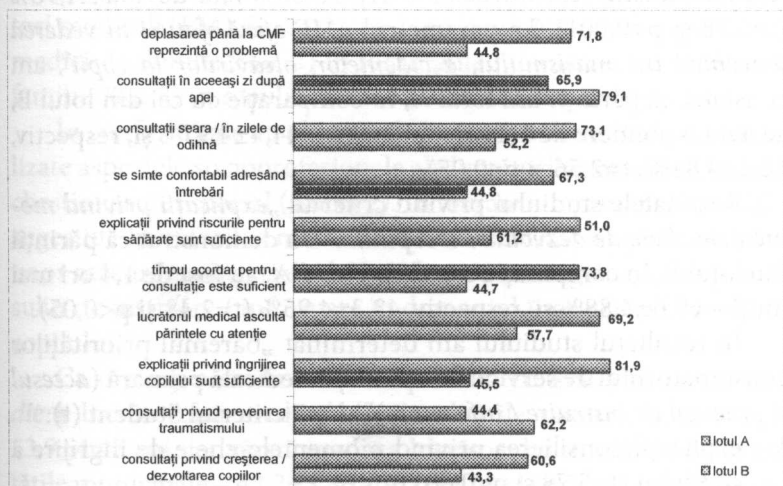


Fig. 16. Rata răspunsurilor privind perceperea de către părinți a serviciului de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului (acces și instruire / informare) (în %).

În ceea ce privește următorul cluster – *procesul de instruire / informare*, în rezultatul cercetării am depistat că după criteriul „*se simte confortabil adresând întrebări*” lotul B, în comparație cu lotul A, a înregistrat un raport de 1,5 ori mai înalt – $67,3 \pm 4,69\%$ și $44,8 \pm 4,97\%$ ($t=3,29$ și $p<0,001$). „*Explicații suficiente privind riscurile pentru sănătatea copilului*” lotul B, în comparație cu lotul A, a obținut de 1,45 ori mai frecvent – $74,2 \pm 4,37\%$ și $51,0 \pm 4,99\%$ ($t=3,49$ și $p<0,001$). Așadar, studiind criteriul „*timp suficient pentru consultații acordate familiilor*”, am constatat că părinții din lotul B, în comparație cei din lotul A, au răspuns pozitiv de 1,65 ori mai frecvent – $73,8 \pm 4,39\%$ și $44,7 \pm 4,97\%$ ($t=4,38$ și $p<0,001$).

În continuare, studiind criteriul „*MF ascultă cu atenție*”, am înregistrat că lotul B, în raport cu lotul A, are o pondere de 1,37 ori mai înaltă – $79,2 \pm 4,05\%$ și $57,7 \pm 4,94\%$ ($t=3,36$ și $p>0,001$).

În rezultatul studiului criteriului „*MF explică momentele-cheie de îngrijire a copilului*”, am determinat că lotul B, în comparație cu lotul A, a răspuns afirmativ de 1,8 ori mai frecvent, cu o diferență statistic semnificativă – $81,9 \pm 3,85\%$ față de $45,5 \pm 4,98\%$ ($t=5,78$ și $p<0,001$). La parametrul „*MF oferă sfaturi în vederea prevenirii traumatismului, accidentelor, otrăvirilor la copii*”, am constatat că părinții din lotul A, în comparație cu cei din lotul B, au avut o pondere de 1,4 ori mai înaltă – $44,4 \pm 4,97\%$ și, respectiv, $62,2 \pm 4,84\%$ ($t=2,56$ și $p<0,05$).

Rezultatele studiului privind criteriul „*explicații privind momentele-cheie de dezvoltare a copilului*” au demonstrat că părinții din lotul B, în comparație cu cei din lotul A, au fost de 1,4 ori mai muți – $60,6 \pm 4,88\%$ și, respectiv, $43,3 \pm 4,95\%$ ($t=2,48$ și $p<0,05$).

În rezultatul studiului am determinat „*baremul priorităților consumatorului de servicii de asistență medicală primară (accesul și procesul de instruire / informare)*”, după criteriul Student (t):

1. explicații/consilierea privind momentele-cheie de îngrijire a copilului ($t=5,78$ și $p<0,001$);
2. timp suficient pentru consultații acordate familiilor ($t=4,38$ și $p<0,001$);
3. deplasarea până la cabinetul medicului de familie nu reprezintă o problemă ($t=4,03$ și $p<0,001$);

4. explicații suficiente despre riscurile pentru sănătatea copilului ($t=3,49$ și $p<0,001$);
5. consultații medicale seara și în zilele de odihnă ($t=3,13$ și $p<0,01$).

Astfel, a fost subliniată importanța accesului la lucrătorii medicali și a activităților de informare, instruire în cadrul serviciului. Am propus să fie aplicat „Chestionarul PP-AMP” în alte cercetări privind serviciul de asistență medicală primară sau de sine stătătoare în monitorizarea serviciului AMP din anumite localități.

4.5. Caracteristica social-profesională a lucrătorilor medicali din serviciul de asistență medicală primară

În ultimii cinci ani, am înregistrat o descreștere a numărului medicilor de familie cu 100 de persoane (de la 2101 MF în 2003 la 2001 în 2007). Pentru anii 2007-2008, am notat o descreștere cu 58 de MF (până la 1943 de persoane), totodată, în localitățile raionale numărul lor s-a redus cu 55 de persoane (de la 1328 la 1273). Am notat pentru 2007 o asigurare neuniformă cu lucrători medicali (LM) din serviciu: 1) în localitățile municipale – 6,9 medici de familie ‰; 2) în localitățile raionale – 5,0 medici de familie ‰; 3) în republică – 5,6 medici de familie ‰.

În conformitate cu obiectivele lucrării, au fost studiate și analizate aspectele socioprofesionale ale lucrătorilor medicali în baza chestionarului special (anexa 2). În lucrare am prezentat opiniile, sugestiile lucrătorilor medicali din serviciu, cu scopul elaborării unor măsuri manageriale de fortificare a managementului procesului de instruire / informare în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului.

Ca urmare a studiului descriptiv am constatat că *vârsta medie* a lucrătorului medical din localitățile raionale a constituit $53,9\pm 4,47$ ani, iar *vârsta medie* a lucrătorului medical din localitățile municipale – $42,2\pm 3,36$ ani, ($t=2,09$ și $p<0,05$), cu o diferență statistic semnificativă.

În ceea ce privește *stagiul în medicina primară* a lucrătorilor din serviciu, în localitățile municipale am înregistrat $62,7\pm 4,26\%$ de persoane cu stagiul între 5 și 10 ani și $10,3\pm 2,67\%$ de 16-20 de

ani. Iar în localitățile raionale 50,1±3,44% din lucrătorii medicali au stagiul între 16 și 20 de ani și 12,3±2,26% – stagiul între 5 și 10 ani, cu o diferență statistic semnificativă între parametrii dați ($p < 0,01$).

Categoria lucrătorilor medicali: grupul de medici cu categoria superioară din localitățile raionale, în comparație cu același grup din localitățile municipale, este de 1,8 ori mai mare – 42,1±3,39% și, respectiv, 23,4±3,73% ($t=3,71$ și $p < 0,001$). Grupul de LM cu prima categorie din localitățile municipale, în comparație cu același grup din localitățile raionale, este de 1,6 ori mai mare – 55,5±4,38% și 34,7±3,28% ($t=3,71$, $p < 0,001$). Lipsa categoriei am întâlnit-o în localitățile municipale în 10,9±2,74% cazuri și în cele raionale – în 21,6±2,83% cazuri ($t=2,71$, $p < 0,01$).

Specializarea primară a lucrătorilor medicali: grupul de medici de familie cu specializarea „rezidențiatul în medicina de familie” în localitățile municipale, în comparație cu cele raionale, are o pondere de 9,6 ori mai înaltă – 17,3±3,33% și, respectiv, 1,8±0,92% ($t=4,49$, $p < 0,001$). Iar grupul cu specialitatea primară „internatură – pediatrie” în localitățile municipale, comparativ cu cele raionale, are o pondere de 1,32 ori mai mică – 37,8±4,27% și, respectiv, 49,8±3,44% ($t=2,19$, $p < 0,05$).

Atragem atenția că grupul de medici cu specialitatea primară „internatură - medicina generală”, în localitățile municipale a înregistrat 19,2±3,47% și în cele raionale – 14,3±2,41% ($t=1,16$, $p > 0,05$). După criteriul „alte specialități primare”, în localitățile municipale am înregistrat 25,7±3,85% medici și în raioane – 34,1±3,26% ($t=1,66$, $p > 0,05$).

În rezultatul cercetării am constatat că în localitățile raionale din zona de Nord asigurarea cu medici de familie din serviciul de asistență medicală primară s-a redus cu 1,1‰ (de la 6,4‰ la 5,3‰), pentru anii 2003-2007. În localitățile raionale din zona de Sud asigurarea cu medici de familie s-a micșorat cu 1,4‰ (de la 7,1‰ la 5,7‰). În localitățile raionale din zona de Centru numărul medicilor de familie s-a majorat cu 0,4‰ (de la 5,5‰ la 5,9‰), figura 17.

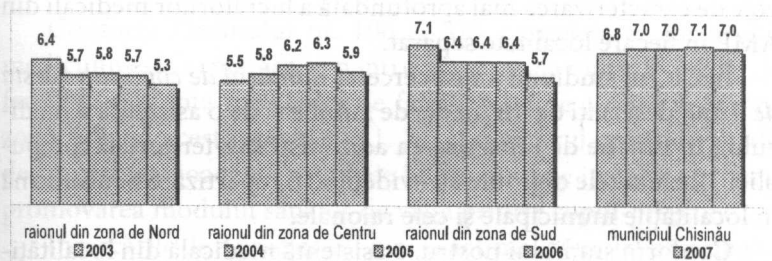


Fig. 17. **Asigurarea populației din zonele economico-geografice raionale reprezentative și conform repartizării administrativ-teritoriale cu medici de familie, anii 2003-2007** (%₀₀).

Raportul completării cu lucrători cu studii medii din asistența primară arată că grupul de asistente medicale din municipii, în comparație cu același grup pe țară, a fost de 2,25 ori mai scăzut, 6,9‰ și respectiv 15,5‰. Iar numărul de asistente medicale în localitățile raionale din zona de Sud, în comparație cu numărul de asistente în localitățile raionale în total, au prezentat o pondere de 1,15 ori mai joasă, 15,9‰ și respectiv 18,3‰, figura 18.

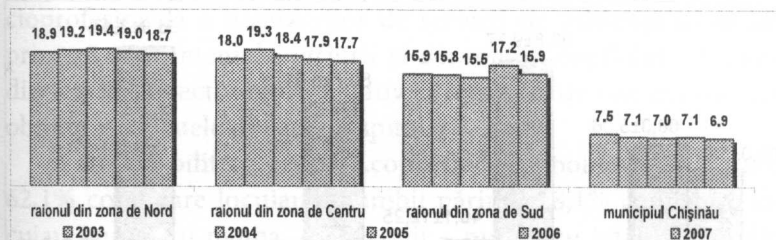


Fig. 18. **Asigurarea populației din zonele economico-geografice raionale reprezentative și conform repartizării administrativ-teritoriale cu asistente medicale, anii 2003-2007** (%₀₀).

Ca și în anii precedenți, în anul 2007 în totalul localităților raioanele, comparativ cu localitățile municipale, asistentele medicale predominau de 2,65 ori (18,3‰ și respectiv 6,9‰). În localitățile municipale, în comparație cu datele pe republică, am constatat predominarea de 1,25 ori a medicilor de familie (7,0‰ și respectiv 5,6‰). Atragem atenție că nu toate raioanele sunt asigurate cu LM conform zonei economico-geografice: este ne-

voie de caracterizarea mai profundată a lucrătorilor medicali din AMP în fiecare localitate separat.

În cadrul studiului a fost cercetat *numărul de copii sub vârsta de 5 ani*, deserviți de un medic de familie și de o asistentă a medicului, în funcție de repartizarea administrativ-teritorială a republicii. Rezultatele obținute au evidențiat o repartizare neuniformă în localitățile municipale și cele raionale.

Conform studiului nostru, o asistentă medicală din localitățile raionale a supravegheat în medie 30-40 de copii sub vârsta de 5 ani, iar o asistentă medicală din localitățile municipale – în medie 68 de copii sub 5 ani. Totodată, un medic de familie din municipii prestează servicii în medie la 61 de copii sub vârsta de 5 ani, iar un medic de familie din localitățile raionale – în medie la 80-96 de copii (figura 19).

Putem concluziona că problema asigurării cu asistente medicale în localitățile municipale este stringentă. Am constatat că în municipiul Chișinău majoritatea sectoarelor CMF sunt deservite de o singură asistentă medicală la un medic de familie, însă sunt cazuri când medicul de familie activează fără asistentă medicală.

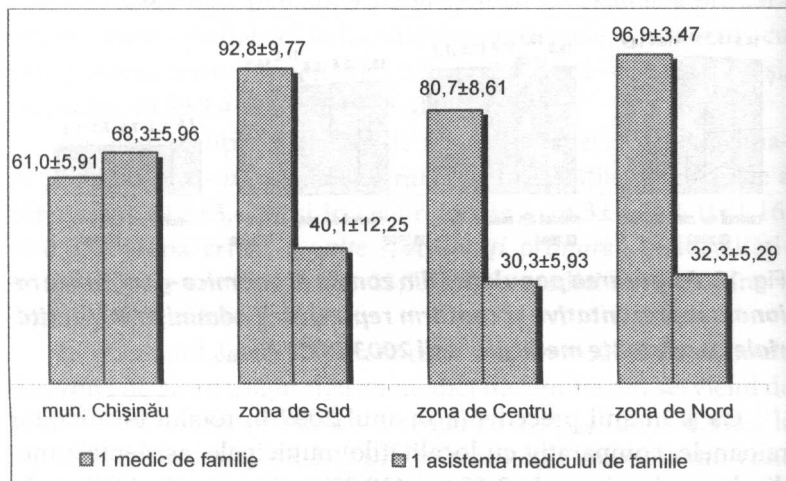


Fig. 19. *Numărul mediu de copii sub vârsta de 5 ani, deserviți de un medic de familie și de o asistentă medicală din zone geografice reprezentative raionale și după repartizarea administrativ-teritorială (abs.).*

Conform Ordinului nr. 100 al MS, completarea sectorului medicului este următoarea: pentru zona rurală raportul medic de familie : asistenta medicului de familie este de 1 : 3-4 și pentru zona urbană acest raport este 1: 2-3. Lucrătorul cu studii medii de specialitate joacă un rol-cheie în procesul de instruire privind promovarea modului sănătos de viață printre copiii-preșcolari.

Încercările de a preciza cât mai exact/mai complet principalele obstacole în activitatea lucrătorilor medicali din domeniul studiat a condus la descrierea numeroaselor opinii ale lucrătorilor medicali în funcție de localitățile municipale / raionale, în baza chestionarului din anexa 2. Am analizat opiniile și sugestiile lucrătorilor din sistem prin cercetarea descriptivă, care s-a reflectat în elaborarea măsurilor manageriale descrise în capitolul „Analiza managementului serviciului în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului”.

*

*

*

Prin analiza medico-socială a consumatorilor și analiza socioprofesională a furnizorilor de servicii de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului, obținute din studiul selectiv-reprezentativ și retrospectiv caz-martor, am obținut rezultatele din acest capitol.

A fost stabilit că grupul „copii frecvent bolnavi” a cuprins: 62,1% copii care locuiau cu ambii părinți, 18,1% copii care locuiau numai cu mama, 4,7% copii – numai cu tatăl. 15,1% din „copiii frecvent bolnavi” nu locuiau cu nici unul din părinții biologici.

Grupa „copii frecvent bolnavi” s-a structurat astfel: 1) maladii respiratorii – 74,5±2,16% cazuri ($p<0,01$); 2) maladiile sistemului digestiv – 36,5±2,48% cazuri ($p<0,05$); 3) maladiile sistemului nefro-urinar – 23,1±2,17% cazuri ($p<0,05$).

Nivel de trai jos a fost atestat la 50,7% din lotul „copii frecvent bolnavi” și la 29,0% din lotul „copii practic sănătoși” ($t=10,47$ și $p<0,05$).

În ceea ce privește nivelul de studii al părinților, în lotul-caz am semnalat un număr de 1,65 ori mai mare de mame cu studii

medii incomplete și cu studii medii generale, în comparație cu numărul de mame din lotul-martor ($p < 0,05$). În lotul-martor numărul de tați cu studii superioare, în comparație cu lotul-test, are o pondere de 2,40 mai înaltă ($p < 0,05$).

În baza chestionarului pentru părinți (prin metoda indirectă) am stabilit nivelul de cunoștințe și deprinderi practice ale părinților în vederea îngrijirii și dezvoltării copilului. Atragem atenția că numai o treime din familii cunosc toate cele șapte „semne generale de pericol pentru viața copilului” și vor apela la medic în caz de urgență, (lotul-caz – $13,5 \pm 3,42\%$ și lotul-martor – $28,2 \pm 4,49\%$; $p < 0,05$). Astfel, doar o treime ($31,2 \pm 4,63\%$) din părinții cu „copii frecvent bolnavi” în cazul tusei, o pătrime ($26,7 \pm 4,42\%$) în cazul durerii în urechi și o pătrime ($27,2 \pm 4,45\%$) de respondenți în cazul semnelor catarale vor apela la ajutorul medicului ($p < 0,05$).

Au fost identificați factorii de risc social-familiali pentru sănătatea copiilor. Conform rezultatelor obținute, printre factorii de risc pentru sănătatea grupului de *copii frecvent bolnavi* pe locul I se plasează *traumele, otrăvirile, accidentele în condiții casnice*; pe locul II – *nivelul jos de trai al copilului în familie*; pe locul III – *încadrarea copilului în colectivul preșcolar până la vârsta de 2 ani*.

În baza rezultatelor studiului retrospectiv „perceperea de către părinți a serviciilor”, am stabilit baremul priorităților pentru familia-consumator de servicii de *asistență medicală primară*. Acest studiu a cuprins următoarele criterii: 1) consilierea în vederea îngrijirii copilului ($t=5,78$ și $p < 0,001$); 2) timp suficient pentru consultații ($t=4,38$ și $p < 0,001$); 3) deplasările până la cabinetul medicului de familie ($t=4,03$ și $p < 0,001$).

În cadrul cercetării au fost elaborate „Algoritmul supravegheerii copiilor cu factori de risc” și „Algoritmul supravegheerii copilului practic sănătos”, care vor permite consolidarea serviciului în domeniul cercetat.

Conform rezultatelor studiului, am stabilit că vârsta medie a lucrătorului medical din localitățile raioane a constituit $53,9 \pm 4,47$ ani, iar vârstă medie a lucrătorului medical din

localitățile municipale – $42,2 \pm 3,36$ ani ($t=2,09$ și $p<0,05$). Am identificat că în localitățile din zona de Nord asigurarea cu medici de familie s-a micșorat cu $1,1\%$ (de la $6,4\%$ la $5,3\%$); în localitățile din zona de Sud acest indice s-a micșorat cu $1,4\%$ (de la $7,1\%$ la $5,7\%$).

S-a constatat că în localitățile raioanele, în comparație cu cele municipale, asistentele medicale predomină de $2,65$ ori ($18,3\%$ și $6,9\%$). În localitățile municipale, în comparație cu datele pe republică, s-a constatat predominarea de $1,25$ ori a asigurării cu medici de familie ($7,0\%$ și, respectiv, $5,6\%$).

În rezultatul cercetării a fost identificat faptul că un medic de familie din localitățile municipale prestează servicii în medie la 61 de copii sub vârsta de 5 ani, iar un medic de familie din localitățile raionale – în medie la $80-96$ de copii sub vârsta de 5 ani.

5. ANALIZA MANAGEMENTULUI SERVICIULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ ÎN DOMENIUL ÎNGRIJIRII ȘI DEZVOLTĂRII COPILULUI

Analiza particularităților managementului serviciului de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului trezește mult interes din partea experților internaționali (BM, SDC/OMS, UNICEF), a colaboratorilor MS din RM. Managementul serviciului de AMP prestată familiilor cu copii nu întotdeauna a fost aplicat pe larg. Acest capitol va oferi posibilitatea de evidențiere prin metoda de analiza SWOT a serviciului AMP, prin etapele implementării programului „Conduita integrată a maladiilor la copii în serviciul de AMP”, prin descrierea standardelor de supraveghere medicală a copilului de vârstă timpurie, a măsurilor manageriale de fortificare a acestuia în RM.

5.1. Particularitățile serviciului de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului

În Republica Moldova, până în anul 1992, sistemul de sănătate publică era de „tip Semașko”. În perioada așa-numitului „socialism dezvoltat”, pentru asigurarea *sănătății mamei și copilului* se foloseau metode de supraveghere active în masă, educația pentru sănătate (școala gravidei, patronajul la domiciliu, școala tinerei mame). „Examele profilactice” și „examele de bilanț” erau efectuate de către pediatrul de circumscripție din policlinicile pentru copii, iar aspectele sociale ale familiei copilului rămâneau în afara acestui serviciu.

În contextul programului de acțiuni al MS din RM și concomitent cu reforma administrativ-teritorială a RM din anul 1998, au fost organizate centre ale medicilor de familie din policlinicile pentru adulți, din policlinicile pentru copii și din consultațiile pentru femei. Actualmente în republică sănătatea copiilor este monitorizată de serviciul de asistență medicală primară.

Rețeaua IMSP ale serviciului de AMP din localități constă din Centrele Medicilor de Familie (CMF), Centre de Sănătate (CS), Oficiul Medicului de Familie (OMF), Puncte Medicale (PM). Conform

Ordinului № 111 din 17 martie 2008 al MS al RM „Cu privire la aprobarea cerințelor pentru sediile instituțiilor de AMP”, CMF trebuie să fie asigurat cu: cabinete ale medicilor de familie; sală de triaj; sală de proceduri și de vaccinări; laborator; cabinet de manopere (+ examen ginecologic profilactic); sală de tratamente; sală de instruire; cabinet consultativ; filială a farmaciilor comunitare (figura 20).

Termenul de *asistență medicală primară* înseamnă furnizarea diferitelor îngrijiri de sănătate ce cuprind primul contact, indiferent de natura problemei de sănătate, relații continue cu familia copilului, în prezența bolii sau în absența acesteia.

