

3. Trăvialiul prematur reprezintă un sindrom cu o importanță obstetricală majoră, alături de vârsta gestațională mică (VGM), preeclampsie, ruptura prematură a membranelor (RPM) și decesul fetal.

4. Astfel, trăvialiul prematur este determinat de cauze multiple, are un caracter cronic și deseori este asociat cu patologia fetală, iar manifestările clinice prezente la mamă și făt pot avea un caracter adaptiv. Mai mult, aceste manifestări pot depinde de interacțiunea dintre genele materne și fetale cu mediul înconjurător.

Bibliografie

1. Di Naro E., Cromi A., Ghezzi, F. Fetal Thymic involution: a sonographic marker of the fetal inflammatory response, *Am J Obst Gynec*, 2006, Jan, 194(1):153-9.

2. Goldenberg R.L., Hauth J.C., Andrews W.W. Intrauterine infection and preterm delivery, *NEJM* 2000; 342(20):1.500-1.507.

3. Gomez R.L., Ghezzi F., Romero R., Munoy H. Prematur e labor and intramniotic infection : clinical as-

pects and role of cytokines in diagnosis and pathophysiology, *Clin Perinatol*1995; 22:281-342.

4. Gomez R.L., Romero R., Ghezzi F. The fetal inflammatory syndrome, *Am J Obst Gynec*, 1998, Jul,179(1):194-202.

5. Romero R. Fetal inflammatory syndrome and its link to preterm delivery, 1.st International Symposium in hot topics and controversies in perinatal medicine, Rhodes Island, Greece, 2005.

6. Stanculescu R. Inflamația și infecția sistemului paracrin la nivel de amnios, chorion și deciduă. Edit. Univ. Carol Davila Bucuresti, 2000.

7. Yoon B.H., Zoung O.H., Romero R. An elevated amniotic fluid MMP-8 at the time of mid trimester genetic amniocentesis identifies patients at risk for spontaneous preterm delivery, *Am J Obst Gynec*, 182:525-528.

8. Grigoriu Corina, Anca Al. Florin, Grigoras Mirela, et al. Nasterea prematura și sindromul de răspuns inflamator fetal. *Obstetrică. Vol.4. Nr2/mai 2008*

9. Stratulat P., Paladi Gh. Prematuritatea: aspeste obstetricale și neonatale. Chișinău 2013 454p.

© Revenco Nineli, Grin Olesea

Revenco Nineli^{1,2}, Grin Olesea²

PROGRAMELE DE VIZITE LA DOMICILIU: ACTUALITĂȚI, ISTORIC, PERSPECTIVE

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF

(Șef catedră – prof.univ., dr. hab. med. Olga Cernetchi)

² IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)

SUMMARY

HOME VISITING PROGRAMS: HISTORY AND OUTLOOK

Key words: home visiting program, risk families and children

Home visiting programs offer a promising method for delivering support services to at-risk families and children and preventing child maltreatment. Reviews of research on home visiting program models have found evidence that some can improve important short- and long-term outcomes related to women's prenatal health, the quality of parent-child interactions, children's health and school readiness, and family economic self-sufficiency. In addition, some home visiting programs have reduced rates of self-reported and/or substantiated child maltreatment. This article will provide an overview of home health visiting in Europe, United States, historical timeline, the most effectiveness home visiting program models and its components.

РЕЗЮМЕ

ПРОГРАММЫ ПОСЕЩЕНИЯ ДЕТЕЙ НА ДОМУ: ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Ключевые слова: программы посещения детей на дому, семья и дети с группы риска

Программы посещения детей на дому предлагают многообещающий метод предоставления услуг: поддержки семьям, детям из группы риска и предотвращению жестокого обращения с детьми. В этой статье будет представлен обзор посещения детей на дому в Европе, США, хронология событий, наиболее эффективные домашние программы для посещения детей и его компоненты.

