Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale
al Republicii Moldova
UNICEF Moldova
IMSP Institutul Mamei şi Copilului

Proiectul „SUPPORTIVE SUPERVISION ON STRENGTHENING HOME VISITING PROGRAMME AS PART OF CHILD HEALTH, GROWTH AND DEVELOPMENT STANDARDS”

STUDIUL

DE EVALUARE A FUNCŢIONĂRII STANDARDELOR DE SUPRAVEGHERE A COPIILOR DE 0-18 ANI ÎN CONDIŢII DE AMBULATOR ÎN RM ŞI DE EVALUARE A CUNOŞTINŢELOR ASISTENTELOR MEDICILOR DE FAMILIE ŞI ABILITĂŢILOR PARENTALE

CHIŞINĂU 2017

CONTRIBUŢII

Coordonator:

Ninel Revenco[1,2]

Autorii raportului:

Adela Horodişteanu-Banuh[1]
Marina Aramă[1]
Dorina Savoschin[1]

Consultanţi:

Tatiana Zatîc[3]
Lilia Oleinic[3]

Prelucrare statistică:

Cristina Rotaru

[1] Instituţia Medico-Sanitară Publică Institutul Mamei şi Copilului
[2] Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu”
[3] Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale

MULTUMIRI

Echipa de autori menţionează că acest studiu a fost posibil cu suportul financiar al UNICEF MOLDOVA, căruia îi exprimă profundă recunoştinţă.

Aducem mulţumiri Ministerului Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale, pentru suport în organizarea procesului de colectare a datelor, precum şi administraţiilor Instituţiilor Medico-Sanitare Publice de asistenţă medicală primară implicate, care au fost deschise pentru colaborare şi au oferit posibilitatea colectării datelor.

Aducem cele mai cordiale mulţumiri părinţilor / îngrijitorilor implicaţi, asistentelor medicilor de familie, celor care au colaborat în calitate de respondenţi, pentru deschidere, sinceritate şi timpul oferit.

CUPRINS

Sumar **5**

Lista de abrevieri **6**

Introducere. Actualitatea şi importanţa studiului …… **7**

Metodologia studiului **10**

I. Intervievarea asistentelor medicilor de familie: respectarea Standardelor privind vizitele profilactice la domiciliu, colectarea datelor referitoare la cunoştinţele privind îngrijirea copilului, dezvoltarea psihomotorie a copilului, ajutorul de urgenţă, depresia postnatală şi abuzul faţă de copil **11**

1.1. Evaluarea cunoştinţelor asistentelor medicilor de familie privind Standardele de supraveghere a copilului sănătos (vizite AMF la domiciliu)..... ……. **12**

1.2. Cunoştinţele privind îngrijirea copilului..... **16**

1.3. Cunoştinţele privind dezvoltarea psihomotorie a copilului..... ..... **19**

1.4. Cunoştinţele privind ajutorul de urgenţă..... **22**

1.5. Cunoştinţele privind depresia postnatală şi abuzul faţă de copii..... **25**

II. Rezultatele cercetării documentaţiei medicale statistice a copilului (Carnetului de dezvoltare a copilului, Formular 112/e) **28**

2.1. Calitatea completării compartimentului general **29**

2.2. Calitatea completării compartimentului maladii cronice şi de fon..... ... **32**

2.3. Înregistrarea vizitelor profilactice la domiciliul copilului sănătos…….. **34**

2.4. Înregistrarea examenelor profilactice ale specialiştilor de profil şi examinărilor de laborator în primul an de viaţă..... **39**

2.5 Examenele profilactice la medicul de familie a copiilor sănătoşi la vârstă 2-17 ani **41**

2.6. Înregistrarea examenelor profilactice ale specialiştilor de profil şi examinărilor de laborator la copiii de 2-17 ani..... **43**

2.7. Dezvoltarea psihomotorie a copilului..... **45**

2.8 Curbele de creştere. Înregistrarea datelor despre dezvoltarea fizică a copiilor **47**

III. Rezultatele studiului de evaluare a opiniei părinţilor/îngrijitorilor ……. **48**

3.1. Opinia părinţilor/îngrijitorilor despre vizitele profilactice ale medicului făcute copilului sănătos …… **49**

3.2. Cunoştinţele/responsabilităţile părinţilor..... ..... **55**

3.3. Evaluarea opiniei părinţilor/îngrijitorilor referitor la imunizarea copiilor …. **58**

3.4. Cunoştinţele privind dezvoltarea psihomotorie a copilului..... **60**

3.5. Cunoştinţele privind ajutorul de urgenţă..... **62**

3.6. Abuzul în familie ……. **67**

Concluziile Studiului de evaluare a funcţionării Standardelor de supraveghere a copiilor de 0-18 ani în condiţii de ambulator în RM 71

Recomandări 76

SUMAR

STUDIUL DE EVALUARE A FUNCŢIONĂRII STANDARDELOR DE SUPRAVEGHERE A COPIILOR DE 0-18 ANI ÎN CONDIŢII DE AMBULATOR ÎN RM, DE EVALUARE A CUNOŞTINŢELOR ASISTENTELOR MEDICILOR DE FAMILIE ŞI ABILITĂŢILOR PARENTALE

MS al RM, IMSP IMşiC, cu suportul UNICEF Moldova, în perioada octombrie - decembrie 2017 a desfăşurat un studiu observaţional-descriptiv, obiectivul de perspectivă al căruia constă în evaluarea Standardelor de supraveghere a copiilor în condiţii de ambulator, de evaluare a cunoştinţelor asistentelor medicilor de familie şi abilităţilor părinţilor/îngrijitorilor, în scopul îmbunătăţirii accesului şi calităţii serviciilor de sănătate oferite copiilor în RM.

În cadrul studiului a fost efectuată intervievarea lucrătorilor medicali din medicina primară (asistenţi ai medicilor de familie) şi părinţilor/îngrijitorilor copiilor de 0-18 ani; a fost cercetată documentaţia statistică medicală a copiilor aflaţi în supravegherea medicinii primare.

Studiul, prin aplicarea unor chestionare special elaborate, a cuprins un lot de 1013 cazuri, inclusiv: 400 părinţi/îngrijitori ai copiilor de 0-18 ani, 313 lucrători medicali din medicina primară şi 300 formulare 112/e cercetate.

Totodată, în cadrul discuţiilor în focus grupuri au fost colectate numeroase opinii, propuneri şi obiecţii ale lucrătorilor medicali din sectorul primar referitoare la calitatea funcţionării Standardelor de supraveghere a copiilor de 0-18 ani în condiţii de ambulator în RM şi modalităţile de optimizare a acestora.

Analiza datelor obţinute va servi pentru îmbunătăţirea accesului şi calităţii serviciilor de sănătate oferite copiilor în RM.

LISTA DE ABREVIERI

STANDARDE – Standarde de supraveghere a copiilor de 0-18 ani în condiţii de ambulator

F 112/e – Carnet de dezvoltare a copilului (Formular nr.112/e)

RMS – Risc medico-social sporit

ATL – Autoritatea Tutelară Locală

ATM – Asociaţia Teritorială Medicală

ATT – Asociaţia Tutelară Teritorială

CMF – Centrul Medicilor de Familie

OMF – Oficiul Medicilor de Familie

CS – Centrul de Sănătate

APL – Autorităţile Publice Locale

CIMC – Conduita Integrată a Maladiilor la Copii

NR – Non-răspuns

TA – Tensiune arterială

FCC – Frecvenţa contracţiilor cardiace

FR – Frecvenţa respiraţiei

MRS/RW – Teste diagnostice la sifilis

VNET – Violenţă, neglijare, exploatare, trafic

INTRODUCERE. ACTUALITATEA ŞI IMPOTANŢA STUDIULUI

Starea de sănătate a copilului este una din priorităţile medicinii în lumea întreagă, precum şi în Republica Moldova, de aceea una din direcţiile globale ale activităţii sistemului ocrotirii sănătăţii este asigurarea accesibilităţii şi calităţii asistenţei medicale oferite copiilor.

Mortalitatea infantilă este considerată unul dintre cei mai sensibili indicatori ai nivelului de trai, stării de sănătate a populaţiei, precum şi eficienţei asistenţei medicale. Chiar dacă Republica Moldova a realizat al patrulea ODM (reducerea mortalităţii infantile şi a copiilor sub 5 ani), totuşi indicatorii rămân cei mai mari din regiunea europeană (fiind de 9,4% faţă de media UE de 4%).

Începând cu anul 2001 până în prezent indicii mortalităţii infantile s-au micşorat de la 16,3‰ la 9,4‰ în 2016, rămâne, totuşi, alarmant faptul că într-un şir de raioane ale ţării se înregistrează valori înalte ale mortalităţii copiilor sub 5 ani (11,7-22,9‰), inclusiv la domiciliu (în unele localităţi indicii ating 30-50% din cazuri). În Republica Moldova anual decedează circa 450 de copii neatingând vârsta de 5 ani, majoritatea dintre ei – până la 1 an. Cauzele principale ale decesului sunt de ordin perinatal, malformaţiile congenitale, bolile respiratorii, traumele şi intoxicaţiile.

Aproape 20% dintre decesele la copii sub 5 ani sunt la domiciliu, în special în familii cu risc medico-social şi din cauze care pot fi prevenite: traume/intoxicaţii, boli infecţioase şi respiratorii. Totodată, copiii care decedează la domiciliu frecvent sunt perfect sănătoşi la naştere, dar crescuţi ulterior în condiţii nesatisfăcătoare, de către mame singure sau părinţi care fac abuz de alcool, duc o viaţă dezorganizată, nu au un venit constant etc. [1,2]

Evaluările situaţiei în teren scot în vileag un şir de probleme legate de calitatea serviciilor curativ-diagnostice şi în special profilactice oferite copiilor. Nu se depistează la timp diferitele maladii de fond, care conduc la agravarea stării de sănătate a copilului, asocierea maladiilor acute şi cronice; nu se monitorizează eficient modul alimentaţiei copilului, maladiile acute respiratorii trec adesea neobservate de către părinţi sau/şi lucrătorii medicali, nu se depistează la timp prezenţa factorilor de risc în anturajul copilului (tabagismul, alcoolismul părinţilor, lipsa condiţiilor elementare sanitare, lipsa cunoştinţelor despre creşterea şi dezvoltarea copilului, lipsa mediului sigur pentru prevenirea accidentelor, toleranţa faţă de practici de pedepsire fizică a copiilor etc.), ceea ce în multe cazuri duce la

[1] Rezultatele „Studiului de evaluare a Standardelor de supraveghere a copilului sănătos”, UNICEF Moldova, Laboratorul ştiinţific pediatrie, IMSP IMşiC, 2014.

[2] Rezultatele studiului „Elaborarea programului de audit al patologiei respiratorii acute la copii cu vârsta sub 5 ani (PARC)”, Laboratorul ştiinţific pediatrie, IMSP IMşiC, 2015-2017.

decesul copilului la domiciliu sau adresabilitate tardivă la medic şi deces al copilului în primele ore după internare în staţionare.

Este mare numărul spitalizărilor întârziate ale copiilor aflaţi în stare critică, ceea ce denotă un nivel scăzut al lucrului verigii primare a asistenţei medicale şi necunoaşterea de către părinţi a semnelor de pericol pentru viaţa copilului. În mare măsură aceşti indicatori sporiţi sunt menţinuţi pe seama morbidităţii/mortalităţii copiilor ce fac parte din grupul de risc medico-social sporit.

Pe parcursul ultimilor ani MS al RM a întreprins un şir de măsuri pentru ameliorarea asistenţei medicale a mamei şi copilului, ultimii ani fiind cei mai fructuoşi în acest context. Astfel, a fost aprobat şi implementat „Regulamentului privind mecanismul de colaborare intersectorială în domeniul medico-social în vederea prevenirii şi reducerii ratei mortalităţii infantile şi a mortalităţii copiilor cu vârsta de până la 5 ani la domiciliu", Hotărârea Guvernului nr. 1182, din 22.12.2010, în anul 2012 au fost aprobate Standardele de supraveghere a copiilor în condiţii de ambulator (Ordinul nr. 1000 din 08.10.2012); a fost elaborat şi implementat în toată ţara „Carnetul de dezvoltare a copilului" (agenda familiei), formular 112/e/1; a fost actualizat „Carnetul de dezvoltare a copilului, formular 112/e".

Standardele de supraveghere a copiilor în condiţii de ambulator au oferit medicului de familie obiective concrete de activitate, au structurat foarte bine procesul de examinări profilactice ale copilului sănătos, au scos în evidenţă perioadele cruciale de dezvoltare ale copilului şi necesitatea unor examinări multilaterale de bilanţ cu implicarea mai multor specialişti etc.

Toate aceste activităţi realizate în acordarea asistenţei copilului au condiţionat rezultate pozitive în domeniul ocrotirii sănătăţii copiilor din ţară. Totodată, evaluarea Standardelor de supraveghere a copilului sănătos în condiţii de ambulator şi a Carnetului de dezvoltare a copilului, efectuată în 2014, a relevat că aproximativ 15% dintre copiii cu vârsta sub 1 an rămân insuficient supravegheaţi în cadrul vizitelor la domiciliu; nu se efectuează testul pentru autism (31,4%), circa ¼ din familii nu posedă Carnetul de dezvoltare a copilului (agendă pentru familie) etc.

Totodată, rezultatele studiului din 2014 privind implementarea Carnetului de dezvoltare a copilului au evidenţiat un nivel crescut al cunoştinţelor pe care le posedă părinţii cu privire la creşterea şi dezvoltarea copiilor, însă sunt necesare intervenţii suplimentare pentru a spori gradul de conştientizare de către membrii familiilor a situaţiilor periculoase pentru sănătatea copiilor şi recunoaştere a semnelor de pericol.

Prin urmare, implementarea cadrului de reglementare optimizat necesită activităţi suplimentare pentru consolidarea cunoştinţelor şi practicilor profesioniştilor din domeniul ocrotirii sănătăţii şi a părinţilor în acest domeniu. Abilităţile părinţilor de a recunoaşte semnele de pericol pentru sănătatea şi viaţa copiilor, precum şi semnele bolii pentru a se

adresa în timp util profesioniştilor din domeniul sănătăţii pentru ajutor sunt extrem de importante pentru a asigura supravieţuirea şi dezvoltarea copilului.

Aceste aspecte necesită revizuirea practicilor de vizitare la domiciliu şi extinderea acestora dincolo de măsurătorile antropometrice şi de imunizarea copiilor. Intervenţiile sectoriale, combinate cu elemente de îngrijire şi protecţie a copilului, vor spori efectul rezultatelor copilului şi vor încuraja intervenţiile adresate familiei ca unitate, mai degrabă decât copilul singur.

Evaluarea „Standardelor de supraveghere a copilului sănătos în condiţii de ambulator", a cunoştinţelor asistentelor medicilor de familie şi a abilităţilor parentale are scopul de a creiona tabloul complet şi real al situaţiei, care va permite eficientizarea şi sporirea calităţii serviciilor de sănătate prestate copiilor în cadrul asistenţei medicale primare. În acelaşi timp, o abordare integrată a îngrijirii pentru dezvoltarea copilului va asigura sprijinul pentru familiile cu copii sub 5 ani şi va oferi cele mai oportune resurse în ceea ce priveşte îngrijirea generală, sănătatea, nutriţia, ataşamentul şi stimularea, pentru a asigura creşterea şi dezvoltarea optimă, precum şi pentru a preveni consecinţele circumstanţelor medico-sociale, ca urmare se va îmbunătăţi starea de sănătate şi dezvoltare a copilului.

METODOLOGIA STUDIULUI

Scopul Proiectului

Optimizarea practicilor de vizitare la domiciliu în cadrul Standardelor de supraveghere a copiilor de 0-18 ani în condiţii de ambulator în RM pentru îmbunătăţirea accesului şi calităţii serviciilor de sănătate oferite copiilor.

Obiectivele Proiectului

- Evaluarea implementării şi calităţii funcţionării Standardelor de supraveghere a copiilor de 0-18 ani în condiţii de ambulator în RM.
- Evaluarea cunoştinţelor asistentelor medicilor de familie în oferirea serviciilor de asistenţă medicală primară copiilor.
- Evaluarea abilităţilor parentale în îngrijirea şi dezvoltarea copilului.

Metode şi tehnici de cercetare

Studiul de evaluare a STANDARDELOR prin aplicarea unor chestionare special elaborate a fost desfăşurat în unele sectoare ale municipiilor Chişinău şi Bălţi şi în 3 raioane

ale republicii: Drochia, Hânceşti şi Cahul şi a cuprins un lot de 1013 cazuri, inclusiv: 400 părinţi/îngrijitori ai copiilor de 0-18 ani, 313 lucrători medicali din medicina primară (asistenţi ai medicilor de familie) şi 300 F 112/e ale copiilor aflaţi în supravegherea medicinii primare (eşantion calculat statistic pentru a obţine rezultate concludente).

Au fost elaborate 3 tipuri de chestionare: Chestionar de evaluare pentru lucrătorii medicali (asistenţi ai medicilor de familie); Chestionar de evaluare a părinţilor/îngrijitorilor; Chestionar de evaluare a Carnetului de dezvoltare a copilului (Formular nr. 112/e).

A fost organizată pretestarea chestionarelor pentru a estima accesibilitatea întrebărilor şi timpul necesar chestionării.

În fiecare dintre centrele raionale evaluarea s-a desfăşurat atât în centrul raional, cât şi în câte 2 localităţi rurale.

În fiecare regiune au fost chestionaţi 80 de părinţi cu copii de 0-18 ani; 60 de lucrători medicali (asistenţi ai medicilor de familie) şi evaluate 60 de F 112/e. Vizita în regiune a fost precedată de obţinerea listelor totale ale copiilor din localităţi, selectarea aleatorie a copiilor, ai căror părinţi urmau să fie intervievaţi, şi de alte activităţi de organizare. Supervizarea activităţilor de evaluare în teren a avut loc cu participarea reprezentanţilor Ministerului Sănătăţii al RM.

Chestionarea a fost anonimă şi a inclus întrebări despre serviciile de sănătate prestate copiilor.

Chestionarele au fost verificate în ceea ce priveşte corectitudinea completării datelor, au fost sistematizate, datele conţinute în chestionare au fost procesate statistic.

I. INTERVIEVAREA ASISTENTELOR MEDICILOR DE FAMILIE: RESPECTAREA STANDARDELOR PRIVIND VIZITELE PROFILACTICE LA DOMICILIU, COLECTAREA DATELOR REFERITOARE LA CUNOŞTINŢELE PRIVIND ÎNGRIJIREA COPILULUI, DEZVOLTAREA PSIHOMOTORIE A COPILULUI, AJUTORUL DE URGENŢĂ, DEPRESIA POSTNATALĂ ŞI ABUZUL FAŢĂ DE COPIL

Studiul de evaluare a STANDARDELOR a cuprins 313 lucrători medicali din cele două municipii şi din 3 raioane incluse în planul de activităţi. În fiecare dintre cele 3 raioane au fost intervievaţi majoritatea dintre asistenţii medicilor de familie (AMF). Proporţia lucrătorilor medicali conform nivelului de asistenţă primară (locul de muncă) s-a repartizat aproximativ uniform între: CMF municipale – 37,1%; CMF raionale – 5,7%; lucrători medicali din Centrele de Sănătate 39,6% şi din OMF – 17,6%.

1.1. Evaluarea cunoştinţelor asistentelor medicilor de familie privind Standardele de supraveghere a copilului sănătos (vizite ale AMF la domiciliu)

Deşi lucrătorii medicali realizează importanţa respectării Standardelor de supraveghere a copilului sănătos în condiţii de ambulator, *cunoştinţele asistentelor medicilor de familie (AMF) la compartimentul vizite profilactice la domiciliu* relevă carenţe la acest capitol.

Astfel, doar 16,0% din lucrătorii medicali la întrebarea „Câte vizite la domiciliu trebuie să efectueze asistentul medicului de familie în prima lună de viaţă a copilului conform Standardelor în vigoare?" au răspuns corect – 2 vizite, 26,8% dintre AMF au răspuns 3 vizite, iar mai mult de ½ (57,2%) au răspuns că 4 vizite şi mai multe, ceea ce corespundea Standardelor precedente de supraveghere a copilului sănătos în condiţii de ambulator, abrogate prin ordinul MS nr. 1000 din 8.10.2012. De cele mai multe ori au răspuns corect AMF din Centrele Medicilor de Familie (CMF) municipale – 26,7%, faţă de 14,5% răspunsuri corecte ale AMF care activează în Oficiile Medicilor de Familie (OMF) (x^2=28,21, p=0,000).

Referitor la vizitele la domiciliu (2 vizite lunare) pe parcursul lunii a II-a şi a III-a de viaţă a copilului, 41,03% dintre AMF cunoşteau prevederile STANDARDELOR, 42,6% dintre AMF au menţionat 3 vizite şi 12,5% – 4 şi mai multe vizite.

Răspunsuri corecte la întrebarea „*Câte vizite la domiciliu trebuie să efectueze, Conform Standardelor în vigoare, AMF la domiciliu lunar de la III până la VII luni de viaţă a copilului?*" au dat doar 40,4% din AMF, 59,6% din lucrătorii medicali menţionând mai multe vizite. Totodată, rata AMF care cunosc STANDARDUL RESPECTIV este mai mare în rândul lucrătorilor medicali din CMF municipale – 52,1%, comparativ cu 16,7% răspunsuri corecte date de AMF care activează în CMF raionale (x^2=14,12, p=0,028).

Referitor la numărul de vizite lunare efectuate la domiciliu, conform Standardelor în vigoare, de la VII luni până la 1 an de viaţă a copilului au răspuns corect 75,1% dintre AMF, menţinându-se aceeaşi tendinţă de cunoaştere mai bună a STANDARDELOR de către lucrătorii medicali din cadrul CMF municipale – 82,7%, comparativ cu 50% răspunsuri corecte date de AMF ce activau în CMF raionale (x^2=21,11, p=0,012) (fig. 1.1).

În majoritatea cazurilor de răspunsuri incorecte, AMF au menţionat mai multe vizite decât prevăd STANDARDELE actuale, dar care corespundeau Standardelor precedente de supraveghere a copilului sănătos în condiţii de ambulator.

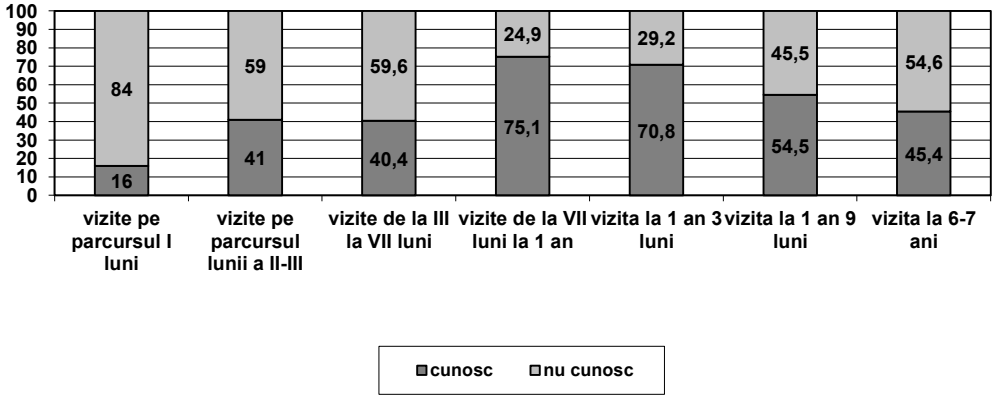


Figura 1.1. **Rata lucrătorilor medicali care cunosc prevederile STANDARDELOR referitoare la vizitele la domiciliul copilului** (%)

Pe parcursul anului II de viaţă a copilului cunosc că trebuie să efectueze vizitele la domiciliu la 1 an şi 3 luni şi la 1 an şi 9 luni 70,8% şi respectiv 54,5% din asistenţii medicilor de familie, rata răspunsurilor corecte fiind, de asemenea, mai mare în rândul AMF din municipii – 86,4%. Totodată, trebuie remarcat faptul că 7,4% din respondenţii incluşi în lotul general de studiu au recunoscut că nu cunosc când se efectuează vizitele la domiciliu pe parcursul anului II de viaţă a copilului.

Mai puţin de ½ din ASM cunosc că trebuie să efectueze vizita la domiciliu la vârsta de 6-7 ani, în scopul evaluării reacţiei postvaccinale (DT, ROR), iar 2 AMF din 10 au recunoscut că în genere nu cunosc acest STANDARD.

Astfel, estimarea răspunsurilor lucrătorilor medicali referitoare la Standardele de supraveghere a copiilor sănătoşi în condiţii de ambulator a relevat necunoaşterea Standardelor de către asistenţii medicilor de familie şi confundarea frecventă a Standardelor actuale cu cele precedente: în medie mai puţin de ½ din AMF cunosc cerinţele Standardelor de supraveghere a copiilor sănătoşi cu privire la vizitele la domiciliu, cu o uşoară tendinţă de majorare în rândul AMF din CMF municipale.

Referitor la *activităţile desfăşurate de AMF în cadrul vizitelor la domiciliu,* practic toţi lucrătorii medicali (99,7%) au răspuns că evaluează starea generală a copilului, 98,7% estimează modul de alimentare şi alimentaţia copilului, 97,1% – respectarea igienei, 96,8% – condiţiile de trai şi 90,4% – comunicarea cu copilul. 75% din lucrătorii medicali au menţionat că în cadrul vizitelor efectuate la domiciliu evaluează şi violenţa în familie, 68,1% – mediul de protecţie a copilului, iar în 64,8% AMF au răspuns că urmăresc şi deprinderile/abilităţile copilului şi deprinderile vicioase ale părinţilor (fig. 1.2).

Doar ½ din AMF în cadrul vizitelor la domiciliu concretizează anamnesticul perinatal şi cel ereditar, considerând, probabil, că de activităţile medicului de familie ţine colectarea anamnesticului.

Totodată, doar 46,6% din AMF au remarcat că atrag atenţie şi la starea mamei, inclusiv la depresia postpartum.

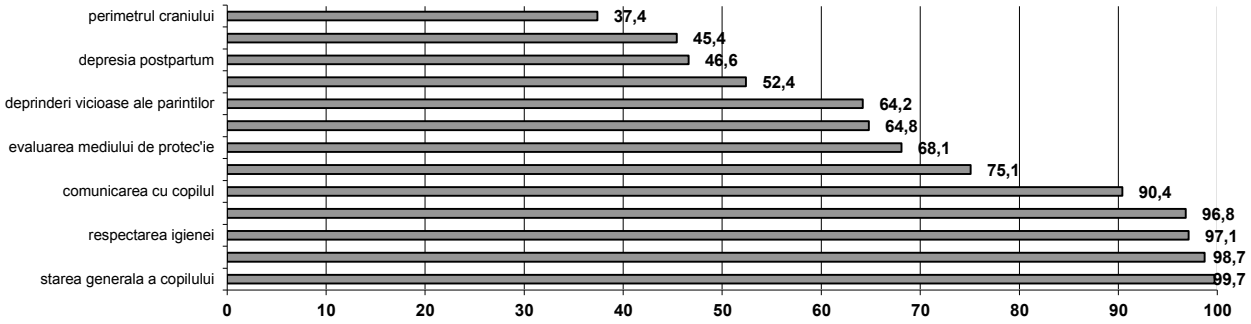


Figura 1.2. **Răspunsurile lucrătorilor medicali la întrebarea „*ce evaluează în cadrul vizitelor la domiciliu la copiii primilor ani de viaţă*?”** (%)

Estimarea răspunsurilor date de lucrătorii medicali în dependenţă de tipul instituţiei unde activează a relevat că AMF din municipii mai frecvent evaluează abilităţile copilului (74,1%), depresia postpartum (54,3%), deprinderile vicioase ale părinţilor şi modul de protecţie a copilului (71,5%), comparativ cu răspunsurile lucrătorilor medicali din lotul general de studiu şi cei ce activează în OMF.

Totodată, AMF din cadrul OMF mai frecvent decât lucrătorii medicali din municipii concretizează anamnesticul perinatal şi ereditar (în 60% şi respectiv 52,7%), fapt datorat probabil prezenţei nepermanente a medicului de familie în localitatea rurală.