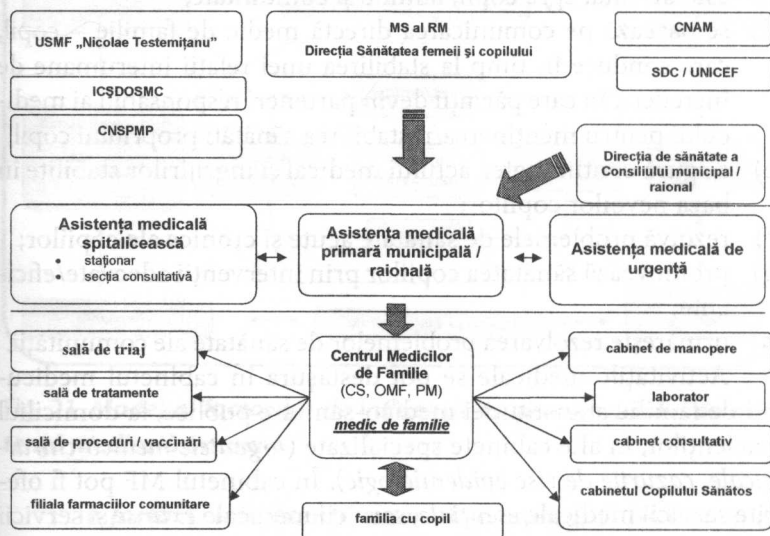


Fig. 20. **Modelul organizatoric al serviciului de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului.**

Medicul de familie (MF) este *furnizorul* de îngrijiri de sănătate care coordonează și integrează serviciile medicale prestate *familiiilor cu copii* de către el însuși și/sau de către alți specialiști în domenii de sănătate, *la cel mai înalt nivel de competență /adecvate nevoilor acestora*. Medicul de familie acordă îngrijiri copiilor în contextul familiei. MF trebuie să fie competent din punct de vedere profesional, să presteze / monitorizeze îngrijiri cuprinzătoare de care are nevoie o familie.

Caracteristicile serviciului de asistență medicală primară în domeniul îngrijii și dezvoltării copiilor în persoana medicului de familie sunt următoarele:

- a) constituie punctul de prim-contact în cadrul sistemului de sănătate, oferind acces copiilor și ocupându-se de toate problemele lor de sănătate;
- b) folosește eficient resursele sistemului de sănătate, coordonând asistența medicală acordată copiilor; colaborează cu ceilalți lucrători medicali ai serviciului de AMP și asigură legătura cu ceilalți specialiști;
- c) este orientat spre copil, familie și comunitate;
- d) se bazează pe comunicarea directă medic de familie – copil, care conduce în timp la stabilirea unei relații interumane de încredere, în care părinții devin parteneri responsabili ai medicului pentru menținerea/restabilirea sănătății propriului copil;
- e) asigură continuitatea actului medical și îngrijirilor stabilite în baza nevoilor copiilor;
- f) rezolvă problemele de sănătate acute și cronice ale copiilor;
- g) promovează sănătatea copiilor prin intervenții adecvate/eficiente;
- h) urmărește rezolvarea problemelor de sănătate ale comunității.

Activitățile medicale se pot desfășura în cabinetul medicului de familie al instituției medico-sanitare publice, la domiciliul pacienților, în alte cabinete specializate (*urgențele medico-chirurgicale, cazurile de risc epidemiologic*). În cabinetul MF pot fi oferite servicii medicale *esențiale*, servicii medicale *extinse* și servicii medicale *adiționale*.

Activitățile serviciului de AMP sunt influențate de factori pre-văzuți și neprevăzuți; de factori interni și externi. În lucrare au fost marcați factorii *externi direcți* și cei *indirecți* de influență asupra serviciului AMP, cu scopul elaborării lucrării metodice privind furnizorii și consumatorii de pe piața serviciilor medicale. În condiții economice de piață, serviciile de sănătate tind să implementeze tehnologii performante și eficiente, să aplice metode de diagnosticare moderne și să pună în practică decizii prin consilierea părinților copilului, pentru a diminua probabilitatea influențelor negative, conform criteriilor identificate pentru aceste servicii.

Prin *factori cu influență internă* se înțeleg: 1) scopul serviciului, 2) structura – organigrama serviciului, 3) sarcinile, 4) tehnologiile, 5) resursele umane – lucrătorii medicali din serviciu. Reorganizarea structurii serviciilor prestate copiilor în CMF din policlinicile pentru copii poate servi drept punct forte; totodată, particularitățile socioprofesionale ale LM din serviciu pot fi prezentate atât ca „punct forte”, cât și ca „risc” pentru acest serviciu.

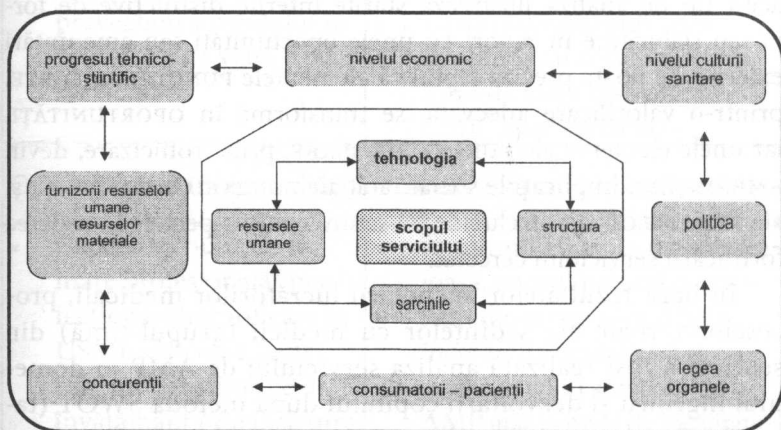


Fig. 21. Model al factorilor de influență asupra serviciului de asistență medicală primară.

Prin *factori cu influență externă* se înțeleg: 1) furnizorii de resurse materiale, de resurse umane; 2) consumatorii – pacienții; 3) concurenții – instituții medico sanitare private; 4) sindicatele; 5) legea și organele statale etc. Nivelul culturii sanitare a părinților poate servi drept oportunitate, dar și ca punct de risc pentru serviciile prestate de medicul de familie. Factorii socioculturali, situația economică din localitate, factorii politici, progresul tehnico-științific, evenimentele internaționale, la fel, influențează direct și indirect asupra nivelului de performanță a serviciului (figura 21).

Fundamentarea dezvoltării pe termene mediu și lung a unui serviciu nu poate fi concepută în afara unor strategii coerente,

elaborate pornind de la potențialul și resursele existente și ținând cont de oportunitățile, dar și de amenințările care se prefigurează. Metoda de analiza SWOT a serviciului de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului este concepută ca o suită de comentarii concentrate asupra principalilor factori ce influențează dezvoltarea acestuia, în vederea atingerii unor importante obiective strategice.

Prezentat distinct pe categorii de activități medico-sociale, acest tip de analiză ilustrează stările interne distinctive de forță sau slăbiciune în raport cu unele oportunități sau amenințări externe. Se poate preciza faptul că elementele PUNCTELOR FORTE, printr-o valorificare adecvată, se transformă în OPORTUNITĂȚI, iar unele elemente ale PUNCTELOR SLABE, prin cronicizare, devin AMENINȚĂRI. Implicațiile sociale atât ale PUNCTELOR FORTE, cât și ale PUNCTELOR SLABE elucidează semnificativ aspectele în vederea fortificării serviciului cercetat.

În baza rezultatelor anchetării lucrătorilor medicali, proceselor-verbale ale ședințelor cu medicii (grupul-țintă) din serviciu a fost realizată analiza serviciului de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului după metoda SWOT (tabelul 32).

Tabelul 32. Analiza SWOT a activității serviciului de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului

Strengths (puncte forte)	Weakness (puncte slabe)
<ul style="list-style-type: none"> • Existența accesului adecvat al părinților la AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului • Existența posibilității de instruire a LM din AMP la locul de muncă 	<ul style="list-style-type: none"> • Asigurarea populației cu LM din serviciu neuniformă și în funcție de localitatea • Un număr insuficient de asistente ale medicilor de familie (în municipii) și de medici de familie (în localități raionale)

<ul style="list-style-type: none"> • Implementarea programului CIMC la nivel național, a documentației medicale (F-112/e), a „Agendei mamei”, „Ghidului pentru părinți” • Elaborarea indicatorilor de performanță – „supravegherea copilului în primul an de viață” (per serviciu) 	<ul style="list-style-type: none"> • Program de lucru încărcat și timp insuficient pentru instruirea familiilor; condiții de lucru neoptime (insuficiență de spațiu) • Lipsa indicatorului „supravegherea copilului în primii cinci ani de viață” (per serviciu) • Lipsa indicatorului „rata familiilor cu copii în primii 5 ani de viață instruite în CMF” (per serviciu)
<p>Opportunities (oportunități)</p>	<p>Threats (riscuri / amenințări)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Capacități bune de formare profesională/ perfecționare/recalificare în USMF „Nicolae Testemițanu” (instituțiile de învățământ / de instruire postdiplomă) • Disponibilitatea organismelor internaționale și existența proiectelor investiționale în serviciu (OMS, SDC, UNICEF) • Numărul mare de ONG-uri active în domeniul sănătății și în domeniul social poate fi utilizat în programele de parteneriat • Creșterea numărului instituțiilor medico-sanitare private ce prestează servicii 	<ul style="list-style-type: none"> • În ultimii 10 ani – natalitatea joasă, sporul natural negativ • Atitudinea negativă și lipsa încrederii populației și mass-media privind serviciul de AMP atât la nivel de localitate raională, cât și în municipii • Exodul forței de muncă calificate din serviciul AMP, care duce la o îmbătrânire a lucrătorilor medicali din sistem • Nivelul de trai scăzut al populației fertile • Cultura sanitară scăzută a populației

Condițiile de trai nefavorabile, nivelul de trai scăzut, comportamentul de risc în comunitate, atitudinea negativă față de serviciul de AMP, cultura sanitară scăzută – toate au un rol important în prestarea serviciilor de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului. Din acest punct de vedere, au fost analizate în baza studiului selectiv aspectele socioprofessionale ale lucrătorilor medicali și aspectele medico-sociale ale familiilor cu copii.

Obiectivele principale ale serviciului sunt: promovarea stării de sănătate și bunăstare; protejarea sănătății populației pediatrice; îmbunătățirea serviciilor de sănătate prestate în localitățile rionale; dezvoltarea abilităților profesionale ale LM; prevenirea și controlul maladiilor contagioase. Spectrul de probleme pe care trebuie să le soluționeze MF este cu mult mai larg decât cel ce revenea anterior medicului-pediatru, medicului-internist, obstetricianului-ginecolog de circumscripție.

Managementul serviciului de asistență medicală primară asigură supravegherea, instruirea și activitățile curative acordate copiilor în familie. Aspectele multilaterale ale serviciilor, prestate părinților de la momentul nașterii copilului necesită modificări continue, în funcție de schimbările din localitate, țară. În figura 22 sunt prezentate ramurile științifice care se intercalează în serviciul de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului.

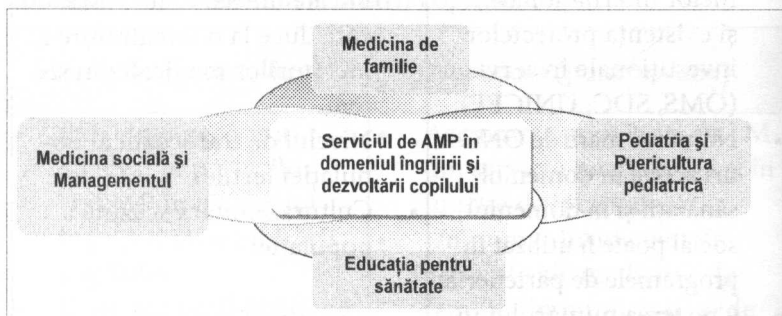


Fig. 22. **Ramurile științifice cu influență asupra serviciului AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului.**

Este deja recunoscut, pe plan internațional și național, faptul că medicii de familie sunt figura centrală în asistența medicală primară, consilierul de sănătate al părinților cu copii de vârstă fragedă privind promovarea modului sănătos de viață. Medicul de familie trebuie să posede cunoștințe din domeniul politicii din cadrul serviciului, pentru a presta asistență copiilor și comunității în care activează. Complexitatea problemelor a impus elaborarea unor politici noi elucidate în:

1. Programul național privind alimentația copilului;
2. Programul național „Conduită integrată a maladiilor la copii”;
3. Programul național de imunizare a copiilor.

5.2. Programul Național „Conduită integrată a maladiilor la copii”: implementări strategice

În obiectivele lucrării referitor la măsurile manageriale pentru serviciul de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului au fost descrise etapele implementării Programului „Conduită integrată a maladiilor la copii” (CIMC) în republică. În prezent, ocrotirea intereselor sanitare ale mamei și copilului la nivel mondial revine OMS, SDC, UNICEF, UNESCO și altor organizații de binefacere, care elaborează recomandări metodice, promovează standardele profesionale înalte privind sănătatea copiilor. În figura 23 sunt prezentate țările care au promovat instruire conform programului CIMC pentru lucrătorii medicali din asistența medicală primară.

În Republica Moldova cu programul CIMC au fost familiarizați circa 60-65% din lucrătorii medicali din serviciul de AMP, pe când în Armenia, Kazahstan, Kârgâzstan, Uzbekistan, Tagikistan – circa 25-49,9% din lucrătorii medicali.

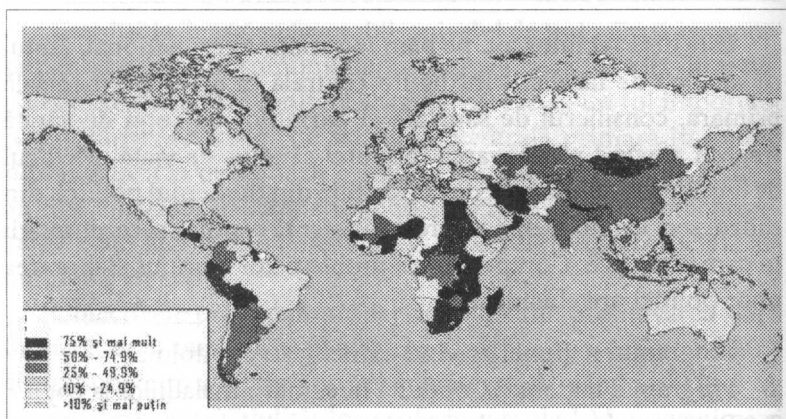


Fig. 23. Rata lucrătorilor medicali instruiți după programul „Condiția integrată a maladiilor la copii”, până la 01.01.2008 (OMS).

Programul CIMC a fost inițial testat de OMS/UNICEF în șase țări cu economie în curs de dezvoltare. Implementarea Programului CIMC s-a început în 1995, când Departamentul Sănătatea și dezvoltarea copilului (SDC/OMS) a adus la cunoștința liderilor țării și ai comunităților, managerilor din sistemul de sănătate „Strategiile programului”.

În scopul implementării Programului CIMC în regiunile cu economie în curs de dezvoltare, strategiile au avut nevoie de adaptare la particularitățile culturii și economiei naționale. El a fost structurat în câteva etape consecutive: *introdactivă*, a *implementării timpurii*, *inițiale de traininguri* și *etapa implementării la nivel național*.

La etapa introdactivă, toate ghidurile și recomandările Programului CIMC se traduc și se adaptează în limba localității. La stadiul *implementării* Programului, serviciile de sănătate adoptă anumite schimbări de proces, care necesită adaptare, coordonare cu programele deja existente în țară. Din anul 1995, în jur de 55 de țări au început introducerea Programului CIMC în serviciul de AMP. Datorită implementării strategiilor lui, mortalitatea sub vârsta de 5 ani s-a micșorat cu aproape $\frac{1}{3}$ în comparație cu anul 1970.

În baza rezultatelor cercetărilor OMS, la finele secolului XX nivelul mortalității infantile a depășit 100% de cazuri în mai mult

de 50 de țări în curs de dezvoltare. Marea majoritatea din cazurile morbidității și mortalității copiilor în țările în curs de dezvoltare sunt dependente de: infecțiile respiratorii acute (pneumonia) – 19%, diaree – 19%, rujeolă – 7%, malarie – 5% și malnutriție (încălcarea alimentației) – 54%. Distribuirea a 116,6 milioane decese ale copiilor sub vârsta de 5 ani în țările în curs de dezvoltare, în funcție de cauza decesului, sunt descrise în figura 24.

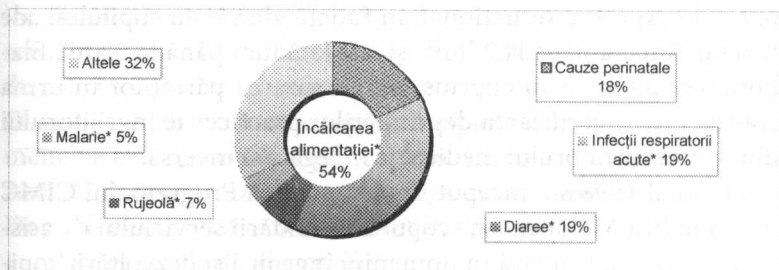


Fig. 24. Distribuția deceselor copiilor sub vârsta de 5 ani în țările în curs de dezvoltare (%).

Trebuie de remarcat faptul că cei 23.000 de copii care decesază în fiecare zi din cauza acestor cinci cauze pot fi tratați. În țările în curs de dezvoltare, la șapte copii din zece cauza decesului este una dintre cele cinci probleme descrise. În aspect mondial, trei copii din patru care sunt numiți bolnavi au cel puțin o cauză din cele cinci. La fiecare șase secunde, undeva în lume un copil sub vârsta de 5 ani decesază din cauza subnutriției (sau peste 5.000.000 de copii anual); 800 de milioane de oameni se duc la culcare flămânzi; 50% din copiii de pe glob sunt sub greutatea normală (UNICEF, 2008).

Prognosticul bazat pe rezultatele studiului efectuat de către CDS/UNICEF indică că aceste maladii vor continua să fie principalele cauze de mortalitate infantilă și în anul 2020, în cazul în care nu se vor îndeplini obiectivele prestabilite în acest Program. Milioane de copii în timpul maladiei manifestă semne caracteristice mai multor patologii stipulate în Program.

Perioada debutului îmbolnăvirii la copil foarte des se manifestă cu semnele și simptomele similare pentru mai multe boli. Acest fapt

crează obstacole în diagnosticare și luarea deciziilor de tratament al copiilor. Nucleul principal al CIMC este „*algoritmul clinic*” sau „*conduita simptomelor*” celor mai răspândite maladii, accentul fiind pus pe principalele boli ce duc la deces. Din aceste considerente, sunt elaborate module din Programul CIMC, care prestează conduita la mai multe maladii la nivel de serviciu de asistență medicală primară.

Managementul integrat al Programului este bazat / este elaborat de experți internaționali în funcție de vârsta copilului: „de la o săptămână până la 2 luni” și „de la 2 luni până la 5 ani”. Elaborările metodice au cuprins: monitorizarea părinților în urma consultației și verificarea deprinderilor practice ale îngrijitorului din partea lucrătorului medical prin legătură inversă.

În anul 1998 s-a început implementarea Programului CIMC în Republica Moldova, cu scopul consolidării serviciului de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului, micșorării mortalității infantile și reducerii mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani. În perioada 2001-2008, au fost instruiți după program 2.320 de lucrători medicali din 32 de raioane și două municipii (circa 55% din medicii de familie și 35% asistente ale medicului de familie).

Strategia Programului CIMC în RM a cuprins trei componente de bază:

- Revederea și perfecționarea cunoștințelor lucrătorilor medicali din sectorul primar în privința conduitei și supravegherii copiilor bolnavi prin acordarea „modulelor Programului CIMC”, adaptate la condițiile regionale, și propagarea întrebuițării acestora;
- Revederea și perfectarea acordării serviciilor medicale în vederea depistării copiilor bolnavi și utilizării raționale a medicamentelor;
- Revederea și perfectarea procesului de informare, de instruire a familiei și societății privind îngrijirea copiilor sub vârsta de 5 ani, mai cu seamă a celor bolnavi.

Realizarea și implementarea strategiilor descrise asigură consolidarea serviciului de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului în: 1) diagnosticarea timpurie a maladiilor la copii; 2) rezolvarea problemelor legate de alimentația și imunizarea co-

piilor; 3) contribuirea la administrarea neîntârziată a tratamentului copiilor; 4) ridicarea eficacității consultațiilor/instruirilor pentru familiile cu copii; 5) creșterea eficacității măsurilor de prevenție, ce ajută lucrătorul medical să utilizeze mai eficient prevederile naționale pentru conduita copiilor sub vârsta de 5 ani.

În 2004 a fost elaborat și implementat „Standardul supravegherii copilului de către medicul de familie”, în baza rezultatelor studiului din sec. Râșcani, mun. Chișinău. Totodată, a fost revăzut „Carnetul de dezvoltare a copilului” (F-112/e), aprobat de MS, Ordinul № 314, din 01.11.2004. Documentația medicală (F-112/e) este structurată după principiul de „protocoale ale examenelor clinico-profilactice”, cu concluzii privind *dezvoltarea fizică, dezvoltarea neuro-motorie, grupa de sănătate și recomandări*. Documentația medicală (F-112/e) a cuprins:

- date generale despre copil și familie;
- informația de supraveghere a dezvoltării copilului sănătos în examenul de bilanț (3 zile după maternitate, la vârstele: de 3 luni, de 6 luni, de 12 luni, de 7 ani, de 11 ani, de 15 ani);
- curbele de creștere în funcție de vârsta copilului;
- fișa de evidență în dispensar a copilului cu maladie în remisiune;
- conduita sugarului bolnav de la 1 săptămână până la vârsta de 2 luni;
- conduita copilului bolnav de la 2 luni până la 5 ani;
- consultațiile specialiștilor, supravegheerile curente, rezultatele investigațiilor paraclinice.

În anul 2004 a fost elaborat *Ghidul pentru părinți: „Copilul Nostru”* (anexa F-112/e), cu țelul aprofundării cunoștințelor și practicilor părinților cu copii de vârstă preșcolară. Acest ghid a cuprins compartimentele privind: 1) alimentația copiilor sănătoși și a celor bolnavi; 2) semnele generale de pericol pentru viață, sănătate și dezvoltare a copilului; 3) recomandările privind stimularea dezvoltării prin comunicare și joc; 4) calendarul național imunologic al copiilor; 5) profilaxia rahitismului, helmintiazelor și a maladiilor iododeficitare; 6) recomandările privind prevenirea traumelor și accidentelor. *Ghidul pentru părinți „Copilul Nostru”* este recomandat pentru familiarizare lucrătorilor medicali din serviciul de AMP.

La această etapă, unul dintre compartimente – „*Consultați mama*” al Programului CIMC a fost suplimentat cu modulul „Îngrijirea pentru dezvoltarea copilului”. Ca urmare, LM au fost familiarizați cu metodele de instruire și cu mesajele-cheie adresate părinților, care se realizează la nivel de familie și de comunitate.