Introducere. Programele de vizite la domiciliu oferă servicii de suport familiilor și copiilor din grupul de risc. Medicina bazată pe dovezi a demonstrat eficiența programelor de vizite la domiciliu: unele programe au îmbunătățit pe termen scurt și lung sănătatea maternă, calitatea interacțiunii părinte- copil, sănătatea și dezvoltarea copilului, statutul economic al familiei, iar altele contribuie în reducerea fenomenului de violență asupra copiilor.[1,7,10] Acest articol prezintă un reviu al literaturii referitoare la programele de vizite la domiciliu în Europa și în lume, cronologia istorică în dezvoltarea programelor de vizite la domiciliu, cele mai de succes programe de vizite la domiciliu, componentele și obiectivele lor.

Experiența internațională privind programele de vizite la domiciliu.

Fiecare țară își focusează programele de vizită la domiciliu asupra copiilor cu vârsta până la 3 ani. În Danemarca și Marea Britanie, țări care sunt cunoscute pentru programele lor de succes, toți nou-născuții și mamele lor sunt vizitați de câteva ori în primul an de viață [5]. În Franța, fiecare femeie care a născut își alege o asistentă medicală, care în decursul primului an de viață al copilului face 9 vizite la domiciliu [8]. Medicina primară din spațiul ex-sovietic, la fel acordă atenție mare mamei și copilului nou-născut. Astfel, în Federația Rusă copilul este luat la evidență medicală în primele zile de viață de către medicul pediatru de sector, care în prima lună de viață are de efectuat 3 vizite obligatorii la domiciliu, adițional copilul și mama este vizitată de către asistenta medicală de 3-5 ori în prima lună de viață al copilului, iar ulterior lunar sau de câte ori e nevoie până la vârsta de 1 an. [13] În contrast în Finlanda, România, Germania și Italia se prevăd doar 1-2 vizite postnatale, cu vizite suplimentare la necesitate[5].

În toate țările europene programele de vizită la domiciliu sunt efectuate de obicei de către profesioniști, de obicei asistente medicale. În Danemarca persoana care vizitează are și experiență în pediatrie, iar în Olanda paramedicii suplinesc rolul asistentelor. [5]

Pe parcursul anilor, caracterul vizitelor la domiciliu în SUA, țară cu probabil cele mai eficiente programe de vizite la domiciliu, a devenit unul național, specific. Criteriile socio-economice, și demografice de includere bine determinate, personal bine instruit și desigur susținerea financiară necesară sunt cheia succesului în implementarea unui program eficient de vizite la domiciliu. [2,6]

În concluzie, în toate țările în care sunt implementate programele de vizite la domiciliu principalele obiective sunt de a favoriza:

- Sănătatea copilului
- Dezvoltarea copilului
- Sănătatea maternă
- Statutul economic al familiei
- Practicile parentale pozitive
- Reducerea violenței asupra copilului
- Reducerea delincvenței juvenile, violenței în familie și a crimei [6]

Cronologia evenimentelor în dezvoltarea programelor de vizite la domiciliu [12]

Vizitele la domiciliu se practică încă din anii 1500-1700 când oamenii cu „nevoi speciale”, primeau ajutor de la familie, prieteni, vecini. Formal noțiunea de „vizită la domiciliu” apare pe timpul reginei Elizaveta I a Marii Britanii, cu răspândirea acesteia în SUA în timpul colonizării de către englezi. Vizita se efectua de obicei în caz de boală, sărăcie, pentru îngrijirea mamei și copilului de către asistentă medicală, asistent social, profesor, medic. La sfârșitul anilor 1700 apare noțiunea de “outdoor relief “ (în afara instituțiilor) cu încurajarea persoanelor fizice în dificultate să rămână în propriile lor case, dar această practică a devenit prea costisitoare și guvernele construiesc case pentru nevoiași.