La întrebarea „*Ce discutaţi cu părinţii/îngrijitorii copilului în cadrul vizitelor la domiciliu la copiii în primii ani de viaţă?”,* în 99,7% cazuri AMF au relatat: alimentaţia corectă a copilului, poziţionarea corectă a copilului la sân şi îngrijirea şi igiena copilului. 98,7% din lucrătorii medicali au remarcat instruirea părinţilor în ceea ce priveşte semnele de pericol pentru viaţa şi sănătatea copilului; 96,8% dintre părinţi au spus că abordează problema vaccinării copilului, 95,8% din AMF instruiesc mama cum trebuie să se alimenteze; 94,9% au răspuns că vorbesc despre profilaxia rahitismului, 93,6% – despre comunicarea cu copilul; îngrijirea şi alimentaţia copilului bolnav este abordată de cca 92% din AMF; dezvoltarea fizică şi neuropsihică a copilului şi ajutorul de urgenţă – de către 86,2% din lucrători medicali; prevenirea anemiei – de către 85,9%; profilaxia maladiilor – 77,6% şi cel mai rar subiect abordat de către AMF în discuţiile cu părinţii a fost stimularea dezvoltării copilului (58,4%).

În dependenţă de tipul instituţiei unde activează asistentele medicilor de familie a fost remarcată o uşoară tendinţă de majorare a frecvenţei temelor discutate cu părinţii în cadrul

vizitelor la domiciliu de către lucrătorii medicali din municipii, cu excepţia ajutorului de urgenţă, care mai frecvent a fost discutat de către AMF din cadrul OMF (tab. 1.1).

Tabelul 1.1

Frecvenţa temelor discutate în cadrul vizitelor la domiciliu în funcţie de tipul instituţiei (în baza răspunsurilor AMF, %)

Teme	CMF municipal	CMF raional	CS	OMF	Total
Alimentaţia corectă a copilului	100	94,4	100	100	99,7
Îngrijirea şi igiena copilului	100	94,4	100	100	99,7
Semnele de pericol	100	100	96,7	100	98,7
Vaccinarea copilului	98,3	88,9	95,9	98,2	96,8
Alimentaţia mamei	99,1	88,9	93,5	96,4	95,8
Securitatea copilului	97,4	94,4	91,9	96,3	94,9
Profilaxia rahitismului	97,4	88,9	91,1	94,5	93,9
Comunicarea cu copilul	98,3	77,8	91,1	94,5	93,6
Îngrijirea şi alimentaţia copilului bolnav	97,4	83,3	87,9	92,7	92
Dezvoltarea fizică şi neuropsihică a copilului	89,7	83,3	83,1	87,3	86,2
Ajutorul de urgenţă	90,5	72,2	80,6	94,5	86,2
Prevenirea anemiei	87,1	77,8	83,1	82,7	85,9
Profilaxia maladiilor	88,8	61,1	66,9	83,6	77,6
Stimularea dezvoltării copilului	66,4	44,4	50,8	63,6	58,4

Totodată, au fost remarcate discordanţe majore între răspunsurile părinţilor şi cele ale lucrătorilor medicali (tab. 1.2).

Astfel, atunci când părinţii au fost rugaţi să numească subiectele la care au obţinut informaţii utile pentru a creşte un copil sănătos în cadrul vizitelor la domiciliu, majoritatea au numit *îngrijirea copilului sănătos* (71,2%,), *alimentaţia corectă a copilului* (62,2 %), doar 1 părinte din 5 a menţionat *ajutorul de urgenţă* (20,8%), cu toate că 86,2% din AMF au spus că îi informează pe părinţi despre ajutorul de urgenţă. Doar câte 10-15% din părinţi/îngrijitori au notat următoarele teme importante: îngrijirea şi alimentaţia copilului bolnav, alimentaţia mamei, dezvoltarea psihomotorie a copilului şi securitatea copilului, faţă de 85-95% din lucrătorii medicali. Acest fapt denotă că lucrătorii medicali cunosc ce trebuie să discute cu părinţii copiilor, dar de facto nu o fac, motivul fiind necunoscut.

Unele subiecte importante pentru creşterea unui copil sănătos de către o bună parte din părinţi nu au fost remarcate în calitate de temă de discuţie cu lucrătorii medicali: vaccinarea copilului, profilaxia rahitismului, dauna deprinderilor vicioase ale părinţilor, prevenirea anemiei, stimularea dezvoltării copilului, comunicarea cu copilul.

Tabelul 1.2

Frecvenţa temelor discutate în cadrul vizitelor la domiciliu (răspunsurile părinţilor vs. răspunsurile AMF, %)

Teme	Răspunsuri părinţi	Răspunsuri AMF
Îngrijirea şi igiena copilului	71,2	99,7
Alimentaţia corectă a copilului	62,2	99,7
Ajutorul de urgenţă	20,8	86,2
Îngrijirea şi alimentaţia copilului bolnav	16,0	92
Alimentaţia mamei	12,5	95,8
Dezvoltarea psihomotorie a copilului	11,0	86,2
Securitatea copilului	9,0	94,9
Vaccinarea copilului	5,5	96,8
Profilaxia rahitismului	5,3	93,9
Profilaxia maladiilor	3,5	77,6
Comunicarea cu copilul	3,3	93,6
Stimularea dezvoltării copilului	2,5	58,4
Prevenirea anemiei	0,3	85,9
Dauna deprinderilor vicioase ale părinţilor	3,5	
Nu a discutat despre nimic	*5,3*	

98,1% din AMF intervievate au spus că în cadrul vizitelor la domiciliu au ajutat mama să aplice corect copilul la sân, faţă de doar 60,6% dintre părinţi care au confirmat că au fost ajutaţi de către AMF să poziţioneze corect copilul la sân pentru a-l alăpta. Deşi nu au fost constatate diferenţe veridice sub aspect statistic în dependenţă de tipul instituţiei unde activează AMF, totuşi rata răspunsurilor oferite de AMF a variat între 94,4% la cei din CMF raionale şi 100% răspunsuri pozitive oferite de către lucrătorii medicali din cadrul OMF.

1.2. Cunoştinţele privind îngrijirea copilului

Rugaţi să explice *care este plasarea corectă a copilului la sânul mamei*, doar 1/3 (35,4%) dintre lucrătorii medicali au prezentat un răspuns corect şi deplin, rata acestora fiind puţin mai mare în rândul AMF din CMF raionale.

Până la ce vârstă un copil trebuie să fie alăptat exclusiv la sân (fără lichide, apă sau ceai) cunosc cca 2/3 din lucrătorii medicali (71,4%), 21,8% menţionând vârsta de până la 1 an, iar 6,1% – până la 3 luni. Totodată, a fost remarcată o tendinţă de majorare a ratei răspunsurilor corecte în rândul asistenţilor medicali care activează în CS (78,2%) comparativ cu cei din CMF raional (61,1%) şi OMF (65,4%) (fig. 1.3).

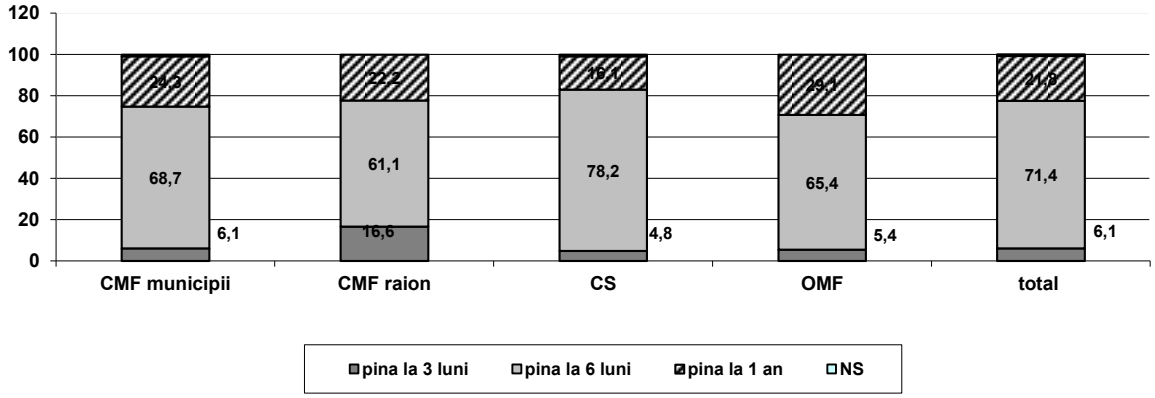


Figura 1.3. **Răspunsurile lucrătorilor medicali, în funcţie de tipul instituţiei unde activează (%), la întrebarea: *până la ce vârstă un copil trebuie alăptat exclusiv la sân?***

În calitate de dificultăţi pentru întreţinerea alimentaţiei naturale, lucrătorii medicali cel mai frecvent au numit starea de sănătate a mamei (prezenţa HIV, tbc, hepatită, cancer, epilepsie) – în 79,5% cazuri, urmate de prezenţa mameloanelor plate sau ombilicate – 72,2%; starea de sănătate a copilului (defecte anatomice ale feţei sau gurii, stomatită) – 68,7%; prezenţa fisurilor, mastitei la mamă – 68,4% etc. (tab. 1.3).

Tabelul 1.3

Frecvenţa dificultăţilor în menţinerea alimentaţiei la sân (răspunsurile AMF, %)

Dificultăţi în întreţinerea alimentaţiei la sân	%
Starea de sănătate a mamei (prezenţa HIV, tbc, hepatită, cancer, epilepsie)	79,5
Prezenţa mameloanelor plate sau ombilicate	72,2
Hipogalactie, lapte insuficient	70,9
Starea de sănătate a copilului (defecte anatomice ale feţei sau gurii, stomatită)	68,7
Prezenţa fisurilor, mastitei la mamă	68,4
Separarea îndelungată de mamă	64,5
Poziţionarea inadecvată la sân	62
Oferirea lichidelor suplimentare (apă, ceai etc.) sau altor tipuri de alimente copilului până la 6 luni	67,2
O nouă sarcină	59,7
Starea psihologică a mamei	54,6
Schimbări hormonale ce modifică gustul laptelui	52,4
Lipsa mamei pe o perioadă de timp pe parcursul zilei	51,4
Copil adoptat	51,4
Introducerea precoce a biberonului	50,1
Naştere gemelară	27,5
Stagnarea curbelor de creştere	23,3

Practic, majoritatea AMF (94,8%) cunosc necesitatea supravegherii copilului în instituţia medicală după vaccinare timp 30 de minute, rata răspunsurilor corecte oscilând

între 83,3% la AMF din CMF raionale şi 96,3% la lucrătorii medicali din cadrul OMF (tab. 1.4).

Tabelul 1.4

Răspunsurile lucrătorilor medicali referitoare la timpul de supraveghere a copilului după vaccinare, în funcţie de locul de muncă (%)

	CMF municipal	CMF raional	CS	OMF	Total
Poate merge îndată acasă	0,87		0,81		0,61
30 de minute	94,8	83,3	95,9	96,3	94,8
2 ore	1,74	11,1	1,63	1,82	2,25
Altele	1,74		0,81		0,96
Nu ştiu	0,87	5,56	0,81	1,82	1,29

Evaluarea cunoştinţelor lucrătorilor medicali referitoare la diversificarea alimentaţiei copilului în primii ani de viaţă relevă unele carenţe (tab. 1.5).

Astfel, în lotul general de studiu doar în jur de 1⁄3 din asistentele medicale posedă cunoştinţe referitoare la termenul de includere în alimentaţia copilului a pâinii, biscuiţilor, pastelor fine (35,3%) şi alunelor, nucilor (36,5%).

Numai 4 din 10 asistente ale medicului de familie cunosc că untul, uleiul vegetal se administrează copiilor de la vârsta de 6-7 luni, iar zahărul şi sarea nu sunt recomandate copiilor în primii 3 ani de viaţă.

Doar 1⁄2 din asistentele medicilor de familie cunosc termenele optime de introducere în alimentaţia copilului a brânzei de vaci (57,5%), sucului de fructe (55,6%), bomboanelor (54,8%), gălbenuşului de ou (49,3%), terciului de cereale (48,9%), peştelui (48,8%) şi preparatelor din carne (47,7%).

Cunoştinţe relativ mai bune au 2⁄3 din asistentele medicale privind termenele de introducere în alimentaţia sugarului a pireului de legume (de la 6 luni) şi a laptelui de vacă.

Analiza răspunsurilor oferite de către lucrătorii medicali în dependenţă de tipul instituţiei unde activează relevă o uşoară tendinţă de majorare a ratei răspunsurilor corecte date de asistenţii medicilor de familie care activau în CMF municipale şi raionale, comparativ cu AMF din CS şi OMF.

Totodată, lucrătorii medicali din localităţile rurale cunosc mai bine că introducerea sării şi a zahărului în alimentaţia copiilor în primii ani de viaţă nu este recomandată**.**

Tabelul 1.5

Rata răspunsurilor corecte oferite de către asistenţii medicilor de familie privind termenele optime de diversificare a alimentaţiei copiilor în primii ani de viaţă (%)

		CMF municipal	CMF raional	CS	OMF	Total
1	Terci de cereale	**59,4**	35,3	44,1	44	48,9
2	Pireu de legume	77,4	**83,3**	73,1	64,1	73,7
3	Suc de fructe	**61,6**	43,7	52,6	53,1	55,6
4	Brânză de vaci	**66,1**	61,1	48,7	57,8	57,5
5	Gălbenuş de ou	52,9	**55,6**	51,3	34,7	49,3
6	Carne	**63,9**	50	36,2	37,8	47,7
7	Unt, ulei vegetal	**55,7**	23,1	31,7	34,1	40,4
8	Peşte	**55,3**	43,7	49,1	34,1	48,8
9	Pâine, biscuiţi, paste fine	35,5	25	33,6	**42,8**	35,3
10	Lapte de vacă	**74,9**	73,3	46,5	44	70,4
11	Alune, nuci	32,1	33,3	36,5	**48**	36,5
12	Bomboane	43,3	**80**	57,5	66,7	54,8
13	Zahăr	35,6	60	39,2	**68**	43,5
14	Sare	36,2	40	36,2	**50**	38,2

1.3. Cunoştinţele privind dezvoltarea psihomotorie a copilului

Depistarea timpurie a unor întârzieri în dezvoltarea copilului îi ajută pe părinţi şi pe specialişti să aleagă corect direcţiile şi metodele de stimulare a dezvoltării. Din aceste considerente, evaluarea dezvoltării psihomotorii a copilului prin estimarea deprinderilor caracteristice vârstei este o parte foarte importantă a vizitelor la domiciliu.

Analizând răspunsurile asistentelor medicului de familie referitoare la *reperele de dezvoltare a sugarului*, noi am evidenţiat următoarele tendinţe, prezentate în tabelul 1.6.

Sunt deprinderi de bază la care cunoştinţele AMF sunt satisfăcătoare. Astfel, majoritatea asistentelor au ştiut:

- ✓ că la vârstă de 2-3 luni un sugar începe să ţine capul în poziţie verticală (87,9%) şi să gângurească (86,6%);
- ✓ la vârstă de 6-7 luni copilul poate să şadă fără sprijin (86,8%);
- ✓ şi de la 10-14 luni poate să meargă de sine stătător (96,3%).

Totodată, în CMF raionale doar o jumătate dintre lucrătorii medicali au deţinut informaţia corectă la întrebarea: „*La ce vârstă un sugar trebuie să şadă fără sprijin?*” (53,9% comparativ cu 86,8% în lotul general de studiu, χ^2=31,5; p=0.002).

Tabelul 1.6

Cunoştinţele asistenţilor medicilor de familie privind dezvoltarea psihomotorie a copilului în funcţie de tipul instituţiei medicale

Deprinderile caracteristice vârstei	CMF municipal	CMF raional	CS	OMF	Total
La vârsta de 1-2 luni la un sugar apare „zâmbetul social”	45,6	66,7	61,8	41,8	52,6
La vârsta de 1-2 luni un sugar începe să urmărească obiectele	50	38,9	43,6	55,6	47,8
La vârsta de 2-3 luni un sugar ţine capul în poziţie verticală	**91,4**	**88,9**	**82,1**	**87,2**	**87,9**
La vârstă de 2-3 luni un sugar începe să gângurească	**89,7**	**94,4**	**82,2**	**87,3**	**86,6**
La vârsta de 3-4 luni un sugar apucă jucăria	44	50	45,2	38,2	43,8
La vârsta de 5-6 luni un sugar se rostogoleşte de pe spate pe burtă şi invers	56	33,3	57,3	60	55,9
La vârsta de 6-7 luni un sugar trebuie să şadă fără sprijin	**90,5**	**53,9**	**85,2**	**92,6**	**86,8**
La vârsta de 9-10 luni un sugar imită diferite gesturi (pa-pa, bate tăpuşele etc.)	62,2	66,7	65,3	63,6	65,1
La vârsta de 9 luni un sugar trebuie să stea în picioruşe cu sprijin	41,4	22,2	28,3	30,9	33,2
La vârsta de 10-14 luni un sugar trebuie să meargă fără sprijin	**94,8**	**99,9**	**96,8**	**96,4**	**96,3**
La vârsta de 1 an un sugar trebuie să pronunţe cel puţin 3-4 cuvinte	38,8	33,3	33,9	25,5	34,2
La vârsta de 2 ani un copil trebuie să construiască piramide din 3-4 cubuleţe	34,5	33,3	40,7	36,4	37,2
La vârsta de 3 ani un copil trebuie să spună cum se numeşte	12,1	5,6	5,7	3,6	7,7
La vârsta de 3-5 ani un copil trebuie să întreţină o conversaţie, să recite poezii, să spună poveşti	66,5	72,2	76,4	76,4	72,5
La vârsta de 3-5 ani un copil poate face un desen (cercuri, pătrate, oameni) din cel puţin 3-4 elemente	86,2	77,8	79,7	78,3	81,8

Există un alt grup de abilităţi ale dezvoltării psihomotorii ale copilului primului an de viaţă, la care doar aproximativ jumătate din asistentele medicului de familie au numit limitele admisibile ale vârstei de apariţie.

Aşadar:

- ✓ în medie 52,6% din AMF au ştiut că la vârstă de 1-2 luni la un sugar apare „zâmbetul social” (de la 41,8% din lucrătorii OMF până la 66,7% – în CMF raionale);
- ✓ 47,8% au ştiut că la vârstă de 1-2 luni un sugar începe să urmărească obiectele (de la 38,9% din AMF în centre raionale până la 50% – în municipii şi 55,6% – în OMF);
- ✓ 43,8% au răspuns corect că un copil mic apucă jucăria la vârstă de 3-4 luni (38,2% – în OMF şi 50% – în centre raionale);
- ✓ 55,9% considerau pe bună dreptate că la vârsta de 5-6 luni un sugar deja se rostogoleşte de pe spate pe burtă şi invers (de la 33,3% răspunsuri corecte în centre raionale până la 56% – în municipii şi 60% – în OMF);
- ✓ 65% din AMF au ştiut că la vârsta de 9-10 luni un sugar începe să imită diferite gesturi („pa-pa”, bate „tăpuşele” etc.).

Asistenţii medicilor de familie sunt mai puţin familiarizaţi cu reperele de dezvoltare a copilului mai mare de 1 an. Astfel, doar o treime (33,2%) din ei au numit corect vârsta la care un copil mic trebuie să stea în picioruşe cu sprijin (9 luni). În municipii procentul răspunsurilor corecte din rândul asistenţilor medicului de familie a fost mai mare (41,4% comparativ cu 25% în centre raionale, χ^2=31,5; p=0.002).

Un nivel similar de cunoştinţe a fost înregistrat şi la întrebările „*La ce vârstă un sugar trebuie să pronunţe cel puţin 3-4 cuvinte?*” (la un an) şi „*La ce vârstă un copil trebuie să construiască piramide din 3-4 cubuleţe?*” (la 2 ani) – 34,2% şi respectiv 37,2%, fără devieri statistice în funcţie de tipul instituţiei medicale.

Doar 7,7% din respondenţii au ştiut că la vârstă de 3 ani un copil trebuie să ştie să-şi rostească numele şi prenumele (de la 3,6% din AMF în OMF până la 12,1% – în municipii).

Informaţia că la vârstă de 3-5 ani un copil trebuie să întreţină o conversaţie, să recite poezii, să spună poveşti şi să poată deja desena cercuri, pătrate, oameni cu cel puţin 3-4 elemente era cunoscută de 2/3 din AMF chestionaţi.

Aşadar, rezultatele studiului au arătat că AMF din CMF municipale posedă cunoştinţe referitoare la reperele de dezvoltare psihomotorie a copilului până la 5 ani puţin mai aprofundate comparativ cu lucrătorii medicali din alte instituţii medicale. În general, deprinderile sugarului (în vârstă sub 1 an) sunt mai bine cunoscute de către asistenţii medicilor de familie, comparativ cu deprinderile caracteristice vârstei mai mari a copilului.

1.4. Cunoştinţele privind ajutorul de urgenţă

Evaluarea gradului de cunoaştere a *Semnelor de pericol pentru viaţa sugarului* de către AMF a relevat că practic majoritatea respondenţilor (peste 90%) au enumerat corect toate cele cinci semne generale de pericol pentru viaţa sugarului, totodată, unii din ei au apreciat eronat manifestări precum: febra, diareea, paliditatea, inapetenţa ca semne generale de pericol (fig.1.4).

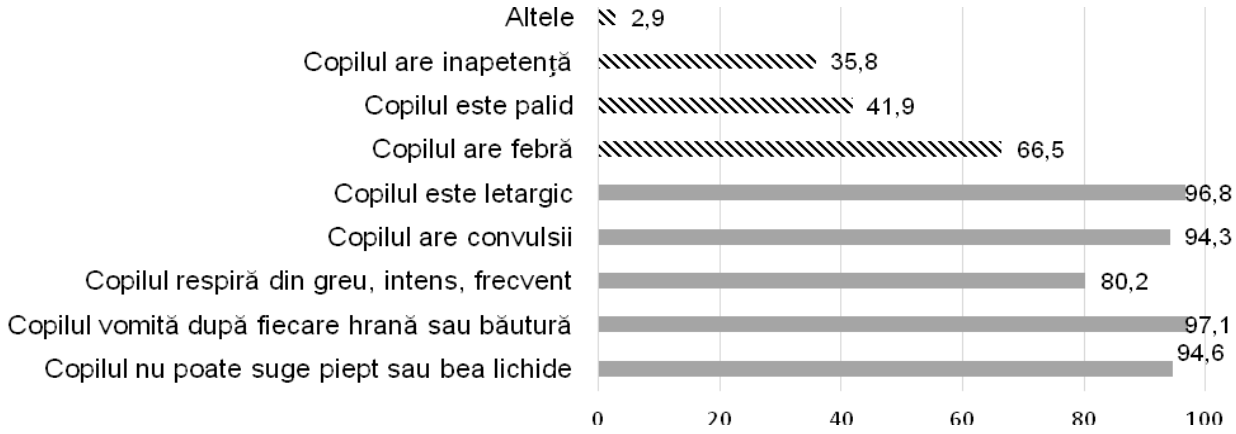


Figura 1.4. **Răspunsurile oferite de către AMF la enumerarea *Semnelor de pericol pentru viaţa sugarului* (%)**

Infecţiile respiratorii la copiii sunt printre cele mai frecvente cauze de adresabilitate a părinţilor la profesioniştii din cadrul asistenţei medicale primare. Din această cauză este foarte important ca asistentul MF să poată gestiona eficient aceste situaţii, efectuând trierea corectă şi într-un timp scurt a pacienţilor. Recunoaşterea rapidă a *semnelor de infecţie respiratorie la sugari* ce necesită ajutor medical urgent este o abilitate strict necesară în activitatea cotidiană a AMF.

Am estimat cunoştinţele la capitolul capacitatea de recunoaştere a sugarului cu semne de infecţii respiratorii ce necesită ajutor medical urgent, în mare măsură AMF au putut indica aceste semne, astfel, doar 1,3% din respondenţi au afirmat că nu cunosc aceste semne (fig. 1.5).

Totuşi, faptul că rata recunoaşterii unor semne de bază cum ar fi respiraţia accelerată, frecventă şi tirajul muşchilor cutiei toracice este sub nivelul de 90% şi existenţa printre AMF a cazurilor când aceştia nu au putut identifica nici un semn al infecţiei respiratorii la sugar ce necesită ajutor medical urgent este o dovadă că AMF necesită instruiri pentru sporirea cunoştinţelor în domeniul ajutorului medical de urgenţă (fig.1.5).

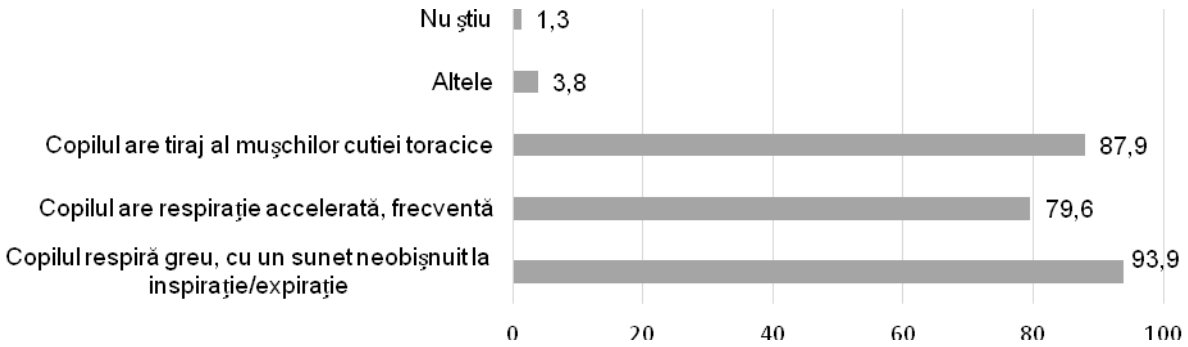


Figura 1.5. **Gradul de cunoaştere de către AMF a semnelor de pericol pentru viaţa sugarului (%)**

Diareea şi voma sunt, de asemenea, nişte situaţii care apar frecvent la copiii mici, punând viaţa acestora în pericol şi care necesită intervenţia promptă a cadrelor medicale. În studiul nostru majoritatea AMF au putut identifica *acţiunile corecte de acordare a primului ajutor copilului care are diaree şi/sau vomă* (fig. 1.6). Totuşi, menţionăm că administrarea antibioticelor a fost menţionată în mod eronat de către 14,1% din AMF participanţi la studiu. Conform protocoalelor clinice de specialitate, administrarea atât a antibioticelor, cât şi a probioticelor nu se regăseşte printre măsurile de prim ajutor în cazurile de diaree şi/sau vomă la copiii.

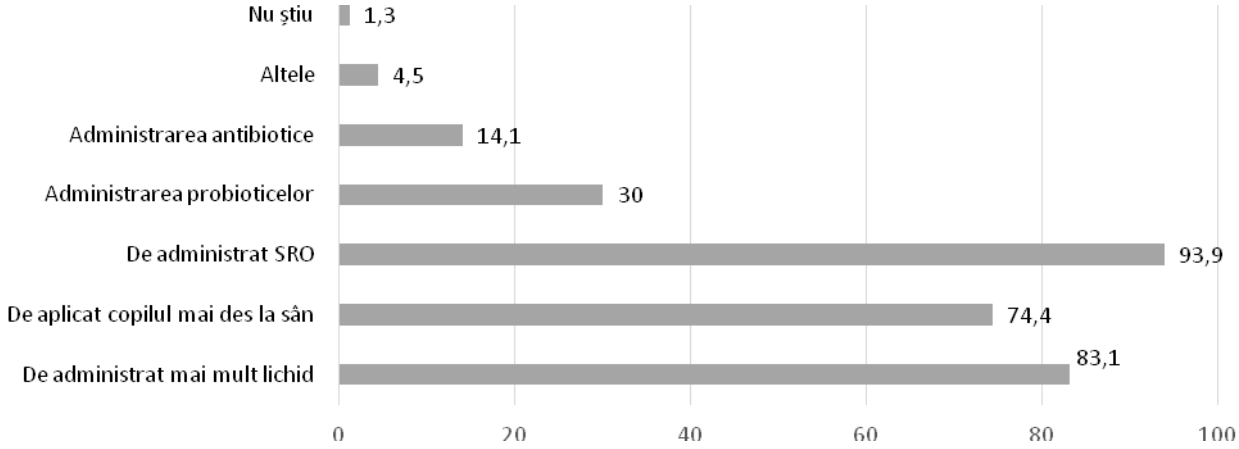


Figura 1.6. **Acţiunile identificate de către AMF (%) în calitate de prim ajutor în caz de diaree/vomă**

Febra este practic cea mai frecventă manifestare clinică a numeroaselor maladii la copii (infecţii respiratorii, otite, infecţii ale tractului urinar), fiind şi o cauză majoră de nelinişte pentru părinţi, iar profesioniştii din sectorul de sănătate sunt rugaţi să intervină zilnic în astfel de situaţii. Pentru a estima care sunt acţiunile AMF în cazul acordării asistenţei unui copil cu

febră, aceştia au fost rugaţi să răspundă la întrebarea „*Care este primul ajutor când copilul are FEBRĂ (mai mare de 38˚C)*?".