„Standardul supravegherii copilului de către medicul de familie”, „Carnetul de dezvoltare a copilului” (F-112/e), „Ghidul pentru părinți: «Copilul Nostru»” reprezintă un pas major în etapa implementării Programului CIMC la nivel național.

Constatăm că în țările cu probleme demografice asemănătoare, cu indicatorul înalt al mortalității sub 5 ani au fost realizate activități similare, cu suportul logistic al SDC / UNICEF, biroul regional. Spre exemplu, în regiunea *Primorsk din Rusia* a fost elaborată anexa documentației medicale «Мой малыш», приложение к «Истории развития ребенка», учетная форма № 112-у, Методические рекомендации для родителей», Владивосток, 2005.

Tabelul 33. Semnele de pericol pentru viața, sănătatea și dezvoltarea copilului până la vârsta de 5 ani.

		1 săptămână – sub 2 luni	2 luni – sub 5 ani
Semne de pericol	Viața <u>fâșie roșie</u> adresare după ajutor medical în mod urgent în timp de 1-2 ore	1. somnolență, trezire dificilă, este letargic, fără cunoștință; 2. convulsii în anamneza acestei boli; 3. convulsii la momentul examinării; 4. nu poate bea lichide sau suge piept; 5. vomă după fiecare hrană sau înghițitură, băătură;	
	Sănătatea <u>fâșie galbenă</u> adresarea după ajutor medical în timp de 24 de ore	6. se mișcă mai puțin ca de obicei 7. găfâit / geamăt – febră – tuse – semne catarale, respiratorii (respirație accelerată), dureri în gât – vomă; diaree, cu sânge în scaun – alte semne ce indică afectarea stării de sănătate	

Dezvoltarea fâșie verde	<u>particularitățile dez- voltării fizice</u>	<u>particularitățile dez- voltării neuro-motorii</u>
adresarea după ajutor medical în timp de 2-3 zile	- funcția vizuală - funcția auditivă - motricitate grosieră	- motricitate fină - limbaj - personal social

Prezența unuia dintre „semnele de pericol pentru viața copilului sub vârsta de 5 ani”, prezentate în tabelul 33, este o indicație pentru adresare / apelare în mod urgent la ajutorul medical și pentru continuarea prestării serviciului medical specializat în condiții de staționar. Adresarea tardivă după consultație medicală poate duce la formarea consecințelor după maladii, la invaliditate, la deces al copilului sub vârsta de 5 ani. Criteriile de clasificare a *semnelor respective* au fost structurate de experți internaționali ai SDC/OMS în cadrul Programului CIMC.

Oferirea informațiilor-cheie, precum și formarea deprinderilor practice părinților cu copii trebuie să fie monitorizate de către lucrătorii medicinei de familie. Pentru procesul de instruire a părinților în cadrul Programului este recomandată „Agenda mamei”. Broșura metodică destinată părinților a cuprins recomandății privind alimentația copiilor, îngrijirea pentru dezvoltare, calendarul imunologic, profilaxia rahitismului și a maladiilor iododeficitare, informații despre prevenirea traumatismelor/ accidentelor în familie.

În anul 2005, în cadrul Programului CIMC a fost elaborat modulul specializat „Instruirea continuă a asistentelor medicale de familie în teoria și practica îngrijirilor pentru dezvoltarea copilului mic”. Pentru personalul medical cu studii medii a fost elaborat un set de materiale – „Instruirea continuă a asistentelor medicale în îngrijirea pentru dezvoltare”, care a cuprins informații referitor la stimularea dezvoltării psihosociale a copilului până la vârsta de 5 ani.

În 2007-2008, în cadrul etapelor III-IV „Îmbunătățirea accesibilității și calității serviciilor medicale integrate pentru copii și familii cu copii sub 5 ani” ale Proiectului CIMC, cu suportul logistic al Direcției „Sănătatea mamei și copilului” și SDC / UNICEF au fost instruiți lucrătorii medicali din municipiile Chișinău, Bălți și din zona de Est a republicii.

Actualmente CIMC a efectuat evaluării complete ale implementării programelor la nivel național. În acest scop, în vara anului 2007, s-a efectuat cartografierea „Cabinetului Copilului Sănătos” în 32 de localități raionale și 2 municipii. Monitorizarea activităților serviciului de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului a permis evidențierea PUNCTELOR FORTE și PUNCTELOR SLABE în implementarea Programului CIMC în republică.

Procesul de includere a modulului CIMC în curriculumul universitar a debutat în decembrie 2001 și a fost reluat în august 2006. Au fost instruiți circa 90% din colaboratorii Catedrelor *Pediatrie, Medicina de Familie și Infecții la copii* ale USMF „Nicolae Testemițanu” și 95% din profesorii colegiilor medicale. Catedrele de rezidențiat au introdus cursul integral de instruire cu un pachet de teste de evaluare în CIMC, la catedrele studențești au fost introduse elemente din tematica respectivă.

5.3. Managementul supravegherii copiilor sub vârsta de 5 ani și instruirii familiilor acestora în cadrul serviciului de asistență medicală primară

În conformitate cu prevederile și rezultatele lucrării privind managementul eficace al serviciului de AMP, am demonstrat că multe particularități depind de organizarea măsurilor manageriale, de motivarea (premierea) lucrătorilor medicali din acest domeniu. Conform Ordinului MS și CNAM nr. 473/213-A din 10 decembrie 2008, s-a aprobat **Regulamentul privind validitatea indicatorilor de performanță**. Unul dintre indicatorii de performanță în cadrul asistenței medicale primare pentru bonificația (premierea) „per serviciu” este indicatorul „**Supravegherea copilului în primul an de viață**”.

Din poziția sarcinilor „Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului”, către anul 2015 este important ca „Regulamentul privind validitatea indicatorilor de performanță” să fie suplimentat cu indicatorul „**Supravegherea copilului în primii cinci ani de viață**”:

numărul de copii în primii 5 ani de viață supravegheați conform standardelor MS x 100
numărul de copii în primii 5 ani de viață din localitate

Acest indicator prevede executarea pachetului de servicii în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului sub vârsta de 5 ani. Drept criteriu de îndeplinire a indicatorului dat este prezența în „Carnetul de dezvoltare a copilului (F-112/e)”, care a împlinit vârsta de un an, a datelor despre supravegherea copilului de către medicul de familie, conform standardelor în vigoare.

În rezultatele studiului, propunem ca acest indicator să fie validat la prezența în „Carnetul de dezvoltare a copilului (F-112/e)” a unui minim de date, și anume:

- **din partea medicului de familie** (cu scopul evaluării stării sănătății copilului și identificării factorilor de risc pentru dezvoltarea unor maladii) – vizita la domiciliu la externarea din maternitate în primele 3 zile; în IMSP – examenele medicale efectuate lunar (0-12 luni), trimestrial (12 luni-24 luni), o dată în jumătate de an (24 luni-36 luni) și o dată în an (36 luni-60 luni), cu descrierea dezvoltării fizice, dezvoltării neuromotorii; cu stabilirea grupei de sănătate, elaborarea programelor de supraveghere, de tratament, de alimentație, de îngrijire, de vaccinare.

În timpul examenului profilactic lucrătorul medical va stabili dezvoltarea fizică a copilului, care este determinată de principalii indici: greutatea (masa) corpului; talia (înălțimea) corpului; perimetrul craniului; perimetrul toracelui. Acești indici se compară cu „Curbele de dezvoltare a copilului”, în funcție de sexul și vârsta acestuia.

- **din partea asistentei medicului de familie** (cu scopul identificării factorilor de risc pentru dezvoltarea unor maladii; evaluarea nivelului de trai, a condițiilor sanitaro-igienice, de menajerie din familia copilului) – o vizită la domiciliu săptămânal (0-1 lună); 2 vizite la domiciliu (1-2 luni); 1 vizită la domiciliu (2-3 luni); 2 vizite la domiciliu (2-3 luni); 1 vizită la domiciliu (3-4 luni); 1 vizită la domiciliu (4-5 luni); 2 vizite la domiciliu (5-6 luni); 1 vizită la domiciliu (6-7 luni); 1 vizită la domiciliu (7-8 luni); 1 vizită la domiciliu (8-9 luni); 1 vizită la domiciliu (9-10 luni); 1 vizită la domiciliu (10-11 luni); 2 vizite la domiciliu (11-12 luni); vizită la domiciliu în prima zi după vaccinarea copilului.

În timpul patronajului la domiciliu, precum și în oficiul medicului de familie, lucrătorul medical va efectua instruirea părinților privind deprinderile practice de îngrijire a copilului în familie.

- **examenle paraclinice:**
 - 3 an. gen. de sânge (I - în primele 6 luni de viață, II - la vârsta de 1 an, III - la vârsta de 3 ani);
 - 3 an. gen. de urină (I - în primele 6 luni de viață, II - la vârsta de 1 an, III - la vârsta de 3 ani);
 - 5 an. la helminți (I - la vârsta de 1 an, II - la 2 ani, III - la 3 ani, IV- la 4 ani, V - la 5 ani).
- **activități de prevenție:**
 - administrarea cu scop profilactic: tab. mebendazol – de la vârsta de 2 ani (de 2 ori pe an), confirmată prin înscrierea respectivă în documentația medicală (F-112/e);
 - administrarea cu scop profilactic a vitaminei D – de la vârsta de 10 zile, confirmat prin înscrierea respectivă în documentația medicală (F-112/e).

CONSULTAȚIILE PROFILACTICE ALE SPECIALIȘTILOR :

Pediatru – cu scopul evaluării complexe a sănătății copilului la perioadele-țintă de vârstă: la 1 lună, la 3 luni, la 12 luni, la 3 ani. Examenul clinic al copilului va include: acuzele/obiecțiile părinților referitor la sănătatea copilului, evaluarea greutății, taliei, perimetrului craniului și toracelui, fontanelelor, termometria; evaluarea stării pielii și a mucoaselor vizibile; determinarea dezvoltării fizice și neuromotorii; oferirea recomandățiilor de îngrijire, alimentație, călire și vaccinare a copilului; în caz de diagnosticare a unor patologii, se vor indica analizele necesare, consultațiile altor specialiști sau se va îndrepta în spital.

Neuropatolog-pediatru – cu scopul determinării diagnosticului, tratamentului maladiilor sistemului nervos, al dereglărilor funcționale și controlul profilactic al copilului se va face la vârsta de: 1 lună, 3 luni, 12 luni, 3 ani. Examenul clinic va cuprinde aprecierea reacțiilor copilului la ceea ce se întâmplă în jur, dezvoltării vorbirii, mișcărilor, mersului; se vor oferi recomandății pentru prevenirea bolilor sistemului nervos.

Oftalmolog-pediatru – pentru a determina diagnosticul, tratamentul patologiei ochilor și controlul profilactic; se va face la vârsta: de 1 lună, de 3 luni, de 12 luni, de 3 ani.

Ortoped / chirurg-pediatru – cu scopul determinării diagnosticului, tratamentului ortopedico-chirurgical al patologiilor se va face controlul profilactic al copilului la vârsta: de 1 lună, de 3 luni, de 12 luni, de 3 ani.

ORL-pediatru – cu scopul determinării diagnosticului, tratamentului ORL-patologiilor la copil se va face controlul profilactic la vârsta: de 12 luni și la 3 ani.

Stomatolog-pediatru – cu scopul determinării diagnosticului, tratamentului patologiei cavității bucale, controlul profilactic al copilului se va face la vârsta de 12 luni.

Implementarea „ALGORITMULUI SUPRAVEGHERII COPILULUI PRACTIC SĂNĂTOS” va permite supravegherea copilului de către lucrătorii medicali, care au nevoie de *suportul metodic* vizând completarea documentației medicale „Carnetul de dezvoltare a copilului” (forma med. F-112/e).

Rezultatele lucrării au confirmat existența problemei majore a colaborării asistentelor medicale din instituțiile preșcolare cu lucrătorii medicali din serviciul de AMP. Ele trebuie să fie înzestrate, familiarizate cu documentația medicală aprobată de MS al RM „Carnetul de dezvoltare a copilului”, adoptat pentru instituția preșcolară în funcție de perioada de vârstă a preșcolarului. Examenle profilactice medicale urmează să fie înregistrate în această documentație adoptată, și nu în „caietul improvizat”. Asistentele medicale din grădinițe trebuie să fie motivate (salarizate/bonificate) pentru instruirea profesională, pentru colaborarea cu serviciul asistenței medicale primare din localitate. În cazul respectării propunerilor descrise, indicatorul „*supravegherea copilului în primii cinci ani de viață*” va contribui la consolidarea serviciului de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului.

Managementul de performanța al serviciului de AMP prevede informarea, instruirea părinților cu copii în Centrul Medicilor de Familie. „Regulamentul-tip al Cabinetului copilului sănătos”, care a fost aprobat prin Ordinul MS nr. 400 din 23.10.2008 „Cu privire la optimizarea activităților de educație”, este un suport legislativ în procesul de instruire a familiilor cu copii de vârstă fragedă la nivelul serviciului de asistență medicală primară.

În baza rezultatelor analizei opiniilor LM și literaturii de specialitate a fost elaborat un set de forme medicale, care a cuprins: „Registru-model de evidență a ședințelor în Cabinetul copilului sănătos”, „Fișa-model de monitorizare a procesului de instruire în CCS”, „Tematica-model pentru ședințe cu părinții în Cabinetul copilului sănătos”. Propunem, în baza rezultatelor cercetării, suplimentarea „Regulamentului-tip al Cabinetului copilului sănătos” cu setul menționat.

Printre obiectivele principale ale instruirii părinților în CCS este familiarizarea cu regulile de bază ale igienei, profilaxia bolilor contagioase, monitorizarea „stărilor de fond” (anemia, rahitismul, hipotrofia), prevenirea accidentelor/traumatismelor la domiciliu, stimularea educației timpurii a copilului, precum și depistarea familiilor cu factori sociali de risc pentru sănătatea copilului. O importanță majoră o are promovarea în familie a modului sănătos de viață, formarea „deprinderilor bune” la copil.

În baza rezultatelor analizei social-profesionale a lucrătorilor medicali în urma anchetării (anexa 2) și a rezultatelor studiului sociologic „Grupul-țintă”, propunem implementarea în activitatea lucrătorilor medicali din serviciu indicatorul „per serviciu” – **„rata familiilor cu copii în primii cinci ani de viață instruite în CMF:**

$$\frac{\text{numărul de familii cu copii în primii cinci ani de viață instruite în CMF}}{\text{numărul total de familii cu copii sub 5 ani din localitate}} \times 1000$$

Acest indicator va prezenta numărul de familii instruite din localitate în raport cu numărul total de familii din localitate într-un an. Indicatorul prezentat va fi ușor de acumulat, de calculat în baza fișei (anexa 10, tabelul 2). Completarea cu acest indicator de performanță a procesului de instruire prezintă o importanță majoră atât pentru motivarea (bonificația) LM din serviciu, cât și pentru creșterea culturii sanitare a familiilor cu copii sub 5 ani.

În cadrul procesului de instruire lucrătorii medicali trebuie să fie familiarizați cu **SUPPORTUL METODIC** privind organizarea „ședințelor de instruire cu părinții”. În cadrul lucrării am elaborat „Tematica recomandată pentru ședințele cu părinții în CCS”, care vor fi organizate de asistenta medicală responsabilă sau de medicul de familie din localitate (anexa 11, tabelul 3).

„Tematica pentru ședințe în Cabinetul copilului sănătos” a cuprins momentele-cheie privind: *avantajele alimentației exclusiv naturale; alimentația rațională a copilului; semnele de pericol pentru viața, sănătatea și dezvoltarea copilului; stimularea pentru dezvoltarea timpurie a copilului; BRA (boli respiratorii acute); BDA (boli diareice acute); semnele de sănătate a copilului pentru adresarea urgentă la medic; Prevenirea traumatismul și accidentelor în familia copilului etc.*

*

*

*

În capitolul dat au fost analizate principalele particularități și modelul medico-organizatoric al serviciului de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului. Au fost evidențiați factorii interni și factorii externi de influență asupra serviciului. Serviciul de AMP a fost analizat conform cerințelor SWOT și s-au notat punctele forte, oportunitățile, punctele slabe și riscurile privind serviciile furnizate familiilor cu copii de vârstă fragedă. Au fost descrise obiectivele strategice și etapele procesului de implementare la nivelul serviciului de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului sub 5 ani a Programului Național „Conduita integrată a maladiilor la copii”.

Managementul serviciilor furnizate părinților cu copii trebuie să se bazeze pe principii de accesibilitate, eficiență, informare și care ar lua în considerație nivelul de instruire a părinților din partea lucrătorilor medicali și deprinderile practice promovate în familia copilului sub vârsta de 5 ani. Prin „managementul de performanță” al serviciului de AMP prestat familiilor trebuie să se înțeleagă satisfacerea nevoilor, așteptărilor rezonabile ale familiilor prin informare în cadrul proceselor de informare în CCS.

În acest scop, au fost elaborați, propuși indicatorii „per-serviciu” „*Supravegherea copilului în primii cinci ani de viață*” și „*Rata familiilor cu copii în primii cinci ani de viață, instruite în CMF*”. În continuare s-a propus completarea „Regulamentului-tip al Cabinetului copilului sănătos” (Ordinul MS nr. 400 din 23.10.2008), cu documentația: „Registrul de evidență a ședințelor în Cabinetul copilului sănătos”, „Fișa de monitorizare a procesului de instruire în CCS”, „Tematica recomandată la ședințele cu părinții în CCS”.

În scopul consolidării măsurilor manageriale pentru AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului, au fost elaborate:

„Algoritmul supravegherii copilului practic sănătos”, „Algoritmul supravegherii copilului cu factor de risc pentru sănătate”, „Atlasul științific al indicatorilor stării de sănătate a copiilor de vârstă timpurie”, „Scorul de identificare” a mortalității sub 5 ani și incidența morbidității sub 5 ani, care au fost menționate în capitolul precedent. Studiul prevede introducerea indicatorilor „per serviciu” ai supravegherii copilului, precum și monitorizării procesului de instruire, care vor fi eficace pentru consolidarea serviciului furnizat familiilor cu copii sub vârsta de 5 ani.

Serviciul de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului este direcționat spre:

- acordarea asistenței curativo-consultative în oficiul medicului de familie;
- acordarea asistenței curativo-consultative la domiciliu;
- planificarea / organizarea măsurilor antiepidemice în rândurile populației pediatrice;
- planificarea / organizarea măsurilor profilactice primare și de imunizare;
- planificarea/organizarea activităților în domeniul *Educației pentru sănătate, Promovarea modului sănătos de viață și informare.*

În lucrare, sub genericul reformelor sistemului de sănătate, au fost evidențiate modificări legislative la nivelul Ministerului Sănătății din RM privind sporirea performanței și eficienței managementul supravegherii copilului de vârstă timpurie:

- Ordinul MS nr. 397 din 24 octombrie 2007 „Cu privire la fortificarea asistenței medicale acordate mamei și copilului în republică”;
- Ordinul MS nr. 446 din 03 decembrie 2007 „Cu privire la monitorizarea și evaluarea prevederilor Programului „Conduita integrată a maladiilor la copii” în republică”;
- Ordinul MS nr. 455/137/131 din 10.12.2007 „Cu privire la implementarea standardelor și criteriilor europene privind înregistrarea în statistica oficială de stat a nașterii și a copiilor nou-născuți cu masa de la 500 gr și de la 22 săptămâni gestație”;
- Ordinul MS și CNAM nr. 473/213-A din 10.12.2008 „Despre aprobarea Regulamentului privind validitatea indicatorilor de performanță” („Supravegherea copilului în primul an de viață”);
- Ordinul MS nr. 400 din 23.10.2008 „Cu privire la optimitza-

rea activităților de educație pentru sănătate și de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015” („Regulamentul-tip al Cabinetului copilului sănătos”).

În baza analizei „Managementului serviciului în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului”, au fost descrise particularitățile serviciului și modelul medico-organizatoric. Au fost evidențiate factorii interni și factorii externi de influență asupra serviciului. Apoi, serviciul AMP a fost analizat după metoda SWOT, ca urmare am notat direcțiile de fortificarea serviciului, vizând: 1) un număr insuficient de lucrători medicali cu studii medii în municipii și de medici de familie în localitățile raionale; 2) asigurarea populației cu LM neuniformă și în funcție de localitatea raională; 3) program de lucru încărcat și timp insuficient pentru instruirea familiilor; 4) condiții de lucru neoptim (insuficiență de spațiu); 5) lipsa indicatorului „supravegherea copiilor în primii cinci ani de viață”; 6) lipsa indicatorului „rata de familie cu copii în primii cinci ani de viață, instruite în CMF”.

În baza metodelor de cercetare istorică, analitică, de comparare și în baza rezultatelor studiului selectiv (cu părinții, cu lucrătorii medicali), au fost elaborate măsurile manageriale în vederea fortificării serviciului de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului.

În procesul de analiză a managementului serviciului de asistență medicală primară, am elaborat și am propus indicatorii (per serviciu): *supravegherea copilului în primii 5 ani de viață și rata familiilor cu copii în primii 5 ani de viață, instruire în CMF*, pentru CNAM și pentru Direcția „Sănătatea femeii și copilului” a MS din RM.