Anii 1800 sunt marcați de apariția unui curent nou inovator, sub egida Bisericii catolice, inițiat de Madame de Montalle, care a creat o asociație bisericească ce oferea asistență. În 1824, împreună cu Josephine Potel, Madame de Montalle formează organizația „Sisters de bon secours” ai cărei membri îngrijeau bolnavii și muribunzii la domiciliu. Această inițiativă este preluată în Irlanda, apoi în Londra, Scoția, Baltimore. Ulterior, în anii 1800-1850, **spitalul devine instituția de primă linie pentru pacienții care nu aveau alte opțiuni**, majoritatea persoanelor primind ajutor la domiciliu. În Germania anilor 1850, Friedrich Froebel elaborează un program educațional ce include organizarea grădinițelor de copii în care se pune accent pe dezvoltarea timpurie a copiilor. Ulterior principiile prevăzute în acest program sunt preluate și în casele pentru persoanele nevoiașe.

A doua jumătate al secolului XIX este marcată de apariția curentului de nursing în mai multe țări comitent. În 1860 **Florence Nightingale deschide prima școală de nursing-Nightingale Training School for Nurses at St. Thomas’ Hospital în Londra**. Secolul XX se caracterizează prin transformarea vizitelor la domiciliu în programe naționale de suport al familiilor cu risc crescut. Șirul evenimentelor, personalitățile-cheie, programele de vizite la domiciliu sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1.

Istoricul dezvoltării programelor de vizite la domiciliu [12]

- 1864 Octavia Hill își începe activitatea în cartierele sărace din Londra prin promovarea asistenței sociale ca activitate
- 1870 În SUA apare curentul de nursing (în special în cartierele sărace cu imigranți)
- 1873 în SUA se deschid primele 2 spitale după principiile Nightingale
- 1874 Marietta Wheeler și Henry Berg publică istoria unei fetițe maltratată în familie și astfel strategia majoră a

vizitei la domiciliu devine reducerea abuzului și a neglijenței față de copii

- 1884 Samuel Barnett (în baza ideilor lui Arnold Toynbee) înființează la Londra prima universitate prin intermediul căreia se promova atenția către comunitățile deprivate. Scopul era reducerea sărăciei și integrarea în comunitate.

- 1886/7 Stanton Coit deschide prima casă pentru nevoiași în New York, bazată pe filozofia Toynbee. Astfel în 1887 își încep vizitele la domiciliu primele nurse în Boston, Philadelphia.

- 1899 Mary E. Richmond's publică primul manual *Friendly Visiting among the Poor: A Handbook for Charity Workers*

- 1909 Președintele american Roosevelt organizează White House Conference on the Care of Dependent Children, o inițiativă prin care se dorea instituționalizarea copiilor, reducerea abuzului și a neglijenței față de copii.

- 1910 Mary E. Richmond elaborează cartea *Social Diagnosis*

- 1961 Susan Gray și Rupert Klaus lansează Early Training Project in, o intervenție pre-școlară în programul de vizite la domiciliu.

- 1962 se începe finanțarea de către guvernul SUA a programelor de vizite la domiciliu

- 1965 Este inițiat programul Head Start destinat copiilor cu vârsta de 3-5 ani și care oferea suport educațional, de nutriție, sănătate și familial.

- 1966/7 Ira Gordon inițiază programe de asistență a părinților în cadrul programului Head Start

- 1968 Este elaborat primul program pentru copiii cu dizabilități (în 1990 redenumit în Early Education Program for Children with Disabilities (EEPCD))

- 1970-1979 apar primele proiecte federale : Child Abuse Prevention and Treatment Act ; Education of All Handicapped Children's Act of 1975 (P.L. 94-142); Nurse-Family Partnership intervention.

- În 1976, apare chestionarul psihologic Kempe Family Stress Inventory (KFSI), care determină dificultățile parentale așa ca abuzul copiilor.

- Sfârșitul anilor 1970, apare programul elaborat de David Olds- Nurse-Family Partnership , un program model

- 1975 Hawaii's Healthy Start Project

- În 1979 Project 12-Ways a fost inițiat în Carbondale, Illinois

- 1981 The Parents as Teachers (PAT) program a fost dezvoltat de Mildred Winter in Missouri

- 1988 The Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation Program

- 1990-1999 Healthy Start Program și Healthy Families America

- 1993 *The Future of Children*, publicație elaborată de Lucile și David Packard Foundation, focusată integral pe vizita la domiciliu.