Majoritatea respondenţilor au bifat acţiunile:

- de descoperit/dezbrăcat de haine – 87,2%
- de administrat antipiretice – 84,9%
- de alăptat mai des sau de administrat mai mult lichid – 80,5%
- temperatura aerului în cameră să nu depăşească 20℃ – 65,2%
- de făcut frecţii – 38,3%
- alte acţiuni – 3,2%
- nu ştiu – 0,9%.

Conform răspunsurilor primite, putem concluziona că majoritatea AMF au cunoştinţe temeinice în managementul copilului cu febră, peste 80% din respondenţi bifând acţiuni de bază în procesul gestionării pacientului pediatric febril. Totuşi, sub 1% dintre respondenţi au menţionat că nu cunosc algoritmul de acţiuni în cazul copilului febril.

Fiind rugaţi să menţioneze ce remedii recomandă copiilor cu febră în calitate de măsuri fizice, aceştia cel mai frecvent au optat pentru:

- frecţii cu apă la temperatura camerei – 58,2%
- frecţii cu oţet – 26,4%
- frecţii cu alcool – 9,6%
- frecţii cu apă rece – 8,9%
- alte măsuri fizice – 9,7%.

Menţionăm că în cadrul ***Algoritmului de conduită în urgenţe pediatrice,*** în calitate de măsuri fizice menite să soluţioneze sindromul hipertermic la copil sunt enumerate:

- amplificarea circulaţiei aerului;
- administrarea lichidelor orale reci;
- frecţii cu apă caldă (cu 2℃ sub temperatura corporală).

Astfel, măsuri fizice ca: frecţii cu oţet, frecţii cu alcool, frecţii cu apă rece nu se regăsesc în calitate de recomandări pentru rezolvarea sindromului hipertermic la copil.

Practic marea majoritate (84,9%) din respondenţi au menţionat necesitatea administrării preparatelor antipiretice ca măsură esenţială în soluţionarea FEBREI. În urma bifării denumirii preparatelor pentru care optează cel mai frecvent în aşa situaţii, părerile AMF s-au partajat în felul următor (fig.1.7):

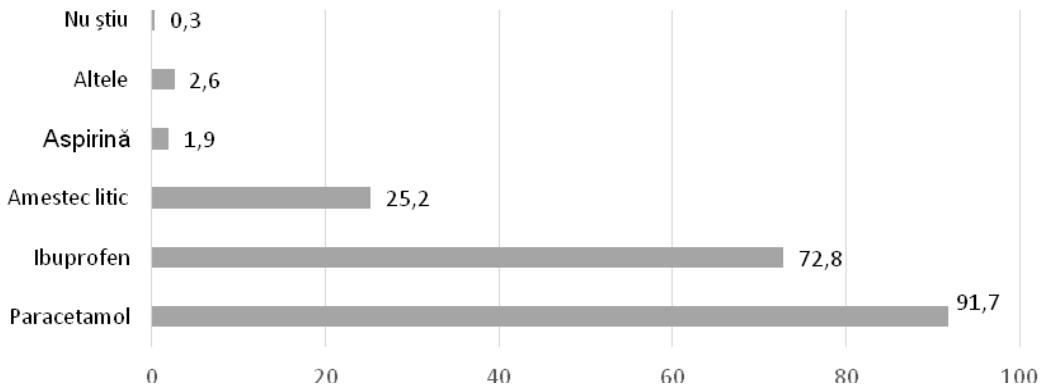


Figura 1.7. **Opţiunea AMF în selectarea preparatelor antipiretice administrate copilului febril (%)**

Studiul nostru a elucidat faptul că marea majoritate a AMF optează în tratamentul febrei pentru administrarea preparatelor recomandate conform ghidurilor, protocoalelor clinice naţionale/internaţionale (paracetamol (acetaminofena), ibuprofen). Totuşi, este îngrijorător faptul că peste ¼ din AMF utilizează în practica cotidiană administrarea amestecului litic (*Soluţie Analgină + Soluţie Dimedrol*), metodă nerecomandată de către experţii internaţionali şi naţionali.

1.5. Cunoştinţele privind depresia postnatală şi abuzul faţă de copii

Depresia postpartum (*postnatală*) este o tulburare psihică frecvent întâlnită la femei în primele luni de la naştere. Recunoaşterea precoce a semnelor şi simptomelor acestei afecţiuni de către personalul medical din cadrul asistenţei medicale primare şi de alţi specialişti din sectorul de sănătate cu instituirea unui tratament corespunzător determină un pronostic favorabil al acestei afecţiuni la mamă, precum şi crearea condiţiilor optime pentru sănătatea şi bunăstarea copilului.

În cadrul studiului nostru am evoluat atât cunoştinţele AMF referitoare la perioada specifică pentru apariţia şi manifestarea *depresiei postpartum*, cât şi recunoaşterea semnelor clinice.

Astfel, în cadrul studiului nostru, doar 30,1% din AMF au afirmat că au cunoscut în experienţa lor de lucru situaţii sugestive pentru depresia postnatală, majoritatea (69,9%) afirmând că nu posedă această experienţă.

Răspunsurile AMF la subiectul *Caracterizarea depresiei postpartum* au fost:

- apare la 2-3 zile după naştere şi dispare pe parcursul a 2 săptămâni – 47,6%;
- apare la 2-3 zile după naştere şi nu dispare pe parcursul a 2 săptămâni, poate dura luni, ani – 37,3%;

- femeia este anxioasă (speriată) şi îngrijorată fără motive temeinice, plânge ocazional – 54,3%;
- femeia nu este capabilă să depăşească problemele cotidiene – 36,3%;
- se simte nefericită, majoritatea timpului are dereglări de somn, se gândeşte să-şi facă ceva rău – 41,5%;
- nu ştiu – 9,9%.

Fiind rugaţi să aleagă din răspunsurile propuse perioada când se manifestă clinic *depresia postpartum,* mai puţin de ½ din respondenţi au selectat răspunsul corect (37,3%), iar 47,6% din respondenţi au definit eronat în calitate de *depresie postpartum* situaţia tranzitorie „baby blues", care este un lucru obişnuit după naştere şi nu necesită intervenţie medicală specializată. Totodată, practic 9,9% din respondenţi au recunoscut ca nu cunosc noţiunea şi semnele clinice ale ***depresiei postpartum.***

Fiind rugaţi să selecteze ***manifestările depresiei postpartum***, respondenţii noştri au optat pentru acestea în majoritatea cazurilor cu o frecvenţă sub 50%, doar pentru manifestarea ***„când femeia este anxioasă (speriată) şi îngrijorată fără motive temeinice, plânge ocazional"*** au optat mai mult ½ din AMF. Este îngrijorător faptul că opţiunea „**se simte nefericită, majoritatea timpului are dereglări de somn, se gândeşte să-şi facă ceva rău**" a fost selectată de mai puţin de ½ din AMF, această situaţie fiind una în care se cere intervenţia ajutorului medical/psihologic specializat.

Rolul profesioniştilor din sectorul de sănătate în protecţia copilului faţă de violenţă este unul esenţial datorită contactului lucrătorului medical cu copiii-victime şi potenţiale victime ale violenţei, precum şi cu familiile acestora. Identificarea timpurie a copiilor-victime sau potenţiale victime ale violenţei facilitează evaluarea, referirea şi asistenţa, inclusiv asistenţa medicală calitativă pentru aceşti copii şi familiile protectoare.

În urma adoptării Mecanismului intersectorial de cooperare (Hotărârea de Guvern nr. 270 din 8 aprilie 2014), precum şi a procedurii de intervenţie a lucrătorului medical în cazurile de violenţă, neglijare, exploatare şi trafic al copilului (Ordinul Ministrului Sănătăţii nr. 445 din 9 iunie 2015) în Republica Moldova au fost create toate premisele pentru stabilirea responsabilităţilor lucrătorilor medicali în domeniul protecţiei copilului prin coordonare şi cooperare intersectorială în procesul de identificare, referire, asistenţă şi monitorizare a copiilor-victime şi potenţiale victime.

În cadrul studiului am rugat AMF să selecteze, dintr-un şir de situaţii cu caracter violent asupra copilului, acele situaţii în care vor interveni în calitate de lucrător medical. Respondenţii noştri au selectat cel mai frecvent situaţia când copilul suportă un abuz fizic (84,4% cazuri), urmată de situaţia când copilul este neglijat (78,6% cazuri) şi situaţia suportării unui abuz emoţional (69% cazuri). Situaţiile care corespund unui copil abuzat

sexual, exploatat prin muncă, traficat au fost selectate cu o frecvenţă sub 60% din cazuri. Menţionăm că în conformitate cu prevederile Ordinului Ministrului Sănătăţii nr. 445 din 9 iunie 2015, lucrătorii medicali sunt obligaţi să intervină şi să sesizeze ATL în toate situaţiile descrise.

În cadrul studiului, lucrătorii medicali au fost solicitaţi să selecteze acţiunile pe care le efectuează în cazul identificării unui copil-victimă sau potenţială victimă a violenţei, neglijării, exploatării şi traficului. Cele mai frecvente acţiuni au fost: efectuarea examinării medicale primare în 82,8% cazuri, urmate, în ordine descrescătoare, de completarea Fişei de sesizare a cazului (64,9%), informarea copilului despre drepturile sale (56,2%) ş.a. (fig.1.8).

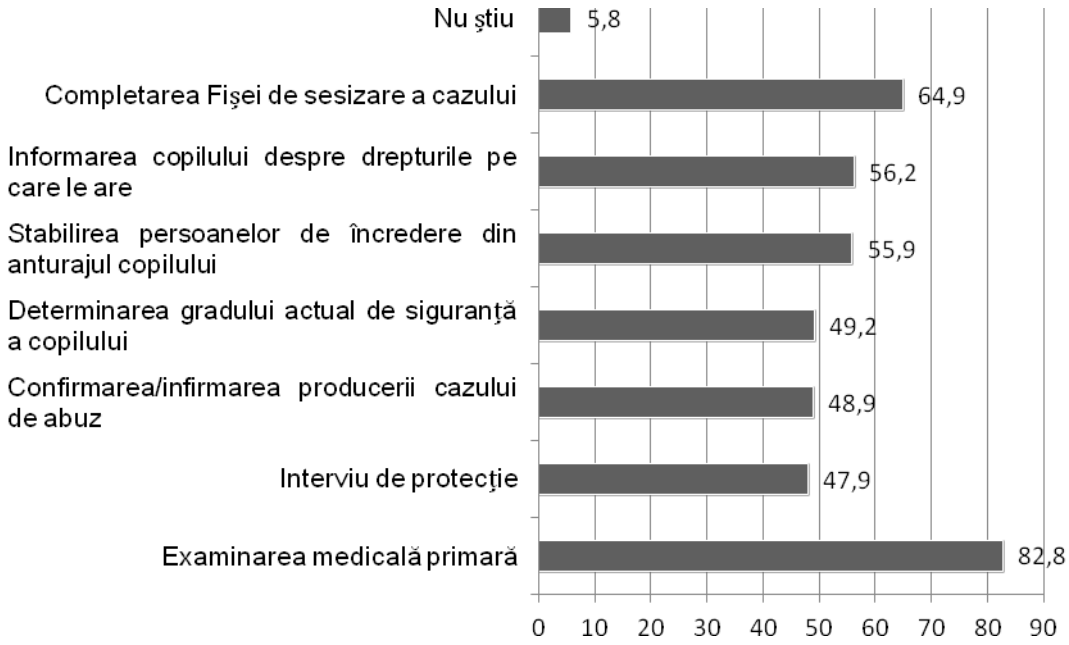


Figura 1.8. **Rata acţiunilor considerate necesare a fi întreprinse de către lucrătorii medicali în cazul identificării unui copil-victimă (Opinia participanţilor la studiu, %)**

Majoritatea respondenţilor (82,8%) au optat pentru efectuarea ***Examinării medicale primare*** în calitate de intervenţie a lucrătorului medical în cazul identificării unui copil-victimă sau potenţială victimă a violenţei, neglijării, exploatării, traficului (VNET), fiind o acţiune familiară profesioniştilor din sectorul de sănătate. Faptul că mai puţin de ½ dintre lucrătorii medicali consideră efectuarea ***Interviului de protecţie***, ***Determinarea gradului actual de siguranţă a copilului***, ***Confirmarea/infirmarea producerii cazului de abuz*** ca acţiuni specifice în activitatea lor în caz de identificare a unui copil-victimă sau potenţială victimă denotă că aceştia sunt puţin informaţi la subiectul în cauză.

De asemenea, este îngrijorător faptul că, fiindu-le cerută opinia privind necesitatea raportării la ATL/ATT a fiecărui caz suspect de abuz asupra copiilor, 16,1% dintre AMF au considerat necesară raportarea doar a cazurilor grave, a abuzurilor cu pericol iminent pentru

viaţă şi sănătate, iar 1,3% au fost împotriva oricărei raportări, 8,7% din respondenţi nu s-au putut pronunţa asupra subiectului (fig. 1.9). Deci, per total, avem practic 26,1% de AMF care sunt neinformaţi sau manifestă o toleranţă mărită faţă de fenomenul abuzului faţă de copil, aceste persoane necesitând o abordare specială pentru a fi sensibilizate la subiectul intervenţiei lucrătorului medical în cazurile de VNET a copilului conform prevederilor legale.

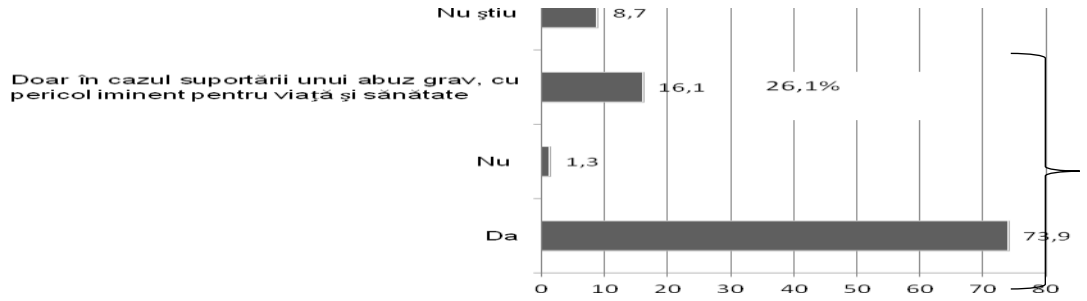


Figura 1.9. **Opinia participanţilor la studiu referitoare la necesitatea raportării la autoritatea tutelară locală (teritorială) a cazurilor suspecte de abuz (VNET) asupra copiilor (%)**

Carenţe au fost identificate şi la aprecierea gradului de cunoştinţe referitoare la modalitatea corectă de evidenţă a sesizărilor şi documentaţiei medicale în cazul depistării unui abuz asupra copilului, doar 43,3% din respondenţi putând să selecteze varianta corectă de răspuns la acest subiect.

II. REZULTATELE CERCETĂRII DOCUMENTAŢIEI MEDICALE STATISTICE A COPILULUI (CARNETULUI DE DEZVOLTARE A COPILULUI, formular 112/e)

Au fost analizate 300 de chestionare de evaluare a documentaţiei medicale, dintre care 40% (120 de chestionare) din cazuri – în municipii, 31,3% (95 chestionare) – în centrele raionale şi 28,7% (85 chestionare) – în localităţile rurale, inclusiv au fost analizate Formulare 112/e ale copiilor din familiile cu risc medico-social (RMS) – 29 de cazuri, ceea ce a constituit 9,7% din numărul total de cazuri, respectând în medie proporţia acestui grup în rândul populaţiei generale.

Materialul de studiu l-a constituit F 112/e al copiilor cu limita de vârstă de până la 18 ani (vârsta medie 5,52±4 ani), 53% (159) fiind copiii până la 5 ani.

Menţionăm că la 5 ani după implementarea Formularului 112/e actualizat în serviciul de asistenţă medicală în toată ţara (din 01.01.2013 conform Ordinului nr.1000 MS al RM) numai 2/3 (69,2%) dintre copiii sub 5 ani analizaţi dispun de acest document medical: 51,9% – în municipii, 72,6% – în localităţile urbane mici şi 84,4% – în sectorul rural.

Familiile cu risc medico-social (RMS) sunt asigurate cu F112/e actualizat în proporţie de 91,6%.

Rezultatele analizei au fost contrapuse rezultatelor Studiului de evaluare a Standardelor de supraveghere a copilului sănătos în condiţii de ambulator din anul 2012.

2.1. Calitatea completării compartimentului general

Compartimentul *„Date generale despre copil şi familie”* a fost completat calitativ în 64,3% din cazurile de F 112/e examinate, comparativ cu 90,6% din cazuri în studiul efectuat în anul 2012, iar în 23,2% din cazuri datele erau completate parţial.

Calitatea completării acestui capitol a variat în funcţie de tipul instituţiei medicale, alcătuind 60-63,9% în CMF municipale/raionale şi 70,9% în instituţiile din sectorul rural (fig. 2.1). În 14-15,2% din F 112/e ale copiilor din localităţile urbane mici şi municipii aceste date au fost absente, iar în sectorul rural rata unor astfel de cazuri înregistrate a fost de doar 7%.

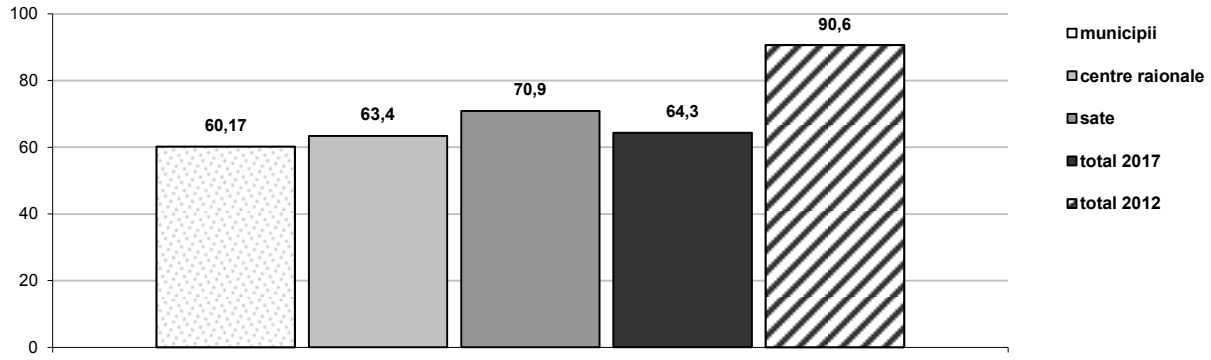


Figura 2.1. **Rata completării calitative a datelor despre familie în funcţie de tipul instituţiei medicale (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)**

Este cunoscut faptul că indicatorii înalţi de mortalitate infantilă şi a copiilor până la 5 ani se menţin pe seama copiilor din familie cu RMS. De aceea, este foarte important ca medicul de familie să depisteze cât mai timpuriu condiţiile nefavorabile de diferită geneză în familie, pentru a monitoriza eficient situaţia. În cadrul studiului efectuat, 9,7% dintre copii au fost din familii cu RMS, ponderea mai înaltă a acestei categorii de copii a fost în localităţile rurale, unde practic fiecare al 5-lea copil a fost din familie cu RMS, comparativ cu municipii, unde doar 2,5% dintre copii aveau RMS (x^2=24,14, p<0,005).

Totodată, rezultatele evaluării au determinat că şi cca 10% din formularele 112/e cercetate au conţinut şi informaţii concrete şi obiective pentru delimitarea copiilor din familii cu RMS. Mai frecvent compartimentul menţionat era completat calitativ în sectorul rural (17,6% dintre cazuri comparativ cu 5,1% în municipii (x^2=11,394, p=0,022)).

Totodată, compartimentul respectiv al formularului 112/e mai des a fost completat la copiii cu risc medico-social – 75,8% faţă de 62,2%. La aceşti copii mai frecvent au fost

înregistrate diferite riscuri medico-sociale – 68,9% cazuri faţă de 3,2% (x^2=127,545, p=0,0005).

În lotul general de studiu în calitate de riscuri medico-sociale au fost evidenţiate în 46,8% din cazuri – situaţia socio-economică precară, inclusiv în localităţile rurale acest indice constituia 71,4% din cazuri faţă de 37,5% în centrele raionale şi 20% din cazuri în municipii (x^2=14,152, p=0,166).

În calitate de riscuri medico-sociale evidenţiate la grupul copiilor cu RMS, în 70% cazuri a fost înregistrată situaţia socio-economică precară, în 40% – maladiile cronice şi ereditare în familie şi în 10% – abuzul de alcool.

Maladiile cronice şi ereditare în familie au fost evidenţiate în 53,1% din cazuri, preponderent în municipii, abuzul de alcool şi condiţiile nocive de muncă ale părinţilor fiind evidenţiate doar în formularele 112/e ale copiilor din localităţile rurale (respectiv 14,3% şi 8% cazuri), iar fumatul părinţilor a fost specificat doar în 10% din cazuri din formularele 112 ale copiilor din municipiu şi 12,5% din centrele raionale.

Este important că la copiii din familiile fără RMS patologiile suportate au fost descrise în 81,8% din cazuri, comparativ cu doar 40% în cazul copiilor din familii cu RMS, ceea ce ne sugerează o atenţie sporită şi o adresabilitate la medic mai înaltă a părinţilor copiilor fără RMS.

Menţiuni în compartimentul de date perinatale au fost înregistrate în 65% de F 112/e. S-a păstrat tendinţa ca acest compartiment să fie completat mai frecvent în localităţile rurale – 72,1% din cazuri contra 60,8% în municipii (x^2=9,031, p=0,06) şi 63,8% în centrele raionale. La copiii cu risc medico-social acest compartiment a fost completat doar în 48,2% din cazuri, comparativ cu 68,6% (x^2=11,10, p=0,25).

97,2% dintre copiii evaluaţi s-au născut la termenul de gestaţie 38-42 de săptămâni, doar 2,8% dintre copii s-au născut prematur la 32-37 de săptămâni de gestaţie. Naştere gemelară a fost doar în 1,05% din cazuri. Ţinem să remarcăm că în rândul familiilor cu RMS ponderea copiilor născuţi prematur a fost mai mare – 11,1%, comparativ cu 2,06% (x^2=7,75, p=0,21).

Mai mult de ½ (58,5%) dintre copii s-au născut cu masa cuprinsă între 2500 şi 3499 g., 37,3% dintre copii s-au născut cu greutatea mai mare de 3500 g., iar 4,2% copii – cu masa mai mică de 2500 g. De menţionat că printre cazurile evaluate în localităţile rurale nu au fost copii născuţi cu masa mai mică de 2500 g., comparativ cu 5,4% cazuri – în municipii şi 6,5% cazuri – în centrele raionale (tab. 2.1).

Tabelul 2.1

Rata copiilor în dependenţă de masa corpului la naştere şi de localităţi (%)

Masa la naştere	Municipii	Centre raionale	Localităţi rurale	Total
<2499	5,4	6,5	-	4,2
2500-3499	54,05	54,4	69	58,5
>3500	40,5	39,7	31	37,3

Obiecţii semnificative la completarea compartimentului destinat datelor *imunizării* nu au fost semnalate pe parcursul evaluării. Majoritatea F 112/e erau completate calitativ, informaţiile corespunzând cu nivelul imunizării (fig. 2.2).

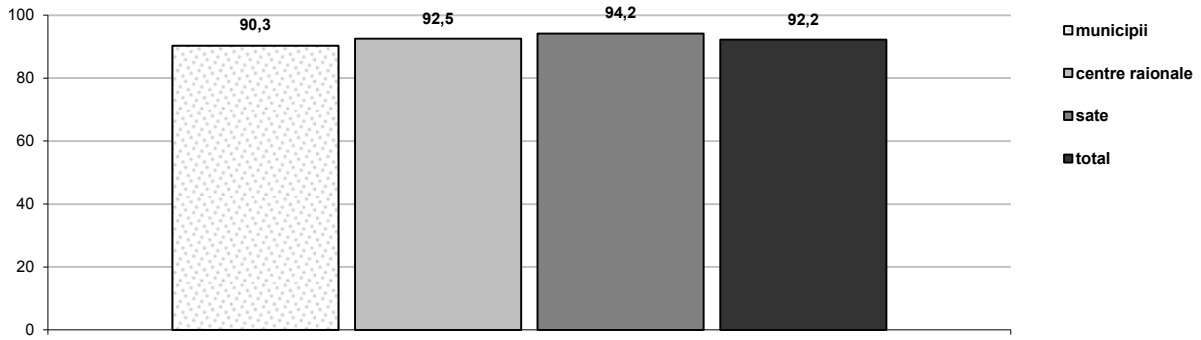


Figura 2.2. **Rata completării calitative a datelor despre vaccinări, în funcţie de tipul instituţiei medicale** (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

Doar 10 (3,3%) dintre copiii din lotul general de studiu nu au fost vaccinaţi, motivul fiind prezenţa contraindicaţiilor medicale (80%) şi doar într-un singur caz – refuzul categoric al părinţilor de a vaccina copilul.

În lotul general de studiu 85,6% dintre copii în primele 6 luni de viaţă au fost alimentaţi natural, 9,5% – alimentaţi artificial şi 4,9% dintre copii se aflau la alimentaţie mixtă (tab. 2.2). Rata copiilor alimentaţi natural este puţin mai mare în localităţile rurale – 89,5%, comparativ cu 83,7% – în centrele raionale şi 84,1% – în municipii. De remarcat că 4 din 5 copii alimentaţi artificial sau mixt au fost alimentaţi cu amestecuri adaptate, doar 2,1% copii – cu lapte de vacă.

În lotul copiilor cu RMS se observă o rată uşor majorată a copiilor alimentaţi artificial şi mixt, respectiv 14,3% şi 7,1% cazuri.

Tabelul 2.2

Rata copiilor în dependenţă de alimentaţia primului an de viaţă (%)

Alimentaţia în primele 6 luni de viaţă	Municipii	Centre raionale	Localităţi rurale	Copii fără RMS	Copii cu RMS	Total
Naturală	84,11	83,70	89,53	85,71	78,57	85,61
Artificială	10,28	14,13	3,49	9,39	14,29	9,47
Mixtă	5,61	2,17	6,98	4,90	7,14	4,91

Deşi mai multe studii de evaluare a cunoştinţelor pe care le posedă părinţii au stabilit că nivelul de cunoaştere a semnelor de pericol pentru viaţa copilului, a regulilor de creştere a unui copil sănătos etc. este foarte scăzut la populaţia autohtonă, activitatea de instruire a părinţilor de către lucrătorii medicali este departe de a fi satisfăcătoare.

Datele despre *instruirea părinţilor conform tematicii recomandate de MS al RM* au fost înregistrate complet în doar în 52,0% din cazuri de F 112/e evaluate, comparativ cu 56,2% în anul 2012; în 33,2% din cazuri datele au fost completate numai parţial, comparativ cu 40,9% în studiul din anul 2012 (fig. 2.3).

În CS din localităţile rurale 71,7% dintre F 112/e au fost completate integral la acest capitol; parţial au fost completate în 20,0% din cazuri; 8,3% dintre F 112/e n-au fost completate în general, comparativ cu CMF municipale şi CS din centrele raionale, unde doar în 41,2% şi 47,3% din cazuri au fost completate integral la acest compartiment; parţial fiind completate în 41,2% şi respectiv 35,5% din cazuri.

O uşoară tendinţă de majorare a completării datelor despre instruirea părinţilor se remarcă în formularele copiilor cu RMS – 68,9% comparativ cu 53,1% din cazuri. Cu părere de rău, completarea cu acurateţe a acestui compartiment nu este o dovadă că instruirea *de facto* a avut loc în volumul declarat.

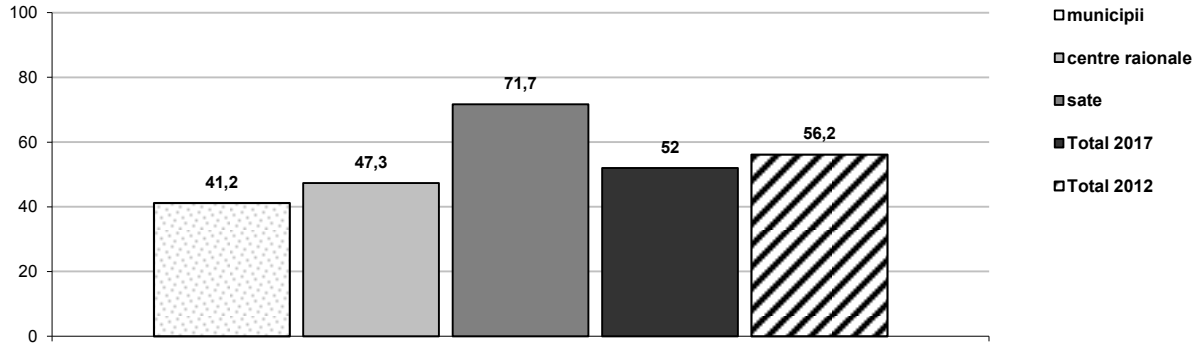


Figura 2.3. **Rata completării calitative a datelor despre instruirea părinţilor conform tematicii recomandate de MS al RM, în funcţie de tipul instituţiei medicale (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)**

2.2. Calitatea completării compartimentului maladii cronice şi de fond

Menţiuni în compartimentul de date despre patologii suportate au fost înregistrate în 70,2% din F 112/e. S-a păstrat tendinţa că acest compartiment a fost completat mai frecvent în localităţile rurale şi CS din centrele raionale – respectiv 71,1 şi 72,8% din cazuri contra 67,5% în municipii, şi la copiii din familii cu RMS – în 78,6% din cazuri.