În baza rezultatelor metodelor de analiză am propus completarea „Regulamentului-tip al Cabinetului copilului sănătos”, a Ordinului MS nr. 400 din 23.10.2008, cu documentația „Registrul-model de evidență a ședințelor în CCS”, „Fișa-model de monitorizare a procesului de instruire în CCS”, „Tematica-model recomandată la ședințele cu părinții în CCS”. Cu scopul optimizării măsurilor manageriale întreprinse în asistența medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării al copilului, au fost elaborate: *Algoritmul supravegherii copilului practic sănătos, Algoritmul supravegherii copilului cu factor de risc pentru sănătate, Atlasul indicatorilor stării de sănătate a copiilor de vârsta timpurie, Scorul de identificare a mortalității sub 5 ani și a incidenței morbidității sub 5 ani.*

CONCLUZII GENERALE

1. Pe parcursul anilor 2003-2010, în rezultatul cercetării indicatorilor stării de sănătate a copiilor, s-a înregistrat o descreștere a mortalității sub 5 ani de 1,27 ori (de la 17,8‰ la 14,0‰). Pe primul loc în structura cauzelor de deces se situează „unele afecțiuni în perioada perinatală” cu 28% (sau 3,9‰); în structura cauzelor principale de deces „malformațiile congenitale” ocupă locul doi, constituind 23,9% (sau 3,3‰). A fost stabilit că locul trei printre cauzele de deces revine „traumelor și otrăvirilor”, care s-au evidențiat cu o majorare de 1,23 ori – de la 16% la 19,7% (sau 2,8‰). Pe locul patru s-au deplasat „bolile aparatului respirator”, care s-au evidențiat cu o descreștere de 1,24 ori – de la 19,4% la 15,6% (sau 2,2‰) în structura cazurilor de deces.
2. A fost stabilit că rata incidenței sub 5 ani a înregistrat o constantă de 921,8‰ în 2003 și 913,5‰ în 2010; pe când rata incidenței „bolilor aparatului respirator” ocupă primul locul și s-a evidențiat cu o creștere de 1,43 ori (de la 449,9‰ la 641,9‰). Pe locul doi al incidenței au fost „boliile infecțioase și parazitare” cu 77,2 ‰. Am determinat că incidența „unor afecțiuni perinatale” a avut o descreștere de la 54,5‰ la 42,3‰. A fost stabilit că incidența „malformațiilor congenitale” a marcat o creștere de 1,42 ori (de la 9,2‰ la 13,1‰), pe când incidența „malformațiilor congenitale” în localitățile raionale s-a majorat de la 8,2‰ la 9,6‰ cea în municipii a cunoscut o creștere de 1,85 ori, de la 12,9‰ la 23,9‰.
3. Analiza grupei „copii frecvent bolnavi” ne-a permis să stabilim neomogenitatea maladiilor acute cu etiologii infecțioase. Pe primul loc după cauze s-au plasat „maladiile respiratorii”: în municipii au fost 82,7±4,20% cazuri și în localitățile raionale – 66,2±2,75% cazuri ($t=3,28$ și $p<0,01$). „Maladiile sistemului digestiv” au ocupat locul doi: în municipii au fost 44,2±5,52% cazuri și în localitățile raionale – 28,7±2,63% cazuri ($t=2,53$ și $p<0,05$). Pe locul trei s-au înregistrat „maladiile sistemului nefro-urinar”: în muni-

cipii au fost $25,7 \pm 4,86\%$ cazuri și în localitățile raionale – $15,2 \pm 2,09\%$ cazuri ($t=1,99$ și $p<0,05$).

4. În baza rezultatelor obținute a fost determinat nivelul de cunoștințe al părinților după parametrul „șapte semne de pericol pentru viața copilului sub vârsta de 5 ani”; raportul răspunsurilor corecte în familiile cu „copii practic sănătoși”, în comparație cu familiile cu „copii frecvent bolnavi”, a fost de $28,2 \pm 4,49\%$ cazuri și, respectiv, $13,5 \pm 3,41\%$ cazuri ($t=2,60$ și $p<0,01$). Am determinat nivelul de cunoștințe al părinților „privind semnele catarale” ale copilului sub 5 ani; răspunsurile corecte în familiile cu „copii practic sănătoși” și în cele cu „copii frecvent bolnavi” au alcătuit $45,5 \pm 4,98\%$ cazuri și, respectiv, $27,2 \pm 4,45\%$ cazuri ($t=2,60$ și $p<0,01$).
5. În urma analizei medico-sociale a familiei, ca mediu social al copiilor sub vârsta de 5 ani în formarea grupului „copii frecvent bolnavi”, am scos în evidență o serie de factori de risc ce s-au aranjat în următoarea ordine: locul I – traume, otrăviri, accidente în condiții casnice (OR=4,2; RA-82,4% IC:2,2-6,2); locul II – nivelul jos de trai al copilului în familie (OR=4,0; RA-78,0% IC:2,2-6,0), locul III – încadrarea copilului în colectivul preșcolar până la vârsta de 2 ani (OR=3,8; RA-65,0% IC:1,9-5,7); locul IV – statutul socioprofesional jos al părinților (OR=3,6; RA-61,0% IC:1,8-5,4).
6. A fost demonstrat faptul că asigurarea cu asistente medicale în localitățile raionale, în comparație cu localitățile municipale, a fost de 2,65 ori mai înaltă (18,3‰ și 6,9‰). Iar asigurarea cu medici de familie din localitățile raionale comparativ cu cea din municipii este de 1,25 ori mai joasă (5,6‰ - 7,0‰). Astfel, un medic de familie din municipii prestează servicii în medie la 61 de copii sub vârsta de 5 ani, pe când un medic de familie din localitățile raionale – în medie la 80-96 de copii sub vârsta de 5 ani.
7. În baza rezultatelor obținute am stabilit că serviciul asistenței medicale primare în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului a fost reorganizat concomitent cu crearea medi-

cinei de familie în anii 1998-2000. Totodată, am constatat că asistența medicală primară este furnizorul de servicii medicale grupurilor de populație în perioadele: neonatală, infantilă, a primei copilării, a copilăriei timpurii, a copilăriei medii etc. Activitățile serviciului sunt direcționate spre: profilaxia primară; supraveghere; examinarea profilactico-curativă; procesele de instruire a părinților privind îngrijirea și dezvoltarea copilului în concordanță cu vârsta acestuia.

8. În urma cercetării, a fost evidențiată importanța implementării indicatorilor „per serviciu”, cu scopul „supravegherii dezvoltării copiilor în primii cinci ani de viață” și monitorizării „procesului de instruire a părinților cu copii în primii cinci ani de viață în CMF”. „Atlasul indicatorilor stării de sănătate a copilului în perioada timpurie” și „Scorul de identificare” a mortalității sub 5 ani, a incidenței morbidității sub 5 ani vor eficientiza managementul serviciului în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului.

RECOMANDĂRI

Pentru perfectarea managementului serviciului în domeniul supravegherii, îngrijirii și dezvoltării copilului cu vârsta sub 5 ani se recomandă:

1. Folosirea „Atlasului indicatorilor stării de sănătate a copilului în perioada timpurie” și a „Scorului de identificare” a mortalității sub 5 ani, a incidenței morbidității sub 5 ani, ce vor permite evidențierea localităților cu nivele „înalte” ale indicatorilor stării de sănătate în dinamică.
2. Implementarea pe plan național a „ședințelor” de instruire a părinților la nivelul serviciului de AMP în Cabinetele copilului sănătos cu tematica elaborată și structurată în cadrul studiului.
3. Aprobarea și implementarea „Algoritmului supravegherii copilului practic sănătos”; „Algoritmului supravegherii copilului cu factor de risc pentru sănătate” în activitatea lucrătorilor din medicina de familie.
4. Aprobarea și implementarea indicatorilor de performanță „per serviciu”: „supravegherea copilului în primii 5 ani de viață” și „rata familiilor cu copii în primii 5 ani de viață, instruite în CMF” la nivel de țară.

SUMMARY

MANAGEMENT OF CARE AND DEVELOPMENT OF A CHILD UNDER-5 YEARS OLD

For the first time was performed a scientific research to evaluate the particularly primary medical services in domain of care and development for the child under-5 years old, in order to elaborate some management measures to improve this service in Republic of Moldova.

The results of thesis were done on the basis of integral research investigation, selective-representative and case-test. According to official statistical information's during 2003-2010, was analyzed the level and the structure of: 1) mortality under-5 years old, 2) morbidity under-5 years old, 3) disability of pediatric population and the results of prophylactic examinations of preschool child with physical retard. The result was elaborated the „Identification account” - a level of mortality under-5 years old and a level of morbidity under-5 years old; the „Atlas of indicatory state of children's early-age period health”. The selective investigation was given after administrative-territorial distribution, which analyzed: medical-social aspects of families with children under-5 years old. The group of „often ill children” was structured in: 1) diseases of breathing system 74,5±2,16% cases ($p<0,01$); 2) diseases of digestive system 36,5±2,48% cases ($p<0,001$); 3) diseases of renal-urinary system 23,1±2,17% cases ($p<0,001$). The „social-familial” health factors of risk for „often ill children” were determined in comparison with „practically healthy children”. After the analysis of case-test on the parents' perception of primary medical care, from the point of access and training/informing process; parents priorities of service were established, taking into account: 1) consultation/explanations about children care ($t=5,78$; $p<0,001$); 2) sufficient time for consultation ($t=4,38$; $p<0,001$); 3) movement to the cabinet of family doctor ($t=4,03$; $p<0,001$); 4) sufficient explanations about risks for a health ($t=3,49$; $p<0,001$). The selective-

ly-representative research set the following: municipal doctor services on average 61 children, but family doctor from district locality services on average 80–96 children under-5 years. According to the SWOT method and on the basis of analysis, the service's „weak points” were described, providing for: the supply of health workers at heterogeneity of service depending on locality; the program of work-load and insufficiency of time for parents' teaching; the non-optimal terms of work; the absence of indicator „for service” - „supervision of child first 5 years of life” and the „ratio families training with children first 5 years of life in Center of Family Doctors”. The „themes recommended for meeting with parents” in the Consulting Room of Healthy Child was elaborated.

Key words: service of first medical assistance, indicators of health state, factors of risk of health, health workers, children under 5 years old, mortality, morbidity, often ill children, practically healthy children, indicator „for service”.

РЕЗЮМЕ

МЕНЕДЖМЕНТ УХОДА И РАЗВИТИЯ
РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ

Впервые было проведено научное исследование, которое позволило оценить службу в области ухода и развития ребёнка до 5 лет, с целью разработки организационных мер по усилению данной службы в Республике Молдова.

Результаты работы были получены на основании интегрального, селективно-репрезентативного исследования и исследования контрольных случаев. На основании данных официальной статистики за 2003-2010 годы был проанализирован уровень и структура показателей: 1) смертность до 5 лет, 2) заболеваемость до 5 лет, 3) инвалидность детского населения и результаты профилактических осмотров дошкольников с задержкой физического развития. В результате были разработаны «Оценочные таблицы» для уровня смертности до 5 лет и для уровня заболеваемости до 5 лет; «Атлас показателей состояния здоровья детей раннего возраста». Селективно-репрезентативное исследование, представленное в зависимости от административно-территориального деления, проанализировало медико-социальные аспекты семей с детьми до 5 лет. Группа «часто болеющих детей» была структурирована из: 1) заболевания дыхательной системы $74,5 \pm 2,16\%$ ($p < 0,001$); 2) заболевания пищеварительного тракта $36,5 \pm 2,48\%$ ($p < 0,001$); 3) заболевания почечно-мочевой системы $23,1 \pm 2,17\%$ ($p < 0,001$). Были установлены «социально-семейные» факторы риска здоровья для группы «часто болеющие дети» в сравнении с группой «практически здоровые дети». Исследование контрольных случаев было реализовано на базе восприятия родителями службы, на доступности и на процесс обучения/информирования; установлены приоритеты родителей к службе: 1) консультации, советы по ключевым моментам ухода за ребенком ($t=5,78$; $p < 0,001$); 2) достаточное время для консультации ($t=4,38$; $p < 0,001$); 3) передвижение

до кабинета семейного врача ($t=4,03$; $p<0,001$); 4) достаточные объяснения о рисках для здоровья ($t=3,49$; $p<0,001$). Селективно-репрезентативное исследование установило, что врач из муниципия наблюдает в среднем за 61 ребенком, а семейный врач из районов – в среднем за 80-96 детей в возрасте до 5 лет. На основании анализа по методу SWOT были описаны «слабые стороны службы», включая: неоднородность обеспеченности медицинскими работниками; загруженность рабочей программы и недостаточность времени для обучения семей; неоптимальные условия работы; отсутствия показателя по услугам «наблюдение за ребёнком в первые 5 лет жизни» и «обучение семей с детьми в первые 5 лет жизни в Центре семейной медицины». Была разработана «Рекомендуемая тематика для заседаний с родителями» в кабинете здорового ребёнка.

Ключевые слова: первичная медицинская служба, показатели состояния здоровья, факторы риска для здоровья, дети до 5-ти лет, медицинские работники, смертность, заболеваемость, часто болеющие дети, практически здоровые дети, показатель «по услуге».

BIBLIOGRAFIE

1. ABABIL, I. *Starea de sănătate a populației. Fiecare pacient trebuie să beneficieze de servicii medicale calitative.* // Buletin Informativ № 2, Guvernul RM, 2007, p. 13-15.
2. AGABRIAN, M. *Creșterea implicării părinților în educația copiilor: opțiuni, aptitudini și opinii.* // Polirom, Sociologie Românească, vol. 3, № 3. București, 2005, p. 79.
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. *The New Morbidity Revisited: A Renewed Commitment to the Psychosocial Aspects of Pediatric Care.* // Pediatrics, vol.108, № 5, 2001, p.1227-1230.
4. American Academy of Pediatrics. *Policy Statement: The Role of the Pediatrician in Youth Violence Prevention in Clinical Practice on date the Community Level (RE 9535).*//Pediatrics, vol. 103(1), 1999, p. 173-181.
5. BACUS, A. *Creșterea copilului de la o zi la șase ani.* // Teora, București, 2006, 464 p.
6. BALDWIN, S., GODFREY, Ch., STADEN, F. *Childhood disablement and family incomes.* // J. Epidemiol. and Community Health, vol. 37, 1993, p. 187-195.
7. BETZ, C.L. *An overlooked issue in health care reform.* // I. Pediatr. Nurs., vol. 9, № 6, 1994, p. 347-348.
8. BLOOMBERG, L., et. al. *The importance of social interaction: a new perspective on social epidemiology, social risk factors, and health.* // Health Educ. Q, vol. 21, № 4, 1994, p. 447-463.
9. CAPCELEA, A. *Sănătatea copiilor de 0-7 ani din localitățile rurale.* // Materialele conferinței „Comunitățile rurale și renașterea satului”. Chișinău, 2005, p. 172-174.
10. CĂRĂUȘ, S., VLASOV, M. *Starea sănătății copiilor din județul Chișinău și unii factori ce o determină.* // Materialele conferinței „Sănătatea în relație cu mediul”. Chișinău, 2001, p. 10-15.
11. COBĂLEANU, Z. *Date statistice privind nașcuții-prematuri în Republica Moldova 2003-2006.* // Materiale congresului III „Sănătate Publică și Management”. Chișinău, 2007, p. 96-98.
12. CORCODEL, D. *Aspecte medico-sociale și psihologice ale sănătății copiilor de vârstă preșcolară din familiile monoparentale în mediul rural.* Teză de doctor în medicină. // Chișinău, 2007, 95 p.

13. COURGEAU, D. *Methodology and epistemology of multilevel analysis. Approaches from different social sciences.* // Boston, Londres, 2003, 235 p.
14. Departamentul de Statistică și Sociologie al Republicii Moldova. *Copiii Moldovei.* // Chișinău, 2003, 80 p.
15. ERENCOVA, N., OPOPOL, N., VOINA, T. *Datele comparative ale dezvoltării fizice la copiii Republicii Moldova în regiunile cu un grad diferit de poluare a apei potabile.* // Materialele conferinței științifico-practice „Sănătatea în relație cu mediul”. Chișinău, 2002, p. 58-59.
16. EȚCO, C. *Pediatria socială: probleme și perspective.* // Materialele conferinței „Actualități în obstetrico-ginecologie și pediatrie”. Chișinău, 1996, p. 206-208.
17. EȚCO C., BIVOL GR., ȘIȘCANU D., ANDREI I., FERDOHLEB A. *Aspecte actuale în managementul riscurilor psihosociale în timpul sarcinii și după naștere (Îndrumar metodic), „Poligraf-Design” SRL, Chișinău, 2011, 40 p.*
18. EȚCO C., CAPCELEA A., CAPCELEA E. *Aspecte medico-sociale ale accidentelor la copii din Republica Moldova.* Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”, Chișinău, 2005, Nr. 3, p. 17-20.
19. EȚCO C., CHEIANU D., DILION M., ȘIȘCANU D. *Problematika medico-socială în perinatologie: vulnerabilitatea socială.* Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”, Chișinău, 2007, Nr. 3 (18), p. 30.
20. EȚCO C., CERNEȚCHI O., DARII D. *Aspecte de management medical al nașterilor premature în unele țări dezvoltate.* Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”, Chișinău, 2006, Nr. 2 (13), p. 30-35.
21. EȚCO, C., FERDOHLEB, A., et. al. *Opiniile lucrătorilor medicali din asistența medicală primară privind managementul supravegherii copiilor sub 5 ani din familiile social-vulnerabile.* // Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. Chișinău, 2007, p. 90-95.
22. EȚCO C., FERDOHLEB A. *Aspecte în dezvoltarea copiilor de vârsta timpurie (sub 5 ani).* Revista “Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”, Chișinău, 2005, Nr. 2 (9), p. 31-36.
23. EȚCO C., FERDOHLEB A. *Copilărie timpurie și adolescență – fenomene demografice și indicatori ai stării de sănătate, Re-*

- vista Sănătate Publică și Management în medicină, Chișinău, 2011, Nr. 4, p. 4-8.
24. EȚCO C., FERDOHLEB A., ENACHI V. *Management of care and development paediatrician population under-5years old.* Materiale al VI congres internațional studenților și tinerelor doctori, 9-12 aprilie 2009. Iași, România, 2009, p. 41-42.
 25. EȚCO C., FERDOHLEB A., GALEARSCHII V., CLIȘCOV-SCHII T., CEBAN L., RUSNAC A., CELAN S., CELAN A. *Unele opinii ale lucrătorilor medicali din AMP privind conduita de supraveghere a copiilor.* Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”, Chișinău, 2007, Nr. 6, p. 77-80.
 26. EȚCO L., PETROV V., ROTARU M. *Analiza mortalității perinatale în centrul de nivelul III de asistență medicală.* Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”, Chișinău, 2006, Nr. 3 (14), p. 4-9.
 27. FERDOHLEB, A. *Aspecte medico-sociale ale sănătății copiilor și adolescenților. // Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”.* Chișinău, 2011, p. 273-276.
 28. FERDOHLEB A. *Aspecte medico-sociale ale sănătății copiilor și adolescenților, Anale științifice ale USMF “N. Testemițanu”, “Probleme actuale de Sănătate Publică și Management” Zilele Universității 19-21 octombrie, 2011, Ediț. a XII-a, vol. II, p. 273-176.*
 29. FERDOHLEB A., EȚCO C. *Abstract book The first International Medical Students and Young Doctors Congress. “Intentional Injury Management and Prevention in Family Doctor Practice for Young Children”, Med-Espera, R M. Chisinau, May 18-20, 2006, p. 105.*
 30. FINKLE, J., McINTOCH, A. *United Nations Population Conferences, Shaping the policy agenda for the twenty-first century. // Studies in Family Planning, vol. 33, Nr. 1, 2002, p. 11-25.*
 31. FRIPTULEAC, Gr., HĂBĂȘESCU, I., MORARU, M. *Aprecierea igienică a alimentației reale a preșcolarilor din municipiul Chișinău. //Materialele conferinței USMF „Nicolae Testemițanu”.* Chișinău, 2004, p. 432-435.
 32. GEORGESCU, A., STĂNESCU, A., NANU, R. *Metodele examinării medicale periodice a copilului mai mic de 4 ani. // Edit. Medicală, București, 2001, 58 p.*

33. GRIGORAȘ, S. *Problemele protecției sociale a copilului și familiei în dificultate*. Teza de doctor în sociologie. // Chișinău, 2005, 159 p.
34. GRODIN, M.A., ALPERT, Y.Y. *Children as participants in medical research*. // *Pediatr. Clin. N. Amer.*, vol. 35, № 6, 1988, p. 1389-1401.
35. Guvernul Republicii Moldova. *Fiecare copil are dreptul la o copilărie fericită*. // *Buletin informativ*, №5. Chișinău, 2008, p. 11-12.
36. Guvernul Republicii Moldova, Națiunile Unite în Republica Moldova. *Raport asupra Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului*. // Chișinău, 2004, 74 p.
37. Guvernul României, ONU - Romania. *Raport asupra Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului. (Înjumătățirea, între anii 2002 și 2015, a ratei mortalității copiilor cu vârsta între 1 și 4 ani)*. // București, 2003, 132 p.
38. GUTȚUL, A. *Dezvoltarea fizică a elevilor din spațiul rural al Republicii Moldova*. // *Curierul Medical*, № 4. Chișinău, 1997, p. 23-26.
39. HELLBRUGGE, Th. *Социальная педиатрия и центры социальной педиатрии*. // *Soz. pедиатрия*, № 9. Moscova, 2001, p. 612-614.
40. HORWITZ, F.D. *Using developmental theory to guide the search for the effects of biological risk factors on the development of children*. // *Amer. Y. Clin. Nutr.*, vol. 50, № 3, 2001, p. 589-597.
41. IORDACHESCU, F. *Tratat de pediatrie*. // *LEXI-COMP.*, București, 2006, 743 p.
42. KELLY, P. *Îngrijirea copilului în primul an de viața*. // *Press*. București, 2007, 123 p. KEMPE, Ch. et. al. *The battered child syndrome*. // *Journal of the American Medical Association*, vol. 181, 1962, p. 17-24.
43. KEMPE, A., BEATY, B., ENGLUND, B.P., ROARK, R.J., HESTER, N., STEINER, J.F. *Quality of care and use of the medical home in a state-funded captivated primary care plan for low-income children*. // *Pediatrics*, vol. 105, 2000, p. 1020-1028.
44. LANDERS, C. *Pediatrie axată pe dezvoltare*. // Chișinău, 2004, p. 17-31.
45. LAWN, J., McCARTHY, B.J., ROSS, S. *Nou-născutul sănătos*. Manual de referință pentru managerii de program CDC. // Atlanta, 2001, 491 p.