- 1995 Early Head Start (EHS), elaborat în baza Head Start și furniza servicii copiilor, adolescenților prin intermediul Parent Child Centers, Comprehensive Child Development Centers (CCDPs) și Migrant Head Start programs.

- 1998 The Parent-Teacher Home Visit Project a fost elaborat în California ca o modalitate de a crea relații părinte-profesor.

- Prima decadă a anilor 2000 este caracterizată prin răspândirea oficiilor naționale și a a programelor de vizite la domiciliu în SUA. Vizita la domiciliu este considerată ca o modalitate de ameliorare a sănătății mamei și copilului, reducerea violenței în familie, crimei, ameliorarea socioeconomică a familiilor cu nevoi. Vizita la domiciliu este evaluată conform medicinii bazate pe dovezi.

- Administratorii, cercetătorii, medicii a 6 programe naționale americane (Early Head Start, Healthy Families America, and Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPOY), Parents as Teachers (PAT), Parent-Child Program (PCP), and Nurse-Family Partnership (NFP) creează un forum cu scopul implementării vizitei la domiciliu la nivel național).

- 2003 The Nurse-Family Partnership National Service Office a fost elaborat și implementat în 32 de state din SUA până în 2010

- În 2004 apare *The Teacher Home Visit Program* care avea scopul de a ameliora reușita elevilor

- 2009 The Home Visiting Evidence of Effectiveness (HomVEE) un proiect ce are ca scop evidențierea eficienței modelului de vizite la domiciliu sub egida Mathematica Policy Research în colaborare cu Department of Health and Human Services (HHS).

- 2010-prezent La nivel federal se acordă un grant de \$1.5 billion pentru implementarea programelor bazate pe dovezi de vizite la domiciliu în decurs de 5 ani la nivel național.

- În 2010, the Pew Center on the States a elaborat un raport semnificativ *States and the New Federal Home Visiting Initiative: An Assessment from the Starting Line*, în care s-a ilustrat detaliat la nivel național programele de vizită la domiciliu, modelele și finanțarea

- 2011 The PEW Foundation, au fondat National Summit on Home Visiting

- 2012 *A fost fondată* The Home Visiting Research Network at Johns Hopkins pentru a ameliora viața mamelor, copiilor prin promovarea modelelor de vizită la domiciliu , dezvoltarea metodelor de cercetare inovative, aplicarea în practică a teoriei și suportul profesional.” [12]

Beneficiile și avantajele programului de vizită la domiciliu

Pe parcursul timpului, programele de vizite și-au conturat beneficiile lor, și anume: beneficii pentru părinți și copii – primesc ajutor medical la domiciliu, fără necesitatea deplasării, oportunitate pentru toată familia: implicare, serviciu personalizat, atenție individuală și construirea relațiilor interfamiliale. Persoanele care vizitează familiile au avantajul de a observa mediul de trai, necesitățile familiei, astfel realizându-se intervenția timpurie (prin raportarea la instituțiile responsabile- medic de familie, asistența socială, administrație locală, poliție etc). [1-11]

Structura programului de vizită la domiciliu

Un program de vizite la domiciliu este un program complex, constituit din procese, resurse umane, financiare etc. Deși există mai multe clasificări ale programelor de vizite la domiciliu (tabel 1), structura rămâne a fi următoarea:

I. Identificarea personalului: de obicei asistenta medicală- care trebuie să fie calificată, competentă, care va beneficia permanent de supervizie și training. Asistenta medicală trebuie să întâlnească următoarele calități: empatie, receptivitate, să poată stabili relații, să poată face față crizelor din familie, și să devină persoana de încredere a familiei.