Cel mai frecvent specificate la copii au fost maladiile sistemului respirator – 95,9% din cazuri, diferenţe veridice sub aspect statistic între localităţi şi categorii de risc nefiind

semnalate, urmate de patologiile sistemului nervos – 20,6% din cazuri şi afecţiunile aparatului digestiv – 15,23% din cazuri (fig. 2.4).

Acest fapt reflectă situaţia reală privind morbiditatea prin maladii respiratorii la copii – cele mai răspândite în rândul copiilor.

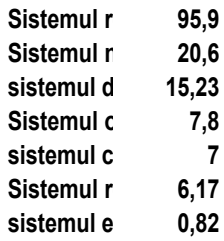


Figura 2.4. **Rata patologiilor suportate de copii (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)**

Ţinem să remarcăm că printre orăşeni au avut o frecvenţă mult mai mare maladiile sistemului nervos – 35,3% din cazuri comparativ cu 7,6% cazuri la copiii din localităţile rurale şi afecţiunile sistemului digestiv – în 21,6% din cazuri faţă de 10,6% din cazuri înregistrate la copiii din sate.

Datele despre *supravegherea maladiilor cronice* au fost completate în 8,3% din cazuri. Mai frecvent diverse maladii cronice au fost înregistrate la copiii din localităţile rurale (14,5%) comparativ cu cei din municipii (x^2=10,34, p=0,035) şi la cei din familii cu risc medico-social (13,8% din cazuri).

Diverse maladii de fond au fost diagnosticate la 40,4% dintre copiii din lotul general de studiu, astfel, în 36,2% din cazuri copiii au fost afectaţi de anemie, în 2,1% – de rahitism, în 2,1% din cazuri au suferit de malnutriţie (fig. 2.5).

Mult mai frecvent anemia a fost prezentă la copiii din localităţile rurale şi centrele raionale, respectiv 42,7% şi 41,7% din cazuri, comparativ cu doar 27,2% – la copiii din municipii. Această situaţie se datorează probabil şi faptului că populaţia urbană are o dietă mai echilibrată din punct de vedere calitativ, iar gravidele administrează mai frecvent preparate de fier (fig. 2.5).

Totodată, anemia mai frecvent a fost diagnosticată şi la copiii din familii cu RMS, unde practic fiecare al II-lea copil suferea de anemie (48,3%), acest fapt datorându-se probabil unor carenţe în alimentaţie. Şi rahitismul a fost diagnosticat mai frecvent la copiii din familii cu risc medico-social – 6,9% comparativ cu copiii fără risc – 1,25% (x^2=9,80, p=0,133).

În cazul prezenţei anemiei la copii, dozarea preparatelor de fier a fost corespunzătoare în 71,2% cazuri, iar în 28,7% din cazuri doza prescrisă de preparate a fost insuficientă; preponderent dozarea insuficientă a preparatelor de fier a fost la copiii din municipii – în 54,2% cazuri de tratament administrat în cazul prezentei anemiei faţă de 12,9% în localităţile rurale (p<0.005).

.

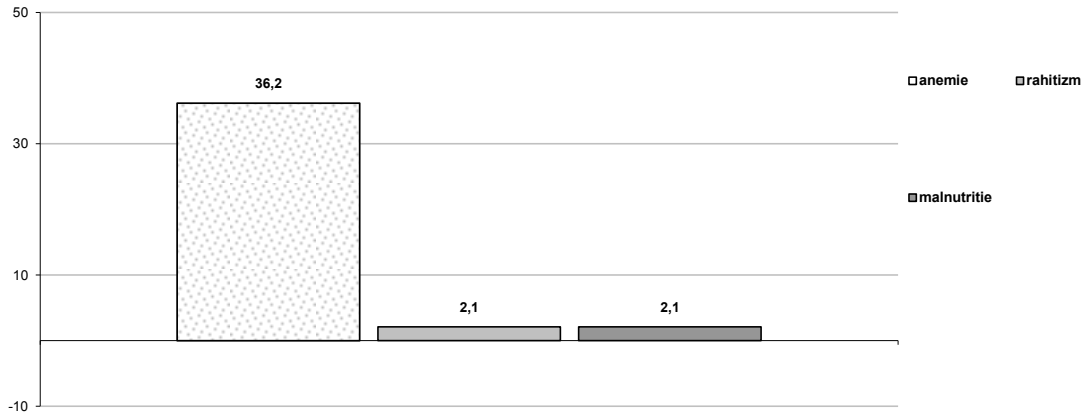


Figura 2.5. **Rata prezenţei maladiilor de fond la copii (%)**
(în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

În lotul general de studiu, 94,4% dintre copii au primit profilactic vitamina D, cu o uşoară tendinţă de majorare a administrării vitaminei D la copiii din localităţile rurale – 95,2%, comparativ cu 93,6% – la cei din localităţile urbane. Totodată, copiii din familii cu RMS au administrat vitamina D în 93,1% din cazuri.

În cazul prezenţei rahitismului, dozarea vitaminei D a fost suficientă în 87,3% din cazuri, în 11,4% din cazuri doza administrată a fost insuficientă, iar în 1,3% din cazuri a fost determinată supradozarea vitaminei D prescrise.

2.3. Înregistrarea vizitelor profilactice la domiciliul copilului sănătos

Datele despre prima consultaţie a nou-născutului la domiciliu efectuată de către medicul de familie în primele 3 zile după externarea de la maternitate au fost înregistrate în 89,4% din cazuri în lotul sumar de studiu (comparativ cu 92% în a. 2012) (fig. 2.6).

Datele despre vizita la a 14-a – a 15-a zi de viaţă, preconizată conform STANDARDELOR în vigoare, se regăsesc în doar 65,4% din F 112/e, în a. 2012 acest indice s-a regăsit doar în jumătate din formulare (49,6%, p<0,001).

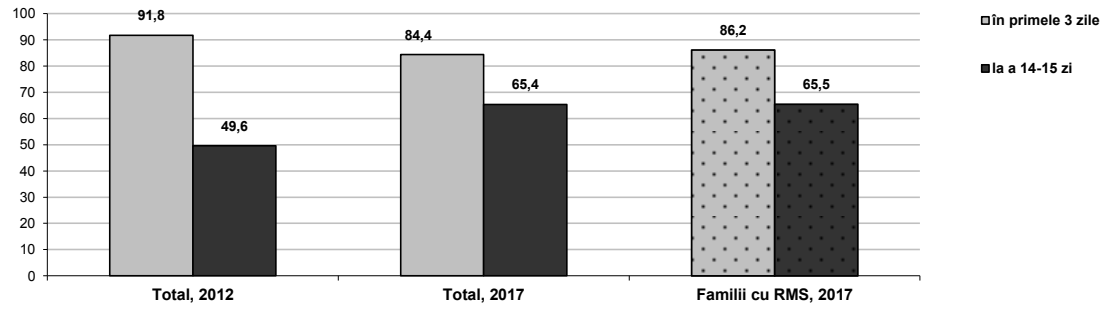


Figura 2.6. **Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la vizitele profilactice ale medicului de familie la domiciliul copilului sănătos în primele săptămâni de viaţă (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)**

Menţiunile asistentului medicului au avut următoarea regularitate: conform informaţiei din F 112/e, asistentul medicului a vizitat 89,7% din nou-născuţi în primele 3 zile după externarea din maternitate şi 80,3% din nou-născuţi – la a 14-a – a 15-a zi de viaţă (fig. 2.7).

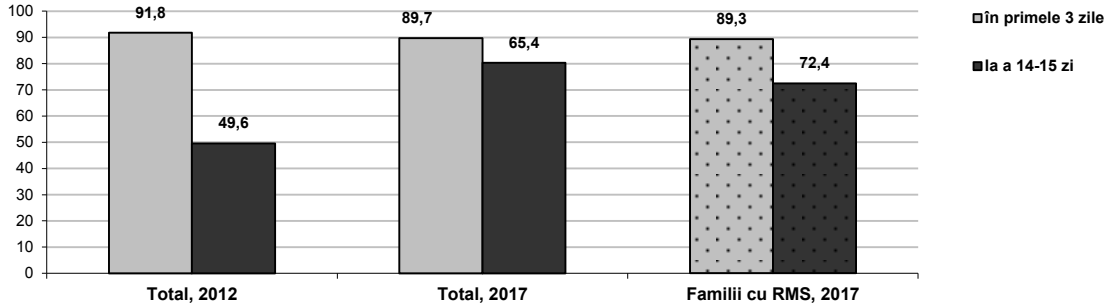


Figura 2.7. **Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la vizitele profilactice făcute copilului sănătos în primele săptămâni de viaţă de asistentul medicului (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)**

Dacă analizăm numărul de vizite făcute în familiile cu RMS înregistrate în F 112/e, rezultă că asistenţii medicului de familie vizitează nou-născuţii din familiile cu RMS mai rar decât pe alţi copii. Astfel, în primele 3 zile după externarea din maternitate au fost vizitaţi de către asistentul medicului numai 89,3% din nou-născuţii cu RMS (comparativ cu 92,2% din copiii aflaţi în condiţii favorabile, $p>0.05$), iar la a 14-a – a 15-a zi de viaţă la domiciliu au fost vizitaţi numai 72,4% din nou-născuţii cu RMS (comparativ cu 83,8% din celălalt grup, $p>0.05$). Acest tablou a fost semnalat şi în a. 2012.

Contrar aşteptărilor, cele mai joase rezultate s-au constatat în municipii, unde vizita medicului de familie la domiciliu în primele 3 zile după externarea din maternitate a nou-născutului a fost înregistrată în 84,1% din F 112/e analizate, iar vizita la a 14-a – a 15-a zi de viaţă a copilului – în 58,0% din cazuri.

Ca şi în anul 2012, a fost determinată o diferenţă certă în funcţie de tipul instituţiei medicale, care a sugerat o responsabilitate mai înaltă în rândul asistenţilor medicului din sectoarele rurale, comparativ cu cei din localităţile urbane (fig. 2.8): în primele 3 zile după externarea din maternitate au fost vizitaţi de către asistentul medicului în CMF municipale 83,6% din nou-născuţi; în CMF raionale 89,4%; iar în sectorul rural (CS, OM) – 97,7% (ceea ce este comparativ mai des decât în municipii – χ^2=10,3; p=0.006). Referitor la vizitele efectuate la a 14-a – a 15-a zi de viaţă au fost obţinute date asemănătoare: respectiv, 75,0% din nou-născuţi – în CMF municipale, 81,7% – în CMF raionale şi 85,7% – în sate.

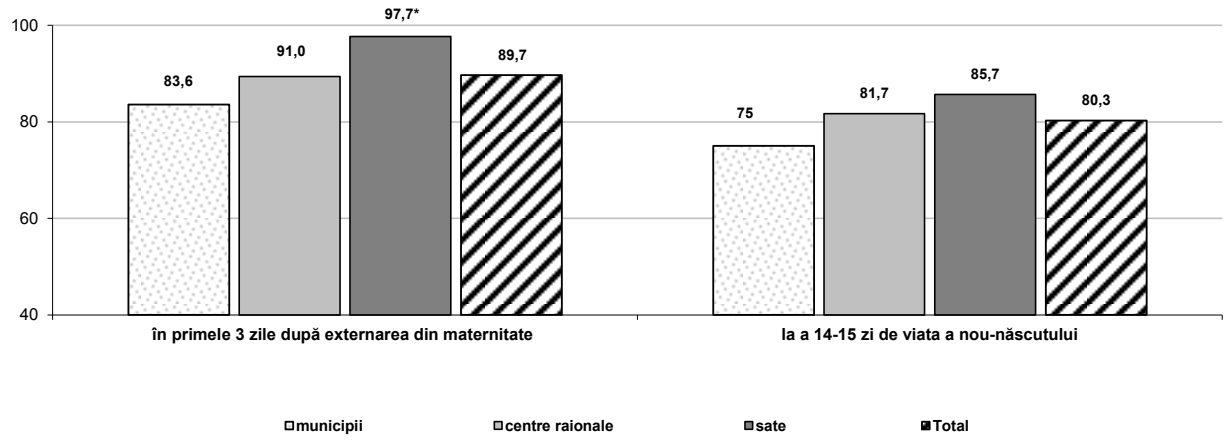


Figura 2.8. **Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la vizitele profilactice la domiciliul copilului în prima lună de viaţă efectuate de către asistentul medicului, în funcţie de tipul instituţiei (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)**

Menţionăm că, ţinând cont de propunerile şi argumentele colectate pe parcursul studiului de evaluare în anul 2012, în STANDARDELE actuale este redus numărul de vizite ale asistentului medicului la domiciliu la copiii care nu fac parte din familii de RMS. Aşadar, asistentul medicului vizitează familia la domiciliu de două ori pe lună în primele 3 luni de viaţă şi o dată pe lună între vizitele efectuate în instituţia medicală în perioada 3-12 luni. Deci, numărul de vizite ale asistentului medicului a fost redus de la 25 până la 15, urmând ca efortul şi timpul economisit să fie utilizate pentru supravegherea copiilor din grupul de RMS.

Contrar aşteptărilor, în 2/3 cazuri (65-70%) asistentele medicului continuă să viziteze copiii primului an de viaţă la domiciliu conform STANDARDELOR precedente, deci, mai frecvent decât prevăd STANDARDELE în vigoare.

Numărul de vizite la domiciliu a fost efectuat conform STANDARDELOR de către asistentul medicului pe parcursul primei luni de viaţă a copilului doar în 11,6% din cazuri (2 vizite obligatorii), în perioada 1-3 luni de vârstă a copilului – în 13,7% cazuri (4 vizite obligatorii), în perioada 3-7 luni – în 16,0% cazuri (4 vizite obligatorii) şi în perioada 7-12 luni – în 13,8% din cazuri (5 vizite obligatorii).

La circa 8-9% din copii în vârstă de până la 12 luni, în Formularul 112/e lipsesc anumite menţiuni care ar confirma cel puţin o vizită a asistentului medicului la domiciliu. Datele obţinute sugerează că 9-12% din copii au fost insuficient supravegheaţi, vizitele ce li s-au făcut fiind mai puţine decât numărul necesar. În anul 2012 acest contingent a constituit o proporţie evident mai mare – 25-40% (în funcţie de vârstă) din copiii primului an de viaţă.

Numărul vizitelor profilactice la domiciliul copilului sănătos în perioada primului an de viaţă efectuate de către asistentul medicului în medie a depăşit cerinţele STANDARDULUI şi a variat nesemnificativ în diferite grupe (tab. 2.3). Totodată, au fost observate 2 tendinţe importante: familiile cu risc medico-social au fost vizitate la domiciliu puţin mai des decât copiii din familii defavorizate; copiii care locuiesc la sate au fost vizitaţi mai des decât copiii care locuiesc în oraşe mari şi mici.

Tabelul 2.3

Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la vizitele profilactice la domiciliul copilului în primul an de viaţă efectuate de către asistentul medicului, în funcţie de tipul instituţiei (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

Tipul instituţiei Vârsta	CMF municipale	CMF raionale	Sate	Total	Familii cu RMS	Conform standard
prima luna	3,8±1,9	4,1±1,6	4,2±1,4	4,0±1,7	4,5±1,4	**3**
1-3 luni	4,5±2,5	4,7±2.0	5,1±1,5	4,7±2,1	5,3±1,7	**4**
3-7 luni	5,2±2,4	5,5±2,5	5,2±1,8	5,3±2,3	5,8±2,1	**4**
7-12 luni	5,3±2,6	5,4±2,4	5,8±1,5	5,5±2,3	6,4±2,6	**5**

Cel mai redus indice s-a înregistrat în CMF municipale, unde 14-17% dintre copiii cu vârsta sub 1 an n-au avut nici o vizită făcută de către asistentul medicului de familie conform STANDARDELOR în vigoare: pe parcursul primei luni – 14,0% (comparativ cu 1,1% în sate, χ^2=15,8; p=0.014), în perioada 1-3 luni – 16,8%, la 3-7 luni – 14,7% (în sate – 0,0%, χ^2=31,9; p=0.000) şi la 7-12 luni – 16,0% din copii (în sate – 0,0%, χ^2=22,2; p=0.001).

Aşadar, cele mai bune rezultate la acest capitol, conform datelor extrase din F 112/e, au fost stabilite în localităţile rurale, unde STANDARDELE referitoare la vizitele profilactice efectuate de AMF la domiciliul copilului sănătos în primul an de viaţă au fost respectate de circa 2 ori mai des comparativ cu indicele mediu în lotul sumar cercetat (p=0.000). Conform acestui criteriu, CMF raionale s-au situat la mijloc, având o situaţie mai favorabilă decât în municipii.

Totodată, procentul copiilor din grupul de RMS, la care frecvenţa vizitelor profilactice făcute de AMF la domiciliu corespundea STANDARDELOR de supraveghere sau le-a depăşit, în medie a fost cu 10% mai mare decât în lotul general al studiului (fig. 2.9): pe parcursul primei luni – 89,7% din copiii născuţi în familiile cu RMS (contra 81,1% din copii născuţi în familii fără risc, p>0.05), la 3-7 luni – 96,3% (contra 83,3%, p>0.05) şi la 7-12 luni – 92,0% din copii (contra 78,5%, p>0.05).

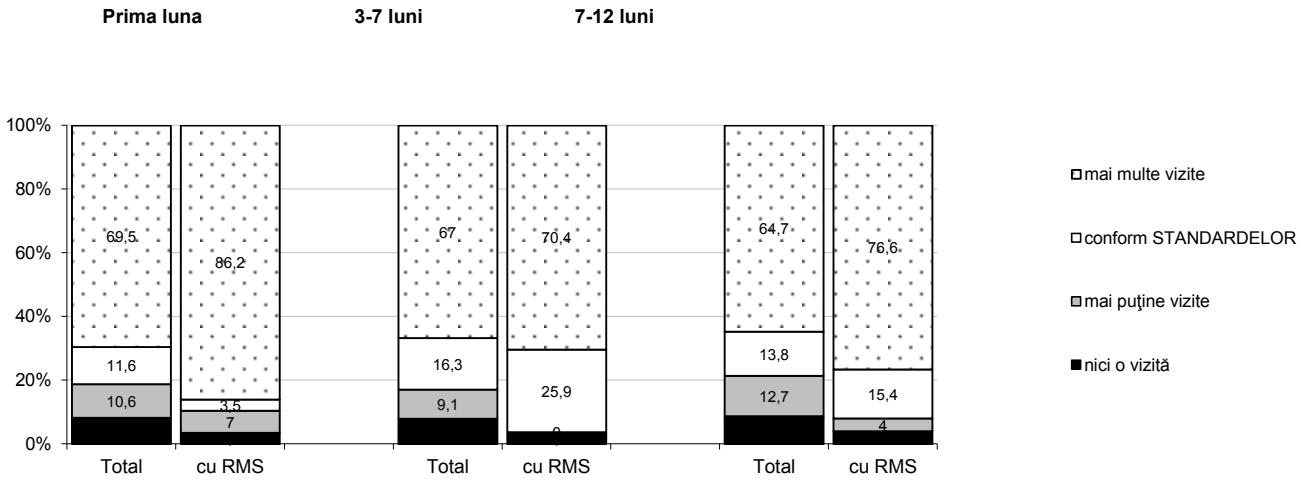


Figura 2.9. **Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la vizitele profilactice efectuate de asistentul medicului la domiciliul copilului sănătos în primul an de viaţă (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)**

Totodată, numărul de familii cu RMS (8-8,7%), la care n-a fost efectuată nici o vizită (conform menţiunilor) de către AMF pe parcursul primului an de viaţa al copilului, a fost de 2-2,5 ori mai mic în comparaţie cu lotul familiilor favorabile, care nu au fost vizitate de asistenţii medicului de familie în circa 3,5-4% cazuri.

Prezenţa menţiunilor ce confirmă 11 examene profilactice obligatorii efectuate de către medicul de familie în instituţia medicală a fost înregistrată în 75,3% Formulare 112 ale copiilor în vârstă de până la 12 luni, ceea ce corespunde şi datelor din studiul precedent (în anul 2012 – 74%).

Totodată, rezultă că 1/4 din familiile cu copii de până la un an nu frecventează sistematic instituţia medicală. De menţionat că în municipii 8,3% din aceste familii n-au vizitat instituţia medicală nici o dată pe parcursul anului, în raioane acest procent a constituit 2,2%; în acelaşi timp, în localităţile rurale toate familiile frecventează instituţia medicală (p=0,045) (fig. 2.10).

Media numărului examenelor profilactice efectuate în instituţia medicală pe parcursului primului an de viaţa conform STANDERDELOR în vigoare constituie 10,0±2,6.

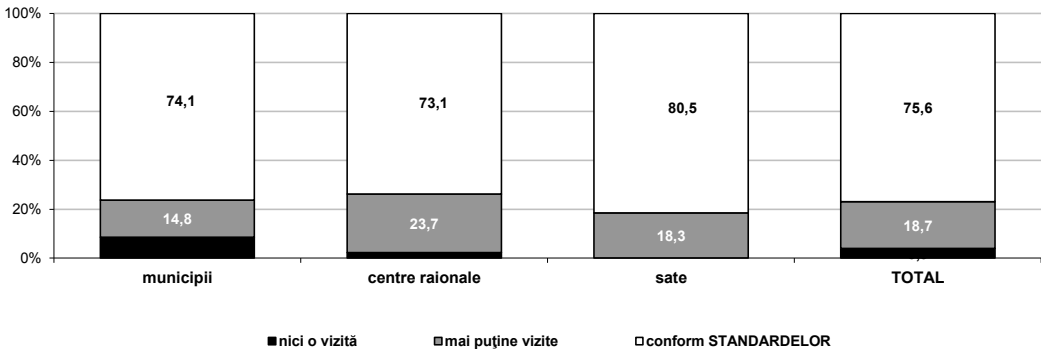


Figura 2.10. **Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor primului an de viaţă, efectuate de către medicul de familie în instituţia medicală în funcţie de tipul instituţiei (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)**

Dacă analizăm situaţia în grupul familiilor cu RMS, rezultă că majoritatea (88,9%) din copiii cu vârsta mai mică de un an din aceste familii frecventează regulat instituţia medicală, ceea ce este cu 13% mai mult decât în medie în populaţia pediatrică.

Înregistrarea pulsului şi frecvenţei respiraţiei în cadrul vizitelor efectuate la domiciliu de către asistenta medicului de familie a avut loc în 42,8% din F 112/e – de la o treime (34,6%) în municipii până la jumătate (50,6%) în sate. Dintre formularele copiilor din familii cu RMS, ½ (51,9%) au avut înregistrări PS şi FR.

Cu părere de rău, după primul an de viaţă al copilului STANDARDELE de examinare de către medicul de familie în instituţia medicală se respectă mult mai rar. Aşadar, înregistrarea vizitei de către asistentul m/f la domiciliu la vârsta copilului de 1 an şi 3 luni a fost constatată doar în 21,1% cazuri, însă dacă în zona rurală au fost vizitaţi 1/3 (36,8%) copii la vârsta respectivă, în raioane – ¼ (25,6%), atunci în municipii – doar 6,6% dintre copii (χ^2=25,6; p=0.000). Este îmbucurător faptul că asistentul MF a vizitat copiii la această vârstă din familii cu RMS mult mai frecvent – în 42,3% cazuri (comparativ cu 21,1% în lotul general, χ^2=7,8; p=0.02).

În perioada 12-18 luni de vârstă a copilului STANDARDELE în vigoare prevăd un examen profilactic efectuat de medicul de familie în instituţie (la 1 an şi 6 luni). Conform datelor obţinute, acest examen a fost înregistrat în 1/3 (36,2%) din formulare, încă 1/3 (36,7%) au înregistrat 2 vizite la această perioadă de vârstă, însă 21,7% dintre copii, conform menţiunilor din F112/e, n-au fost examinaţi la vârsta respectivă.

2.4. Înregistrarea examenelor profilactice ale specialiştilor de profil şi examinărilor de laborator în primul an de viaţă

Menţionăm că STANDARDUL precedent a prevăzut primul examen multidisciplinar al copilului la vârsta de 3 luni. Varianta actualizată propune un orar flexibil de examinare a copilului la specialiştii de profil, inclusiv pediatru consultant, în perioada 1-3 luni, cu scopul sporirii calităţii de supraveghere a copilului mic prin identificarea precoce a situaţiilor de risc şi devierilor de dezvoltare a copilului.

Conform însemnărilor din F112/e, în medie doar 70,7% din copii au fost consultaţi de către medicul-pediatru la vârsta de 1-3 luni (şi 87,6% dintre copiii din familii cu RMS având vârsta respectivă) şi 65,5% – la 12 luni. În anul 2012 au fost consultaţi aproape jumătate din copii (44,4% – la vârsta de o lună, 59,5% – la 3 luni, 61,2% – la 12 luni, p<0,001). Observăm

din tabel (tab. 2.4) că în localităţile urbane mici şi cele rurale copiii au fost mai des examinaţi cu scop profilactic de către medicul-pediatru decât copiii din municipii.

Tabelul 2.4

Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele obligatorii ale copiilor efectuate de către medicul-pediatru, în funcţie de tipul instituţiei medicale (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

Tipul instituţiei Vârsta	CMF municipale	CMF raionale	Sate	În medie
1-3 luni	67,5	72,3	72,9	70,7
12 luni	61,2	71,8	64,6	65,5

O situaţie practic similară a fost evidenţiată în ce priveşte frecvenţa examenelor la *neurolog, oftalmolog*, *chirurg/ortoped* şi *ORL* – în medie 70-80% din cazuri (tab. 2.5). În studiul precedent (anul 2012) a fost stabilit acelaşi grad de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale specialiştilor de profil.

Examenul la *stomatolog* al copilului la vârsta de 12 luni a fost exclus ca fiind puţin informativ şi rezultativ la această vârstă, însă vizita la *stomatolog* la vârsta de un an continuă să fie efectuată – 35,0% dintre copii (în medie fiecare al treilea copil). Necunoaşterea STANDARDELOR în vigoare poate fi explicaţia acestui fapt.

Tabelul 2.5

Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale specialiştilor de profil în funcţie de vârsta copiilor în primul an de viaţă (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

Vârsta Specialist	3 luni	12 luni
Neurolog	79,6	75,4
Oftalmolog	69,3	70,8
Chirurg/ortoped	80,7	80,9
ORL		72,2
Stomatolog		35,0

Rezultatele studiului confirmă încă o dată că posibilităţile de supraveghere calitativă a stării de sănătate a copiilor sunt diferite în funcţie de locul de trai şi, respectiv, de nivelul de asistenţă medicală acordată. Astfel, copiii din sate au mai puţine posibilităţi de consult profilactic eficient la specialiştii de profil (cu 4-10%), însă aceasta este doar o tendinţă, fără o diferenţa statistică veridică ($p>0,05$). O tendinţa similară a fost evidenţiată şi în studiul precedent (anul 2012).

Situaţia ce se referă la efectuarea *examinărilor profilactice de laborator* nu s-a îmbunătăţit comparativ cu anul 2012 (tab. 2.6). Aşadar, la copii cu vârsta de până la un an analizele generale ale sângelui şi ale urinei au fost efectuate conform STANDARDELOR (2 investigaţii obligatorii – la 1-3 luni şi la 1 an) în 80-89% din cazuri (în anul 2012 – în 81-92%).

Tabelul 2.6

Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la examinările profilactice de laborator obligatorii în primul an de viaţă (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

Vârsta / Test	3 luni		12 luni	
	2012	2017	2012	2017
Analiza generală a sângelui	90,6	88,7	92,0	86,5
Analiza generală a urinei	81,5	79,8	88,3	84,7
Analiza maselor fecale			76,3	36,3

În pofida faptului că *analiza maselor fecale la helminţi* a copilului la vârsta de 12 luni a fost exclusă ca fiind puţin informativă la această vârstă, conform datelor din F 112/e, această analiză neprevăzută în STANDARDE a fost efectuată aproximativ la 1/3 din copii cu vârstă de un an.