46. MICHELSSON, K., DONNER, M., LIDAHN, E. *Neural-developmental screening of 5-year-old children.* // Europ. Y. Pediatr., vol. 147, № 6, 1988, p. 664-665.
47. MIHAILESCU, I., ZAMFIR, C., ZAMFIR, E. *Politici sociale în domeniul populației și familiei.* // Politici sociale: România în context european. Alternative. București, 2003, 219 p.
48. Ministerul Sănătății al RM. *Strategia Națională a Sistemului de Sănătate în perioada 2008-2017.* // Chișinău, 2007, 74 p.
49. Ministerul Sănătății al RM. *Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova 2007-2021.* // Chișinău, 2007, 65 p.
50. Ministerul Sănătății al RM:
 - 50.1. Centrul Național de Management în Sănătate. *Indicatorii preliminari în forma prescurtată privind sănătatea populației și activitatea Instituțiilor Medico-Sanitare pe anul 2010.* // Chișinău, 2011, 332 p.
 - 50.2. Centrul Național de Management în Sănătate. *Indicatorii preliminari în forma prescurtată privind sănătatea populației și activitatea Instituțiilor Medico-Sanitare pe anul 2009.* // Chișinău, 2010, 332 p.
 - 50.3. Centrul Național de Management în Sănătate. *Indicatorii preliminari în forma prescurtată privind sănătatea populației și activitatea Instituțiilor Medico-Sanitare pe anul 2008.* // Chișinău, 2009, 332 p.
 - 50.4. Centrul Național de Management în Sănătate. *Sănătate Publică în Moldova, anul 2007.* // Chișinău, 2008, 333 p.
 - 50.5. Centrul Științifico-Practic „Sănătate Publică și Management Sanitar”. *Sănătate Publică în Moldova, anul 2006.* // Chișinău, 2007, 308 p.
 - 50.6. Centrul Științifico-Practic „Sănătate Publică și Management Sanitar”. *Sănătate Publică în Moldova, anul 2005.* // Chișinău, 2006, 305 p.
 - 50.7. Centrul Științifico-Practic „Sănătate Publică și Management Sanitar”. *Sănătate Publică în Moldova, anul 2004.* // Chișinău, 2005, 255 p.
 - 50.8. Centrul Științifico-Practic „Sănătate Publică și Management Sanitar”. *Sănătate Publică în Moldova, anul 2003.* // Chișinău, 2004, 266 p.
51. Ministry of Health and Social Protection Moldova, National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine Moldo-

- va, ORC Macro Calverton, Maryland, USA. *Demographic and Health Survey (DHS) 2005*. // Chisinau, 2006, 389 p.
52. MUREȘANU, P. *Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate*. // Edit. Medicală. București, 1989, p. 574.
 53. NEWACHECK, P.W., STODDARD, J.J., HUGHES, D.C., PEARL, M. *Health insurance and access to primary care for children*. // N. Engl. J. Med., 1998, p. 338:513-519.
 54. OLDS, D. *Long term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen year follow up of a randomized trial*. // Journal of the American Medical Association, vol. 278, 1997, p. 637-643.
 55. PECHSTEIN, I. *Социальная педиатрия: реабилитация, развитие*. // Der Kinderarzt, № 10, 1990, p. 1439-1449.
 56. POPESCU, V. *Algoritm diagnostic și terapeutic în pediatrie*. // Amaltea. București, 567 p.
 57. POPUȘOI, E., EȚCO, C., SPINEI, L. *Studiu sociologic în probleme de medicină socială. Recomandări metodice*. // Chișinău, 1995, 29 p.
 58. PUIU, I., COJOCARU, A. *Intervenție timpurie pentru copilul cu dizabilități. Întrebări frecvente, răspunsuri bazate pe dovezi*. Compendiu. // Chișinău, 2007, 192 p.
 59. RYDZ, D., SROUR, M., OSKOU, M., MARGET, N., SHILLER, M., BIRNBAUM, R., MAJNEMER, A., SHEVELL, MI. *Screening for developmental delay in the setting of a community pediatric clinic: a prospective assessment of parent-report questionnaires*. // Pediatrics, vol. 118, 2006, p. 1178-1186.
 60. SEID, M., STEVENS, GD., VARNI, JW. *Parents' perceptions of pediatric primary care quality: effects of race/ethnicity, language and access*. // Health Serv. Res., vol. 38, 2003, p. 1009-1031.
 61. SERWINT, JR. *Continuity Clinic Special Interest Group, Ambulatory Pediatric Association. Multisite survey of pediatric residents' continuity experiences: their perceptions of the clinical and educational opportunities*. // Pediatrics, vol. 5, 2001, p. 107.
 62. SCHWARTZ, M., WILLIAM, Dr., CUCULICI, GheP. *Consult pediatric în 5 minute*. // Calisto. București, 2000, 890 p.
 63. SINCHEVICI, In. *Familia tânără și rolul ei în reproducerea populației din Republica Moldova*. // Materialele conferinței „Transformările demografice și socioeconomice ale populației”. Chișinău, 2006, p. 286-293.

64. SIMON, Anne-Marie. *Consiliere parentală*. // Polirom. București, 2004, 224 p.
65. SPINEI, L., ANDRONACHI, V. *Unele aspecte ale invalidității copiilor în vârsta primei copilării*. // Buletin de perinatologie, № 1. Chișinău, 2007, p. 42-44.
66. SPINEI, L., POPUȘOI, E. *Handicapul infantil ca o problemă medico-socială*. // Chișinău, 2000, 208 p.
67. STASII, E., HOLBAN, A. *Dezvoltarea fizică a copiilor. Metode de evaluare la diferite vârste*. Ghid practic. // Medicina. Chișinău, 2003, 78 p.
68. STĂNCIULESCU, E. *Educații Familiale*. Sociologia. // Polirom. Iași, 2002, 268 p.
69. STRATULAT, P., CURTEANU, A., CARAUȘ, T. *Fenomene inexplicabile ale sănătății perinatale în Republica Moldova: constatări și căi de ameliorare*. // Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Științe medicale, № 2 (11). Chișinău, 2007, p. 24-33.
70. ȘCIUCA, S. *Ghidul copilului frecvent bolnav*. Disponibil pe URL: <http://www.copilul.md/index 2>.
71. ȘIȘCANU, D., EȚCO, C. *Suportul psihosocial în cadrul îngrijirii perinatale*. // Materialele conferinței USMF „Nicolae Testemițanu”. Chișinău, 2007, p. 96-100.
72. ȘIȘCANU D., EȚCO C. *Factorii sociali ca determinanți ai greutății mici la naștere (reviul literaturii)*. Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”, Chișinău, 2007, Nr. 6, p. 80-86.
73. ȘTEFANEȚ, S. *Aspectele medico-sociale, organizatorice și de reabilitare ale copiilor cu infirmitate motorie cerebrală*. Teză de doctor în medicină. // Chișinău, 1999, 117 p.
74. TANNER, Y. *Childhood epidemiology. Physical development*. // Brit. Med. Bull., vol.42, № 2, 1986, p.131-138.
75. TEN BENSEL, RW., RHEINBERGER, MM., RADBILL, SX. *Children in a world of violence: the roots of child maltreatment. The battered child*. // University of Chicago Press, Chicago, 2002, p. 3-28.
76. TINTIUC, D., CORCODEL, D. *Unele aspecte ale morbidității preșcolarelor din familiile monoparentale*. // Sănătate publică, Economie și Management în medicină, №2 (13). Chișinău, 2006, p. 26-29.
77. UNICEF. *Annual Report 2007*. // UNICEF, 2008, 40 p.

78. UNICEF. *Children and the Millennium Development Goals: Progress towards a World Fit for Children*. // Monreal, 2007, 72 p.
79. UNICEF. *Copilul nostru. Ghidul pentru părinți*. // Chișinău, 2005, 124 p.
80. UNICEF. *Îngrijirea și dezvoltarea timpurie a copiilor în Moldova*. // Chișinău, 2004, 91 p.
81. UNICEF. *Practici în familie și comunitate pentru sănătatea mamei și copilului în Republica Moldova*. // Chișinău, 2004, 45 p.
82. UNICEF. *Progress for Children: A World Fit for Children. Statistical Review*. // UNICEF, № 6, 2007, 68 p.
83. UNICEF. *The State of the World's Children 2008: Child Survival*. // UNICEF, 2007, 154 p.
84. WHO, Biroul regional pentru Europa. *A critical link – Interventions for physical growth and psychological development (a review)*. // Denmark, 2007, 144 p.
85. WHO, Biroul regional pentru Europa. *Sănătatea copiilor și mediul înconjurător*. // Bruxelles, 2002, 36 p.
86. WHO/CHD, UNICEF, MS al RM. *Conduita Integrata a Maladiilor la Copii. Manual*. // Chișinău, 2002, 184 p.
87. WRIGHT, C., LAKSHMAN, R., EMMETT, P., et al. *Implications of adopting the WHO 2006 Child Growth Standard in the UK: two prospective cohort studies*. // Arch. Dis. Child, vol. 93, 2008, p. 566–569.
88. АБСАВА, Т.А. *Комплексная медико-социальная оценка здоровья детей Республики Коми*. // Санкт-Петербург, 2005, 15 стр.
89. АЛЬБИЦКИЙ, В.Ю., БАРАНОВ, А.А. *Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления*. // Саратов, 1996, 182 стр.
90. АПАНАСЕНКО, Г.Л. *Оценка физического здоровья детей и подростков*. // Научно-практический журнал «Медицинский Всесвіт», № 1. Киев, 2002, 20 стр.
91. БАЛАНДИНА, В.А. *Состояние здоровья и динамика физического развития детей дошкольного возраста. Гигиенические вопросы воспитания, обучения и охраны здоровья детей и подростков в условиях промышленного города*. // Омск, 2005, стр. 59-64.
92. БАЛЫГИН, М.М. *Факторы риска в формировании здоровья детей раннего возраста. Социально-гигиенический аспект заболеваемости детей раннего возраста*. // Здрав. Рос. Федер., № 12. Москва, 2000, стр. 23-27.

93. БАРАНОВ, А. *Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии*. // ГЭОТАР-Медиа. Москва, 2007, 610 стр.
94. БАРАНОВ, А.А., КУЧМА, В.Р., СУХАРЕВА, Л.М., РАП-ПОПОРТ, И.К., ЧУБАРОВСКИЙ, В.В. *Комплексная оценка состояния здоровья детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно при профилактических медицинских осмотрах детей и подростков, с использованием схемы определения групп здоровья*. // Москва, 2003, 70 стр.
95. БЕЗРУКОВ, Л.А., ДОЛЖЕНКО, О.Г., КАЛАНЧА, Р.И. и др. *Влияние пьянства и курения отцов на развитие детей*. // Педиатрия, № 11. Москва, 2002, стр. 67-70.
96. БЕРЕЖКОВ, Л.Ф., ЗУБЛЕР, А.С., УСОЛЬЦЕВ, А.Н. *Влияние некоторых биологических и социальных факторов на заболеваемость детей дошкольного возраста*. // Гигиена и санитария, № 3. Москва, 2003, стр. 35-37.
97. БОВА, А.А. *Заболеваемость и физическое развитие детей первого года жизни у мигрирующего населения*. Автореф. дисс. канд. мед. наук. // Москва, 2004, 24 стр.
98. БУРМИСТРОВА, Т.И. *Мой малыш, Приложение к «Истории развития ребенка» (учетная форма № 112-у)*. Методические рекомендации для родителей. // Владивосток, 2002, 105 стр.
99. БУРМИСТРОВА, Т.И. *Организация службы охраны здоровья матери и ребенка и современные технологии снижения фетоинфантильных потерь в приморском крае*. // Москва, 2006, 258 стр.
100. БУРМИСТРОВА, Т.И., ГОРШУНОВА, Г.П., ШВАРЕВА, Н.И., ОСТАПЕНКО, Н.Н. *Стандарт - структуры и деятельность педиатрической службы Приморского края*. Методическое пособие. // Владивосток, 2000, 19 стр.
101. ВЕЛЬТИЦЕВ, Ю.Е., ФОКЕЕВА, В.В. *Экология и здоровье детей*. // Материнство и детство, том. 37, № 12, 1992, стр. 30-35.
102. ВЕСЕЛОВ, Н.Г. *Здоровье детей и ранговая оценка влияния комплекса факторов*. // Материалы конференции «Состояние здоровья и пути повышения качества лечебно-профилактической помощи женщине-матери и ребенку». Липецк, 1987, стр. 14-16.
103. ВЕСЕЛОВ, Н.Г., ЕРМАКОВА, Г.К., ПОПОВА, Н.Ю. *Комплексная оценка здоровья детей*. // Издат. Здр. Рос. Федер, № 6. Москва, 1986, стр. 17-20.

104. ВЕТРОВ В.П., БОЛЬШАКОВА П.С., ТАНЕРОВА Л.Н. *Многофакторная оценка риска возникновения заболеваний*. // Педиатрия, № 4. Москва, 1984, стр. 64-67.
105. ВОРОНЦОВ, И.М. *Закономерности физического развития детей и методы его оценки*. // ЛПМИ. Санкт-Петербург, 1986, 65 стр.
106. ВОРОНЦОВ, И.М., МАТАЛЫГИНА, О.А. *К проблеме формирования стандартизованных шкал оценки риска в экологии детства. Экология детства: социальные и медицинские проблемы*. // Санкт-Петербург, 1994, стр. 13-14.
107. ГАГАРИНА, С.А. *Комплексная оценка состояния здоровья детей*. // Здравоохранение Казахстана, №9, 1984, стр. 16-19.
108. ГРИНИНА, О.В. *Программа и методика медико-социального обследования семьи. Методическое пособие для студентов*. // Москва, 1969, 19 стр.
109. ГРИНИНА, О.В., ПАНАЧИНА, М.И. *Актуальные вопросы совершенствования организации медико-социальной помощи женщинам и детям*. // Москва, 1982, стр. 54-63.
110. ГРОМБАХ, С.М. *О критериях оценки состояния здоровья детей и подростков. К дискуссии об оценке физического развития детей и подростков*. // Вестн. АМН СССР, 1981, №1. Москва, стр. 29-35.
111. ЕЦКО К. П. *Взаимосвязь здоровья детей с уровнем применения ядохимикатов // Региональные особенности заболеваемости детского населения. Материалы Всесоюзного науч. конф. Йошкар-Ола, 15-17 октября 1991 г. - с. 95-96.*
112. ЕЦКО, К.П. *Условия, образ жизни и здоровья детей сельской местности густонаселённого района*. Автореф. дисс. докт. мед. наук. // Москва, 1992, 38 стр.
113. ЕЦКО К. П. *Первичная профилактика у детей первого года жизни // I съезд социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения и историков медицины Латвийской ССР (тезисы докладов): Рига. -1984. - с. 54.*
114. ЕЦКО К.П. *Факторы риска при пневмониях у грудных детей*. Кишинёв. изд-во „Штиинца”, 1984, 174 с.
115. ЕЦКО К. П., БРЕДНЕВА Е.Ф., БУГА К. И. *Динамика и основные факторы младенческой смертности в ССР Молдова* // Тез. науч. конф.: Кишинёв. 1991. – с. 146.
116. ЕЦКО К. П., ПОПУШОЙ Е.П., РАЕВСКИЙ М. Н., ЙОД-

- КО Н. Е. *Заболеваемость детей сельской местности ССР Молдова* // Советское здравоохранение. – 1991. - № 8.
117. ЕЦКО, К.П., ФЕРДОХЛЕБ, А.И., *Медико-социальные аспекты при оценке здоровья детей в Республике Молдова. Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья*, ISSN: 614.2.574 (75978), №3. Алматы, Республика Казахстан, 2008, р. 16-19.
118. ЕЦКО, К.П., ФЕРДОХЛЕБ, А.И. *Менеджмент первичной профилактики детского населения в Республике Молдова. Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни»*. Научно-практический журнал - *Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья*, ISSN: 614.2.574(75978), №4. Алматы, Республика Казахстан, 2008, р. 30.
119. ЖУРКОВ, Е.Г., ВЛАСОВА, Е.К. *Медико-социальная характеристика часто и длительно болеющих детей и формы их оздоровления*. // *Сов. Здрав.*, № 3. Москва, 1988, стр. 33-36.
120. ЗУБИЦКИЙ, М.К. *Зависимость заболеваемости детей от некоторых социально-гигиенических факторов*. // *Здрав. Белоруссии*, №9. Минск, 2000, стр. 12-13.
121. КАМАЕВ, И.А. *Часто болеющие дети сельской местности (комплексное социально-гигиеническое и клиничко-социологическое исследование)*. // Санкт-Петербург, 2007, 29 стр.
122. КАПИТАН, В. В. *Раннее физическое развитие ребенка*. // Корона-Принт. Минск, 2007, 272 стр.
123. КОВТУН, О.П., АРОНСКИНД, Е.В. *Некоторые аспекты вскармливания и физического развития недоношенных детей на первом году жизни*. // *Вопросы современной педиатрии*, № 5. Москва, 2006, стр. 94–96.
124. КОМИССАРОВА, Р.А., СЕМЕНОВ, И.А., ИВАНОВА, Т.Х., ТИМАШЕНСКИЙ, В.И. *Диспансеризация детей в дошкольных учреждениях*. // *Материалы конференции «Проблемы сохранения и восстановления здоровья детей»*. Владивосток, 1990, стр. 51.
125. КРАВЕЦ, Е.Б., ИЛЬИНЫХ, А.А., МОСКВИНА, С.П. *Комплексная оценка состояния здоровья детей детского дошкольного учреждения по результатам профилактических осмотров*. // *Материалы конференции «Проблемы со-*

- хранения и восстановления здоровья детей». Владивосток, 2000, стр. 53-54.
126. КРАСАВИНА, ЛВ. *Здоровье детей первого года жизни и пути его улучшения.* // Санкт-Петербург, 2003, 14 стр.
127. КУЗНЕЦОВА, О.Ю. *Комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья детей - домов ребенка. Социально-гигиенические и организационные проблемы педиатрии (программа и методика).* // Санкт-Петербург, 1989, стр. 41-52.
128. КУСОВА, А.Р. *Комплексное социально-гигиеническое исследование здоровья детей первых 6 лет жизни в семьях рабочих.* // Москва, 2000, 23 стр.
129. КУЧМА, В.Р. *Медико-профилактические основы обучения и воспитания детей.* // ГЭОТАР-Медиа. Москва, 2005, 528 стр.
130. ЛЕВИНА, С.Ю. *Заболеваемость детей раннего возраста.* // Сов. Здрав., № 3. Москва, 1963, стр. 16-22.
131. ЛИСИЦЫН, Ю.П., ПОЛУНИНА, Н.В. *Здоровый образ жизни ребенка.* // Знание. Москва, 1984, 40 стр.
132. ЛУЧАНИНОВА, В.Н., ОСИН, А.Я., ЛАНКОВА, Н.Д., МИХАЙЛОВА, Л.М. *Опыт оценки состояния здоровья детей в дошкольных учреждениях.* // Материалы конференции «Аллергические заболевания: проблема XXI века». Владивосток, 2000, стр. 39-41.
133. МАКАРОВА, З. С., ЧЕРТОК, Т. Я., ТОНКОВА-ЯМПОЛЬСКАЯ, Р. В. *Особенности состояния здоровья часто болеющих детей раннего возраста.* // Педиатрия, № 5. Москва, 1990, стр. 59-64.
134. МАКСИМОВА, Т.М. *Социальный градиент в формировании здоровья населения. Некоторые особенности состояния здоровья и образа жизни детей из различных социальных групп населения.* // Пер-Сэ. Санкт-Петербург, 2005, 240 стр.
135. МАЛАХОВ, А.Б., МОРОЗОВА, И.М., РЫЖОВА, Е.Г., БУРЕНКОВ, В.Н. *Клинико-эпидемиологический мониторинг, как способ выявления факторов риска, прогнозирования и профилактики у детей.* // Материалы конференции «Актуальные проблемы регионального здравоохранения». Иваново, 2003, стр. 39-42.
136. МАНДРОВ, С.И. *Факторы, влияющие на формирование частой респираторной заболеваемости у дошкольников.* //

- Материалы конференции «Состояние здоровья и пути повышения качества лечебно-профилактической помощи женщине-матери и ребенку». Липецк, 1987, стр. 24-26.
137. МИХАЙЛОВА, Г.С. *Болезни детей от рождения до 7 лет: Аллергия, травмы, ожоги, отравления и другое.* // *Весть.* Москва, 2004, 160 стр.
138. ОГРЫЗКО, Е.В. *Социально-гигиеническая оценка состояния здоровья и развития поколения детей крупного промышленного города от 0 до 6 лет.* Автореф. дисс. канд. мед. наук. // Москва, 1990, 18 стр.
139. ПАХАЛЬЯН, В.Э. *Развитие и психологическое здоровье. Психология развития и возрастная психология. Развитие ребенка в дошкольном и школьном детстве и создание программ превентивной работы.* // ПИТЕР. Санкт-Петербург, 2005, 240 стр.
140. ПУЗЫРЕВ, О.И., СОТНИКОВА, Н.Ю., БАБОКОВА, Л.А., ЛАТА, Т.В. *Опыт работы с группой часто болеющих детей в условиях иммунологического отделения консультативной поликлиники. Прогнозирование и комплексная оценка здоровья детей.* // Иваново, 1988, стр. 23-25.
141. СОРОКОУМОВА, Е.А. *Развитие ребенка в младенческом возрасте.* // ПИТЕР. Санкт-Петербург, 2007, 208 стр.
142. ХОМИЧ, М.М. *Комплексная медико-социальная оценка здоровья детей, посещающих детские дошкольные учреждения, в различных регионах северо-запада России.* // Санкт-Петербург, 1996, 300 стр.
143. ШИРИНСКИЙ, В.А. *Скрининг-тест для оценки физического развития детей дошкольного возраста. Гигиенические вопросы воспитания, обучения и охрана здоровья детей и подростков в условиях промышленного города.* // Омск, стр. 65-70.
144. ЮРЬЕВ, В.В. *Здоровье населения и методы его изучения: Заболеваемость детей первых семи лет жизни и пути ее снижения. Социально-гигиенические проблемы формирования здоровья женщины-матери.* // Санкт-Петербург, 1993, 192 стр.
145. ЮРЬЕВ, В.В., СИМАХОДСКИЙ, А.С., ВОРОНОВИЧ, Н.Н., ХОМИЧ, М.М. *Рост и развитие ребенка.* // Питер. Санкт-Петербург, 2007, 272 стр.
146. ЯКОВЛЕВА, Т.В. *Охрана здоровья детей/законодательное обеспечение.* // *Вопросы современной педиатрии*, № 3, М., 2006, стр. 104.

GLOSAR DE TERMENI ȘI NOȚIUNI

Algoritm – proces organizat care constă dintr-o succesiune ordonată de pași (etape), în care fiecare etapă depinde de rezultatul celei anterioare.

Asistență medicală primară – îngrijiri medicale de bază, realizate la un cost accesibil țării și comunității respective, utilizând metode practico-științifice și acceptabile din punct de vedere social.

Asociație epidemiologică – relație ce se poate dovedi că există între două categorii distincte: a) factori de risc, factori de protecție și b) boala și urmările bolii (*incapacitate, invaliditate, infirmitate, handicap, deces*).

Factor de risc – orice condiție care poate fi descrisă și dovedită că se asociază apariției unei anumite stări morbide cu o frecvență superioară celei așteptate.

Factor de protecție – condiția care, prin existența ei, menține starea de sănătate a unei populații (ex. factori comportamentali, factori de mediu, medicamente, vaccinuri).

Factor indiferent – condiția care nu se cunoaște că s-ar asocia cu starea de sănătate sau starea de boală a unei populații (cel puțin până în prezent).

Incidența morbidității – indicatorul care măsoară numărul de cazuri noi survenite la populația dintr-un anumit teritoriu, într-o anumită perioadă de timp (lună, trimestru, an) și cuprinde: *incidența totală* (I_t); *incidența specifică* (I_s) – pe maladii, pe sexe, pe grupe de vârstă etc.

Indicatorii medico-demografici – includ: natalitatea, mortalitatea generală, mortalitatea maternă, mortalitatea infantilă, sporul natural.

Indicatorii stării de sănătate – conform Programului OMS „Sănătate pentru toți” sunt: 1) indicatori de dezvoltare psihosocială a copiilor; 2) rata mortalității infantile; 3) rata mortalității sub vârsta de 5 ani; 4) rata mortalității la populația tânără; 5) speranța de viață la o vârstă determinată; 6) mortalitatea maternă; 7) mortalitatea specifică; 8) morbiditate specifică; 9) nivelul

de incapacitate de muncă; 10) indicatorii de patologie mentală și socială.