II. Serviciile oferite: Parenting-ul; Sănătatea parentală; Sănătatea și dezvoltarea copilului; Identificarea factorilor de risc

III. Procesele din cadrul vizitelor la domiciliu:

- Numărul de vizite eficiente, a fost estimat de la 21.0 până la 66 (pe durată antenatală – și până la 2 ani)
- Inițierea/încetarea vizitelor- încep antenatal și durează 2 -5 ani
- Recrutarea ante vs postnatală- majoritatea programelor recomandă inițierea vizitelor antenatal
- Identificarea familiilor eligibile: mame la prima naștere, recrutate până la 26 săptămâni de gestație, și care prezintă unul din următorii factori : vârstă timpurie (<19 ani); statut de părinte singur sau statut socio-economic precar: mame la prima naștere care nu au asigurare medicală, au mai puțin de 10 ani de clase sau sunt neangajate în câmpul muncii; abuz de substanțe în familie, violență, incapacitatea părinților de a avea grijă de copii (socioeconomic, sănătatea mentală); rezidenți ai cartierelor cu nivel scăzut de acces la servicii medicale; copii cu boli cronice, dizabilități în familie
- Implementarea principiilor și evaluarea acestora
- Coordonarea serviciilor

IV. Impact și rezultate: sumarea rezultatelor obținute, impactul statistic și impactul economic [6,9]

Tabel 2.

Clasificarea programelor de vizite la domiciliu: [6]

Programe comprehensive (manuale cu programele detaliate, scheme extensive de vizite la domiciliu)	Programe prescriptive care se bazează pe relația specifică copil-părinte.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Nurse Family Partnership</i> (Olds, 2006; Olds et al., 2004) ▪ <i>Hawaii's Healthy Start Program</i> (Duggan et al., 1999; Kotelchuck, 2010) ▪ <i>Healthy Families America</i> (Daro, 1999) ▪ <i>Parents as Teachers (PAT) Program</i> (Wagner and Clayton, 1999) ▪ <i>Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPI)</i> (Baker et al., 1999) ▪ <i>Community Mothers Program</i> (Johnson et al., 2000) ▪ <i>Early Head Start</i> (Love et al., 2002, 2005) ▪ <i>The Solihull Approach</i> (Douglas, 2004; Douglas and Rheeston, 2009). 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Maternal sensitivity training</i> (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Warren, 2007) • <i>Interaction coaching</i> (McDonough, 2000; Puckering, 2009) • <i>The Circle of Security approach</i> (Cooper et al., 2005; Dolby, 2007; Hoffman et al., 2006; Marvin et al., 2002; Powell et al., 2007) • <i>It Takes Two to Talk: The Hanen Program for Parents</i> (Girolametto, 2006) • <i>PALS</i> (Landry 2003, 2006; Landry, Smith and Swank 2006) • <i>The Developmental, Individual-Differences, Relationship-Based (DIR) Model</i> (Greenspan and Weider, 2006; Weider and Greenspan, 2006) • <i>Marte Meo Developmental Support Program</i> (Aarts, 2008) • <i>Promoting First Relationships</i> (Kelly, 2000, 2008).

Topul celor mai de succes modele de programe de vizite la domiciliu. Medicina bazată pe dovezi (trialuri – tabel 3, dar și programul HomVee) a demonstrat eficiența unor modele de programe care tind să fie preluate și replicate ulterior. Printre acestea se numără: Healthy Families America, Nurse-Family Partnership, Early Head Start, Child First, HANDS, Parents as Teachers, HIPPI USA etc. [1,7,9,10]

Tabel 3.