Copiii din familiile cu RMS au beneficiat de consultaţiile specialiştilor şi examenele de laborator în acelaşi volumul ($p>0,05$).

În funcţie de tipul instituţiei nu s-a observat o variaţie semnificativă a investigaţiilor paraclinice.

2.5. Examenele profilactice ale copiilor sănătoşi la vârsta de 2-17 ani făcute la medicul de familie

În cadrul studiului nostru, rata Formularelor 112/e care se refereau la copiii cu vârsta > 2 ani a alcătuit 85% din totalul formularelor analizate.

Pe parcursul examinării documentaţiei am elucidat gradul de respectare a STANDARDELOR *referitoare la examenele profilactice ale copiilor sănătoşi în perioada 2-3 ani de vârstă a copilului* efectuate de către medicul de familie în instituţia medicală. Astfel, am constatat că doar în 39,5% din cazuri au fost respectate cu stricteţe prevederile STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor sănătoşi în perioada 2-3 ani de vârstă a copilului (au beneficiat de 2 examinări), au avut o singură examinare – 26,9% dintre copiii eligibili după vârstă, 20% dintre copii nu au beneficiat de nici o examinare, iar 13,5% dintre copii au fost examinaţi în perioada de referinţă chiar de mai multe ori decât este prevăzut conform STANDARDULUI (fig. 2.11).

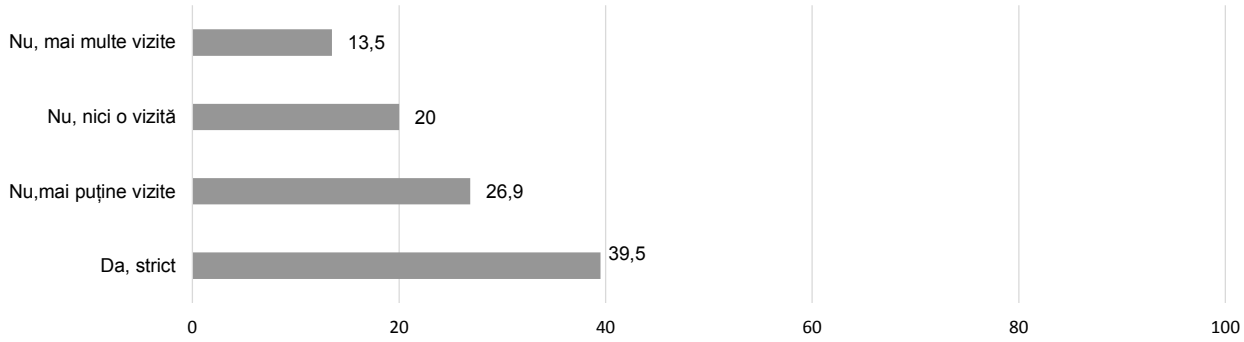


Figura 2.11. **Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor la vârsta de 2-3 ani, efectuate de către medicul de familie în instituţia medicală (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)**

Analizând care a fost situaţia în dependenţă de locul de reşedinţă al copiilor, am obţinut cea mai bună rată de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor la vârsta de 2-3 ani, efectuate de către medicul de familie în instituţia medicală în localităţile rurale, unde practic ½ dintre copiii au beneficiat de cele 2 examinări prevăzute conform STANDARDELOR în vigoare.

Totodată, conform înregistrărilor în F112/e, la copiii din regiunile rurale mai rar a fost atestată situaţia când aceştia să nu fie examinaţi în scop profilactic în cadrul instituţiei medicale vs semenii lor din municipii sau localităţi urbane mici. Astfel, conform datelor obţinute în cadrul studiului, în sate, doar 10,2% dintre copii nu au beneficiat de nici o vizită cu ţel profilactic în instituţia medicală la vârsta de 2-3 ani, iar printre locuitorii localităţilor urbane mari acest indicator atinge nivelul de 27,5%, la rezidenţii localităţilor urbane mici fiind de 18,5% (fig. 2.12). Putem presupune că părinţii copiilor ce locuiesc în municipii mai frecvent apelează la consultaţiile specialiştilor din cadrul instituţiilor private, alte instituţii medicale, aceste consultaţii nefiind înscrise în formularul F112/e.

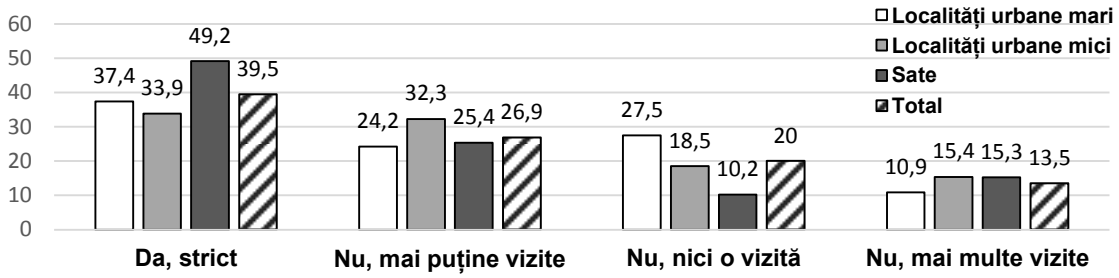


Figura 2.12. **Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor la vârsta de 2-3 ani în dependenţă de locul de reşedinţă, efectuate de către medicul de familie în instituţia medicală (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)**

Din totalul formularelor analizate, în 65,7% din cazuri acestea aparţineau copiilor cu vârsta mai mare de 3 ani. Am evaluat câţi dintre copiii după 3 ani au fost examinaţi anual de către medicul de familie în instituţie şi dacă sunt respectate STANDARDELE la acest capitol. Conform constatărilor noastre, ca şi în cazul cu gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor la vârsta de 2-3 ani, la copiii după 3 ani, rezidenţii din localităţile rurale au beneficiat cel mai frecvent de examinări profilactice anuale în cadrul instituţiei medicale, menţiunile ce confirmau efectuarea acestora conform prevederilor STANDARDELOR fiind prezente în ½ din formularele F112/e, care aparţineau copiilor domiciliaţi în sate, aceste însemnări au fost prezente în doar 37,04% dintre formularele F112/e ce aparţineau copiilor din localităţile urbane mari, iar în cazul copiilor domiciliaţi în localităţi urbane mici (centre raionale) aceste menţiuni au fost atestate în 21,7% dintre formularele examinate (fig. 2.13). Conform documentaţiei analizate, nu a fost înregistrată nici o menţiune care ar confirma efectuarea examenului anual de către medicul de familie după vârsta de 3 ani în cazul copiilor domiciliaţi în localităţi urbane mici (28,9% din cazuri), iar în cazul copiilor din sate aceste menţiuni lipseau doar în 11,9% dintre formularele examinate (fig. 2.13).

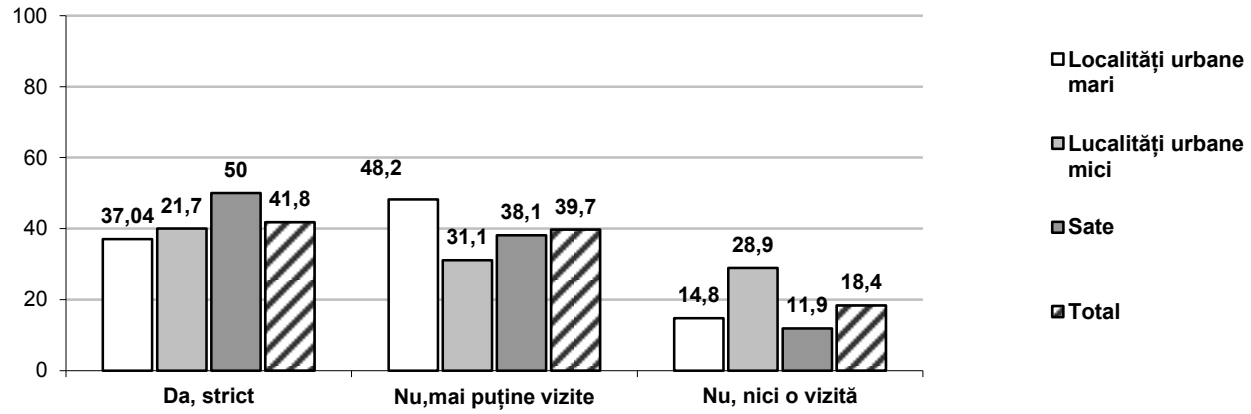


Figura 2.13. **Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor mai mari de 3 ani în dependenţă de locul de reşedinţă, efectuate de către medicul de familie în instituţia medicală (în baza înregistrărilor în F112/e, %)**

2.6. Înregistrarea examenelor profilactice ale specialiştilor de profil şi examinărilor de laborator la copiii de 2-17 ani

Conform însemnărilor din F112/e, în medie doar 52,7% dintre copii au fost consultaţi de către medicul-pediatru la vârsta de 2-3 ani şi 61,6 % – la 6-7 ani, iar la vârsta de 10-11 ani au fost examinaţi doar 29,7% dintre copii, frecvenţa acestor vizite s-a micşorat în timp, astfel, în perioada dintre 14 şi 15 ani au fost examinaţi de către medicul pediatru doar 22,2% dintre copii, iar la vârsta de 17 ani – 33,3% dintre copii. Astfel, dacă vom compara datele

recent obţinute cu datele din studiul „Evaluarea funcţionării standardelor de supraveghere a copiilor de 0-18 ani în condiţii de ambulator în RM, anul 2012", la capitolul **gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele obligatorii ale copiilor efectuate de către medicul-pediatru,** constatăm că dacă în perioada de vârstă 2-3 ani numărul de copii care au fost consultaţi de către medicul pediatru s-a majorat cu 17,7%, iar în perioada 6-7 ani – cu 14,2%, atunci în perioada de vârstă 10-11 ani şi 14-15 ani, numărul copiilor care au fost examinaţi de către pediatru s-a micşorat. Deci, observăm o îmbunătăţire a ratei copiilor examinaţi de către medicul pediatru în perioada premergătoare şcolarizării, totodată, în perioada de pubertate rata acestor examinări scade.

Tabelul 2.7

Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele obligatorii ale copiilor efectuate de către medicul-pediatru în funcţie de tipul instituţiei medicale (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

Tipul instituţiei Vârsta	CMF municipale	CMF raionale	CS din localităţi rurale	În medie	În medie 2012
2-3 ani	57,8	50,8	53,8	52,7	35,0
6-7 ani	60	44	75,7	61,6	47,4
10-11 ani	27,3	33,3	33,3	29,7	37,1
14-15 ani	0	100	33,3	22,2	46,7
17 ani	0	0	100	33,3	16,7

Contrar aşteptărilor, copiii din localităţile rurale au beneficiat de respectarea STANDARDELOR referitoare la consultaţiile medicului pediatru în egală măsură sau chiar într-o măsură mai mare decât semenii lor din localităţile urbane mari şi mici (tab. 2.7). Rezultatele obţinute în cadrul studiului actual diferă de cele obţinute în cadrul studiului din 2012, când copiii din localităţile rurale mai rar beneficiau de consultaţiile medicului pediatru decât copiii din municipii şi centrele raionale.

Evaluarea gradului de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale specialiştilor de profil în funcţie de vârsta copiilor relevă o diminuare a respectării acestora odată cu creşterea copiilor, totodată, cu o frecvenţă uşor majorată la 6-7 ani (coincide cu perioada de încadrare în sistemul de învăţământ primar) (tab. 2.8).

Tabelul 2.8

Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale specialiştilor de profil în funcţie de vârsta copiilor (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

Vârsta Specialist	2 - 3 ani	6 -7 ani	10 – 11 ani	14 – 15 ani
Neurolog	46,6	65,8	34,2	18,2

Oftalmolog	42,7	70,8	28,9	18,2
Chirurg	39	57,8	26,3	18,2
Ortoped	44,7	59,8	21,2	18,2
ORL	46,5	65,8	26,3	18,2
Stomatolog	33,3	53,6	13,5	0
Psihiatru		37,3	2,7	0
Ginecolog				
Logoped	5,9	26,2		

* – sunt recomandate doar la indicaţie

Situaţia ce se referă la efectuarea *examinărilor profilactice de laborator* este mai favorabilă (tab. 2.9). Aşadar, la copii cu vârsta până la 3 ani analizele generale ale sângelui şi ale urinei au fost efectuate conform STANDARDELOR în 69,6% şi, respectiv, 64,2 % din cazuri. În perioada premergătoare înscrierii în şcoli aceşti indici au atins cele mai înalte cote, comparativ cu alte perioade de vârstă, alcătuind 78,6% şi, respectiv, 75%.

Tabelul 2.9

Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la examinările profilactice de laborator obligatorii, în funcţie de vârsta copiilor (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

Vârsta / Test	2 - 3 ani	6 – 7 ani	10 – 11 ani	14 – 15 ani	17 ani
Analiza generală a sângelui	69,6	78,6	50	36,4	33,3
Analiza generală a urinei	64,2	75	45	36,4	33,3
Măsurarea glicemiei		1,9*			0
Testul MRS/RW					0
Analiza maselor fecale	40	50,9	21,6	0	0

* – sunt recomandate doar la indicaţie/celor din grupul de risc;

** – sunt efectuate ***cu acordul copilului/tutorelui.***

Măsurarea glicemiei a fost înregistrată foarte rar – doar la 1,9% cazuri dintre copii de 6-7 ani, glicemia nu a fost măsurată nici o dată la copiii de 17 ani.

Testul MRS/RW, care este efectuat cu acord în cazul copiilor cu vârsta de 17 ani, nu s-a regăsit în F 112/e analizate.

2.7. Dezvoltarea psihomotorie a copilului

În cadrul studiului nostru am elucidat şi asigurarea copiilor cu Formular nr. 112/e optimizat, prezenţa acestuia fiind înregistrată în mai puţin de ½ cazuri din totalul copiilor incluşi în studiu. Totodată, cea mai bună asigurare cu Formular nr. 112/e optimizat s-a atestat la copiii din localităţile urbane mici, la polul opus situându-se copiii din localităţile urbane mari (figura 2.14).

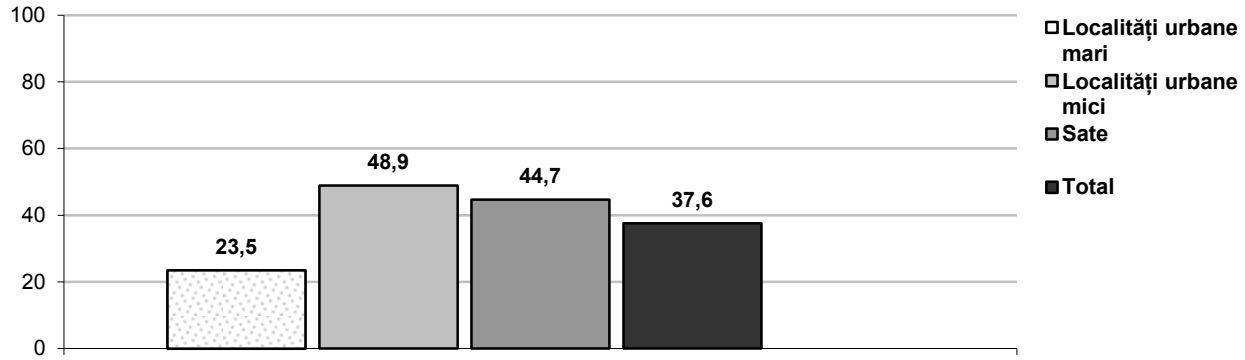


Figura 2.14. **Gradul de asigurare cu Formular nr. 112/e optimizat a copiilor în dependenţă de locul de reşedinţă**

Formularul 112/e conţine spaţii preconizate *Reperelor în dezvoltarea sugarului*, monitorizate de către medicul de familie la vârstele de 3, 6, 12 luni. Referitor la acest capitol au fost înregistrate următoarele rezultate (fig. 2.15): la vârstă de 3 luni datele despre dezvoltarea psihomotorie a copilului au fost prezente în volum deplin în 78,2% din F 112/e, la vârstă de 6 şi 12 luni – în 77,5% şi, respectiv, 72,4% din formulare.

Completarea rubricilor „Repere în dezvoltarea sugarului”, care îl ajută pe medicul de familie să monitorizeze eficient parametrii dezvoltării psihomotorii a copilului, se efectuează satisfăcător. De menţionat că odată cu creşterea copilului se observă o tendinţă de a completa mai rar acest compartiment (fig. 2.15).

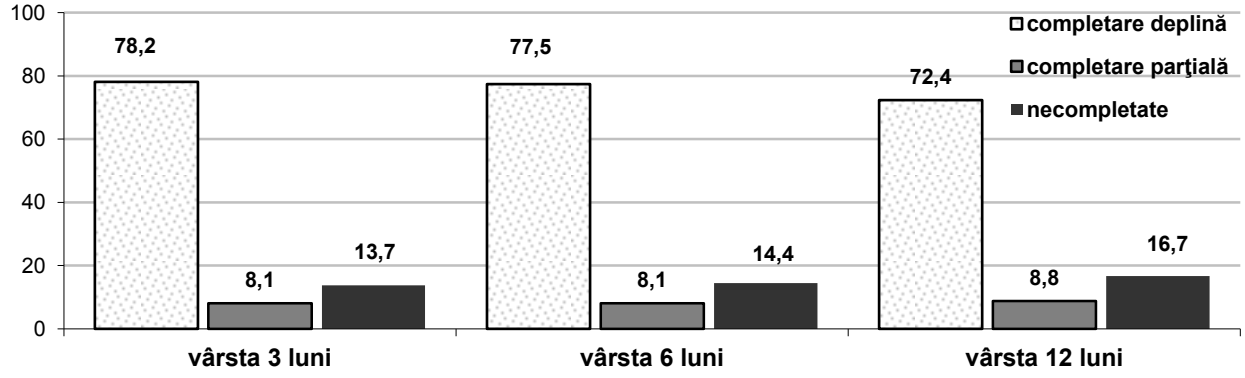


Figura 2.15. **Gradul de completare a rubricilor „Repere în dezvoltarea sugarului” conţinute în Formularul nr. 112/e optimizat al copiilor în dependenţă de vârstă**

În Formularul 112/e în lista examinărilor copilului între 1 an şi jumătate şi 2 ani a fost inclus screening-ul obligatoriu pentru autism (*CHAT – Checklist for Autism in Toddlers*), care se aplică la copii începând cu vârsta de 18 luni. Prin interacţiunea cu copilul, medicul observă dacă acesta prezintă suspiciune de tulburare a dezvoltării din spectrul autist. Aceasta este foarte important, luând în considerare că diagnosticat precoce şi integrat într-un program de intervenţie timpurie încă de la vârsta de 2-3 ani, un copil cu autism are şanse

mari de a însuşi abilităţi de comunicare şi relaţionare care să-i permită o viaţă firească, alături de ceilalţi.

În cadrul studiului nostru cel mai frecvent a fost efectuat screening-ul obligatoriu pentru autism la copiii din localităţile rurale, la care, în ½ din Formularele 112/e, era completată rubrica CHAT – *Checklist for Autism in Toddlers*, cu elucidarea concluziilor. Cel mai frecvent această rubrică nu a fost completată în formularele copiilor din localităţi urbane mari, doar în 36% din Formularele 112/e ale acestor copii aveau completată rubrica *Checklist for Autism in Toddlers* (fig. 2.16).

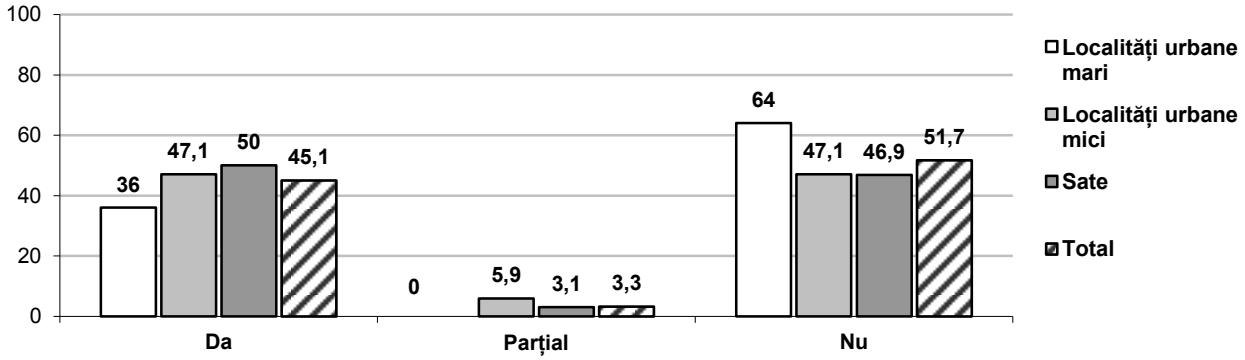


Figura 2.16. **Rata aplicării testului pentru depistarea autismului de către medicii de familie în funcţie de locul de muncă** (%)

2.8. Curbele de creştere. Înregistrarea datelor despre dezvoltarea fizică a copiilor

Construirea *Curbelor de creştere*, care îl ajută pe medicul de familie să monitorizeze eficient parametrii dezvoltării fizice a copilului, se efectuează nesatisfăcător, acest lucru devenind mai evident odată cu înaintarea în vârstă (fig. 2.17 şi 2.18). Curbele de creştere a perimetrului cranian la copilul primului an de viaţă au fost construite corespunzător doar în 53,2% din cazuri, în 30,7% cazuri nu au fost construite, iar în 16% din cazuri au fost construite parţial.

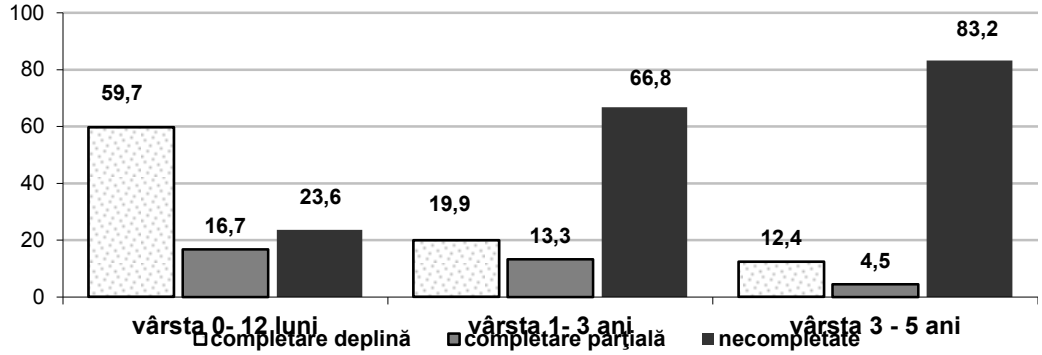


Figura 2.17. **Calitatea completării compartimentului *Curbele de creştere a copilului* (masa corporală) de 0-60 luni în F 112/e în funcţie de vârstă** (%)

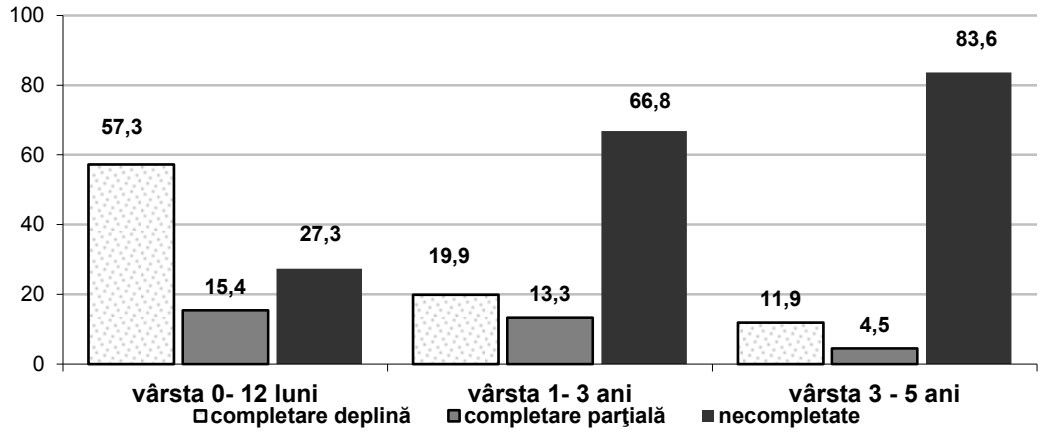


Figura 2.18. **Calitatea completării compartimentului *Curbele de creştere a copilului* (talia) de 0-60 luni în F 112/e în funcţie de vârstă** (%)

În cadrul studiului nostru am evaluat dacă sunt efectuate şi înregistrate conform prevederilor STANDARDELOR rezultatele măsurării TA la vârsta de 3 ani. Monitorizarea TA se efectuează nesatisfăcător de către MF, astfel doar în 17% din cazuri dintre copiii care au depăşit vârsta de 3 ani a fost notat rezultatul în F 112/e, situaţia la acest capitol nu diferă semnificativ în dependenţă de mediul de reşedinţă al copiilor (fig. 2.19).

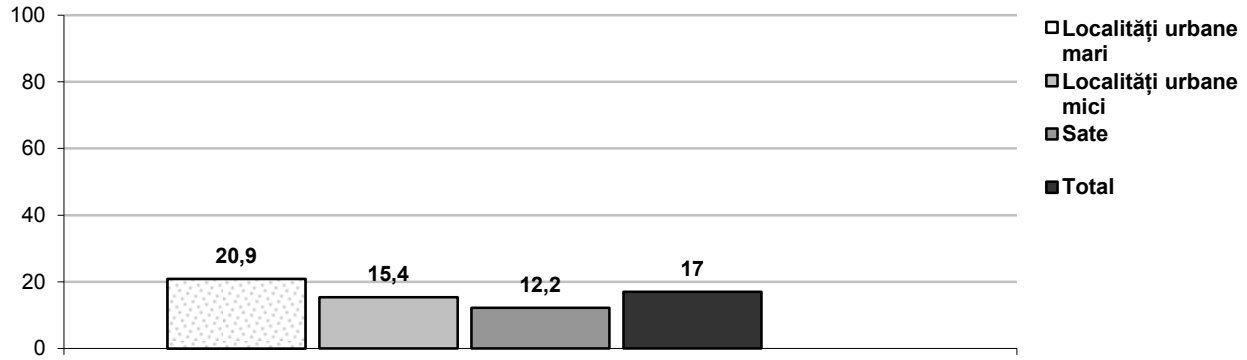


Figura 2.19. **Gradul de înregistrare a rezultatelor măsurării TA la vârsta de 3 ani în Formularul nr. 112/e al copiilor în funcţie de mediul de reşedinţă**

III. REZULTATELE STUDIULUI DE EVALUARE A OPINIILOR PĂRINŢILOR/ÎNGRIJITORILOR

A fost realizat un sondaj, la care au participat 400 de părinţi/îngrijitori ai copiilor de 0-18 ani, repartizaţi conform locului de trai în felul următor: 40,6% – din localităţi urbane mari (municipiile Bălţi şi Chişinău), 22,6% aveau locul de reşedinţă în localităţi urbane mici (centre raionale) şi 36,8% erau locuitori ai satelor.

Din lotul general de respondenţi 8,6% (36 persoane) făceau parte din familii cu RMS sporit, dintre care 2/3 (24 de persoane) locuiau în zonă rurală a republicii.

Un număr majoritar de respondenţi – 90,3% (361) au răspuns că îngrijitorul principal al copilului este mama, 2,3% – tatăl, 5,3% au răspuns că rudele sau persoanele apropiate sunt cele care îngrijesc de copil. De notat că în familii cu RMS copiii de 4 ori mai des s-au aflat în îngrijirea altcuiva (cu excluderea părinţilor), comparativ cu copiii din familii fără risc (4% şi respectiv 16,7% din cazuri, χ^2=23,8; p=0.001).

Vârsta medie a părinţilor intervievaţi a fost de 33,0±8,5 ani, iar vârsta altor îngrijitori principali – în medie de 56,7±6,0 ani.

Vârsta medie a copiilor incluşi în studiu a fost de 6,1±4,4 ani.

Majoritatea din îngrijitori (42,6%) au relevat că au studii medii; 35,3% – studii universitare şi postuniversitare; 17,5% au absolvit 9 clase; 4,0% au absolvit liceul.

Jumătate (53,0%) dintre participanţii la sondaj aveau câte 2 copii, 1/3 (30,3%) – doar un copil şi familiile cu mai mult de 2 copii au constituit 16,8%.