Nivel de trai – gradul de satisfacere a nevoilor materiale (*venitul disponibil*) și / sau spirituale ale populației unei localități, țări.

Medic de familie – specialist pregătit să furnizeze servicii de promovare a sănătății și prevenție și capabil să trateze afecțiunile frecvente și leziunile fără a fi necesară tehnologia avansată.

Mod de viață – un mod, o formă și niște condiții atât individuale, cât și colective de viață umană, tipice pentru relațiile istorico-concrete ale relațiilor social-economice. Principalii parametri ai modului de viață sunt cei ale munci, anturajul de viață și activitățile sociopolitice, culturale ale indivizilor, precum și diferite modele comportamentale și manifestări ale acestora.

Mortalitate infantilă (M_{0-1}) – indicatorul care reprezintă numărul deceselor de la naștere până la 364 de zile, raportate la 1000 născuți vii din aceeași perioadă de timp și același teritoriu.

Mortalitatea primei copilării (M_{1-5}) – indicatorul care reprezintă numărul deceselor de la 365 zile până la 4 ani 11 luni și 29 zile, raportate la 1000 de copii de aceeași vârstă și la același teritoriu.

Mortalitate sub vârsta de 5 ani ($M_{0,5}$) – numărul deceselor de la naștere până la 4 ani 11 luni și 29 zile, raportate la 1000 născuți vii din aceeași perioadă de timp și același teritoriu.

Populație pediatrică – totalitatea de persoane sub vârsta de 18 ani care locuiesc pe un anumit teritoriu al unei țări, regiuni, etc.

Îngrijirea copilului – totalitatea activităților întreprinse de îngrijitorii parentali, nonparentali, comunitate în vederea asigurării sănătății, alimentației, dezvoltării psihosociale a copilului etc.

Perceperea stării de sănătate – interpretarea individuală a experiențelor de sănătate și de boală în contextul existenței cotidiene. Această judecată se bazează în mod normal pe informația și cunoștințele disponibile modificate din experiența anterioară și pe baza normelor social-culturale.

Satisfacția pacientului – combinația dintre nevoia percepută, așteptările în privința îngrijirilor, experiența legată de un standard subiectiv sau set de valori și așteptări (experiențe trecute în situații similare). Modalități de măsurare a satisfacției pacientului: 1) metoda directă (opinia pacienților despre medicii personali și experiența proprie a celor intervievați în căutarea și obținerea îngrijirilor medicale; 2) metoda indirectă (opinia personalului de îngrijire).

Stil de viață – set, combinația modelelor de comportament ale unui individ sau grup, orientată prioritar către viață de zi cu zi. Stilul de viață se formează în conformitate cu nevoile biologice, sociale și emoționale personale. Stilul de viață este evaluat și notat în baza formelor exterioare ale vieții și care includ: *organizarea timpului de lucru și timpului liber; ocupațiile în afara sferei de muncă; organizarea anturajului de viață; manierele comportamentale; preferințele, valorile, alegerile etc.*

Supravegherea copilului – totalitatea activităților întreprinse de colectare sistematică și continuă, de analiză, de interpretare și de diseminare a datelor privind starea de sănătate a copilului.

Anexa 1

Tabelul 1. Clasificarea localităților după nivelul mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2003

Nivelul (‰)	nr.	Localitățile municipale / localitățile raionale
foarte mic 2,8-9,9		Nord Drochia, Soroca; Centru Dubăsari
mic 10,0-16,7		Mun. Chișinău, Bălți; Nord Glodeni, Rezina, Râșcani; Centru Călărași, Ungheni; Sud Ștefan Vodă, Taraclia
mediu 16,8-23,5		Nord Dondușeni, Edineț, Fălești, Ocnița, Sângerei, Șoldănești, Telenești; Centru Anenii Noi, Criuleni, Ialoveni, Orhei, Strășeni; Sud Cahul, Cantemir, Căușeni, UTA Găgăuzia
mare 23,6-30,3		Nord Briceni; Centru Nisporeni, Hâncești; Sud Basarabeasca, Cimișlia
foarte mare 30,4-37,1		Nord Florești; Sud Leova

Tabelul 2. Clasificarea localităților după nivelul mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2004

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 10,2-14,1	Mun. Chișinău, Bălți; Nord Dondușeni, Rezina, Râșcani, Telenești; Centru Călărași, Criuleni, Dubăsari, Strășeni; Sud Basarabeasca, Căușeni, Leova
mic 14,2-18,1	Nord Briceni, Edineț, Fălești, Florești, Glodeni, Sângerei, Soroca, Șoldănești; Centru Anenii Noi, Hâncești, Ialoveni, Ungheni; Sud Cahul, UTA Găgăuzia
mediu 18,2-22,1	Nord Drochia; Sud Ștefan Vodă
mare 22,2-26,1	Nord Ocnița; Centru - Nisporeni; Sud - Cantemir, Cimișlia
foarte mare 26,2-30,1	Sud Taraclia

Tabelul 3. Clasificarea localităților după nivelul mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2005

Nivelul (%)	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 8,0-12,2	Mun. Chișinău; Nord Florești, Soroca; Centru Anenii Noi, Dubăsari, Sud Ștefan Vodă, UTA Găgăuzia
mic 12,3-16,5	Nord Dondușeni, Drochia, Edineț, Glodeni, Ocnița, Sângerei, Telenești; Centru Călărași, Criuleni, Hâncești, Ialoveni, Orhei; Sud Cahul, Cantemir, Căușeni, Taraclia
mediu 16,6-20,8	Mun. Bălți; Nord Briceni, Rezina; Centru Strășeni, Ungheni; Sud Leova
mare 20,9-25,1	Nord Râșcani; Centru Nisporeni; Sud Basarabeasca
foarte mare 25,2-29,4	Nord Fălești, Șoldănești; Sud Cimișlia

Tabelul 4. Clasificarea localităților după nivelul mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2006

Nivelul (%)	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 4,3-7,9	Nord Glodeni; Sud Cimișlia, Leova, Taraclia
mic 8,0-11,6	Mun. Bălți; Nord Sângerei, Soroca; Centru Strășeni,
mediu 11,7-15,3	Mun. Chișinău; Nord Drochia, Florești, Râșcani, Dubăsari, Ialoveni, Orhei, Ungheni; Sud Cantemir, Căușeni, Ștefan Vodă, UTA Găgăuzia
mare 15,4-19,0	Nord Fălești, Ocnița, Rezina, Telenești; Centru Călărași, Criuleni; Sud Basarabeasca, Cahul
foarte mare 19,1-22,7	Nord Briceni, Dondușeni, Edineț, Șoldănești; Centru Anenii Noi, Hâncești, Nisporeni

Tabelul 5. Clasificarea localităților după nivelul mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2007

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 8,5-10,9	Mun. Bălți; Nord Drochia, Glodeni; Centru Călărași, Strășeni
mic 11,0-13,4	Mun. Chișinău; Nord Ocnița, Râșcani; Centru Criuleni, Ungheni; Sud Cantemir, Cimișlia, Ștefan Vodă
mediu 13,5-15,9	Nord Dondușeni, Sângerei; Centru Anenii Noi, Dubăsari, Ialoveni, Nisporeni, Orhei; Sud Taraclia, UTA Găgăuzia
mare 16,0-18,4	Nord Fălești, Florești, Soroca, Telenești; Sud Cahul
foarte mare 18,5-20,9	Nord Briceni, Edineț, Rezina, Șoldănești; Centru Hâncești; Sud Basarabeasca, Căușeni, Leova

Anexa 2

Tabelul 1. Clasificarea localităților după nivelul morbidității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2003

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 312,9 - 537,5	Nord Dondușeni, Edineț; Sud Cantemir, Căușeni
mic 537,6 - 762,2	Nord Briceni, Fălești, Glodeni, Ocnița; Centru Anenii Noi, Criuleni, Dubăsari, Hânțești, Nisporeni, Strășeni; Sud Basarabeasca, Leova, Ștefan Vodă
mediu 762,3 - 986,9	Mun. Bălți; Nord Florești, Rezina, Râșcani, Soroca, Șoldănești; Centru Călărași; Sud Cahul, Cimișlia
mare 987,0 - 1211,6	Nord – Drochia, Sângerei; Centru Ungheni; Sud Taraclia, UTA Găgăuzia
foarte mare 1211,7 - 1436,3	Mun. Chișinău; Nord Telenești; Centru Ialoveni, Orhei

Tabelul 2. Clasificarea localităților după nivelul morbidității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2004

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 266,4 - 511,7	Nord – Edineț, Șoldănești; Sud Cantemir, Căușeni
mic 511,8 - 757,1	Nord Briceni, Dondușeni, Fălești, Ocnița; Centru Dubăsari, Hânțești, Nisporeni, Strășeni; Sud Basarabeasca, Leova, Ștefan Vodă
mediu 757,2 - 1002,5	Nord Florești, Glodeni, Rezina, Rîșcani, Soroca; Centru Criuleni; Sud Cahul, Cimișlia, UTA Găgăuzia
mare 1002,6 - 1247,9	Mun. Bălți; Nord Drochia, Sîngerei, Telenești; Centru Anenii Noi, Călărași, Ungheni; Sud Taraclia
foarte mare 1248,0 - 1493,3	Mun. Chișinău; Centru Ialoveni, Orhei

Tabelul 3. Clasificarea localităților după nivelul morbidității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2005

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
<i>foarte mic</i> 410,0 - 671,5	Nord Dondușeni, Edineț, Ocnița, Șoldănești; Centru Hâncești, Strășeni; Sud Cahul, Canteмир, Căușeni
<i>mic</i> 671,6 - 933,1	Nord Briceni, Drochia, Fălești, Florești, Rezina, Râșcani, Soroca; Centru Călărași, Criuleni, Nisporeni; Sud Basarabeasca, Cimișlia, Leova, Ștefan Vodă
<i>mediu</i> 933,2 - 1194,7	Nord Glodeni, Sângerei; Centru Dubăsari, Ungheni; Sud UTA Găgăuzia
<i>mare</i> 1194,8 - 1456,3	Mun. Chișinău; Nord Telenești; Centru Anenii Noi, Orhei; Sud Taraclia
<i>foarte mare</i> 1456,4 - 1717,9	Mun. Bălți; Centru Ialoveni

Tabelul 4. Clasificarea localităților după nivelul morbidității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2006

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
<i>foarte mic</i> 253,4 - 514,0	Nord Edineț, Ocnița, Șoldănești; Sud Canteмир
<i>mic</i> 514,1 - 774,7	Nord Briceni, Dondușeni, Drochia, Fălești, Glodeni; Centru Dubăsari, Hâncești, Nisporeni, Strășeni; Sud Basarabeasca, Cahul, Căușeni, Cimișlia, Leova, Ștefan Vodă
<i>mediu</i> 774,8 - 1035,4	Nord Florești, Rezina, Râșcani, Sângerei, Soroca; Centru Călărași, Criuleni, Ungheni
<i>mare</i> 1035,5 - 1296,1	Mun. Chișinău; mun. Bălți; Centru Anenii Noi, Orhei; Sud Taraclia
<i>foarte mare</i> 1296,2 - 1556,8	Nord Telenești; Centru Ialoveni; Sud UTA Găgăuzia

Tabelul 5. Clasificarea localităților după nivelul morbidității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2007

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 303,8 - 535,3	Nord Drochia, Edineț, Șoldănești; Sud Cahul, Cantemir, Căușeni
mic 535,4 - 766,9	Nord Briceni, Dondușeni, Florești, Ocnița, Soroca; Centru Criuleni, Hâncești; Sud Basarabasca, Leova, Ștefan Vodă, UTA Găgăuzia
mediu 767,0 - 998,5	Nord Fălești, Glodeni, Rezina, Râșcani, Sângerei; Centru Călărași, Nisporeni, Strășeni
mare 998,6 - 1230,1	Mun. Chișinău; Centru Ungheni; Sud Taraclia
foarte mare 1230,2 - 1461,7	Mun. Bălți; Nord Telenești; Centru Anenii Noi, Dubăsari, Ialoveni, Orhei

Anexa 3

Tabelul 1. Clasificarea localităților după rezultatele examenelor preșcolarilor cu retard fizic, 2003

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
<i>foarte mic</i> 0,5 - 9,3	Mun. Chișinău; mun. Bălți; Nord Briceni, Dondușeni, Drochia, Edineț, Fălești, Florești, Glodeni, Ocnița, Rezina, Râșcani, Soroca, Șoldănești; Centru Anenii Noi, Dubăsari, Orhei, Strășeni; Sud Basarabeasca, Căușeni, Leova, Ștefan Vodă, UTA Găgăuzia
<i>mic</i> 9,4 - 18,2	Nord Sângerei, Telenești; Centru Criuleni, Hâncești, Nisporeni, Ungheni; Sud Cahul, Cimișlia, Taraclia
<i>mediu</i> 18,3 - 27,1	Centru
<i>mare</i> 27,2 - 36,0	Sud Cantemir
<i>foarte mare</i> 36,1 - 44,9	Centru Călărași

Tabelul 2. Clasificarea localităților după rezultatele examenelor preșcolarilor cu retard fizic, 2004

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
<i>foarte mic</i> 0,5 - 8,2	Mun. Chișinău; mun. Bălți; Nord Briceni, Dondușeni, Drochia, Edineț, Fălești, Florești, Ocnița, Rezina, Râșcani, Soroca, Șoldănești; Centru Strășeni; Sud Căușeni, Leova, Ștefan Vodă, UTA Găgăuzia
<i>mic</i> 8,3 - 16,0	Nord Glodeni, Sângerei, Telenești; Centru Anenii Noi, Dubăsari, Nisporeni, Ungheni; Sud Basarabeasca, Taraclia
<i>mediu</i> 16,1 - 23,8	Centru Hâncești, Ialoveni, Orhei; Sud Cahul, Cimișlia
<i>mare</i> 23,9 - 31,6	Centru Criuleni; Sud Cantemir
<i>foarte mare</i> 31,7 - 39,4	Centru Călărași

Tabelul 3. Clasificarea localităților după rezultatele examenelor ale preșcolarilor cu retard fizic, 2005

Nivelul (%)	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 0,7 - 7,4	Mun. Chișinău; mun. Bălți; Nord Briceni, Dondușeni, Edineț, Fălești, Florești, Glodeni, Ocnița, Râșcani, Soroca, Șoldănești; Centru Criuleni, Strășeni; Sud Leova, Ștefan Vodă
mic 7,5 - 14,1	Nord Drochia, Rezina, Sângerei, Telenești; Centru Anenii Noi, Dubăsari, Nisporeni, Orhei, Ungheni; Sud Cimișlia, Căușeni, Taraclia, UTA Găgăuzia
mediu 14,2 - 20,8	Centru Hâncești
mare 20,9 - 27,5	Centru Ialoveni; Sud Cahul, Cantemir
foarte mare 27,6 - 34,2	Centru Călărași, Basarabeasca,

Tabelul 4. Clasificarea localităților după rezultatele examenelor preșcolarilor cu retard fizic, 2006

Nivelul (%)	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 0,6 - 5,5	Mun. Chișinău; mun. Bălți; Nord Briceni, Dondușeni, Drochia, Edineț, Fălești, Florești, Ocnița, Soroca, Șoldănești; Centru Criuleni, Strășeni; Sud Cahul, Leova, Ștefan Vodă
mic 5,6 - 10,5	Nord Glodeni, Rezina, Râșcani, Sângerei, Telenești; Centru Anenii Noi, Nisporeni; Sud Căușeni, Taraclia, UTA Găgăuzia
mediu 10,6 - 15,5	Centru Dubăsari, Orhei, Ungheni; Sud Cimișlia
mare 15,6 - 20,5	Centru Hâncești; Sud Basarabeasca, Cantemir
foarte mare 20,6 - 25,5	Centru Călărași, Ialoveni

Tabelul 5. Clasificarea localităților după rezultatele examenelor preșcolarelor cu retard fizic, 2007

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
<i>foarte mic</i> 1,4 - 6,3	Mun. Chișinău; mun. Bălți; Nord Briceni, Dondușeni, Drochia, Edineț, Fălești, Florești, Ocnița, Soroca, Șoldănești; Centru Criuleni, Strășeni; Sud Leova, UTA Găgăuzia, Ștefan Vodă
<i>mic</i> 6,4 - 11,3	Nord Glodeni, Râșcani, Sângerei; Centru Anenii Noi, Dubăsari, Hâncești, Nisporeni, Orhei; Sud Căușeni, Taraclia
<i>mediu</i> 11,4 - 16,3	Nord Rezina, Telenești; Centru Ungheni; Sud Basarabeasca, Cahul, Cantemir, Cimișlia
<i>mare</i> 16,4 - 21,3	-
<i>foarte mare</i> 21,4 - 26,3	Centru Călărași, Ialoveni

Anexa 4

Tabelul 1. Clasificarea localităților după nivelul invalidității populației pediatrice, 2003

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 12,6 – 15,3	Mun. Chișinău; Nord Briceni, Edineț, Fălești, Glodeni, Rezina, Șoldănești; Centru Anenii Noi, Dubăsari, Hâncești, Nisporeni, Ungheni; Sud Cahul, Cantemir, Căușeni, Cimișlia, Leova, Taraclia
mic 15,4 – 18,0	Mun. Bălți; Nord Dondușeni, Drochia, Fălești, Florești, Râșcani, Soroca; Centru Călărași, Criuleni; Sud Basarabeasca, Ștefan Vodă
mediu 18,1 – 20,8	Nord Sângerei; Centru Ialoveni, Orhei, Strășeni
mare 20,9 – 23,5	Sud UTA Găgăuzia
foarte mare 23,6 – 26,2	Nord Ocnîța, Telenești

Tabelul 2. Clasificarea localităților după nivelul invalidității populației pediatrice, 2004

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 10,7 – 13,3	Centru Dubăsari; Sud Căușeni, Taraclia
mic 13,4 – 16,0	Mun. Chișinău; Nord Briceni; Sud Cahul, Cantemir, Cimișlia, Leova
mediu 16,1 – 18,7	Nord Fălești, Florești, Glodeni, Rezina; Centru Anenii Noi, Criuleni, Hâncești, Nisporeni, Ungheni; Sud Ștefan Vodă
mare 18,8 – 21,4	Mun. Bălți; Nord Dondușeni, Drochia, Edineț, Ocnîța, Râșcani, Șoldănești, Soroca; Centru Călărași, Ialoveni, Strășeni; Sud Basarabeasca
foarte mare 21,5 – 24,1	Nord Sângerei, Telenești; Centru Orhei; Sud UTA Găgăuzia

Tabelul 3. Clasificarea localităților după nivelul invalidității populației pediatrice, 2005

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 9,5 – 11,9	Sud Căușeni
mic 12,0 – 14,4	Sud Cahul, Cantemir
mediu 14,5 – 16,9	Mun. Chișinău; Nord Briceni, Dondușeni, Glodeni, Ocnița, Rezina; Centru Criuleni, Hânțești, Nisporeni, Ungheni; Sud Cimișlia, Leova, Taraclia
mare 17,0 – 19,5	Nord Drochia, Edineț, Fălești, Florești, Râșcani, Soroca, Șoldănești; Centru Anenii Noi, Călărași, Dubăsari, Ialoveni, Strășeni; Sud Basarabeasca UTA Găgăuzia
foarte mare 19,6 – 22,0	Mun. Bălți; Centru Orhei; Sud Ștefan Vodă

Tabelul 4. Clasificarea localităților după nivelul invalidității populației pediatrice, 2006

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
foarte mic 11,8 – 14,3	Sud Cahul, Cantemir
mic 14,4 – 16,9	Mun. Chișinău; Nord Briceni; Centru Călărași, Nisporeni, Ungheni; Sud Leova,
mediu 17,0 – 19,5	Nord Dondușeni, Fălești, Florești, Glodeni, Ocnița, Rezina, Râșcani; Centru Anenii Noi, Dubăsari, Hânțești; Sud Cimișlia, Taraclia
mare 19,6 – 22,1	Mun. Bălți; Nord Sângerei, Soroca, Șoldănești; Centru Criuleni, Ialoveni, Orhei, Strășeni; Sud Basarabeasca, Căușeni
foarte mare 22,2 – 24,7	Nord Drochia, Edineț, Telenești; Sud Ștefan Vodă, UTA Găgăuzia

Tabelul 5. Clasificarea localităților după nivelul invalidității populației pediatrice, 2007

Nivelul (‰)	Localitățile municipale / raionale
<i>foarte mic</i> 10,2 – 13,6	Sud Cantemir, Căușeni
<i>mic</i> 13,7 – 17,1	Mun. Chișinău; Centru Dubăsari; Sud Cahul
<i>mediu</i> 17,2 – 20,6	Nord Briceni, Dondușeni, Florești, Glodeni, Rezina; Centru Anenii Noi, Călărași, Criu- leni, Hâncești, Nisporeni, Ungheni; Sud Ci- mișlia, Leova
<i>mare</i> 20,7 – 24,1	Mun. Bălți; Nord Drochia, Edineț, Fălești, Ocnița, Râșcani, Sângerei, Soroca, Șoldă- nești; Centru Ialoveni, Strășeni; Sud Basara- beasca, Ștefan Vodă, UTA Găgăuzia
<i>foarte mare</i> 24,2 - 27,6	Nord Telenești; Centru Orhei; Sud Taraclia

Semne de pericol pentru viața, sănătatea și dezvoltarea copilului sub vârsta de 5 ani

		1 săptămână - 2 luni	2 luni - 5 ani
Semne de pericol	Viața <u>fâsie roșie</u> adresare după ajutorul medical în mod urgent, în timp de 1-2 ore	1. Somnolență, trezire dificilă, este letargic, fără cunoștință; 2. Convulsii în anamneza acestei boli; 3. Convulsii la momentul examinării; 4. Nu poate bea lichide sau suga piept; 5. Vomă după fiecare hrană sau înghițitură, băutură 6. Se mișcă mai puțin ca de obicei; 7. Gâfâie / geme	
	Sănătatea <u>fâsie galbenă</u> adresare după ajutorul medical în timp de 24 de ore	– febră – tuse – semne catarale, respiratorii (respirație accelerată), dureri în gât – vomă, diaree (cu sânge în scaun) – semne ce indică afectarea stării de sănătate	
	Dezvoltare <u>fâsie verde</u> adresare după ajutorul medical în timp de 2-3 zile	văzul <ul style="list-style-type: none"> • strânge pleoapele, ridică / întoarce capul pentru a privi la muchiile și colțurile obiectelor • închide un ochi • adesea dă peste lucruri sau cade la joacă • se plânge că îl dor ochii • are pleoapele roșii sau cu secreții • se uită cruciș uneori/întotdeauna cu unul sau ambii ochi • ține adesea cărți sau alte obiecte foarte aproape de ochi auzul <ul style="list-style-type: none"> • nu se întoarce atunci când îl chemați încet • prezintă reacție accentuată la zgomotele neașteptate • nu este atent la muzică sau povești mai mult de 5 minute 	