Trialurile programelor de vizite la domiciliu: [6]

Program, Trial	Autor, anul desfășurării
• <i>The Nurse Home Partnership (Elmira trial)</i>	Olds et al, 1986; Olds et al, 1994; Olds et al, 1997; Olds et al, 1998;
• <i>The Nurse Home Partnership (Denver)</i>	Olds et al, 2002; Olds et al, 2004;
• <i>The Nurse Home Partnership (Tennessee)</i>	Olds et al, 2004b; Olds et al, 2007; Kitzman et al, 2010; Olds et al, 2010

• The <i>Hawaii Healthy Start Program</i>	Duggan et al, 1999; McCurdy et al, 2001; Duggan et al, 2004; Duggan et al, 2004; King et al, 2005; Bair-Merrett et al, 2010;
• <i>Healthy Families America</i>	Landsverk et al, 2002; Anisfeld et al, 2004; DuMont et al, 2006; Caldera et al, 2007; DuMont et al, 2010; Rodriguez et al, 2010;
• <i>Early Head Start – Home visiting</i>	Love et al, 2005;
• <i>The Early Start (NZ) Program</i>	Fergusson, 2005; 2006;
• <i>Community Mothers Program (CMP)</i>	Johnson, Howell & Molloy, 1993
• <i>The Queensland Home visiting trial</i>	Armstrong et al, 1999; Fraser et al, 2000;
• <i>The Miller Early Childhood Sustained home visiting (MECSH) programme</i>	Kemp et al, 2011;
• The <i>MOSAIC</i> Home visiting program	Taft et al, 2011.

Concluzii

În concluzie, menționăm că elementele de succes al unei vizite la domiciliu sunt:

- În centrul atenției trebuie să fie familiile cu cea mai mare nevoie de servicii (familiile cu copii cu greutate mică la naștere, prematurii; copiii cu boli cronice și dizabilități; mamele adolescente, neîncadrate în câmpul muncii; părinți cu IQ redus; familii cu istoric de abuz de substanțe, etc)

- Intervenția să fie inițiată antenatal și să dureze până la 2-5 ani de viață ai copilului

- Personalizarea serviciului: flexibilitate specifică familiei, cu ajustarea duratei/fecvenței vizitei conform nevoilor familiei

- Promovarea activă a modului sănătos de viață cu suport social

- Abordarea multilaterală a nevoilor familiei

- Măsuri de reducere a «stresului în familie» prin ameliorarea mediului social, economic

- Asistentele medicale comunitare au un rol deosebit de important în asigurarea accesului la îngrijiri al anumitor categorii de persoane -familii cu condiții precare de locuit, cu mulți copii, persoane cu handicap fizic sau psihic, familii în care există violență domestică, abuz și exploatarea copiilor, risc de abandon al copiilor, persoane neînscrise pe listele medicilor de familie. Pentru acestea asistenții medicali comunitari sunt principalele surse de asistență medicală, dacă nu chiar singurele surse accesibile.

Bibliografie

1. Burwick A., Zaveri H., Shang et al, Costs of Early Childhood Home Visiting: An Analysis of Programs Implemented in the Supporting Evidence-Based Home Visiting to Prevent Child Maltreatment Initiative, Final Report, January 30, 2014

2. Howard Kimberly S., Brooks-Gunn Jeanne. The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect the future of children VOL. 19 / NO. 2 / FALL 2009

3. <http://homvee.acf.hhs.gov/document.aspx?rid=5&sid=20&mid=2>.

4. <http://www.health.state.mn.us/divs/fh/mch/fhv/documents/PEWHVSummary.pdf>

5. <http://www.hfrp.org/other-research-areas/home-visit-forum>

6. <http://www.homevisitig.org>

7. <http://www.hopkinschildrens.org/Home-Visiting-Research-Network-Established-at-Hopkins.aspx>

8. <http://www.mathematica-mpr.com/>

9. <http://www.nursefamilypartnership.org>

10. <http://www.teacherhomevisit.org/documents/THVP-Final-Report-Jan-2011.pdf>

11. Kameron Sheila B., Kahn Alfred J. Home Health Visiting in Europe, The Future of Children HOME VISITING Vol. 3 • No. 3 - Winter 1993

12. Schmit Stephanie, Schott Liz, Pavetti La Donna, Matthews Hannah. Effective, Evidence-Based Home Visiting Programs in Every State at Risk if Congress Does Not Extend Funding, February 9, 2015