Totodată, o treime (38,9%) din familiile cu RMS incluse în studiu erau numeroase, având 3 şi mai mulţi copii (comparativ cu 14,5% din familii fără risc; χ^2=15,3; p=0.004).

3.1. Opiniile părinţilor/îngrijitorilor despre vizitele profilactice ale medicului făcute copilului sănătos

Majoritatea respondenţilor (92,7%, în anul 2012 – 92%) la întrebarea *dacă asistentul medicului de familie a efectuat prima vizită la domiciliu în primele 3 zile după externarea de la maternitate* au răspuns afirmativ, numai 4,3% – negativ, iar 3,0% respondenţi nu au prezentat nici un răspuns.

Este clar faptul că doar 1,6% dintre părinţii n-au dat răspunsul la această întrebare, însă dintre alţi îngrijitorii (bunici, rude, persoane apropiate) ¼ (23,8%) n-au deţinut informaţia respectivă (χ^2=37,2; p=0.000).

Evaluarea în dependenţă de locul de reşedinţă a relevat aparent o responsabilitate mai înaltă faţă de obligaţiunile ce le revin asistenţilor medicului de familie din localităţile rurale; doar 0,7% din respondenţii din sate n-au confirmat că asistentul medical i-a vizitat în primele 3 zile după externarea de la maternitate (fig. 3.1), comparativ cu 5,6% în municipii şi 7,8% în centre raionale (p<0.05).

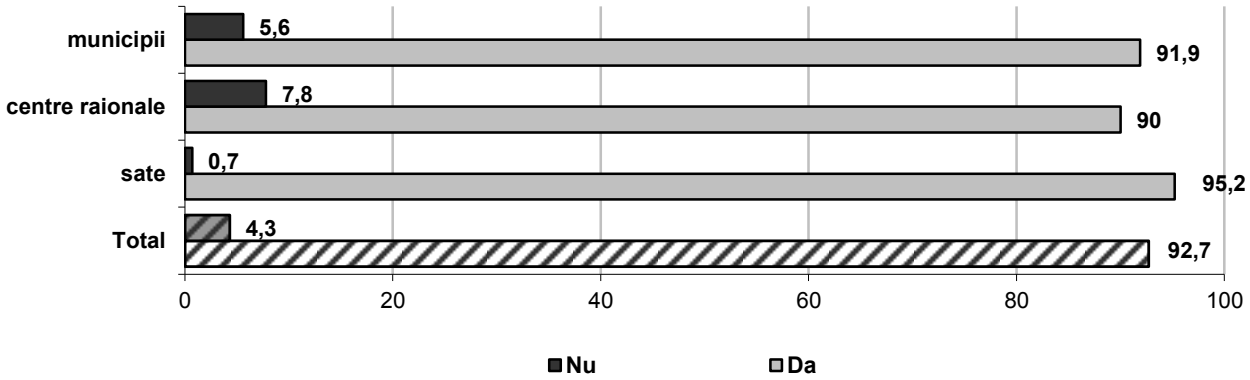


Figura 3.1. **Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la prima vizită a medicului la domiciliul nou-născutului efectuată de către asistentul medicului de familie în primele 3 zile după externarea de la maternitate, în funcţie de locul de reşedinţă (în baza răspunsurilor date de părinţi, %)**

Menţionăm că în STANDARDELE actuale numărul de vizite ale asistentului medicului a fost redus de la 25 până la 15, urmând ca efortul şi timpul economisit să fie utilizate pentru supravegherea copiilor din grupul de RMS. Aşadar, asistentul medicului vizitează familia la domiciliu de două ori pe lună în primele 3 luni de viaţă şi o dată pe lună între vizitele efectuate în instituţia medicală în perioada 3-12 luni.

Referitor la vizitele asistentului medicului de familie pe parcursul primei luni de viaţă a copilului, 7,8% din cei intervievaţi au răspuns că nu a fost efectuată nici o vizită (în anul 2012 – 15,7%), 10% din respondenţi au numit doar o vizită a asistentului medicului pe parcursul primei luni, ¼ (23%) – 2 vizite şi ¼ (23,4%) – 3 vizite şi încă o ¼ – 4 şi mai multe vizite. Aşadar, majoritatea copiilor (75,2%, comparativ cu 80,9% în anul 2012) au fost vizitaţi la domiciliu conform STANDARDULUI sau mai des.

Conform răspunsurilor părinţilor, numărul copilor insuficient supravegheaţi în perioada perinatală în familii cu RMS a fost de 2 ori mai mare decât în familii favorabile – 27,3% şi, respectiv, 11,1% copii au avut mai puţin decât 2 vizite obligatorii ale asistentului la domiciliu.

S-a păstrat tendinţa evidenţiată în studiul anului 2012 – în localităţile rurale acest indice a fost cel mai bun (fig. 3.2): de 2 ori mai puţini copii au fost supravegheaţi insuficient – 11% , pe când în localitîţi urbane – câte 21,1% (χ^2=26,2; p=0.004).

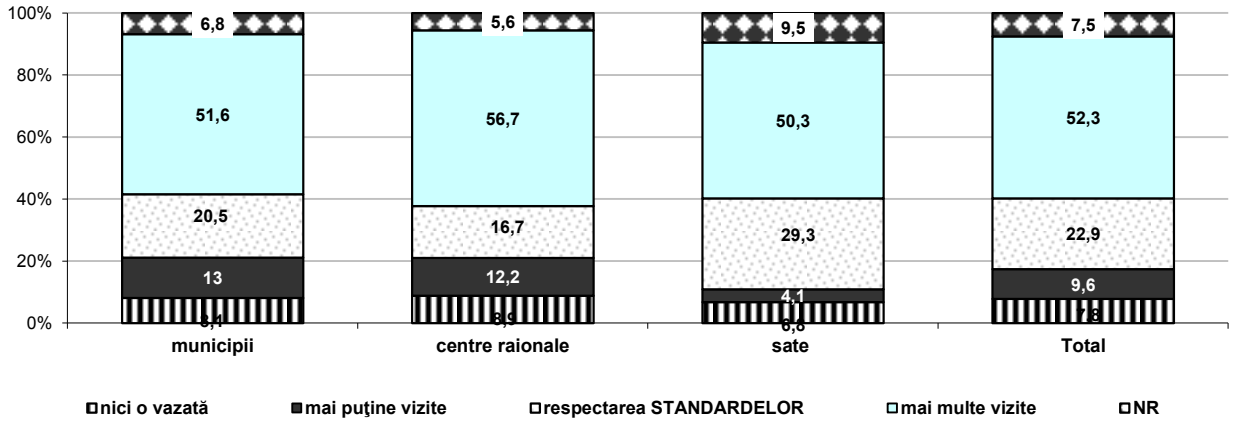


Figura 3.2. **Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la vizitele profilactice făcute nou-născutului de către asistentul medicului de familie în prima lună de viaţă, în funcţie de locul de reşedinţă (în baza răspunsurilor date de părinţi, %)**

Când au fost întrebaţi *de câte ori au beneficiat de vizite la domiciliu efectuate de asistentul medical pe parcursul primului an de viaţă al copilului*, practic jumătate (47,1%) dintre părinţi au dat răspunsul „niciodată" şi 19,1% au confirmat că vizitele au fost efectuate mai rar decât lunar. Notăm că în Formularul 112/e lipsesc menţiuni care ar confirma cel puţin o vizită a asistentului medicului la domiciliu la doar 8-9% din copii în vârstă de până la 12 luni, ceea ce este de 5 ori mai puţin decât au declarat părinţii.

Luând în consideraţie că, în conformitate cu STANDARDELE, în perioada de vârstă 1-12 luni sunt 13 vizite obligatorii făcute de către AMF la domiciliu, putem să considerăm că doar o pătrime (25,8%) dintre copii de vârsta respectivă au fost supravegheaţi în conformitate cu cerinţele actuale (20,3% – lunar şi 5,5% – mai des).

În lotul general de studiu 8% dintre părinţii nu-şi puteau aminti despre regularitatea vizitelor în perioada respectivă, însă în grupul familiilor cu RMS acest procent a fost mai mare – 19,4% (χ^2=20,0; p=0.01).

Diferenţe statistice la aprecierea acestui indicator în funcţie de locul de reşedinţă nu au fost relevate (fig. 3.3).

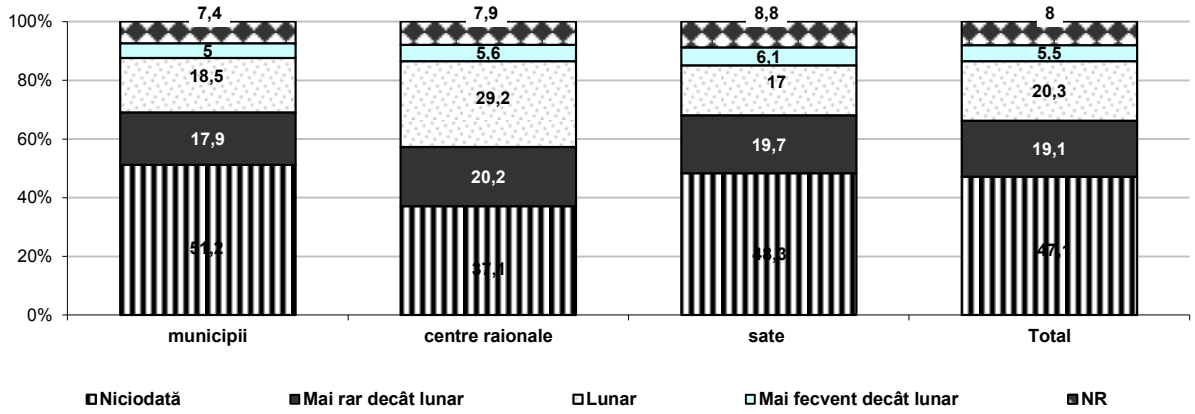


Figura 3.3. **Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la vizitele profilactice făcute copilului pe parcursul primului an de viaţă de către asistentul medicului de familie la domiciliu în funcţie de locul de reşedinţă (în baza răspunsurilor date de părinţi, %)**

Aşadar, răspunsurile părinţilor sugerează că pe măsură ce copilul creşte sunt mai mari abaterile de la STANDARDE referitoare la vizitele asistentului medical la domiciliu.

Cu părere de rău, putem să conchidem că după primul an de viaţă al copilului familiile practic nu sunt vizitate de către asistentul medicului cu scop profilactic – 84,1% din părinţii au afirmat că nu au beneficiat de nici o vizită la domiciliu pe parcursul anului II de viaţă al copilului (90,7% – în Chişinău şi Bălţi şi 70,0% – în centre raionale, χ^2=25,9; p=0.04), fig. 3.4.

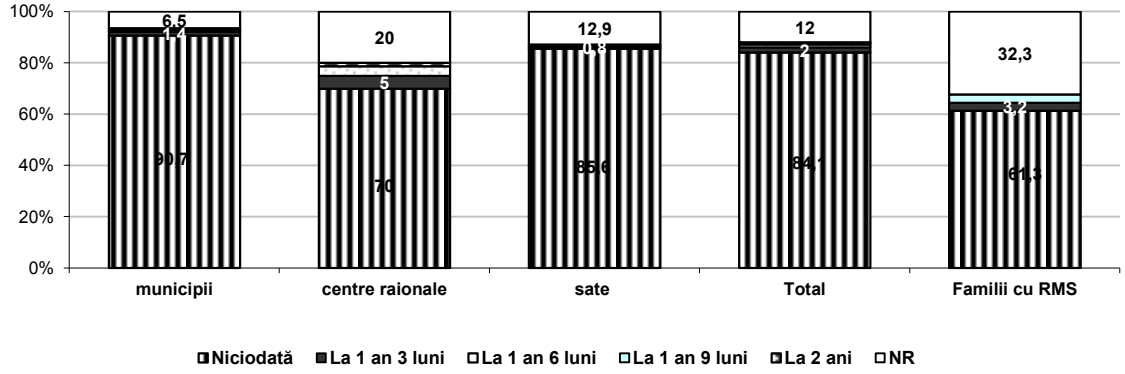


Figura 3.4. **Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la vizitele profilactice făcute la domiciliul copilului pe parcursul anului II de viaţă de către asistentul medicului de familie în funcţie de locul de reşedinţă (în baza răspunsurilor date de părinţi, %)**

STANDARDUL actual prevede 2 vizite obligatorii – la vârstă copilului de 1 an 3 luni şi de 1 an 9 luni, însă doar 2% dintre părinţi au afirmat că au fost vizitaţi de către asistentul medicului de familie de la 1 an 3 luni şi mai puţin decât 1% au confirmat o vizită la 1 an şi 9 luni, restul au negat acest fapt. Compararea răspunsurilor respondenţilor în dependenţă de

locul de trai a arătat că puţin mai frecvent au fost vizitaţi în această perioadă copiii din centre raionale – 5% şi, respectiv, 3,8%.

Este îmbucurător faptul că, în conformitate cu răspunsurile părinţilor, reiese că totuşi mai frecvent sunt vizitaţi la domiciliu la această vârstă copiii cu RMS – în 38,7% cazuri a avut loc cel puţin o vizită profilactică făcută de către asistentul medicului (comparativ cu 13,2% cazuri în grupul social favorabil, χ^2=23,0; p=0.01).

Conform STANDARDULUI, la vârsta 3-5 ani a copilului nu trebuie efectuate vizitele profilactice la domiciliu. Astfel, 84% din părinţi au declarat că nu au beneficiat de nici o vizită în această perioadă a vieţii copilului (fig. 3.5). Totodată, cca ½ (54,5%) dintre copii din familii cu RMS în perioada 3-5 ani au beneficiat de vizitele AMF la domiciliu (comparativ cu 12,4% cazuri în grupul fără risc medico-social, χ^2=31,0; p=0.000). Deci, aplicarea Standardelor optimizate a permis redirecţionarea efortului lucrătorilor medicali către familiile din grupul RMS, îmbunătăţind procesul de supraveghere a copiilor acestui grup la capitolul vizitele medicului şi asistentului medical.



Figura 3.5. **Gradul de respectare a STANDARDELOR referitoare la vizitele profilactice făcute copilului la domiciliu de la 3 la 5 ani de viaţă de către AMF (în baza răspunsurilor date de părinţi, %)**

Majoritatea respondenţilor – 84,8% consideră foarte utile vizitele asistentului medicului de familie la domiciliu pe parcursul primului an de viaţă; 11,2% le consideră inutile. În anul 2012 situaţia a fost similară (88,4% şi respectiv 8%) .

Procentajul răspunsurilor pozitive n-a oscilat semnificativ în funcţie de locul de reşedinţă, grupul social, numărul copiilor în familie sau nivelul de educaţie al părinţilor.

Doar ½ (50,5%) din respondenţi au declarat că au primit *Carnetul de dezvoltare a copilului (agenda pentru familie)*: în municipii – 51,9% din familii, în centre raionale – 54,4% şi în localităţile rurale – 46,5%.

Atunci când părinţii au fost rugaţi să numească subiecte la care au obţinut informaţii utile pentru a creşte un copil sănătos în cadrul vizitelor la domiciliu, majoritatea au numit

Îngrijirea copilului sănătos (în medie 71,2%, în sate – 73,5%) şi *Alimentaţia corectă a copilului* (62,2 % în lotul sumar, în sate – 66%); fiecare al cincilea a menţionat *Ajutorul de urgenţă* (20,8%); câte 10-15% din respondenţi au notat următoarele teme importante – *Îngrijirea şi alimentaţia copilului bolnav; Alimentaţia mamei; Dezvoltarea psihomotorie a copilului* şi *Securitatea copilului*; circa 10% au dat răspunsul *Nu ştiu* / *Nu a discutat despre nimic* (tab. 3.1)

Tabelul 3.1

Frecvenţa discuţiilor pe marginea subiectelor incluse în lista respectivă în cadrul vizitelor la domiciliu în funcţie de locul de reşedinţă (în baza răspunsurilor date de părinţi, %)

Teme	Localităţi urbane mari	Localităţi urbane mici	Localităţi rurale	Total
Îngrijirea şi igiena copilului	71,0	67,8	73,5	**71,2**
Alimentaţia corectă a copilului	59,9	60,0	66,0	**62,2**
Ajutorul de urgenţă	19,1	22,2	21,8	**20,8**
Îngrijirea şi alimentaţia copilului bolnav	17,9	12,2	16,3	**16,0**
Alimentaţia mamei	10,5	18,9	10,9	**12,5**
Dezvoltarea psihomotorie a copilului	9,3	15,6	10,2	**11,0**
Securitatea copilului	7,4	15,6	6,8	**9,0**
Nu ştiu	*7,4*	*5,6*	*4,8*	***6,0***
Vaccinarea copilului	6,2	10,0	2,0	**5,5**
Profilaxia rahitismului	6,2	7,8	2,7	**5,3**
Nu a discutat despre nimic	*7,4*	*6,7*	*2,0*	***5,3***
Profilaxia maladiilor	1,2	7,8	3,4	**3,5**
Dauna deprinderilor vicioase ale părinţilor	0,0	8,9	4,1	**3,5**
Comunicarea cu copilul	0,6	6,7	4,1	**3,3**
Simularea dezvoltării copilului	3,7	2,2	1,4	**2,5**
Prevenirea anemiei	0,6	0,0	0,0	**0,3**

Observăm din tabel că există şi alte subiecte importante pentru a creşte un copil sănătos, dar la care o bună parte din părinţi nu au primit suficiente informaţii de la lucrătorii medicali. Astfel, subiectele care s-au dovedit a fi cel mai rar (doar în 0,3-3,5% din cazuri) discutate cu părinţii sunt: v*accinarea copilului, profilaxia rahitismului, dauna deprinderilor vicioase ale părinţilor, prevenirea anemiei, simularea dezvoltării copilului, comunicarea cu copilul.*

Rezultatele evaluării au determinat diferenţe dintre răspunsurile părinţilor din localităţile urbane şi cele rurale. De exemplu, rezultă că în municipiile Chişinău şi Bălţi lucrătorii medicali mai des au discutat referitor la îngrijirea şi alimentaţia copilului bolnav şi simularea dezvoltării (respectiv 17,9% şi 3,7% răspunsuri afirmative, comparativ cu 12,2% şi 2,2% în centrele raionale şi 16,3% şi 1,4% în sate), însă au ignorat discuţiile despre

profilaxia rahitismului şi anemiei, deprinderile vicioase ale părinţilor (doar 0-1% comparativ cu 7-9% în centrele raionale şi 3,5-4% în sate). În sate, lucrătorii medicali au atras mai mult atenţie la alimentaţia şi îngrijirea copilului sănătos, dar au ignorat să discute cu părinţii despre vaccinare şi rahitism. În oraşele mici părinţii au fost mai frecvent decât alţii informaţi despre vaccinarea, prevenirea maladiilor şi comunicarea cu copilul. Astfel, în medie lucrătorii medicali din localităţi urbane mici au o abordare mai responsabilă faţă de problema privind informatizarea/instruirea părinţilor (χ^2=64,8; p=0.001).

Notăm că la întrebarea „*Aţi fost informat de către AMF care efectuează vizitele la domiciliu despre semnele de pericol pentru viaţa sugarului/copilului şi cum să acţionaţi în acest caz*?" doar jumătate dintre îngrijitori au dat răspuns pozitiv (54,3%) şi 19,2% au confirmat că au primit informaţie incompletă. Cea mai defavorabilă situaţie a fost înregistrată în municipii, unde doar 41,6% dintre părinţi au fost informaţi referitor la semnele de pericol în volum deplin, 16,8% – parţial şi ¼ (23,6%) din respondenţi au negat această discuţie cu AMF (în comparaţie cu centrele raionale şi sate – χ^2=43,5; p=0.000).

60,6% dintre părinţi au confirmat că au fost ajutaţi de către AMF să poziţioneze corect copilul la sân pentru a-l alăpta în cadrul vizitelor la domiciliu, independent de locul de trai şi grupul social. Este logic că părinţii care au 2 şi mai multe copii au dat mai puţine răspunsuri afirmative, explicând că deja au avut experienţă şi au deţinut informaţia suficientă referitoare la alăptarea corectă a copilului (χ^2=6,9; p=0.03).

3.2. Cunoştinţele/responsabilităţile părinţilor

Estimarea răspunsurilor date de părinţi privind **beneficiile alimentaţiei la sân** a relevat că 69,7% dintre părinţi au răspuns că laptele matern stimulează imunitatea, 24,5% dintre aceştia au afirmat în calitate de beneficiu al laptelui matern asimilarea şi degerarea uşoară; 2,02% dintre părinţii au afirmat că datorită alimentaţiei naturale copilul nu devine obez.

Mai bine cunosc beneficiile alimentaţiei la piept părinţii/îngrijitorii copiilor din municipiu – în 88,8% din cazuri, cei din familiile fără risc medico-social şi cei cu nivel înalt de studii (tab. 3.2).

Totodată, 16,9% dintre îngrijitorii din lotul general de studiu au menţionat că nu cunosc care sunt beneficiile alimentaţiei naturale, rata acestora fiind mai mare în rândul îngrijitorilor din localităţile rurale comparativ cu cei din municipii (respectiv 23,8% faţă de 11,2%, x^2=21,9, p=0,000); cei din familiile cu risc medico-social (1 din 4 părinţi nu cunosc beneficiile alimentaţiei la piept) şi cei ce au absolvit doar 9 clase, care în mai mult de 1/3 (38,5%) din cazuri nu cunoşteau beneficiile alimentaţiei naturale (x^2=82,2, p=0,019).

Tabelul 3.2

Răspunsurile părinţilor privind beneficiile alimentaţiei la piept, în funcţie de locul de reşedinţă şi riscul medico-social (%)

Care sunt beneficiile alimentaţiei la piept	Municipii	Centre raionale	Localităţi rurale	fără RMS	cu RMS	Total
Laptele matern este uşor asimilat	20,5	30,7	25,1	24,36	25,00	24,5
Stimulează imunitatea	77,6	70,3	61,2	71,06	58,33	69,7
Copilul nu devine obez	1,8	2,27	2,0	2,01	2,78	2,02
Nu ştiu	11,2	15,9	23,8	15,76	25,00	16,9

Cunoştinţele despre **durata optimă a alimentării exclusiv la sân** au fost relativ bune, mai mult de 2/3 (69,6%) dintre îngrijitori menţionând corect vârsta de 6 luni, alte 21,6% au menţionat vârsta mai mare de 6 luni, în timp ce 4,7% au menţionat că nu cunosc până la ce vârstă un copil trebuie să fie alăptat exclusiv la sân (tab. 3.3). La fel, cunoştinţe mai bune referitoare la durata optimă a alimentaţiei exclusiv la sân posedă părinţii copiilor ce locuiesc în municipii (80,9%) faţă de cei ce locuiesc în centrele raionale (55%) şi cei cu studii universitare şi postuniversitare (74,2 şi, respectiv, 87,5%), comparativ ci îngrijitorii ce au terminat doar 9 clase.

Astfel, cunoştinţele despre durata optimă a alimentării exclusive la sân sunt comparabile cu concluziile Studiului Evaluării Iniţiativei de Conduită Integrată a Maladiilor la Copii în Republica Moldova (februarie-mai 2011), când 66,6% au răspuns corect, alte 13,2% au menţionat vârsta mai mult de 6 luni, în timp ce doar 3,1% au menţionat vârsta de 1-5 luni.

Tabelul 3.3

Răspunsurile părinţilor la întrebarea *„până la ce vârstă un copil trebuie alăptat exclusiv la sân?”*, în funcţie de locul de reşedinţă şi riscul medico-social (%)

Până la ce vârstă un copil trebuie să fie alăptat exclusiv la sân?	Municipii	Centre raionale	Localităţi rurale	fără RMS	cu RMS	Total
Până la 6 luni	80,9	55,0	66	69,52	72,22	69,6
Până la 1-5 luni	3,7	10,1	2,7	5,13	0,00	4,7
Mai mult de 6 luni	11,1	31,4	27,2	21,37	25,00	21,6
Nu ştiu	4,3	3,1	4,1	3,99	2,78	4,02

62,7% dintre mamele intervievate **nu s-au confruntat cu dificultăţi în menţinerea alimentaţiei la sân,** iar 13,6% dintre mame au remarcat că copilul nu se sătura, sta permanent la sân, 6,05% dintre mame au spus că laptele „nu era gras şi era transparent”, iar 5,3% au remarcat dureri ale sânilor (prezenţa fisurilor, mastitei), 4,8% dintre mame considerau că copilul nu adaugă suficient în greutate, alte 4,03% dintre mame aveau

mameloane plate sau ombilicate. Diferenţe statistice între răspunsurile îngrijitorilor din diferite localităţi nu au fost înregistrate.

În lotul cu risc medico-social, 1 din 4 mame a menţionat că copilul nu se sătura, sta permanent la sân.

În lotul mamelor ce au alimentat artificial copiii, în 16,9% din cazuri mamele au răspuns că amestecurile adaptate au fost propuse/recomandate de către medici din cadrul centrelor de sănătate, 9,06% au relevat că amestecurile adaptate au fost recomandate în maternitate, drept cauză fiind invocată lipsa laptelui matern, copilul rău adăuga în greutate, prezenta vomelor repetate. 8,46% din mame au recunoscut că au introdus amestecul adaptat de sine stătător şi 3,6% – la recomandarea prietenelor, vecinei.

În localităţile rurale mamele mai rar au iniţiat de sine stătător alimentaţia cu amestecuri adaptate, doar în 6,8% cazuri comparativ cu 10,4% în cazul mamelor din municipii.

În rândul mamelor cu risc medico-social în 23,3% cazuri amestecurile au fost propuse de lucrătorii asistenţei medicale primare, în 10% cazuri – de angajaţii maternităţilor şi doar în 3,3% cazuri mamele de sine stătător au administrat amestecuri adaptate.

În cazul copiilor alimentaţi artificial, alimentaţia artificială a început în medie la vârsta de 2,7 luni, ceva mai devreme au început să fie alimentaţi artificial copiii din municipii – la 2,49 luni, comparativ cu cei din localităţile rurale – la 2,93 luni (fig. 3.6)

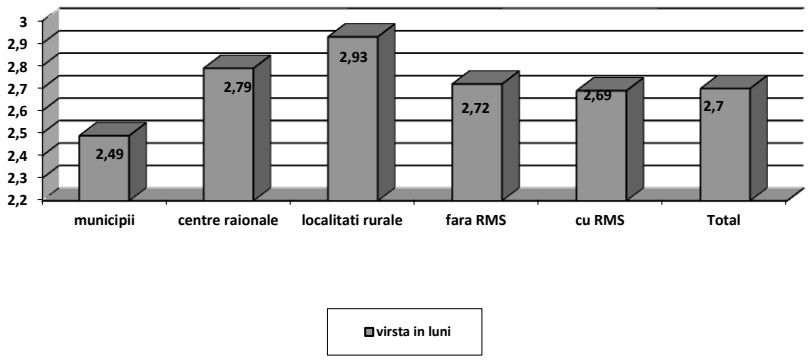


Figura 3.6. **Răspunsurile părinţilor privind vârstă la care a început alimentaţia artificială, în funcţie de locul de reşedinţă şi riscul medico-social (luni)**

Evaluarea cunoştinţelor îngrijitorilor referitoare la scopul administrării Vitaminei D a arătat că 61,5% dintre părinţi administrează Vit. D pentru dezvoltarea scheletului, 20,1% – pentru profilaxia rahitismului, iar practic 1 din 4 părinţi au recunoscut că nu cunosc scopul administrării vitaminei D, aspect ce denotă lucrul insuficient al lucrătorilor medicali cu îngrijitorii/părinţii.

3.3. Evaluarea opiniei părinţilor/îngrijitorilor cu privire la imunizarea copiilor

Datele oferite de părinţi/îngrijitori referitoare la nivelul de vaccinare a copiilor practic corespund cu cele înregistrate în documentaţia medicală a copiilor şi majoritatea din aceştia au răspuns că au primit vaccinurile în conformitate cu calendarul vaccinărilor profilactice.

Intervievarea a demonstrat că majoritatea respondenţilor conştientizează importanţa imunizărilor pentru reducerea riscului de îmbolnăvire a copiilor. Astfel, cca 91,9% dintre părinţii care îngrijesc de copii au declarat că toate vaccinările copiilor au fost efectuate conform calendarului de imunizare (fig. 3.7).