- are vorbirea neobișnuit de neclară în comparație cu alți copii
- folosește mai mult gesturile decât cuvintele pentru a comunica
- îl doare frecvent urechea sau îi supurează
- întoarce mereu aceeași ureche la un sunet sau când vrea să audă mai bine
- nu răspunde când îl chemi din altă cameră

motricitatea

- o parte a corpului este mai bine coordonată când merge sau fuge
- îi tremură mâinile sau este neîndemânic când execută sarcini de coordonare motorie fină
- nu-și poate ține echilibrul într-un picior pentru scurt timp la vârsta de 4 ani
- nu poate prinde mingea mare care a fost aruncată de către el (la vârsta de 5 ani)

comportamentul cu adulții – copilul:

- se opune despărțirii cu părinții
- se ferește din timiditate de adulții necunoscuți
- are un număr mare de comportamente prin care vrea să atragă atenția

comportamentul cu alți copii – copilul:

- se angajează numai în joc solitar sau paralel
- evită anumiți copii
- se simte atras numai de un anumit copil
- adesea perturbă jocul altor copii
- nu participă la jocul de grup sau pe roluri (la vârsta de 4 ani)
- nu se împarte cu alții și nu știe să-și aștepte rândul (la vârsta de 5 ani)

comportamentul individual – copilul:

- prezintă comportament autoagresiv
- are comportament autostimulator (stereotipuri)

- reacționează exagerat la stimuli neașteptați (zgomotele puternice, sonore)
- are puține aptitudini adaptive sau de rezolvare a problemelor
- manifestă comportamente respective pe perioade neobișnuit de lungi
- reacționează neobișnuit de puternic la atingerea unor substanțe sau texturi
- nu pare să-i placă să fie atins de alte persoane
- are probleme cu controlul sfincterului cel puțin o dată pe săptămâna (după vârsta de 4 ani)

limbajul

- nu se arată interesat de cărți sau povești
- nu execută comenzi verbale simple
- nu vorbește deloc (la 2 ani)
- repetă ca un ecou întrebări/alt material verbal (sub vârsta de 3 ani)
- nu formulează propoziții simple (după vârsta de 4 ani)
- nu este înțeles de persoanele din afara familiei (la vârsta de 5 ani)

aptitudini cognitive

- nu poate răspunde la întrebări simple (după vârsta de 3 ani)
- nu dă răspunsuri rezonabile la întrebările cum ar fi: „*Ce faci când ți-e somn?*”, „*Ce faci când ți-e foame?*” (după vârsta de 4 ani)
- nu are abilități simple de rezolvare a problemelor, cum ar fi întregirea imaginilor din bucățele sau respectarea unei ordini în înșirarea mărgelilor (după vârsta de 4 ani)
- nu pare să înțeleagă semnificația cuvintelor „azi”, „măine” sau „ieri” (la vârsta de 5 ani)
- nu prezintă abilități de memorare, cum ar fi repetarea unor scurte secvențe sau numere sau să găsească obiectul ce lipsește dintr-un grup de obiecte (după vârsta de 5 ani)

Tabelul 1, A. Nivelul mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2003-2007 (%₀₀)

	2003	2004	2005	2006	2007	M ± m	2008	2009	M ± m
RDD mun. Chișinău	12,3	9,5	10,9	11,7	9,6	10,80±0,56	10,2	11,4	10,80±0,41
RDD „Nord”	-	-	-	-	-	-	15,5	14,6	15,05±0,45
mun. Bălți	13,3	13,4	17,6	8,9	10,7	12,78±1,47	13,7	9,9	12,50±1,11
Briceni	25,6	16,0	17,3	22,2	18,6	19,94±1,75	13,0	17,0	18,53±1,58
Dondușeni	19,0	13,5	14,4	22,2	15,5	16,92±1,61	7,6	17,1	15,61±1,74
Drochia	6,6	19,3	16,5	13,1	9,4	13,24±3,92	11,8	9,7	12,34±1,66
Edineț	19,7	17,4	13,9	22,7	19,8	18,70±1,47	15,8	13,8	17,59±1,26
Fălești	22,5	16,9	27,2	17,3	18,4	20,46±1,96	18,3	13,7	19,19±1,65
Florești	37,1	16,8	10,2	12,5	17,7	18,86±4,76	16,2	18,0	18,36±3,31
Glodeni	11,1	14,8	18,8	7,6	10,0	12,46±1,96	13,1	23,6	14,14±2,08
Ocnîța	20,8	26,0	21,0	15,7	12,3	19,16±2,37	3,7	11,4	15,84±2,82
Râșcani	10,6	12,8	23,9	14,6	13,0	14,98±2,32	20,2	9,7	14,97±1,97
Sângerei	19,5	17,8	15,9	11,3	14,6	15,82±1,40	17,6	16,8	16,21±1,01
Soroca	9,6	15,6	8,6	8,5	17,4	11,94±1,89	18,9	17,9	13,79±1,77
RDD „Centru”	-	-	-	-	-	-	17,6	15,1	16,35±1,25

Anenii Noi	20,5	16,8	11,8	20,4	15,3	16,96±1,64	13,1	12,9	15,83±1,35
Călărași	16,7	12,0	19,9	17,5	9,1	15,04±1,96	10,1	19,1	14,91±1,67
Criuleni	16,8	10,5	15,9	16,1	12,5	14,36±1,22	9,1	23,0	14,84±1,76
Dubăsari	2,8	11,5	8,5	13,4	16,1	10,46±2,28	21,4	12,1	12,26±2,20
Hâncești	25,0	19,3	20,0	19,8	18,6	20,54±1,14	17,5	19,3	19,96±0,90
Ialoveni	23,2	19,0	14,6	14,7	14,5	17,20±1,73	15,7	14,9	16,66±1,24
Nisporeni	23,5	24,9	21,4	22,8	13,9	21,30±1,93	16,3	15,0	19,69±1,69
Orhei	19,9	13,3	16,4	12,0	16,1	15,54±1,37	18,1	16,1	15,99±1,01
Rezina	16,3	11,8	19,6	16,5	20,9	17,02±1,58	33,2	13,3	18,80±2,69
Strașeni	17,2	12,9	19,3	9,7	9,3	15,54±1,99	17,3	10,0	13,67±1,59
Șoldănești	17,6	15,7	29,4	19,9	20,2	20,56±2,36	13,1	10,6	18,07±2,30
Telenești	21,6	12,6	16,1	16,2	16,2	16,54±1,44	12,6	14,1	15,63±1,16
Ungheni	16,6	19,8	20,4	13,4	12,6	16,56±1,59	17,2	12,6	16,09±1,25
RDD „Sud”	-	-	-	-	-	-	16,2	16,0	16,10±0,10
Basarabeasca	23,7	13,6	23,8	16,7	18,8	19,32±1,99	13,6	21,5	18,81±1,65
Cahul	22,5	17,8	15,9	16,9	18,1	18,24±1,13	11,5	21,1	17,69±1,35
Cantemir	22,1	25,8	13,5	14,5	13,4	17,86±2,56	21,6	15,0	17,99±1,91
Căușeni	17,1	14,3	14,7	13,2	20,5	15,96±1,30	11,2	8,3	14,19±1,49

Cimișlia	25,4	22,4	26,6	7,2	13,3	18,98±3,76	15,2	17,2	18,19±2,65
Leova	31,4	12,8	18,6	6,9	20,5	18,04±4,10	17,8	21,5	18,50±2,87
Ștefan Vodă	13,1	18,8	9,4	14,3	12,2	13,56±1,54	18,9	11,1	13,97±1,39
Taracia	11,8	30,1	14,6	4,5	15,9	15,38±4,18	14,8	16,2	15,41±2,89
RDD „UTA Găgăuzia”	20,0	15,8	8,9	15,0	13,7	14,68±1,79	14,2	15,0	14,66±1,24
Comrat	-	-	4,8	11,6	13,0	9,80±2,53	18,1	13,3	12,16±2,14
Ceadâr-Lunga	-	-	14,8	15,8	16,2	15,60±0,42	10,8	16,7	14,86±1,06
Vulcănești	-	-	3,7	24,0	7,9	11,87±6,19	11,5	15,5	12,52±3,47
Total pe raioane	19,2	16,9	16,6	14,9	15,2	16,56±0,76	15,5	15,2	16,21±0,57
Total pe municipii	12,5	10,1	12,0	11,3	9,8	11,14±0,52	10,8	11,1	11,09±0,36
Total pe republică	17,8	15,3	15,6	15,6	14,0	15,66±0,61	14,4	14,3	15,29±0,49

Tabelul 1, B. Nivelul mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2003-2010 (%)

	2008	2009	2010	M ± m
RDD mun. Chișinău	10,2	11,4	9,9	10,80±0,41
RDD „Nord”	15,5	14,6	13,1	15,05±0,45
mun. Bălți	13,7	9,9	8,3	12,50±1,11
Briceni	13,0	17,0	15,0	18,53±1,58
Dondușeni	7,6	17,1	16,5	15,61±1,74
Drochia	11,8	9,7	11,1	12,34±1,66
Edineț	15,8	13,8	13,5	17,59±1,26
Fălești	18,3	13,7	11,8	19,19±1,65
Florești	16,2	18,0	16,3	18,36±3,31
Glodeni	13,1	23,6	10,0	14,14±2,08
Ocnița	3,7	11,4	23,7	15,84±2,82
Râșcani	20,2	9,7	11,8	14,97±1,97
Sângerei	17,6	16,8	14,1	16,21±1,01
Soroca	18,9	17,9	13,3	13,79±1,77
RDD „Centru”	17,6	15,1	16,6	16,35±1,25
Anenii Noi	13,1	12,9	14,2	15,83±1,35
Călărași	10,1	19,1	18,3	14,91±1,67
Criuleni	9,1	23,0	19,4	14,84±1,76
Dubăsari	21,4	12,1	19,3	12,26±2,20
Hâncești	17,5	19,3	17,9	19,96±0,90
Ialoveni	15,7	14,9	13,7	16,66±1,24
Nisporeni	16,3	15,0	18,8	19,69±1,69
Orhei	18,1	16,1	12,5	15,99±1,01
Rezina	33,2	13,3	11,9	18,80±2,69
Strășeni	17,3	10,0	12,9	13,67±1,59
Șoldănești	13,1	10,6	22,4	18,07±2,30
Telenești	12,6	14,1	22,1	15,63±1,16
Ungheni	17,2	12,6	18,5	16,09±1,25
RDD „Sud”	16,2	16,0	12,8	16,10±0,10
Basarabeasca	13,6	21,5	12,4	18,81±1,65

Cahul	11,5	21,1	11,2	17,69±1,35
Cantemir	21,6	15,0	15,4	17,99±1,91
Căușeni	11,2	8,3	11,0	14,19±1,49
Cimișlia	15,2	17,2	21,1	18,19±2,65
Leova	17,8	21,5	16,4	18,50±2,87
Ștefan Vodă	18,9	11,1	6,0	13,97±1,39
Taraclia	14,8	16,2	15,1	15,41±2,89
RDD „UTA Găgăuzia”	14,2	15,0	14,2	14,66±1,24
Comrat	18,1	13,3	11,5	12,16±2,14
Ceadâr-Lunga	10,8	16,7	16,6	14,86±1,06
Vulcănești	11,5	15,5	14,1	12,52±3,47
Total pe raioane	15,5	15,2	14,8	16,21±0,57
Total pe municipii	10,8	11,1	9,6	11,09±0,36
Total pe republică	14,4	14,3	13,6	15,29±0,49

Tabelul 2, A. Nivelul incidenței morbidității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2003-2009 (%o)

	2003	2004	2005	2006	2007	M ± m	2008	2009	M ± m
RDD mun. Chișinău	1295,8	1315,2	1359,9	1178,7	1196,6	1269,24±35,01	1216,4	1414,5	1269,24±35,01
RDD „Nord”	-	-	-	-	-	-	788,6	917,6	853,10±64,50
mun. Bălți	900,4	1083,5	1477,9	1139,7	1281,6	1176,62±96,98	1042,9	1240,9	1110,36±48,13
Briceni	538,9	625,1	687,4	547,4	660,0	611,76 ±29,73	619,3	745,8	631,99±27,96
Dondușeni	524,2	598,4	581,0	674,6	655,1	606,66± 26,92	645,9	639,0	616,89±19,73
Drochia	1204,4	1020,7	882,6	542,4	471,0	824,22±139,77	576,6	798,6	785,19±102,59
Edineț	313,1	295,6	484,6	512,2	412,5	403,60±43,75	513,6	538,1	438,53±37,78
Fălești	715,8	716,6	696,3	742,8	933,8	761,06±43,81	835,2	780,4	774,41±32,00
Florești	819,6	787,6	924,1	863,4	700,2	818,98±37,49	852,4	848,0	827,90±26,51
Glodeni	744,1	948,0	1046,5	760,7	986,8	897,22±61,23	1081,0	1008,9	939,43±50,88
Ocnîța	629,3	694,9	596,0	468,8	596,5	597,10±36,79	501,3	595,6	583,20±28,82
Râșcani	834,4	852,6	784,4	886,4	886,0	848,76±18,93	887,6	1194,0	903,63±50,42
Sângerei	1045,2	1118,2	1012,3	940,3	929,4	1009,08±34,86	972,1	1290,0	1043,93±47,83
Soroca	790,2	833,9	704,3	776,8	565,2	734,08±47,09	616,5	800,6	726,79±38,49

RDD „Centru”	-	-	-	-	-	-	-	-	967,4	1021,7	994,55±27,15
Anenii Noi	686,9	1203,8	1276,1	1069,2	1281,8	1103,56±110,9	1311,8	1264,0	1311,8	1264,0	1156,23±83,96
Călărași	902,9	1085,0	913,4	950,9	925,8	955,60±33,33	934,4	898,8	934,4	898,8	944,46±24,41
Criuleni	661,4	962,2	900,5	961,7	707,6	838,68±64,35	749,1	857,1	749,1	857,1	828,51±46,41
Dubăsari	615,1	621,8	1000,0	733,2	1259,6	845,94±124,72	1323,2	1505,0	1323,2	1505,0	828,51±46,41
Hâncești	572,1	560,0	623,3	638,2	668,9	612,50±20,43	567,6	580,7	567,6	580,7	599,67±16,35
Ialoveni	1434,4	1493,3	1717,9	1556,8	1458,1	1532,10±50,83	1500,6	1503,2	1500,6	1503,2	1523,47±35,51
Nisporeni	635,4	580,2	707,0	684,6	826,0	686,64±41,11	703,3	764,7	703,3	764,7	700,17±30,43
Orhei	1317,2	1250,7	1363,7	1275,6	1408,3	1323,10±28,67	894,7	1070,2	894,7	1070,2	1225,77±68,59
Rezina	931,0	919,0	887,3	879,1	863,1	895,90±12,64	858,3	847,1	858,3	847,1	883,56±11,88
Strășeni	587,4	592,9	604,8	669,8	908,7	672,72±60,81	873,8	932,9	873,8	932,9	738,61±60,09
Șoldănești	841,2	266,5	539,3	253,8	304,0	440,96±112,71	310,8	374,2	310,8	374,2	412,83±80,17
Telenești	1436,3	1231,8	1364,5	1313,8	1461,7	1361,62±41,69	1338,7	1478,6	1338,7	1478,6	1375,06±33,69
Ungheni	1165,4	1193,4	1180,9	1030,7	1060,8	1126,24±33,49	1069,7	1096,1	1069,7	1096,1	1113,86±24,63
RDD „Sud”	-	-	-	-	-	-	582,5	618,4	582,5	618,4	600,45±17,95
Basarabeasca	678,3	689,7	905,9	665,7	632,6	714,44±48,81	840,0	932,6	840,0	932,6	763,54±47,34
Cahul	820,8	798,7	671,4	619,1	344,2	650,84±85,50	182,3	368,7	182,3	368,7	543,60±93,20
Cantemir	367,4	362,9	424,3	355,5	365,2	375,06±12,47	539,9	558,9	539,9	558,9	424,87±33,35
Căușeni	502,0	417,1	410,4	530,0	485,5	469,00±23,67	550,6	577,5	550,6	577,5	496,16±24,14
Cimișlia	864,2	825,6	879,6	745,3	689,8	800,90±36,23	769,3	710,2	769,3	710,2	783,43±28,17

Leova	699,3	703,9	753,8	735,9	766,4	731,86±13,29	835,5	696,3	741,59±18,82
Ștefan Vodă	679,5	749,2	695,7	645,7	707,3	695,48±16,97	718,2	761,7	708,19±15,06
Taraclia	1088,5	1174,2	1219,0	1189,9	1046,6	1143,64±32,57	952,6	873,3	1077,73±48,89
RDD „UTA Găgău- zia”	1127,4	944,6	1160,5	1039,8	761,9	1006,84±71,80	818,2	999,2	978,80±56,32
Comrat	-	-	1017,4	877,9	398,9	764,73±187,29	590,4	880,1	752,94±112,58
Ceadâr-Lunga	-	-	1172,4	1122,3	1014,3	1103,00±46,65	890,2	965,0	1032,84±51,37
Vulcănești	-	-	1625,8	1329,8	1213,9	1389,83±122,64	1371,6	1491,3	1406,48±70,53
Total pe raioane	840,7	845,5	884,0	821,2	818,8	842,0±11,72	807,1	884,9	843,17±11,75
Total pe municipii	1232,8	1277,4	1378,0	1173,5	1210,1	1254,36±35,19	1189,5	1388,8	1264,30±33,23
Total pe republică	921,8	937,0	991,1	899,9	913,5	932,66±15,79	903,6	1017,1	940,57±17,27

Tabelul 2, B. Nivelul incidenței morbidității copiilor sub vârsta de 5 ani, 2008-2010 (‰)

	2008	2009	2010	M ± m
RDD mun. Chișinău	1216,4	1414,5	1440,5	1269,24±35,01
RDD „Nord”	788,6	917,6	995,4	853,10±64,50
mun. Bălți	1042,9	1240,9	1412,6	1110,36±48,13
Briceni	619,3	745,8	1021,0	631,99±27,96
Dondușeni	645,9	639,0	701,0	616,89±19,73
Drochia	576,6	798,6	724,2	785,19±102,59
Edineț	513,6	538,1	520,5	438,53±37,78
Fălești	835,2	780,4	867,6	774,41±32,00
Florești	852,4	848,0	1224,8	827,90±26,51
Glodeni	1081,0	1008,9	855,1	939,43±50,88
Ocnia	501,3	595,6	676,7	583,20±28,82
Râșcani	887,6	1194,0	905,7	903,63±50,42
Sângerei	972,1	1290,0	1443,2	1043,93±47,83
Soroca	616,5	800,6	884,3	726,79±38,49
RDD „Centru”	967,4	1021,7	1069,7	994,55±27,15
Anenii Noi	1311,8	1264,0	720,7	1156,23±83,96
Călărași	934,4	898,8	968,5	944,46±24,41
Criuleni	749,1	857,1	841,3	828,51±46,41
Dubăsari	1323,2	1505,0	1331,7	828,51±46,41
Hâncești	567,6	580,7	602,3	599,67±16,35
Ialoveni	1500,6	1503,2	1544,6	1523,47±35,51
Nisporeni	703,3	764,7	858,7	700,17±30,43
Orhei	894,7	1070,2	1086,2	1225,77±68,59
Rezina	858,3	847,1	890,8	883,56±11,88
Strășeni	873,8	932,9	1615,7	738,61±60,09
Șoldănești	310,8	374,2	603,4	412,83±80,17
Telenești	1338,7	1478,6	1614,0	1375,06±33,69
Ungheni	1069,7	1096,1	1069,5	1113,86±24,63
RDD „Sud”	582,5	618,4	676,2	600,45±17,95
Basarabasca	840,0	932,6	840,2	763,54±47,34

Cahul	182,3	368,7	471,9	543,60±93,20
Cantemir	539,9	558,9	567,4	424,87±33,35
Căușeni	550,6	577,5	722,1	496,16±24,14
Cimișlia	769,3	710,2	768,5	783,43±28,17
Leova	835,5	696,3	633,4	741,59±18,82
Ștefan Vodă	718,2	761,7	807,1	708,19±15,06
Taraclia	952,6	873,3	1014,4	1077,73±48,89
RDD „UTA Găgăuzia”	818,2	999,2	1076,1	978,80±56,32
Comrat	590,4	880,1	1070,5	752,94±112,58
Ceadâr-Lunga	890,2	965,0	1091,3	1032,84±51,37
Vulcănești	1371,6	1491,3	1045,8	1406,48±70,53
Total pe raioane	807,1	884,9	943,0	843,17±11,75
Total pe municipii	1189,5	1388,8	1436,5	1264,30±33,23
Total pe republică	903,6	1017,1	1076,9	940,57±17,27

Tabelul 3. A. Rezultatele examinărilor preșcolarălor cu retard fizic, 2003-2009 (%o)

	2003	2004	2005	2006	2007	M ± m	2008	2009	M ± m
RDD mun. Chișinău	4,4	6,3	5,0	4,8	6,1	5,32±0,37	2,0	1,7	4,33±0,69
RDD „Nord”	-	-	-	-	-	-	3,8	3,9	3,85±0,05
mun. Bălți	7,7	5,6	5,7	3,2	5,2	5,48±0,72	3,4	2,5	4,76±0,69
Briceni	0,6	2,4	2,1	1,7	2,1	1,78±0,32	1,4	1,7	1,71±0,22
Dondușeni	7,2	4,6	-	4,4	4,3	5,13±0,69	2,9	5,7	4,85±0,59
Drochia	7,0	7,2	7,7	4,0	4,6	6,10±0,75	3,3	3,6	5,34±0,71
Edineț	2,8	1,8	2,2	3,5	2,6	2,58±0,28	3,1	1,4	2,49±0,28
Fălești	5,2	5,4	3,1	3,4	4,4	4,30±0,46	2,5	2,7	3,81±0,45
Florești	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,8	0,5	0,65±0,15
Glodeni	8,5	8,6	6,1	7,4	9,8	8,08±0,62	7,3	8,3	8,00±0,45
Ocnîța	4,2	1,9	3,1	2,6	2,9	2,94±0,37	2,8	2,2	2,81±0,28
Râșcani	4,1	5,1	5,3	7,0	8,8	6,06±0,83	5,2	8,1	6,23±0,66
Sângerei	13,2	10,2	9,2	8,7	7,9	9,84±0,92	7,9	5,2	8,90±0,93
Soroca	2,7	3,9	6,7	3,6	4,7	4,32±0,68	4,7	7,2	4,79±0,62
RDD „Centru”	-	-	-	-	-	-	11,8	11,5	11,65±0,15
Anenii Noi	8,1	8,3	9,9	9,1	9,3	8,94±0,33	8,5	4,4	8,23±0,68
Călărași	44,9	39,4	34,2	23,7	26,3	33,70±3,96	17,9	20,2	29,51±3,84