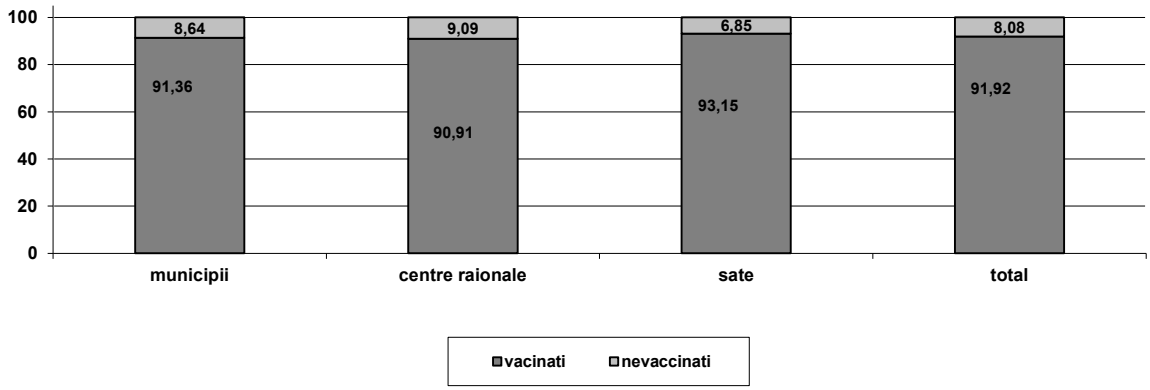


Figura 3.7. **Rata vaccinării copiilor (%)**

Cei mai buni indicatori la capitolul „Imunizarea copiilor" sunt înregistraţi în localităţile rurale – 93,2%, comparativ cu 90,9% dintre copiii vaccinaţi în localităţile urbane mici şi 91,3% − în municipii. Totodată, evaluarea vaccinării copiilor în dependenţă de cine este îngrijitorul principal a relevat că alţi îngrijitori, de exemplu, bunicii, vaccinează copiii mai frecvent comparativ cu părinţii – 100% cazuri faţă de 91,2%.

Îngrijitorii/părinţii ai căror copii nu au fost vaccinaţi conform calendarului de vaccinări (sau au avut abateri de la calendar), în majoritatea cazurilor, drept cauză au invocat prezenţa diferitor maladii şi a contraindicaţiilor pentru vaccinare – 66,3%; 28,1% dintre îngrijitori au declarat ferm că sunt împotriva vaccinării copiilor, iar 6,2% dintre părinţi au zis că nu consideră vaccinarea o necesitate (tab. 3.4).

Tabelul 3.4

Cauzele abaterilor de la calendarul de imunizare a copilului de 0-18 ani invocate de părinţi/îngrijitori, în funcţie de locul de reşedinţă (%)

Motive	Municipiu (n=14)	Centru raional (n=8)	Sat (n=10)	Total (n=32)
Nu consider necesar	7,14	12,50		6,25
Copilul a avut contraindicaţii	50,00	87,50	70,00	65,63
Sunt împotriva vaccinărilor	42,86		30,00	28,13

Întrebaţi de la cine au aflat despre riscul vaccinării, părinţii care nu au vaccinat copiii au menţionat în 30% din cazuri internetul, în 20% − alte surse mass-media şi în 20% din cazuri au fost informaţi de către lucrătorii medicali despre riscurile vaccinării, iar în 16,7% cazuri s-au informat de la vecină sau prietenă. Totodată, în municipii şi localităţile urbane mici cel mai frecvent părinţii se informează din internet (în 42,9 şi, respectiv, 44,4% cazuri), comparativ cu cei din localităţile rurale, care în cca 1⁄3 din cazuri (35%) obţin informaţia de la lucrătorii medicali.

Estimarea dacă **părinţii lasă copiii în grija altcuiva** a arătat că doar 29,1% dintre părinţi nu au lăsat nici odată copiii în grija altcuiva, iar 70,9% dintre părinţi lasă copiii pe seama altora, inclusiv în 16,6% cazuri părinţii au lăsat copiii în grija altcuiva de la vârsta mai mică de 6 luni; 14,6% – de la vârsta de 6 luni; 26,8% – de la vârsta de 1 an şi 10,3% − de la vârsta de 3 ani a copilului (fig. 3.8).

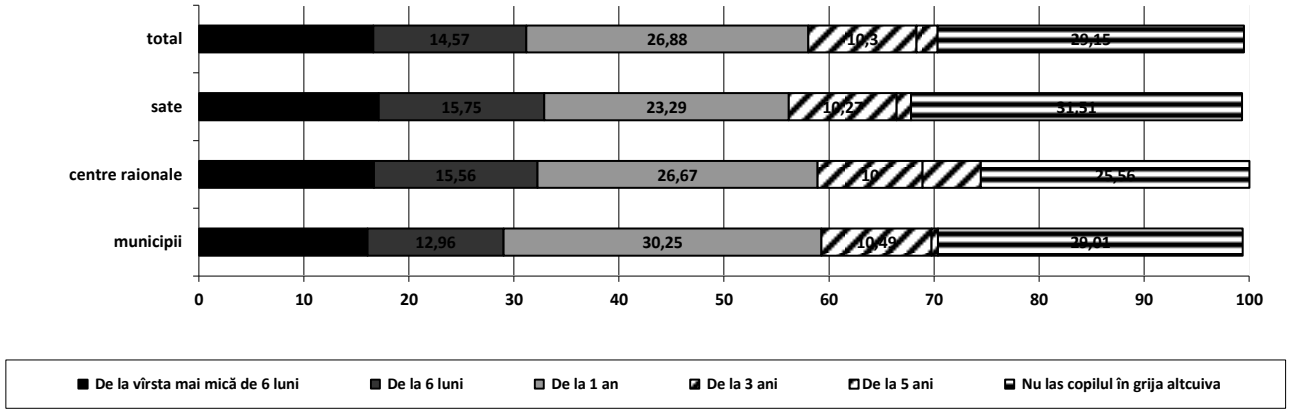


Figura 3.8. **Răspunsurile părinţilor privind vârsta la care îşi lasă copiii în grija altcuiva, în funcţie de locul de reşedinţă (%)**

În majoritatea cazurilor (mai mult de 95%) mamele susţin că lasă copiii cu tatăl copilului sau cu bunicii. Totodată, tendinţa de a lăsa copiii mici cu copiii mai mari (fraţi, surori) mai frecvent se observă în familiile cu mai mulţi copii – 19,6% din cazuri şi în lotul părinţilor din familii cu risc medico-social – 11,5% din cazuri.

Totodată, 81,2% dintre părinţi au susţinut că niciodată nu au lăsat copiii singuri, fără supravegherea maturilor, şi doar în 12% din cazuri părinţii au recunoscut că au lăsat copiii singuri, inclusiv mai mult de 1⁄2 dintre părinţi au afirmat că au lăsat copiii fără supraveghere după 5 ani, unii părinţi au spus că au lăsat copiii de la vârsta mai mică de 6 luni, iar alţii – după 1 an de viaţă. În dependenţă de locul de reşedinţă, categoria socială, nivelul de studii al îngrijitorilor diferenţe veridice sub aspect statistic nu au fost înregistrate.

3.4. Cunoştinţele privind dezvoltarea psihomotorie a copilului

Depistarea timpurie a unor întârzieri în dezvoltarea copilului îi ajută pe părinţii şi specialişti să aleagă corect direcţiile şi metodele de stimulare a dezvoltării. Din aceste considerente, evaluarea dezvoltării psihomotorii a copilului prin estimarea deprinderilor caracteristice vârstei constituie o parte foarte importantă a vizitelor la domiciliu.

Analizând răspunsurile părinţilor referitoare la reperele de dezvoltare a sugarului, noi am evidenţiat următoarele tendinţe (tab. 3.5):

- ✓ 75,4% dintre părinţi cunosc la ce vârstă *un sugar începe să ţină capul în poziţie verticală (2-3 luni),* rata acestora fiind mai mare în rândul locuitorilor municipiilor Chişinău şi Bălţi (79,02%), comparativ cu 75,3% − în centrele raionale şi 71,4% − în localităţile rurale; în rândul părinţilor cu mai mulţi copii (78,7%) şi celor ce posedă studii postuniversitare (87,5%);
- ✓ 87,7% dintre îngrijitori ştiu la ce vârstă un sugar trebuie *să şadă fără sprijin,* rata părinţilor care posedă cunoştinţe mai bune la acest subiect, la fel, este mai mare în rândul locuitorilor din municipii şi centrele raionale (91% şi respectiv 90,1%, comparativ cu 82,9% în sate);
- ✓ 92,2% dintre părinţi cunosc că de la 10-14 luni un copil trebuie *să meargă de sine stătător*, rata răspunsurilor corecte fiind mai mare printre părinţii cu 3 şi mai mulţi copii (96,9%) şi printre îngrijitorii cu studii postuniversitare (100%).

Aproximativ *2⁄3* dintre părinţi (63,7%) cunosc că un copil mic apucă jucăria la vârsta de 3-4 luni (63,0% – în municipii şi centrele raionale şi 66,6% – în localităţile rurale); rata răspunsurilor corecte fiind mai mare în rândul părinţilor ce aveau studii postuniversitare (75%).

Tabelul 3.5

Cunoştinţele părinţilor privind dezvoltarea psihomotorie a copilului în funcţie de locul de reşedinţă (%)

Nr.	Întrebarea	Municipii	Centre raionale	Localităţi rurale	Total
1	La ce vârstă la un sugar apare „zâmbetul social” (zâmbeşte drept răspuns la zâmbet)?	**32,7**	24,4	28,7	28,6
2	La ce vârstă un sugar ţine capul în poziţie verticală?	**79,02**	75,3	71,4	75,4
3	La ce vârstă un sugar se rostogoleşte de pe spate pe burtă şi invers?	35,6	**44,4**	39,7	39,1
4	La ce vârstă un sugar apucă jucăria?	63,0	66,6	63,3	63,7
5	La ce vârstă un sugar trebuie să şadă fără sprijin?	90,1	**91,0**	82,9	87,7
6	La ce vârstă un sugar trebuie să stea în	**43,2**	35,5	27,9	35,8

	picioruşe cu sprijin?				
7	La ce vârstă un sugar trebuie să meargă fără sprijin?	91,9	92,2	**92,5**	92,2
8	La ce vârstă un sugar trebuie să pronunţe cel puţin 3-4 cuvinte?	**38,9**	32,2	33,3	35,3
9	La ce vârstă un copil trebuie să întreţină o conversaţie, să recite poezii, să spună poveşti?	28,4	28,8	**31,3**	29,6

Totodată, cunoştinţele părinţilor la unele subiecte ce ţin de dezvoltarea psihomotorie a copilului sunt foarte sumare:

- ✓ astfel, în medie mai puţin de 1⁄3 (28,6%) dintre părinţi cunosc că la vârstă de 1-2 luni *la un sugar apare „zâmbetul social"* (de la 32,7% din părinţii din municipii până la 24,4% din părinţii din centrele raionale); totodată, cunoştinţe mai bune la acest subiect posedă părinţii cu 3 şi mai mulţi copii (38,8%) şi cei cu studii postuniversitare (62,5%);
- ✓ 39,1% dintre părinţi cunosc că la vârsta de 5-6 luni *un sugar începe să se rostogolească de pe spate pe burtă şi invers (*de la 35,6% în municipii până la 44,4% în centrele raionale);
- ✓ doar cca 1⁄3 (35,8%) dintre părinţi au răspuns corect că *un sugar trebuie să stea în picioruşe cu sprijin* la vârsta de 8-9 luni, rata părinţilor care posedă cunoştinţe mai bune la acest subiect, la fel, era mai mare în rândul locuitorilor din municipii – 43,2%, comparativ cu 27,9% dintre îngrijitorii din sate;
- ✓ un nivel similar de cunoştinţe a fost înregistrat şi la întrebarea „*La ce vârstă un sugar trebuie să pronunţe cel puţin 3-4 cuvinte?",* doar 35,3% dintre părinţi răspunzând corect; la fel, procentajul fiind mai mare printre îngrijitorii din municipii – 38,9% faţă de 32,2% – în centrele raionale şi 33,3% – în localităţile rurale;
- ✓ mai puţin de 1⁄3 (29,6%) dintre îngrijitori cunosc la ce vârstă un copil trebuie să întreţină o conversaţie, să recite poezii, să spună poveşti, rata răspunsurilor corecte oscilând de 28,4% în rândul locuitorilor din municipii şi centrele raionale până la 31,3% înregistrate la părinţii copiilor din localităţile rurale.

Aşadar, rezultatele studiului efectuat prin intervievarea îngrijitorilor au arătat că părinţii din localităţile municipale posedă cunoştinţe mai bune referitoare la reperele de dezvoltare psihomotorie a copilului până la 5 ani comparativ cu părinţii din centrele raionale şi localităţile rurale.

3.5. Cunoştinţele privind ajutorul de urgenţă

Evaluarea gradului de cunoaştere de către îngrijitori a **SEMNELOR DE PERICOL** pentru viaţa sugarului a relevat că nivelul de cunoştinţe al părinţilor/îngrijitorilor este unul nesatisfăcător, mai puţin de ½ din ei au putut relata aceste semne (fig. 3.9). **SEMNELE DE PERICOL** cele mai cunoscute au fost: copilul vomită după fiecare hrană sau băutură (40,6%); copilul este letargic, nu poate fi trezit sau este fără cunoştinţă (24,8%); copilul respiră din greu, intens, dificil (20,8%); prezenţa convulsiilor la copil a fost indicată ca semn de apelare urgentă la medic de către 19,8% din respondenţi; copilul nu poate suge piept sau bea lichide – a fost indicat ca semn de apelare urgentă la medic de doar 16,04% dintre îngrijitorii copiilor.

De menţionat că 77,4% dintre îngrijitori au calificat eronat în calitate de **SEMNE DE PERICOL** aşa manifestări ca: febra, obstrucţia nazală, copil neliniştit, palid ş.a. (fig.3.9. *Alte semne*).

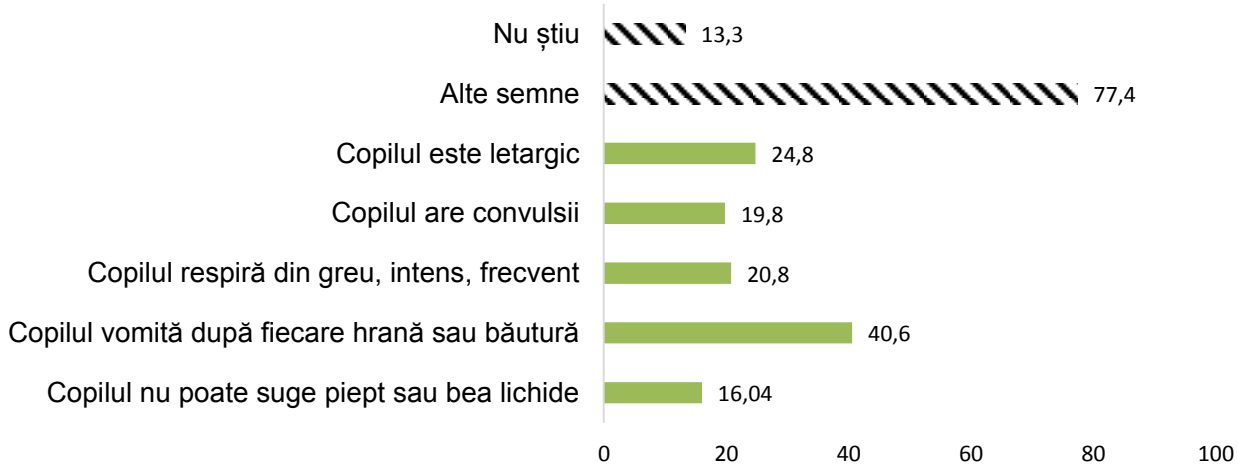


Figura 3.9**. Răspunsurile oferite de către îngrijitori la enumerarea SEMNELOR DE PERICOL pentru viaţa sugarului (%)**

Am comparat datele studiului nostru cu sondajul efectuat în cadrul studiului din anul 2014, când în lotul general mai mult de 2/3 dintre îngrijitori au fost capabili să specifice cel puţin 3 semne de pericol pentru viaţa copilului, care necesită ajutor medical imediat. Semnele cele mai cunoscute conform rezultatelor studiului din 2014 au fost: copilul vomită după fiecare hrană sau băutură (71%); copilul este letargic, nu poate fi trezit sau este fără cunoştinţă (63,7%); copilul nu poate suge piept sau bea lichide (63,6%); prezenţa convulsiilor la copil a fost indicată ca semn de apelare urgentă la medic de către 56,2% dintre îngrijitori, iar respiraţia dificilă, intensă, frecventă, geamătul copilului – de către 44,1% dintre îngrijitorii copiilor (fig. 3.10). Din păcate, am constatat că îngrijitorii chestionaţi în cadrul studiului actual au manifestat un nivel mai jos de cunoştinţe privind cunoaşterea **SEMNELOR DE PERICOL pentru viaţa sugarului** comparativ cu părinţii/îngrijitorii care au participat la studiu în 2014 (fig. 3.10). Putem explica acest lucru prin faptul că o bună parte din îngrijitorii chestionaţi în

2014 erau posesorii CARNETULUI DE DEZVOLTARE A COPILULUI, agendă pentru familie (F 112/e/1), fapt ce a îmbunătăţit nivelul de cunoştinţe al acestora.

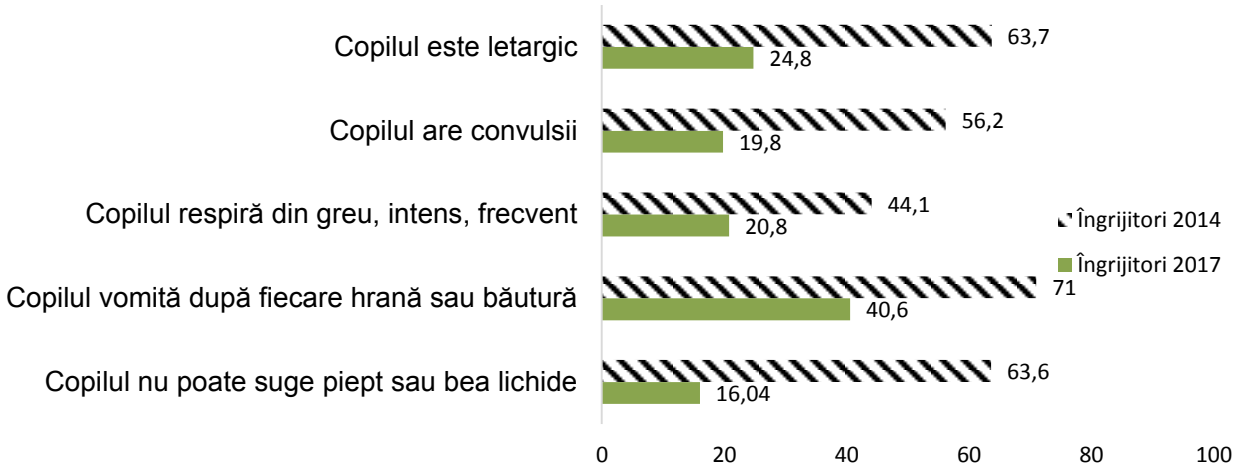


Figura 3.10. **Răspunsurile oferite de către îngrijitori la enumerarea SEMNELOR DE PERICOL pentru viaţa sugarului (%) în cadrul studiului din 2014 vs rezultatele actuale**

Am analizat răspunsurile oferite la compartimentul **gradul de cunoaştere a SEMNELOR DE PERICOL** pentru viaţa sugarului în dependenţă de nivelul de studii al îngrijitorilor (tab. 3.6), astfel am constatat că cel mai bine cunoscut semn de pericol de către îngrijitori în toate subloturile cercetate a fost „**Copilul vomită după fiecare hrană sau băutură**", care a fost menţionat cel mai frecvent de către îngrijitorii cu studii liceale – în 62,5% din cazuri. Cei mai mulţi îngrijitori care nu cunosc nici un **SEMN DE PERICOL** au fost din rândul respondenţilor cu studii medii (14,7%), totodată, printre persoanele cu studii liceale s-au înregistrat cei mai puţini îngrijitori (6,3%) care nu au putut enumera nici un **SEMN DE PERICOL** pentru viaţa sugarului. În cadrul studiului am remarcat faptul că mult mai frecvent îngrijitorii consideră greşit alte semne, cum ar fi febra, obstrucţia nazală, copil neliniştit în calitate de **SEMN DE PERICOL** pentru viaţa sugarului, totuşi, îngrijitorii cu studii postuniversitare o fac mai rar (62,5%) comparativ cu îngrijitorii cu un nivel mai jos de studii (tab. 3.6).

Tabelul 3.6

Gradul de cunoaştere a SEMNELOR DE PERICOL pentru viaţa sugarului în dependenţă de nivelul de studii al îngrijitorilor (%)

Semnele de pericol enumerate de îngrijitori	Studii				
	9 clase	Liceale	Medii	Universitare	Postuniversitare
Copilul nu poate suge piept sau bea lichide	20	12,5	18,8	10,5	25

Copilul vomită după fiecare hrană sau băutură	57,1	62,5	39,4	31,6	37,5
Copilul respiră din greu, intens, frecvent	7,14	6,3	21,8	27,8	37,5
Copilul are convulsii	20	37,5	17,7	21,1	12,5
Copilul este letargic/inconştient	31,4	12,5	28,2	18,8	25
Nu cunosc nici un semn	8,6	6,3	14,7	13,5	12,5
Alte semne (rinoree, febră ş.a.)	74,3	93,6	75,9	81,2	62,5

În cadrul studiului realizat nu a existat o corelaţie pozitivă între nivelul de studii al îngrijitorilor şi gradul de cunoaştere a **SEMNELOR DE PERICOL** pentru viaţa sugarului. În toate subloturile de îngrijitori (realizate luând în consideraţie studiile acestora) a existat tendinţa de a enumera alte semne (rinoree, febră, copil neliniştit etc.) în calitate de **SEMNE DE PERICOL** pentru viaţa sugarului.

Am analizat **gradul de cunoaştere a SEMNELOR DE PERICOL** pentru viaţa sugarului în dependenţă de experienţa de a fi părinte a îngrijitorilor, raportând cunoştinţele pe care le posedă la acest subiect la numărul de copii din familie. Astfel, menţionăm că diferenţe esenţiale între îngrijitorii care sunt responsabili de 1-2 copii şi cei care îngrijesc 2 şi mai mulţi copii nu s-au atestat. Conform rezultatelor studiului, putem remarca doar o uşoară tendinţă de a cunoaşte mai bine **SEMNELE DE PERICOL** pentru viaţa sugarului printre îngrijitorii cu > 2 copii în familie. Doar semnul ***Copilul nu poate suge piept sau bea lichide,*** mai frecvent, cu o semnificaţie statistică a fost cunoscut mai bine de către îngrijitorii cu > 2 copii în familie, fiind cunoscut de către 26,9% şi doar 13,8% dintre îngrijitorii cu 1-2 copii au ştiut acest semn ($x^2 = 6,13$; $p = 0,0133$).

Tabelul 3.7

Gradul de cunoaştere a SEMNELOR DE PERICOL pentru viaţa sugarului în dependenţă de numărul de copii în familie (%)

Semnele de pericol enumerate de îngrijitori	Numărul de copii în familie < 2 copii	Numărul de copii în familie >2 copii	x^2	p
Copilul nu poate suge piept sau bea lichide	13,8	26,9	6,13	**0,0133***
Copilul vomită după fiecare hrană sau băutură	40,5	40,3	0,001	0,9706
Copilul respiră din greu, intens, frecvent	21,3	19,4	0,1035	0,8514
Copilul are convulsii	19,8	20,9	0,001	0,9733
Copilul este	24,3	26,8	1,946	0,1631

letargic/inconştient				
Nu cunosc nici un semn	13,8	10,5	0,296	0,5864
Alte semne (rinoree, febră ş.a.)	77,8	76,1	0,019	0,8916

Deoarece infecţiile tractului respirator sunt frecvente în practica pediatrică şi reprezintă una din cauzele principale de solicitare a asistenţei medicale şi spitalizării, am evaluat gradul de cunoaştere a **Semnelor de infecţie respiratorie la sugari, care necesită ajutor medical urgent.** Am constatat că aceste semne sunt cunoscute de mai puţin de ½ dintre îngrijitori: numai 48% dintre părinţi cunosc că trebuie să apeleze la medic în cazul prezenţei respiraţiei grele, cu un sunet neobişnuit, şi doar 16,8% dintre părinţi apelează urgent la medic în cazul respiraţiei accelerate frecvente, numai 9% ar apela la medic în cazul prezenţei tirajului muşchilor cutiei toracice; totodată, 8,5% au declarat că nu cunosc nici un **SEMN de INFECŢIE RESPIRATORIE** la sugari ce necesită ajutor medical urgent.

Estimarea cunoştinţelor pe care le posedă părinţii/îngrijitorii referitoare la acordarea primului ajutor în cazul în care copilul are **DIAREE** (scaun lichid, apos, frecvent, verde sau cu mucozităţi sau sânge, urât mirositor) şi/sau vomă a relevat că practic cel mult 1/3 din părinţi/îngrijitori cunosc care este primul ajutor în caz de **DIAREE** la copil: necesitatea de a administra mai mult lichid a fost menţionată de 29,3% dintre îngrijitori, administrarea SRO – de către 32,8%, aplicarea copilului mai des la sân a fost menţionată de doar 2,3% dintre îngrijitori. Totodată, 18% dintre îngrijitori au spus că nu cunosc nici o metodă de acordare a primului ajutor copilului cu **DIAREE,** iar 26,3% şi, respectiv, 7,3% au indicat administrarea de probiotice şi respectiv antibiotice în calitate de acţiuni de prim ajutor.

După cum am menţionat anterior, **FEBRA** este un semn clinic care provoacă frecvent îngrijorări părinţilor/îngrijitorilor. Am estimat în cadrul studiului care sunt acţiunile îngrijitorilor/părinţilor în cazul unui copil cu febră. Răspunsurile îngrijitorilor/părinţilor au fost următoarele:

- administrarea antipireticelor – 91,5%;
- efectuarea frecţiilor – 30,7%;
- descoperirea/dezbrăcarea de haine – 16,3%;
- alăptarea mai des sau administrarea lichidelor în cantitate mai mare – 12,8%;
- temperatura aerului în cameră să nu depăşească 20˚C – 3,8%;
- utilizarea altor metode – 2,5%;
- nu cunosc nici o metodă – 2,5%.

Totodată, răspunsurile îngrijitorilor referitoare la tipul de măsuri fizice utilizate s-au repartizat în felul următor:

- varză cu miere – 1,8%;

- frecţii cu oţet – 47,9%;
- frecţii cu alcool – 6,4%;
- frecţii cu apă la temperatura camerei – 14,9%;
- altele – 8,9%;
- nu ştiu – 35,1%.

Deoarece majoritatea dintre îngrijitori (91,5%) au nominalizat administrarea de antipiretice în calitate de metodă de prim ajutor când copilul are FEBRĂ până la sosirea medicului, am elucidat ce preparate utilizează. Astfel, fiind întrebaţi ce preparate administrează în cazul febrei la copil, aceştia au răspuns:

- paracetamol – 75,4%;
- ibuprofen – 44,5%;
- amestec litic (sol. Analgină + sol. Dimedrol) – 2,3%;
- aspirină – 2%;
- altele – 2,5%;
- nu ştiu 2,5%.

Accidentele casnice sunt frecvente în rândul copiilor în primii ani de viaţă. Protejarea copiilor de otrăviri, arsuri, sufocare, înec şi diverse traumatisme constituie responsabilităţi de bază ale părinţilor/îngrijitorilor. Estimarea *cunoştinţelor pe care le posedă părinţii referitoare la respectarea regulilor elementare ce ţin de securitatea şi protecţia copilului de otrăviri, arsuri, sufocare, înec şi traumatisme* a arătat că:

- în 65,9% din cazuri părinţii au menţionat printre regulile de bază supravegherea permanentă a copilului;
- în 73,5% din cazuri – depozitarea medicamentelor şi substanţelor toxice în magazii încuiate sau în dulapuri amplasate cât mai sus;
- doar 5,3% dintre respondenţi au menţionat păstrarea tuturor substanţelor otrăvitoare în ambalaje originale şi 3,3% – tratarea copilului numai cu medicamente prescrise de medic şi în dozele indicate;
- în mai mult de 1/3 din cazuri (34,1%) a fost menţionată amplasarea vaselor cu conţinut fierbinte, fierului de călcat în locuri inaccesibile;
- 24,2% dintre părinţi au menţionat interzicerea prezenţei copilului în locul unde se prepară hrana;
- 25,9% dintre părinţi au numit ascunderea de copii a obiectelor mici (bomboane, bucăţi de măr, seminţe, bănuţi);

- doar 3,6% dintre părinţi au menţionat că este interzisă adormirea cu copilul în braţe;
- 14,3% au numit acoperirea cu capace grele a fântânilor, altor vase cu apă (cratiţe mari, găleţi, căzi, butoaie etc.), golirea vaselor cu apă folosită imediat;
- cca 28,5% din îngrijitori au menţionat printre metodele de protejare a copilului: strângerea din toată casa, de pe mobilă a obiectelor care pot cădea peste copil, se pot sparge la cădere sau cu care copilul se poate tăia sau înţepa; 13,5% au numit printre metodele de protejare închiderea ferestrelor, balcoanelor, siguranţa la scări;
- 27,7% au menţionat despre necesitatea de a se asigura că nu există fire electrice dezgolite şi instalaţii electrice la vedere; instalarea capacelor de protecţie la prize;
- 16,5% din respondenţi au menţionat depozitarea chibriturilor, candelelor, lumânărilor aprinse departe de copil, luarea măsurilor ca micuţul să nu aibă acces la plită sau uşiţa sobei fierbinţi;
- 7,9% au indicat ca fiind importantă închiderea uşii la baie, la toaletă;
- doar 1,5% au amintit despre asigurarea obligatorie a copilului în automobil cu scăunel de siguranţă şi centură.

Alt aspect estimat în cadrul studiului nostru a fost abuzul de alcool, tabagismul în rândul îngrijitorilor. Marea majoritate – 91,7% dintre părinţi au afirmat că nu au propus niciodată alcool copilului, doar 0,3% au afirmat că copilul lor a gustat alcool până la vârsta de 3 luni, iar 7,5% au afirmat că după vârsta de 6 luni copilul lor a gustat alcool, totodată 0,5% dintre respondenţi nu au putut specifica dacă au propus vreodată alcool copilului.

Practic 19,8% dintre părinţi/îngrijitori au afirmat că obişnuiesc să fumeze în prezenţa membrilor nefumători ai familiei, iar 51,8% dintre îngrijitori nu cunosc ce înseamnă fumat pasiv. Totodată, cu o frecvenţă semnificativă sub aspect statistic îngrijitorii cu un nivel socio-economic mai bun au putut mai des să explice semnificaţia fumatului pasiv (48,7%), vs 27,8% îngrijitori din familii defavorizate ($x^2 = 12,42$; $p = 0,014$).

3.6. Abuzul în familie

Abuzul în familie este un subiect actual, iar fenomenul violenţei faţă de copii este una din marile probleme ale lumii moderne. Abuzul copiilor este o problemă complexă, strâns legată de modul de a gândi şi de a se comporta al oamenilor, determinat de o multitudine de factori din cadrul familiei şi al comunităţii. Studiul nostru a estimat cunoştinţele şi părerile îngrijitorilor despre diferite tipuri de abuz al copilului.

Am evaluat care este părerea îngrijitorilor referitoare la utilizarea pedepselor fizice (bătaia) atunci când copiii greşesc, manifestă, conform concepţiilor părinţilor, un comportament necorespunzător.

Astfel, mai mult de ½ dintre îngrijitori au afirmat că în nici un caz nu sunt de acord cu utilizarea bătăii ca metodă de disciplinare a copilului, cca 1/3 au afirmat că ar recurge la bătaie doar în situaţii excepţionale, iar 5,5% dintre îngrijitori sunt de acord cu utilizarea bătăii atunci când copiii greşesc.

Cea mai frecventă formă a abuzului emoţional pe care o folosesc îngrijitorii este ameninţarea copilului pentru a obţinere supunerea acestuia, astfel, respondenţii noştri au recunoscut că:

- au folosit ameninţări pentru a convinge copilul să asculte – 36,3% dintre îngrijitori;
- au folosit cuvinte dure la adresa copilului – 12,5%;
- au înjurat copilul – 1,5%;
- au izolat copilul ca urmare a unei greşeli – 4,8%;
- au făcut de ruşine copilul în faţa altor copii, a adulţilor – 3%.

Respondenţii noştri au fost rugaţi să ne comunice dacă în rândul prietenilor, vecinilor, rudelor au cunoscut cazuri când aceştia şi-au abuzat cumva copilul (fizic, emoţional, sexual, l-au neglijat). Astfel, mai mult de 1/2 dintre părinţi/îngrijitori au afirmat că nu au cunoscut niciodată despre cazuri de abuz asupra copilului în anturajul lor, nu au dorit să răspundă la această întrebare cca 10% dintre respondenţi, totodată, îngrijitorii care au întâlnit acest fenomen au afirmat că:

- 26,6% dintre ei s-au confruntat cu violenţa fizică faţă de copii;
- 17,5% – cu violenţa psihologică/emoţională;
- 3,5% au observat cazuri de exploatare prin muncă a copiilor.

Menţionăm faptul că printre îngrijitorii/părinţii care au declarat că au observat cazuri de abuz asupra copilului doar 6,1% au intervenit activ în aceste situaţii prin sesizarea altor persoane/instituţii; 56,1% au declarat că nu au intervenit, iar 37,8% nu au dorit să răspundă la acest subiect.

Fiind rugaţi să confirme sau să infirme utilizarea pedepselor corporale (violenţa fizică asupra copilului) pe parcursul ultimului an, îngrijitorii participanţi la studiu au oferit următoarele răspunsuri:

- cca 1/3 au recunoscut că au urecheat copilul, l-au tras de păr, pălmuit fără a lăsa urme;
- doar 0,8% au recunoscut că au bătut copilul aşa încât au rămas urme;
- 2,5% au utilizat un obiect (curea, nuia) pentru a bate copilul.

În cadrul studiului am estimat percepţia şi gradul de toleranţă a îngrijitorilor în raport cu fenomenul violenţei faţă de copii, necesitatea raportării acestor cazuri către persoanele şi instituţiile abilitate să intervină în cazurile suspecte de violenţă, neglijare, exploatare şi trafic al copilului. Astfel, majoritatea părinţilor/îngrijitorilor conştientizează faptul că a bate un copil este întotdeauna un abuz împotriva copilului, de această părere au fost practic 81,7% dintre ei, doar 9,4% au declarat că nu e nimic rău în faptul ca uneori copiii să fie bătuţi (traşi de ureche, păr etc.) ca metode de disciplinare în şcoli/grădiniţe. Trezeşte îngrijorare faptul că 23,7% dintre îngrijitori consideră că, raportând autorităţilor un abuz fizic asupra copilului, mai degrabă faci rău copilului şi familiei; acest fapt denotă neîncrederea îngrijitorilor în instituţiile şi persoanele abilitate să intervină în astfel de situaţii.

În multe situaţii este complicat pentru părinţi/îngrijitori să identifice un caz de abuz sexual asupra copilului. De cele mai multe ori, copilului abuzat îi este frică şi ruşine să vorbească despre ceea ce i s-a întâmplat; în aceste condiţii îngrijitorii trebuie să cunoască semnele unui eventual abuz sexual, pentru a putea interveni şi ajuta copilul.

Fiind rugaţi să selecteze dintr-un şir de situaţii care descriau manifestări şi comportamente caracteristice unui copil care posibil să fi suportat un abuz sexual, îngrijitorii noştri au selectat următoarele situaţii:

- peste ½ au selectat situaţia când copilul acuză dureri în regiunea vaginală sau anală;
- 40% din îngrijitori ar suspecta un posibil caz de abuz sexual în cazul în care copilul ar face aluzii, ar spune că cineva l-a rugat să păstreze o taină etc.;
- 39,5% – în cazul în care copilul prezintă frică nefirească faţă de o persoană matură sau nu doreşte să contacteze cu aceasta;
- 31,7% ar suspecta un caz de abuz sexual în situaţia în care copilul ar fi trist, ar prezenta suferinţe ce nu se confirmă medical;
- 29,1% – în cazul în care copilul ar evita să rămână singur cu cineva dintre membrii familiei.

Doar 26,6% au selectat toate situaţiile, iar 18,9% nu ar suspecta niciodată în situaţiile enumerate un posibil caz de abuz sexual.

În baza rezultatelor obţinute conchidem că părinţii/îngrijitorii sunt mai predispuşi să suspecteze un posibil caz de abuz sexual al copilului în baza semnelor de afectare fizică şi într-o măsură mai mică în baza semnelor de afectare comportamentală. Conform estimărilor, mai puţin de 1/3 din îngrijitori sunt suficient de precauţi faţă de acuzele şi comportamentul copilului şi ar suspecta posibilitatea producerii unui abuz sexual în fiecare situaţie descrisă în parte. Totodată, rata îngrijitorilor care nu ar suspecta în nici un caz posibilitatea producerii unui abuz sexual (18,9%) nu poate fi neglijată.

Analizând, în baza mediului de trai şi nivelului educaţional al îngrijitorilor, care sunt cei mai predispuşi în baza semnelor fizice şi comportamentale ale copilului să admită suspectarea producerii unui abuz sexual, am constatat că nu există diferenţe semnificative între opiniile respondenţilor cu nivel socio-economic şi educaţional diferit, în schimb, mediul de reşedinţă influenţează capacitatea părinţilor/îngrijitorilor de a identifica cazurile suspecte de abuz sexual al copilului. Locuitorii din municipii mai frecvent faţă de cei din localităţi urbane mici şi rurale au selectat toate situaţiile caracteristice unui abuz sexual şi mai rar au optat pentru răspunsul *nu ştiu*. Totodată, îngrijitorii din mediul rural de cca 2 ori mai frecvent decât cei din localităţile urbane mari nu au putut identifica nici o situaţie când copilul a suportat un posibil abuz sexual, rata acestora a fost de 26,4% vs 13,7% în rândul locuitorilor din municipii ($x^2 = 29,73$; $p = 0,019$) (fig. 3.11). Menţionăm că abordarea subiectului abuzului sexual al copilului a fost una incomodă, ruşinoasă pentru mulţi dintre îngrijitori, în special pentru cei din localităţile rurale.

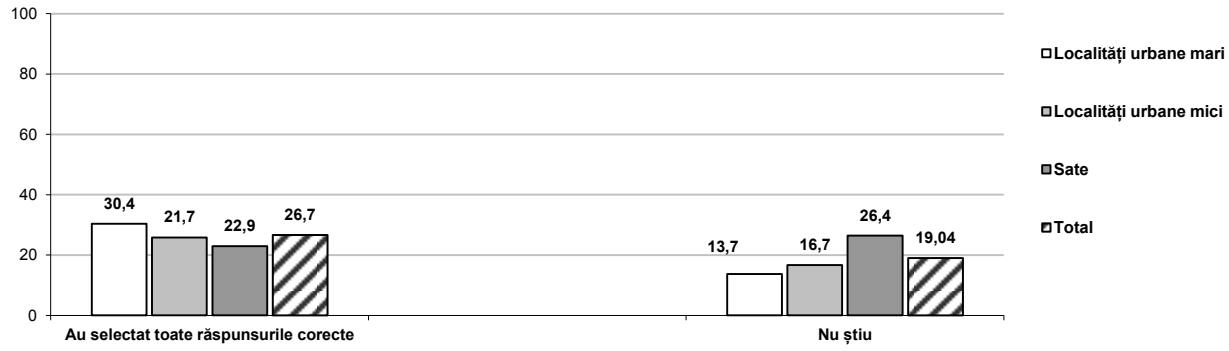


Figura 3.11. **Gradul de cunoştinţe al îngrijitorilor privind recunoaşterea cazurilor de abuz sexual al copilului în funcţie de mediul de reşedinţă (%)**

Foarte importantă este raportarea către autorităţi a fiecărui caz suspect de abuz asupra copiilor, pentru o intervenţie promptă şi profesionistă. În cadrul studiului peste ½ din părinţi/îngrijitori au afirmat necesitatea raportării către autorităţi a fiecărui caz suspect de VNET a copiilor. Părerile părinţilor/îngrijitorilor au fost asemănătoare şi nu au fost influenţate de nivelul socio-economic, educaţional şi mediul de reşedinţă al acestora (fig. 3.12).

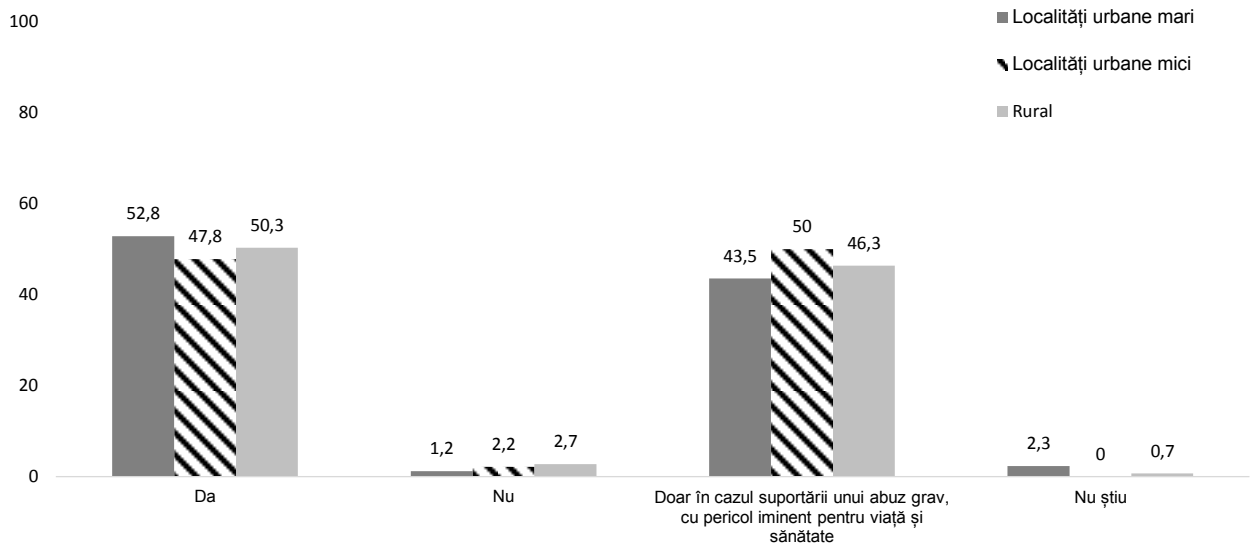


Figura 3.12. **Opiniile îngrijitorilor referitoare la raportarea către autorităţi a cazurilor suspecte de VNET a copilului (%)**

CONCLUZII:

Conform rezultatelor studiului, după 5 ani de la implementarea Standardelor de supraveghere a copilului de 0-18 ani în condiţii de ambulator optimizate, a formularului 112/1 optimizat şi a Carnetului de dezvoltare a copilului (agendă pentru familie), formular 112/1/e, se mai semnalează un şir de bariere/neajunsuri:

- nu toţi asistenţii medicilor de familie s-au familiarizat cu prevederile noilor Standarde (în medie mai puţin de ½ (47,7%) din asistenţii medicilor de familie cunosc prevederile STANDARDELOR);
- numai 2/3 (69,2%) din copiii sub 5 ani dispun de Formularul 112/e nou actualizat: 51,9% – în municipii, 72,6% – din localităţile urbane mici şi 84,4% – în sectorul rural;
- s-au depistat deficienţe în repartizarea Carnetului de dezvoltare a copilului, agendă pentru familie (cca 1/2 din respondenţi nu au primit CARNETUL) etc.

Evaluarea STANDARDELOR şi Formularului 112/e:

- pe parcursul evaluării s-au evidenţiat numeroase erori de completare a F112/e la multe dintre compartimente: compartimentului general a fost completat calitativ în 64,3% din cazuri (90,6% din cazuri în anul 2012), datele despre instruirea părinţilor, conform tematicii recomandate de MS al RM, au fost înregistrate complet în doar 52,0% din F 112/e evaluate (56,2% în anul 2012); este insuficient implementat screening-ul obligatoriu pentru autism, preconizat în perioada de vârstă 18-24 de luni, doar 45% dintre copiii cu vârsta de 2-5 ani au fost supuşi screening-ului pentru

identificarea autismului, cu tendinţă de majorare în localităţile rurale (½) comparativ cu localităţile urbane mari (36%); doar aproximativ 2/3 din formulare ale copiilor de 0-12 luni conţin curbe de creştere complet construite, iar în cazul copiilor mai mari de 3 ani medicii practic nu completează acest compartiment; nu se înregistrează parametrii funcţionali ai copilului (83% din formulare nu conţin rezultate ale măsurării TA); totodată, F112/e mai frecvent este completat la copiii din localităţile rurale şi cei cu RMS;

- în lotul sumar de studiu nou-născuţii sunt vizitaţi la domiciliu de către medicii de familie în primele 3 zile după externarea de la maternitate în 89,4% din cazuri (92% în anul 2012); la a 14-a – a 15-a zi de viaţă – în 65,4% din cazuri (49,6% în 2012, p<0,001);

- nivelul insuficient de cunoaştere a STANDARDELOR actualizate face ca mulţi dintre lucrătorii medicali din AMP să continue aplicarea „vechilor" STANDARDE, efectuând iraţional un număr excesiv de vizite la domiciliu: practic mai mult de 2/3 din copii în vârstă de până la 12 luni au fost vizitaţi la domiciliu mai frecvent decât este obligatoriu la momentul actual, ceea ce nu este raţional. Totodată, 14-17% dintre copiii cu vârsta sub 1 an din municipii n-au fost vizitaţi nici odată de AMF conform STANDARDELOR în vigoare: pe parcursul primei luni – 14,0% (comparativ cu 1,1% în sate, $\chi 2=15,8$; p=0.014), în perioada 1-3 luni – 16,8%, la 3-7 luni – 14,7% (în sate – 0,0%, $\chi 2=31,9$; p=0.000) şi la 7-12 luni – 16,0% din copii (în sate – 0,0%, $\chi 2=22,2$; p=0.001);

- menţiunile din F 112/e relevă 2 tendinţe importante: familiile cu risc medico-social (în medie cu 10-20% mai mult decât în lotul general) şi cele din localităţile rurale au fost vizitate la domiciliu mai des decât copiii din familii defavorizate şi cei care locuiesc în oraşe mari şi mici. Deci, aplicarea Standardelor optimizate a permis redirecţionarea efortului lucrătorilor medicali către familiile din grupul RMS, îmbunătăţând procesul de supraveghere a copiilor acestui grup la capitolul vizitele medicului şi asistentului medicului;

- prezenţa menţiunilor ce confirmă 11 examene profilactice obligatorii efectuate de către medicul de familie în instituţia medicală a fost înregistrată la 75,3% dintre copii în vârstă de până la 12 luni (în anul 2012 – 74%), totodată, 1/4 din familiile cu copii până la un an nu frecventează sistematic instituţia medicală (în municipii 8,3% copii n-au vizitat instituţia medicală nici o dată pe parcursul anului, în centrele raionale –

2,2%; în sate, însă, toţi copiii frecventează instituţia medicală (p=0,045)); din păcate, după primul an de viaţă al copilului STANDARDELE de examinare de către medicul de familie în instituţia medicală se respectă mult mai rar;

- cu toate că asigurarea cu cadre medicale este mai bună în municipii şi centrele raionale, mai mulţi dintre indicatorii obţinuţi prin cercetarea documentaţiei medicale statistice a copilului confirmă faptul că în municipii vizitele la medicul de familie, specialiştii de profil şi examenele profilactice de laborator ale copilului sunt efectuate în conformitate cu STANDARDELE comparativ mai rar decât în localităţile rurale (diferenţa este 4-10%, p>0,05).

Evaluarea cunoştinţelor asistenţilor medicilor de familie:

- evaluarea cunoştinţelor lucrătorilor medicali privind alimentaţia sugarului şi copilului în primii ani de viaţă relevă mari lacune: doar 1/3 din lucrătorii medicali au putut lămuri care este plasarea corectă a copilului la sânul mamei; doar ½ din AMF cunosc termenele optime de diversificare a alimentaţiei copilului şi cca 2/3 (71,4%) din lucrătorii medicali cunosc că un copil trebuie să fie alăptat exclusiv la sân până la vârsta de 6 luni, rata acestora fiind puţin mai mare în rândul AMF din CMF municipale;

- AMF au unele carenţe la cunoaşterea Semnelor de pericol pentru viaţa sugarului, numai 73,6% din ei menţionându-le în totalitate; totodată am remarcat tendinţa eronată de a califica febra, paliditatea ca semne de pericol pentru viaţa sugarului şi doar 70,9% din AMF cunosc cele 3 semne ale infecţiei respiratorii care necesită ajutor medical urgent;

- AMF din CMF municipale posedă cunoştinţe referitoare la reperele de dezvoltare psihomotorie a copilului până la 5 ani puţin mai aprofundate comparativ cu lucrătorii medicali din alte instituţii medicale, însă în general deprinderile sugarului sub 1 an sunt mai bine cunoscute de către AMF comparativ cu deprinderile caracteristice vârstei mai mari a copilului;

- studiul a elucidat faptul că marea majoritate a AMF optează în tratamentul febrei pentru administrarea preparatelor recomandate conform ghidurilor, protocoalelor clinice naţionale/internaţionale (Paracetamol, Ibuprofen); este îngrijorător, însă, faptul că practic peste ¼ din AMF utilizează în practica cotidiană administrarea amestecului

litic (soluţie Analgină + soluţie Dimedrol), metodă nerecomandată de către experţii internaţionali şi naţionali;

- doar mai puţin de ½ din respondenţi au identificat corect semnele depresiei postpartum (37,3%), practic 9,9% din respondenţi au recunoscut că nu cunosc noţiunea şi semnele clinice ale depresiei postpartum, iar 47,6% au definit eronat în calitate de depresie postpartum situaţia tranzitorie „baby blues", care este un lucru obişnuit după naştere şi nu necesită intervenţie medicală specializată;

- în urma adoptării Mecanismului intersectorial de cooperare, precum şi a procedurii de intervenţie a lucrătorului medical în cazurile de violenţă, neglijare, exploatare şi trafic al copilului în Republica Moldova au fost create toate premizele pentru stabilirea responsabilităţilor lucrătorilor medicali în domeniul protecţiei copilului prin coordonare şi cooperare intersectorială în procesul de identificare, referire, asistenţă şi monitorizare a copiilor-victime şi potenţiale victime. Totodată, conform rezultatelor studiului nostru, mai puţin de ½ dintre lucrătorii medicali consideră efectuarea interviului de protecţie, determinarea gradului actual de siguranţă a copilului, confirmarea/infirmarea producerii cazului de abuz ca acţiuni specifice în activitatea lor în caz de identificare a unui copil-victimă sau potenţială victimă.

Evaluarea cunoştinţelor părinţilor:

- răspunsurile părinţilor privind numărul de vizite făcute copilului de către AMF la domiciliu nu corelează permanent cu datele înregistrate în F112/e al copilului, aspect ce indirect ne sugerează ideea că unele dintre vizite sunt doar înregistrate, însă, „de facto", nu sunt efectuate: 75,2% dintre copii au fost vizitaţi la domiciliu conform STANDARDULUI sau mai des pe parcursul primei luni de viaţă, dar deja după prima lună de viaţă copilul practic este vizitat de către AMF cu scop profilactic la domiciliu mult mai rar: 1/2 dintre părinţi (47,1%) au negat vizitele regulate pe parcursul primului an de viaţă (în anul 2012 – 47% părinţii); 84,1% au afirmat că nu au beneficiat de nici o vizită la domiciliu pe parcursul anului II de viaţă al copilului (90,7% în Chişinău şi Bălţi şi 70,0% – în centre raionale, $\chi 2=25,9$; $p=0.04$). Totodată, majoritatea respondenţilor (84,8% comparativ cu 88,4% în anul 2012) consideră utile vizitele AMF la domiciliu;

- au fost remarcate discordanţe majore între răspunsurile părinţilor şi cele ale lucrătorilor medicali referitoare la subiectele discutate de către AMF cu îngrijitorii copiilor în cadrul vizitelor la domiciliu: astfel, doar 1 părinte din 5 a menţionat ajutorul de urgenţă (20,8%); cu toate că 86,2% din AMF au spus că discută cu părinţii despre

ajutorul de urgenţă, doar 10-15% din părinţi/îngrijitori au notat îngrijirea şi alimentaţia copilului bolnav, alimentaţia mamei, dezvoltarea psihomotorie a copilului şi securitatea copilului faţă de 85-95% din lucrătorii medicali. Acest fapt denotă că lucrătorii medicali cunosc ce trebuie să discute cu părinţii copiilor, dar „de facto" nu o fac, motivul fiind necunoscut;

- studiul a relevat un nivel scăzut al abilităţilor parentale: în lotul general doar 1 îngrijitor din 5 este capabil să specifice cel puţin 3 semne de pericol pentru viaţa copilului când necesită ajutor medical imediat şi doar 2,5% dintre părinţi au nominalizat toate cele 5 semne de pericol care necesită ajutor medical imediat. Semnele cele mai cunoscute au fost: copilul vomită după fiecare hrană sau băutură (40,6%); copilul este letargic, nu poate fi trezit sau este fără cunoştinţă (24,5%); copilul respiră greu, geme, frecvent (21,5%); prezenţa convulsiilor la copil a fost indicată ca semn de apelare urgentă la medic de către 20,5% dintre părinţi;

- durata optimă a alimentaţiei exclusiv la sân este cunoscută mai bine de către părinţii copiilor care locuiesc în municipii (80,9%) faţă de cei din centrele raionale (55%) şi cei cu studii universitare şi postuniversitare (74,2 şi respectiv 87,5%), comparativ cu îngrijitorii ce au terminat doar 9 clase; totodată, 1 din 6 îngrijitori din lotul general de studiu nu cunoaşte care sunt beneficiile alimentaţiei naturale, rata acestora fiind mai mare printre îngrijitorii din localităţile rurale, cei din familiile cu risc medico-social (1 din 4 părinţi) şi cei ce aveau absolvite doar 9 clase;

- mai puţin de ½ dintre părinţi posedă cunoştinţe referitoare la dezvoltarea psihomotorie a copilului, rata fiind mai înaltă în rândul locuitorilor din municipii şi centrele raionale;

- **e**stimarea cunoştinţelor pe care le posedă părinţii/îngrijitorii referitoare la acordarea primului ajutor atunci când copilul are diaree şi/sau vomă a relevat că practic cel mult 1/3 din părinţi cunosc care este primul ajutor când copilul are diaree: necesitatea de a administra mai mult lichid a fost menţionată în 29,3% din cazuri, administrarea SRO – în 32,8% din cazuri, aplicarea copilului mai des la sân a fost menţionată de doar 2,3% dintre îngrijitori;

- doar 29,1% dintre părinţi nu au lăsat nici odată copiii în grija altcuiva, iar 70,9% dintre părinţi lasă copiii pe seama altora, inclusiv în 16,6% cazuri părinţii au lăsat copiii în

grija altcuiva de la vârsta mai mică de 6 luni; 14,6% – de la vârsta de 6 luni; 26,8% – de la vârsta de 1 an şi 10,3% − de la vârsta de 3 ani a copilului.

- mai mult de ½ din îngrijitori au afirmat că în nici un caz nu sunt de acord cu utilizarea bătăii ca metodă de disciplinare a copilului, cca 1/3 au afirmat că ar recurge la bătaie doar în situaţii excepţionale, iar 5,5% dintre îngrijitori sunt de acord cu utilizarea bătăii atunci când copiii greşesc. Cea mai frecventă formă de abuz pe care o folosesc îngrijitorii este ameninţarea copilului – în 36,3% din cazuri;

- în cadrul studiului peste ½ dintre părinţi/îngrijitori au afirmat necesitatea raportării către autorităţi a fiecărui caz suspect de VNET a copiilor. Trezeşte îngrijorare faptul că 23,7% dintre părinţi/îngrijitori consideră că raportând autorităţilor un abuz fizic asupra copilului, mai degrabă faci rău copilului şi familiei, acest fapt fiind o dovadă a neîncrederii îngrijitorilor în instituţiile şi persoanele abilitate să intervină în astfel de situaţii.

RECOMANDĂRI:

1. A întreprinde măsuri suplimentare de optimizare a cadrului normativ actualizat pentru o mai bună aplicare și implementare a tuturor componentelor optimizate în practica lucrătorilor AMP.

2. A organiza măsuri de instruire suplimentară a AMF din AMP privind prevederile Standardelor de supraveghere a copilului sănătos în condiţii de ambulator, îngrijire generală, sănătate, nutriţie, ataşament şi stimulare, identificarea şi recunoaşterea manifestărilor clinice ale depresiei postpartum, identificarea cazurilor de violenţă în familie.

3. A întreprinde măsuri eficiente de educare şi informare a părinţilor în spiritul bunelor practici şi abilităţi parentale privind creşterea şi dezvoltarea copilului (discuţii, instruiri, mass-media, pliante informative etc.).

4. A asigura toţi copiii născuţi cu Carnetul de dezvoltare a copilului (agendă pentru familie), formular 112/1/e – instrument eficient de informatizare şi implicare a părinţilor în supravegherea sănătăţii şi dezvoltării propriului copil.