Criuleni	11,8	13,4	4,5	5,2	3,9	7,76±2,00	4,9	4,8	6,93±1,48
Dubăsari	9,3	9,4	10,2	13,4	15,9	11,64±1,30	3,9	3,9	9,43±1,69
Hâncești	16,5	16,7	19,0	17,7	16,1	17,20±0,52	15,7	15,7	16,77±0,46
Ialoveni	19,0	23,1	24,1	25,5	23,2	22,98±1,08	18,9	18,3	21,73±1,10
Nisporeni	14,9	9,1	8,9	8,7	8,4	10,00±1,23	3,4	8,3	21,14±1,45
Orhei	2,1	17,6	10,3	15,5	11,2	11,34±2,67	22,5	15,3	13,50±2,44
Rezina	8,4	7,4	12,3	7,6	13,2	9,78±1,23	5,5	7,5	8,84±1,07
Strășeni	6,8	5,2	4,4	4,4	5,5	5,26±0,44	8,6	10,8	6,53±0,91
Șoldănești	3,4	3,2	6,4	1,3	1,4	3,14±0,92	3,3	1,1	2,87±0,70
Telenești	10,5	12,2	13,7	9,4	14,4	12,04±0,94	11,1	10,2	11,64±0,70
Ungheni	10,7	11,0	11,7	12,1	12,8	11,66±0,38	13,0	12,7	12,0±0,34
RDD „Sud”	-	-	-	-	-	-	8,3	7,4	7,85±0,45
Basarabeasca	8,6	8,8	34,2	16,4	14,9	16,58±4,68	24,4	15,4	17,53±3,43
Cahul	15,1	22,2	24,3	5,1	11,6	15,66±3,51	4,3	10,9	13,36±2,93
Cantemir	29,8	25,9	22,0	20,1	14,4	22,44±2,61	15,2	12,2	19,94±2,44
Căușeni	8,9	5,7	9,2	10,2	8,9	8,58±0,76	8,8	5,3	8,14±0,71
Cimișlia	10,7	16,5	11,0	11,8	14,6	12,92±1,13	14,8	10,2	12,80±0,93
Leova	1,5	0,6	0,8	0,8	1,3	1,00±0,17	1,0	1,3	1,04±0,13

Ștefan Vodă	1,8	4,9	3,9	4,0	6,3	4,18±0,73	1,7	0,8	3,34±0,75
Taraclia	12,7	14,4	12,9	6,9	9,5	11,28±1,36	8,0	8,0	10,34±1,11
RDD „UTA Găgăuzia”	8,5	7,9	8,3	8,3	5,5	7,70±0,56	5,8	6,1	7,20±0,50
Comrat	-	-	11,5	9,2	4,3	8,33±2,12	3,4	5,4	6,76±1,54
Ceadâr-Lunga	-	-	7,6	12,0	8,3	9,30±1,37	8,5	8,1	8,90±0,79
Vulcănești	-	-	0,0	0,7	-	0,7±0,0	4,2	1,3	2,07±1,08
Total pe raioane	9,7	10,8	10,5	9,1	9,3	9,88±0,33	8,2	8,0	9,37±0,40
Total pe municipii	4,9	6,2	5,1	4,5	6,0	5,34±0,33	2,2	1,8	4,39±0,66
Total pe republică	8,6	9,7	9,2	8,0	8,5	8,80±0,29	6,7	6,4	8,16±0,46

Tabelul 3. B. Rezultatele examinărilor profilactice ale preșcolărilor cu retard fizic, 2008-2009 (%o)

	2008	2009	2010	M ± m
RDD mun. Chișinău	2,0	1,7		4,33±0,69
RDD „Nord”	3,8	3,9		3,85±0,05
mun. Bălți	3,4	2,5		4,76±0,69
Briceni	1,4	1,7		1,71±0,22
Dondușeni	2,9	5,7		4,85±0,59
Drochia	3,3	3,6		5,34±0,71
Edineț	3,1	1,4		2,49±0,28
Fălești	2,5	2,7		3,81±0,45
Florești	0,8	0,5		0,65±0,15
Glodeni	7,3	8,3		8,00±0,45
Ocnița	2,8	2,2		2,81±0,28
Râșcani	5,2	8,1		6,23±0,66
Sângerei	7,9	5,2		8,90±0,93
Soroca	4,7	7,2		4,79±0,62
RDD „Centru”	11,8	11,5		11,65±0,15
Anenii Noi	8,5	4,4		8,23±0,68
Călărași	17,9	20,2		29,51±3,84
Criuleni	4,9	4,8		6,93±1,48
Dubăsari	3,9	3,9		9,43±1,69
Hâncești	15,7	15,7		16,77±0,46
Ialoveni	18,9	18,3		21,73±1,10
Nisporeni	3,4	8,3		21,14±1,45
Orhei	22,5	15,3		13,50±2,44
Rezina	5,5	7,5		8,84±1,07
Strășeni	8,6	10,8		6,53±0,91
Șoldănești	3,3	1,1		2,87±0,70
Telenești	11,1	10,2		11,64±0,70
Ungheni	13,0	12,7		12,0±0,34
RDD „Sud”	8,3	7,4		7,85±0,45
Basarabeasca	24,4	15,4		17,53±3,43
Cahul	4,3	10,9		13,36±2,93

Cantemir	15,2	12,2		19,94±2,44
Căușeni	8,8	5,3		8,14±0,71
Cimișlia	14,8	10,2		12,80±0,93
Leova	1,0	1,3		1,04±0,13
Ștefan Vodă	1,7	0,8		3,34±0,75
Taraclia	8,0	8,0		10,34±1,11
RDD „UTA Găgăuzia”	5,8	6,1		7,20±0,50
Comrat	3,4	5,4		6,76±1,54
Ceadâr-Lunga	8,5	8,1		8,90±0,79
Vulcănești	4,2	1,3		2,07±1,08
Total pe raioane	8,2	8,0		9,37±0,40
Total pe municipii	2,2	1,8		4,39±0,66
Total pe republică	6,7	6,4		8,16±0,46

Tabelul 4, A. Nivelul invalidității populației pediatrice (sub 16 ani), 2003-2009 (%o)

	2003	2004	2005	2006	2007	M ± m	2008	2009	M ± m
RDD mun. Chișinău	13,8	15,5	17,0	15,6	15,7	15,52±0,51	15,7	16,4	15,67±0,37
RDD „Nord”	-	-	-	-	-	-	20,6	21,9	21,25±0,65
mun. Bălți	17,7	19,7	21,5	20,5	21,0	20,08±0,67	21,5	21,1	20,43±0,51
Briceni	13,0	15,3	17,5	20,8	19,2	17,16±1,38	17,9	21,5	17,89±1,13
Dondușeni	15,7	19,4	18,0	18,8	20,3	18,44±0,78	19,6	21,6	19,06±0,71
Drochia	16,1	19,3	20,5	22,1	23,7	20,34±1,29	23,2	24,3	21,31±1,09
Edineț	14,6	20,4	19,6	24,3	21,0	19,98±1,56	25,7	27,0	21,80±1,60
Fălești	16,2	18,3	19,3	18,3	20,6	18,54±0,72	19,0	20,3	18,86±0,56
Florești	16,1	18,4	19,4	19,2	19,1	18,44±0,61	19,4	21,0	18,94±0,56
Glodeni	15,0	17,2	16,7	18,2	18,8	17,18±0,66	17,7	18,3	17,41±0,48
Ocnîța	26,2	19,8	15,9	17,6	20,7	20,04±1,75	19,0	24,0	20,46±1,35
Râșcani	16,1	20,9	20,5	19,2	22,5	19,84±1,07	20,5	23,9	20,51±0,94
Sângerei	19,8	21,5	21,5	20,2	22,2	21,04±0,45	19,3	19,8	20,61±0,42
Soroca	17,3	19,4	20,1	20,3	22,0	19,82±0,76	22,2	22,2	20,50±0,68
RDD „Centru”	-	-	-	-	-	-	19,7	20,8	20,25±0,55
Anenii Noi	14,6	18,2	18,3	18,5	18,3	17,58±0,75	17,2	19,1	17,74±0,57
Călărași	16,7	19,0	18,5	16,7	20,2	18,22±0,68	17,7	19,9	18,39±0,54

Criuleni	15,9	15,9	17,2	19,5	20,1	17,72±0,89	21,4	22,6	18,94±1,01
Dubăsari	15,0	12,8	18,4	17,2	14,0	15,48±1,03	18,7	21,0	16,73±1,10
Hâncești	14,0	16,7	16,4	16,8	17,9	16,36±0,64	15,2	16,0	16,14±0,47
Ialoveni	18,6	18,7	19,3	20,2	21,2	19,60±0,49	23,2	24,0	20,74±0,82
Nisporeni	14,9	16,2	16,2	15,2	17,8	16,06±0,51	15,9	16,6	16,11±0,36
Orhei	19,9	23,0	21,4	20,9	27,4	22,52±1,32	21,4	25,3	22,76±1,02
Rezina	13,3	15,9	17,9	18,2	18,4	16,74±0,97	21,8	22,3	18,26±1,19
Strășeni	18,6	20,7	20,7	21,3	22,0	20,66±0,57	23,5	22,4	21,31±0,59
Șoldănești	13,6	19,9	21,0	21,3	22,2	19,60±1,54	20,6	22,3	20,13±1,13
Telenești	23,9	23,4	24,0	23,8	25,5	24,12±0,36	24,8	25,6	24,43±0,33
Ungheni	15,3	17,0	16,6	16,3	18,9	16,82±0,59	16,9	16,6	16,80±0,41
RDD „Sud”	-	-	-	-	-	-	17,7	19,5	18,60±0,90
Basarabasca	16,0	18,9	18,3	20,3	22,9	19,28±1,14	23,1	26,2	19,28±1,31
Cahul	13,5	13,9	14,5	13,6	15,8	14,26±0,42	16,4	17,4	15,01±0,58
Cantemir	13,0	14,0	13,8	11,8	10,2	12,56±0,71	21,3	22,6	15,24±1,80
Căușeni	12,6	10,7	9,5	20,7	13,4	13,38±1,95	11,4	15,1	13,34±1,41
Cimișlia	14,4	15,0	16,9	17,4	19,3	16,60±0,88	17,7	19,5	16,90±0,65
Leova	14,3	15,3	15,8	16,6	17,8	15,96±0,59	16,6	19,4	16,54±0,63
Ștefan Vodă	16,8	16,7	21,8	23,0	22,2	20,10±1,38	19,9	20,2	20,09±0,95
Taraclia	12,9	11,3	16,4	18,1	26,1	16,96±2,58	23,0	24,6	18,91±2,19

RDD „UTA Găgăuzia”	21,2	23,6	18,4	22,3	23,8	21,86±0,98	24,4	25,1	22,69±0,87
Comrat	-	-	11,0	22,3	21,0	18,10±3,57	21,8	22,3	19,68±2,18
Ceadâr-Lunga	-	-	25,5	25,7	27,4	26,20±0,60	27,8	28,9	27,06±0,65
Vulcănești	-	-	21,7	20,3	22,2	21,40±0,57	23,8	22,7	22,14±0,58
Total pe raioane	16,4	18,1	18,2	19,1	20,3	18,42±0,64	19,8	21,2	19,01±0,61
Total pe municipii	14,5	16,2	17,7	16,4	16,6	16,28±0,52	16,7	17,2	16,47±0,38
Total pe republică	16,0	17,7	18,1	18,5	19,5	17,96±0,57	19,1	20,3	18,46±0,53

Tabelul 5, A. Nivelul mortalității infantile, 2003-2009 (%o)

	2003	2004	2005	2006	2007	M ± m	2008	2009	M ± m
RDD mun. Chișinău	10,2	8,6	9,7	10,9	7,7	9,42±0,57	9,4	10,6	9,59±0,43
RDD „Nord”	-	-	-	-	-	-	13,3	12,0	12,65±0,65
mun. Bălți	14,1	18,0	14,4	8,1	7,1	12,34±2,06	11,7	8,6	11,71±1,52
Briceni	16,2	10,7	13,3	15,7	14,6	14,10±0,99	11,8	13,1	13,63±0,76
Dondușeni	14,3	9,0	12,0	19,8	10,2	13,06±1,91	5,1	12,2	11,80±1,73
Drochia	5,5	19,5	14,0	11,9	7,1	11,60±2,51	11,4	5,4	10,69±1,94
Edineț	17,2	12,6	13,8	24,1	18,3	17,20±2,02	16,2	12,8	16,43±1,53
Fălești	15,5	9,4	18,8	14,4	14,9	14,60±1,51	16,3	12,0	14,47±1,15
Florești	24,3	12,0	8,9	8,7	13,5	13,48±2,86	13,9	16,0	13,90±2,00
Glodeni	7,9	6,0	15,1	6,1	8,0	8,62±1,67	11,5	21,0	10,80±2,09

Ocnîța	17,9	18,1	16,7	11,1	12,5	15,26±1,45	3,9	7,6	12,54±2,06
Râșcani	10,4	11,3	14,1	11,7	7,3	10,96±1,10	15,9	8,3	11,29±1,14
Sângerei	16,0	11,2	14,0	10,4	13,8	13,08±1,02	16,7	13,4	13,64±0,87
Soroca	11,5	11,5	7,5	6,4	14,1	10,20±1,42	11,6	13,9	10,93±1,12
RDD „Centru”	-	-	-	-	-	-	14,6	12,6	13,60±1,00
Anenii Noi	16,8	15,5	7,8	16,8	13,3	14,04±1,69	12,3	12,9	13,63±1,19
Călărași	15,7	9,6	20,3	12,7	6,9	13,04±2,34	10,0	18,0	13,31±1,84
Criuleni	15,9	9,3	14,8	12,6	10,5	12,62±1,25	8,1	16,0	12,46±1,22
Dubăsari	2,9	11,4	8,4	11,1	16,1	9,98±2,16	11,9	12,1	10,56±1,53
Hâncești	22,8	15,5	15,6	14,1	15,9	16,78±1,54	12,6	16,3	16,11±1,21
Ialoveni	14,7	14,9	11,5	13,2	11,4	13,14±0,75	13,5	13,4	13,23±0,52
Nisporeni	16,3	18,2	17,5	18,9	11,4	16,46±1,34	12,5	10,9	15,10±1,28
Orhei	14,5	10,4	12,7	9,3	14,0	12,18±1,01	14,2	11,4	12,36±0,77
Rezina	13,0	11,8	8,8	14,5	14,0	12,42±1,02	30,1	11,6	14,83±2,64
Strășeni	13,4	13,1	11,9	10,7	9,5	11,72±0,73	14,7	8,3	11,66±0,86
Șoldănești	15,5	9,8	25,0	13,9	10,1	14,86±2,76	10,9	5,3	12,93±2,36
Telenești	16,0	11,4	12,6	11,5	15,0	13,30±0,94	11,5	11,9	12,84±0,71
Ungheni	14,6	15,9	14,4	12,1	11,9	13,78±0,77	14,5	11,9	13,61±0,61
RDD „Sud”	-	-	-	-	-	-	12,7	13,0	12,85±0,15
Basarabeasca	17,0	10,2	20,4	16,7	15,9	16,04±1,65	10,2	21,5	15,99±1,68
Cahul	17,5	13,3	13,9	13,2	12,7	14,12±0,87	8,1	17,3	13,71±1,19

Cantemir	20,7	20,7	12,4	7,9	9,4	14,22±2,74	16,1	10,0	13,89±2,02
Căușeni	11,4	14,8	6,5	10,4	10,4	10,70±1,33	9,3	7,4	10,03±1,03
Cimișlia	22,7	18,1	15,6	5,2	5,5	13,42±3,49	9,5	12,0	12,66±2,47
Leova	21,6	7,4	15,8	3,4	15,9	12,82±3,27	12,9	16,9	13,41±2,33
Ștefan Vodă	14,8	9,4	12,6	14,3	12,5	12,72±0,95	19,0	10,0	13,23±1,22
Taraclia	7,1	18,6	8,4	4,5	13,6	10,44±2,52	10,6	14,2	11,0±1,82
RDD „UTA Găgăuzia”	15,6	10,4	6,3	13,3	12,7	11,66±1,57	11,7	13,2	11,89±1,11
Comrat	-	-	3,6	10,5	10,6	8,23±2,32	14,7	12,3	10,34±1,85
Ceadâr-Lunga	-	-	9,9	13,1	13,7	12,23±1,18	8,4	14,5	11,92±1,18
Vulcănești	-	-	3,7	20,0	7,9	10,53±4,89	11,5	12,4	11,10±2,70
Total pe raioane	15,5	12,8	12,9	12,2	12,3	13,14±0,61	12,9	12,6	13,03±0,43
Total pe municipii	10,8	10,0	10,5	10,5	7,7	9,90±0,56	9,7	10,3	9,93±0,39
Total pe republică	14,4	12,2	12,4	11,8	11,3	12,42±0,53	12,2	12,1	12,34±0,37

Tabelul 5. B. Nivelul mortalității infantile, 2008-2010 (‰)

	2008	2009	2010	M ± m
RDD mun. Chișinău	9,4	10,6	8,7	9,59±0,43
RDD „Nord”	13,3	12,0	11,3	12,65±0,65
mun. Bălți	11,7	8,6	8,3	11,71±1,52
Briceni	11,8	13,1	13,9	13,63±0,76
Dondușeni	5,1	12,2	16,4	11,80±1,73
Drochia	11,4	5,4	7,7	10,69±1,94
Edineț	16,2	12,8	13,3	16,43±1,53
Fălești	16,3	12,0	8,1	14,47±1,15
Florești	13,9	16,0	13,4	13,90±2,00
Glodeni	11,5	21,0	9,9	10,80±2,09
Ocnîța	3,9	7,6	17,7	12,54±2,06
Râșcani	15,9	8,3	9,4	11,29±1,14
Sângerei	16,7	13,4	12,2	13,64±0,87
Soroca	11,6	13,9	12,5	10,93±1,12
RDD „Centru”	14,6	12,6	14,2	13,60±1,00
Anenii Noi	12,3	12,9	10,1	13,63±1,19
Călărași	10,0	18,0	14,8	13,31±1,84
Criuleni	8,1	16,0	13,7	12,46±1,22
Dubăsari	11,9	12,1	14,5	10,56±1,53
Hâncești	12,6	16,3	16,8	16,11±1,21
Ialoveni	13,5	13,4	13,3	13,23±0,52
Nisporeni	12,5	10,9	16,2	15,10±1,28
Orhei	14,2	11,4	11,2	12,36±0,77
Rezina	30,1	11,6	10,2	14,83±2,64
Strășeni	14,7	8,3	12,0	11,66±0,86
Șoldănești	10,9	5,3	20,4	12,93±2,36
Telenești	11,5	11,9	20,8	12,84±0,71
Ungheni	14,5	11,9	14,5	13,61±0,61
RDD „Sud”	12,7	13,0	11,2	12,85±0,15
Basarabasca	10,2	21,5	8,3	15,99±1,68
Cahul	8,1	17,3	10,4	13,71±1,19

Cantemir	16,1	10,0	14,1	13,89±2,02
Căușeni	9,3	7,4	10,1	10,03±1,03
Cimișlia	9,5	12,0	17,5	12,66±2,47
Leova	12,9	16,9	14,9	13,41±2,33
Ștefan Vodă	19,0	10,0	5,8	13,23±1,22
Taraclia	10,6	14,2	10,6	11,0±1,82
RDD „UTA Găgăuzia”	11,7	13,2	12,7	11,89±1,11
Comrat	14,7	12,3	7,6	10,34±1,85
Ceadâr-Lunga	8,4	14,5	16,6	11,92±1,18
Vulcănești	11,5	12,4	14,1	11,10±2,70
Total pe raioane	12,9	12,6	12,8	13,03±0,43
Total pe municipii	9,7	10,3	8,6	9,93±0,39
Total pe republică	12,2	12,1	11,7	12,34±0,37

Tabelul 6, A. Nivelul mortalității copiilor în vârstă de 0-17 ani 11 luni 29 zile, 2009-2010 (‰)

	2009	2010	M ± m
RDD mun. Chișinău	8,7	7,6	10,80±0,41
RDD „Nord”	9,9	9,7	15,05±0,45
mun. Bălți	8,3	5,7	12,50±1,11
Briceni	11,4	10,4	18,53±1,58
Dondușeni	11,0	11,4	15,61±1,74
Drochia	7,4	10,9	12,34±1,66
Edineț	10,6	7,8	17,59±1,26
Fălești	9,5	7,8	19,19±1,65
Florești	11,5	16,0	18,36±3,31
Glodeni	15,6	10,9	14,14±2,08
Ocnița	8,6	14,7	15,84±2,82
Râșcani	7,3	10,2	14,97±1,97
Sângerei	9,5	8,5	16,21±1,01
Soroca	10,0	8,0	13,79±1,77
RDD „Centru”	10,3	11,8	16,35±1,25
Anenii Noi	9,0	9,3	15,83±1,35

Călărași	12,4	11,2	14,91±1,67
Criuleni	15,1	13,2	14,84±1,76
Dubăsari	5,5	15,5	12,26±2,20
Hâncești	10,6	12,0	19,96±0,90
Ialoveni	11,4	11,6	16,66±1,24
Nisporeni	9,3	12,7	19,69±1,69
Orhei	9,8	10,1	15,99±1,01
Rezina	8,3	7,7	18,80±2,69
Strășeni	9,7	11,4	13,67±1,59
Șoldănești	9,2	15,1	18,07±2,30
Telenești	8,6	14,7	15,63±1,16
Ungheni	10,4	11,8	16,09±1,25
RDD „Sud”	10,9	9,8	16,10±0,10
Basarabeasca	16,2	7,7	18,81±1,65
Cahul	13,5	8,2	17,69±1,35
Cantemir	8,4	12,5	17,99±1,91
Căușeni	8,1	8,4	14,19±1,49
Cimișlia	8,7	12,0	18,19±2,65
Leova	13,0	13,4	18,50±2,87
Ștefan Vodă	9,4	8,0	13,97±1,39
Taraclia	13,4	9,6	15,41±2,89
RDD „UTA Găgăuzia”	12,3	10,8	14,66±1,24
Comrat	12,1	9,9	12,16±2,14
Ceadâr-Lunga	11,0	12,2	14,86±1,06
Vulcănești	17,0	9,8	12,52±3,47
Total pe raioane	8,6	7,3	16,21±0,57
Total pe municipii	10,5	10,8	11,09±0,36
Total pe republică	10,2	10,1	15,29±0,49

